GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

— 1898 —



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853



DEUX ÉDITIONS PAR SEMAINE

Le Jeudi  **Le Dimanche**

L. LEREBOULLET

CH. ACHARD. — A. BROCA

DIRECTEURS

90166

NOUVELLE SÉRIE. — TOME III. — 1898

PARIS

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

90166

1898. — Quarante-cinquième Année. N° 1. Dimanche 2 Janvier.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

Directeurs : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA



ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE

Localisations spinales de la syphilis héréditaire,

Par Georges Gasne.

Nous ne sommes plus au temps où les centres nerveux étaient considérés comme en dehors des atteintes de la syphilis ; nous savons au contraire que les accidents nerveux comprennent plus du tiers de tous les accidents tertiaires en général, et il n'y a pas de notion qui ait été plus féconde que celle-là aussi bien en pathologie nerveuse qu'en syphiligraphie.

Ce que fait la syphilis acquise, la syphilis congénitale peut le faire également.

Déjà en 1712 Hoffmann a guéri par le mercure une épilepsie survenue chez une jeune fille de 9 ans « d'illustre naissance et dont le père avait été infecté de vérole autant qu'on peut l'être ». Dans le même temps Joseph Plenck citait une guérison semblable (1779) et aussi Rosen de Rosenstein et d'autres. Mais si depuis cette époque on trouve éparses de nombreuses observations de syphilis héréditaire des centres cérébro-spinaux, c'est à M. le professeur Fournier que l'on doit d'avoir magistralement repris cette étude de l'hérédo-syphilis du système nerveux (*la Syphilis héréditaire tardive*, Paris, 1886), et l'on s'étonne que l'attention des auteurs classiques n'ait pas été attirée davantage sur ces faits dont les observations ne manquent cependant pas. On chercherait en vain dans nos livres de pédiatrie au chapitre de la syphilis congénitale la description des lésions cérébrales ou médullaires. Et cependant de quoi meurent les enfants de syphilitiques qui ne peuvent survivre que quelques jours ou quelques mois à leur naissance, si ce n'est de phénomènes nerveux ? Jullien (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 2 avril 1891) a eu le mérite d'apporter une statistique précisant ce que nul n'ignorait, à savoir la fréquence des convulsions chez les enfants hérédo-syphilitiques : sur 206 grossesses issues de 43 ménages syphilitiques, la moitié des enfants ayant survécu, soient 162, ont présenté des symptômes méningitiques et des convulsions. Disons-le tout de suite, notées dans les antécédents personnels de nos malades ou chez leurs frères et sœurs, ces convulsions seront un appoint non négligeable au diagnostic de syphilis familiale.

Combien de jeunes aveugles par lésions spécifiques congénitales ! La surdité bilatérale, sans lésions appréciables, entraînant souvent la mutité et sur laquelle M. le professeur Grancher (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1896) attirait encore récemment l'attention, est devenue un stigmate d'hérédo-syphilis.

Les troubles de l'intelligence, depuis le simple retard jusqu'à l'idiotie, peuvent relever de la syphilis héréditaire, M. le Dr Jules Voisin a bien voulu nous communiquer des observations probantes à cet égard, et tout le monde connaît les belles observations que rapporte M. le professeur Fournier dans son livre de *la Syphilis héréditaire tardive*.

C'est encore lui qui démontre que l'épilepsie peut être le symptôme initial, quelquefois le symptôme unique d'une localisation cérébrale de l'hérédo-syphilis ; et il faut lire à ce sujet l'observation si suggestive que développe M. le professeur Dieulafoy dans sa leçon d'ouverture du cours de pathologie interne (préface du *Manuel de pathologie interne*).

Qui ne connaît les fausses méningites tuberculeuses que le traitement guérit ? Et les cas d'hydrocéphalie où le syphilis héréditaire est en cause ?

Notre regretté maître Charcot a rapporté dans le *Bulletin médical* de 1892 un cas d'épilepsie jaksonienne ayant débuté à 30 ans chez un hérédo-syphilitique ; Erlenmeyer (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1891) a rapporté six observations analogues, avec cette particularité que la maladie frappait des enfants et s'accompagnait d'atrophie.

Enfin l'histoire de l'hémiplégie spasmodique infantile est fort instructive à cet égard ; on n'avait jamais songé à incriminer la syphilis, aussi les auteurs commencèrent ils par s'élever contre l'idée d'une telle étiologie quand elle fut émise ; peu à peu cependant, les observations se multipliant à mesure qu'on recherchait mieux l'hérédo-syphilis, un jour arriva où, non sans exagération d'ailleurs, Althaus put dire qu'il n'avait jamais vu d'hémiplégie spasmodique infantile sans syphilis congénitale.

Nous sommes revenus déjà dans ce journal (11 avril

1897) sur la notion étiologique de la syphilis héréditaire dans la maladie de Little, pour laquelle les observations vont se multipliant, depuis le mémoire de MM. Fournier et Gilles de la Tourette (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895).

Mais la syphilis héréditaire ne frappe pas seulement l'encéphale, elle frappe aussi la moelle; l'attention n'a pas encore été attirée de ce côté et les observations sont peu nombreuses. Jusqu'au mémoire de M. Gilles de la Tourette, il n'a pas été publié de travail d'ensemble sur cette question, on ne trouve que des observations isolées ou des chapitres d'attente, quelques-uns mêmes des travaux les plus récents et les plus importants sur les myélites syphilitiques ne parlent pas de la syphilis congénitale. Le chapitre de Lamy dans le *Traité de médecine*, celui de Mickle dans le *Brain* de 1895 traitent à la fois des accidents cérébraux et spinaux.

Siemerling (*Archiv. für Psychiatria*, 1889) qui a fait un très beau travail sur les accidents nerveux de la syphilis héréditaire est d'avis que la moelle n'est jamais atteinte isolément, que dans tous les cas où on a pu constater ses lésions les phénomènes cérébraux et les lésions encéphaliques étaient prédominants; Kohts (*Festchrift. Henoch*, Berlin, 1890) partage cette opinion. Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 1874) ne fait pas de chapitre isolé pour la moelle lorsqu'il traite de la syphilis héréditaire du système nerveux, mais il publie le cas fameux de Potain et ainsi une des premières constatations de lésions médullaires dans le syphilis est justement faite sur un enfant hérédo-spécifique. Savard (thèse de Paris, 1882), dans le chapitre qu'il intitule : Des myélites dans la syphilis héréditaire, se borne à citer le cas de Potain et deux cas d'Henoch. Aussi M. le professeur Fournier, dans son livre sur *la Syphilis héréditaire tardive*, déplore-t-il le manque de documents sur un tel sujet, il apporte pour sa part une fort belle observation suivie de guérison. Volpert est le seul qui ait tenté une esquisse générale de la syphilis héréditaire de la moelle avant le travail de M. Gilles de la Tourette. C'est notre maître qui véritablement le premier a eu le mérite de poser cette question et de rassembler les éléments qui permettent de l'étudier, c'est sous son inspiration que (thèse de Paris, 1897) j'en ai complété l'histoire anatomo-pathologique tout en apportant de nouveaux cas observés à la Salpêtrière et mettant à profit les considérations qu'ils ont inspirées à mon maître M. le professeur Raymond (*Clinique des maladies du système nerveux, deuxième série*).

Etiologie. — Nous avons voulu rechercher si la moelle était atteinte seulement dans certaines conditions spéciales de la syphilis héréditaire, mais sur ce point les observations sont presque toutes incomplètes.

La plupart du temps c'est la syphilis du père qui est notée; quand on retrouve la spécificité sur la mère, il est rare que le père soit indemne. Souvent la mère ne présente aucune trace de lésions syphilitiques, soit qu'elle n'ait pas été contaminée, soit que sa syphilis ait passé inaperçue, soit qu'elle ait été mise à l'abri de l'infection par le fait même d'avoir porté un enfant syphilitique.

Mais l'âge de la syphilis des parents, le caractère particulièrement « nerveux » qu'elle peut avoir présenté, comme dans une de nos observations où le père et la mère ont présenté des accidents spécifiques de l'encéphale et de la moelle, les circonstances de la conception, celles qui ont provoqué l'éclosion plus ou moins tardive des accidents médullaires, tout cela nous est encore inconnu et nous ne pouvons que signaler de telles recherches pour l'avenir.

Les malades eux-mêmes présentent-ils ordinairement d'autres localisations de la syphilis héréditaire dont ils sont porteurs? On ne considère plus les accidents nerveux comme liés nécessairement à des syphilis graves, je veux dire à des syphilis dont les manifestations sont abondantes et répétées; ce qui est vrai pour la syphilis acquise l'est aussi pour la syphilis héréditaire et il est probable que c'est là une des causes qui ont fait rester dans l'ombre cette notion étiologique de la syphilis congénitale dans nombre d'affections du système nerveux. On a peine à voir dans un individu d'apparence absolument saine dont les dents, les yeux, la peau ne présentent aucune trace de lésions spécifiques un syphilitique héréditaire. Ces cas sont du reste rares et le plus souvent il existe des stigmates qui dénoncent formellement la syphilis. Je veux insister seulement sur ce fait que presque toujours on peut relever dans les antécédents quelque autre atteinte du système nerveux, ce sont des céphalées persistantes, des vertiges, de la diplopie et du strabisme transitoires, des pupilles inégales; ce sont les mictions qui sont restées longtemps involontaires, surtout la nuit, c'est la marche qui n'a commencé que très tard, c'est enfin un symptôme capital que nous rencontrons dans presque toutes les observations, les crises qu'on appelle dans l'enfance des convulsions et un peu plus tard de l'épilepsie.

Ainsi la syphilis héréditaire qui doit se localiser sur la moelle frappe souvent l'encéphale soit transitoirement, soit d'une façon définitive avant de se cantonner sur l'axe spinal, et il ne sera pas sans intérêt, en face d'une paraplégie ou d'une quadriplégie dont l'étiologie est obscure, de relever les atteintes antérieures du système nerveux surtout dans le jeune âge, puisque la syphilis congénitale se manifeste fréquemment ainsi et quelquefois exclusivement.

Anatomie pathologique. — Je n'ai pu trouver publiés jusqu'à ce jour que 13 examens nécroscopiques de myélite hérédosyphilitique; parmi ceux-ci il faut citer comme particulièrement importants les faits de Jurgens (*Charité Annalen*, Berlin, 1885), de Siemerling (*loco. citato*), de Gangitano (*Archiv. ital. di clinica medic.*, Milan, 1894) et de Böttiger (*Archiv. f. Psychiatria* 1805). J'ai pensé que parmi les nombreux fœtus qui succombent à la syphilis congénitale j'en trouverais quelques-uns présentant des lésions médullaires, lésions qui seraient dès lors parfaitement caractéristiques, et, ayant étudié 30 moelles de fœtus dont 26 étaient nés de parents syphilitiques, 4 fois j'ai trouvé chez ces derniers des lésions profondes, 7 fois des lésions plus légères, mais encore non douteuses. L'analogie absolue entre mes observations et celles de auteurs cités plus haut permet de préciser l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire spinale.

Les organes le plus fréquemment frappés sont les méninges et les vaisseaux, la moelle subit le contre-coup des lésions méningées et vasculaires, elle peut être envahie pour son propre compte. Mais l'atteinte primitive directe des cellules des cornes grises par le poison syphilitique, signalée à propos de la syphilis héréditaire par Jarish, doit encore être réservée; il faut s'en tenir, pour le moment du moins, aux idées de Virchow, c'est toujours dans le tissu conjonctivo-vasculaire que la néoformation syphilitique a son origine, les éléments nobles ne sont atteints que secondairement aux lésions de ce tissu.

La syphilis héréditaire n'est pas d'emblée tertiaire comme on le pensait autrefois, du moins il n'y a pas de différence essentielle entre les lésions des diverses périodes de la syphilis, nous pouvons les surprendre à leur début comme nous pouvons aussi nous trouver en face de reli-

quats fibreux, marques d'un processus définitivement éteint. Si l'embryon reçoit dès les premiers instants de son développement le virus syphilitique, celui-ci peut rester inactif plus ou moins longtemps et le réveil de la virulence n'est soumis à aucune loi encore connue; aussi est-il impossible de prédire d'après l'âge du sujet quelle sera la forme des lésions qu'on peut rencontrer dans ses divers organes.

Univoques à leur origine, où elles sont essentiellement constituées par une accumulation d'éléments embryonnaires, ces lésions peuvent rester longtemps stationnaires, elles peuvent aboutir à la formation de néoplasies gommeuses, ou d'îlots scléreux. Il est probable qu'elles peuvent aussi régresser et guérir. Elles engendrent des lésions deutéropathiques frappant les éléments nobles des formes multiples de la dégénérescence cellulaire.

Certains auteurs font de la congestion simple, de la congestion avec stase leucocytique le processus tout à fait initial des lésions spécifiques; nous avons retrouvé cette congestion dans un certains nombre de cas, mais elle existe aussi chez des sujets non syphilitiques. Elle est importante parce qu'elle va jusqu'à la rupture des vaisseaux, il y a du reste longtemps qu'on sait le rôle étiologique de la syphilis héréditaire dans la diathèse hémorrhagique des nouveau-nés, et nous relevons dans la thèse d'agrégation de notre maître M. Ribemont-Dessaignes un certain nombre de cas où l'hémorrhagie due à l'hérédo-syphilis siégait dans les centres nerveux; malheureusement on n'a pas songé à examiner la moelle. Elsasser est, je crois, le seul qui signale l'hémorrhagie dans le canal médullaire, dans un cas de syphilis congénitale (obs. XXXIII de la thèse d'agrégation de Ribemont).

Voyons maintenant le détail des lésions. La moelle, le plus souvent atteinte dans ses parties conjonctives, septum médian, septa radiés, vaisseaux de l'épendyme, vaisseaux radiés, présente soit de l'épaississement fibreux de ces parties, soit leur infiltration par des cellules embryonnaire; elle peut être le siège d'une destruction complète ou seulement partielle par l'envahissement des parties voisines devenues scléreuses ou par un processus nécrobiotique d'origine vasculaire. On l'a vue transformée complètement en tissu scléreux. Enfin la moelle peut être seulement comprimée, sans lésions, par des gommes volumineuses développées à côté d'elle.

Les racines sont très souvent atteintes, loin d'être libres dans l'espace sous-arachnoïdien, elles sont en contact avec le processus d'infiltration embryonnaire si intense à ce niveau; évidemment comprimées elles peuvent être envahies soit par propagation du voisinage, soit par le développement de tumeurs gommeuses nées aux dépens de leurs vaisseaux, ceux-ci sont en effet très souvent altérés. Les ganglions sont toujours infiltrés, mais leurs cellules nerveuses conservent la plupart de leurs caractères normaux.

Les méninges sont épaissies. La pie-mère, infiltrée de cellules rondes adhère à la moelle, ou est séparée d'elle par un exsudat granuleux. Elle est en contact direct avec les cellules qui infiltrent l'espace sous-arachnoïdien. Cet espace vide à l'état normal est le siège d'une prolifération abondante de cellules embryonnaires qui comblent ainsi la région laissée libre entre l'arachnoïde et la pie-mère, région qui sert surtout de passage aux vaisseaux et aux racines. Cette infiltration peut être telle que, visible à l'œil nu, elle prend l'aspect d'une tumeur qui a tous les attributs microscopiques des gommes.

La dure-mère est surtout altérée du côté de sa face externe, elle est reliée aux parois du canal osseux par une infiltration scléreuse de l'espace extra-dural qui prend certainement une part très importante au processus de la méningo-myélite hérédo-syphilitique (pachyméningite externe). Elle peut aussi se confondre en certains points avec les méninges voisines (symphise méningée, symphise méningo-médullaire).

Les vaisseaux sont toujours le siège des lésions manifestes, leur lumière aplatie, rétrécie, défigurée ne permet pas le cours normal du sang, leurs tuniques sont infiltrées de cellules rondes et épaissies par le développement du tissu fibreux, la péri-vascularite est plus fréquente que l'endo-vascularite, les veines sont atteintes aussi bien que les artères. On peut considérer comme le premier stade passager précoce de l'infection, la dilatation simple des vaisseaux, allant parfois jusqu'à l'hémorrhagie. La congestion s'accompagne souvent de stase leucocytique avec tendance des leucocytes à se réunir en groupes serrés.

L'hérédo-syphilis ne frappe pas la moelle uniformément dans toute sa hauteur, les lésions que nous venons de décrire sont remarquables par leur dissémination, les aspects des coupes sont très variés pour une même moelle suivant la région à laquelle elles correspondent. Cependant on peut à peu près affirmer qu'il n'y a pas de parties absolument saines dans une moelle touchée en un point quelconque de son étendue. Il n'y a pas de région particulièrement prédisposée à la localisation maxima du processus syphilitique, mais il est permis d'insister sur la fréquence des lésions au niveau de la moelle cervicale.

Enfin, dans une même région, la moelle est loin d'être altérée également dans toutes ses parties; la prédominance des lésions au niveau de la zone postérieure, qu'il s'agisse des lésions médullaires proprement dites ou des lésions méningées, est un fait constant, signalé dans toutes les observations et qui doit être mis en relief.

Symptomatologie. — *Début.* — Quelque variables qu'ils puissent être, la connaissance des premiers symptômes de la localisation de l'hérédo-syphilis sur l'axe spinal est d'une importance capitale puisqu'elle permet de mettre immédiatement en œuvre le traitement spécifique et d'arrêter l'évolution de la maladie avant la destruction irrémédiable des éléments nobles de la moelle.

Dans certains cas, ce début échappe complètement au clinicien, soit que le malade n'ayant jamais marché il soit impossible de dire comment la paraplégie s'est installée, soit qu'il s'agisse d'affections présentées par des enfants dès leur naissance même et sous la dépendance probable de syphilis de la moelle ayant évolué pendant la vie intra-utérine.

Dans quelques observations le début est brusque ou très rapide, monoplégie ou paraplégie subite, mais ce sont là les cas les moins fréquents : la règle est que l'affection s'installe lentement, et le plus souvent ce sont les phénomènes douloureux qui ouvrent la scène. Ceux-ci n'existaient pas cependant dans l'observation de Fournier dont le malade a commencé vers l'âge de 3 ans 1/2 sans souffrance et sans aucun symptôme appréciable, à devenir faible sur ses jambes, puis à ne plus marcher que péniblement jusqu'au jour où il fut complètement arrêté, ni dans un autre cas où le début a été marqué par des crises de rétention d'urine qui ont précédé à longue échéance les troubles de la marche et la faiblesse du bras. Ces phénomènes douloureux sont variables du reste, tantôt ils sont localisés dans le rachis, irradiant parfois dans les membres qui doivent être paralysés, et ils sont alors ou violents et aigus, parfois à maximum nettement nocturne, ou sourds et profonds, n'arrêtant pas l'attention des malades;

tantôt ils sont exclusivement périphériques, et excepté dans 2 cas où les auteurs signalent des douleurs horribles dans les membres inférieurs et sur le dos des pieds, ils ne sont le plus souvent que des fourmillements et des engourdissements. Ces sensations restent d'abord localisées dans les doigts, dans les orteils, elles sont peu gênantes, ne se montrent que de temps à autre, puis un jour l'engourdissement s'étend, monte vers la racine des membres, devient permanent, mais déjà les troubles de la motilité apparaissent et la maladie est constituée.

Période d'état. — Les symptômes varient avec la localisation du processus. Si quelquefois on peut observer des formes presque systématiques, c'est-à-dire dont les lésions sont localisées soit sur les cornes grises antérieures, soit sur les cordons blancs postérieurs, presque toujours la myélite est diffuse, mais le maximum des lésions peut siéger dans la région cervicale supérieure, dans la région dorso-lombaire, dans la région de la queue de cheval. La localisation cervicale supérieure est fréquente dans la syphilis héréditaire et souvent des phénomènes bulbaires indiquent que les lésions dépassent la moelle, le cerveau lui-même est parfois atteint en même temps que celle-ci : formes cérébro-spinales de la syphilis héréditaire. Nous avons dit déjà que cette forme est la seule admise par Siemerling et Kohts, mais si l'on ne peut assurer que le cerveau est absolument indemne de lésions dans les cas que nous étudions, au moins les symptômes sont-ils tellement effacés que cliniquement nous pouvons les considérer comme des cas médullaires purs, tout au contraire, dans les observations de ces auteurs, les lésions médullaires ne donnaient lieu à aucun phénomène cliniquement appréciable en face des symptômes encéphaliques prédominants, et la myélite ne pouvait même être soupçonnée pendant la vie. Il en est tout autrement des faits que nous avons réunis. Il est assurément fréquent de constater chez les malades affectés de myélite, des atteintes antérieures du cerveau ayant laissé quelque trace, mais il en est de même dans la syphilis acquise où les symptômes cérébraux sont souvent notés comme symptômes prémonitoires de la myélite et n'empêchent nullement l'autonomie de celle-ci.

Les symptômes sont divisés en troubles de la sensibilité et troubles de la motilité. Déjà nous avons insisté sur les troubles de la sensibilité subjective qui marquent le plus souvent le début de l'affection : il n'est pas rare que certains de ces troubles persistent, mais ordinairement d'une façon légère, les malades ne se plaignent guère que de fourmillements ou d'engourdissements localisés dans les extrémités. Une fois ou deux seulement nous avons noté des douleurs vives, soit dans les membres, soit dans le rachis.

La sensibilité objective, par contre, est rarement intacte; le plus souvent on trouve des zones hypéresthésiques à côté des zones hypo-esthésiques, des retards ou des transformations des sensations, des erreurs de localisations, etc., les territoires atteints ont des limites toujours difficiles à préciser, mais qui ne reproduisent pas la distribution anatomique des filets nerveux cutanés. Deux fois les troubles de la sensibilité objective se sont montrés très accentués : c'est d'une part dans l'observation de Hutchinson et Jackson où il y avait anesthésie absolue des 4 membres, anesthésie qui disparut progressivement à mesure que l'état du malade s'améliorait, et, d'autre part, dans un de nos cas personnels où le membre supérieur droit était au contraire le siège d'une hyperesthésie telle que le moindre frôlement arrachait des cris au malade, jusqu'au jour où le traitement spécifique a eu raison de ces phénomènes. Enfin nous appelons l'attention sur les troubles de sensibilité caractéristiques qui ont permis dans un cas de localiser les lésions dans la région de la queue de cheval.

Les troubles moteurs sont ceux de toute myélite chronique. Lorsque le maximum des lésions siège dans la moelle cervicale supérieure, on observe une quadriplégie tout à fait caractéristique d'autant plus remarquable qu'elle est rarement signalée dans la syphilis acquise et qu'elle est au contraire relativement fréquente dans les cas de syphilis héréditaire spinale si l'on pense au nombre encore restreint de faits publiés. Les quatre membres ne sont pas toujours également frappés et souvent la paralysie est incomplète dans l'un ou l'autre, enfin le bulbe est atteint quelquefois et ses lésions contribuent à donner à l'affection un caractère très particulier. Ce sont généralement les membres supérieurs qui sont pris les premiers, et dans quelques cas on note une paralysie flasque, le plus souvent il y a au contraire contracture de ces membres et attitude vicieuse de la main et des doigts; les membres inférieurs présentent toujours de la paralysie spasmodique plus ou moins accentuée et, fait à remarquer dans une localisation aussi élevée, les sphincters ne sont presque jamais épargnés.

Les symptômes qui indiquent l'extension des lésions au bulbe et à la base du cerveau sont variés, voici ceux que nous avons relevés dans les observations publiées jusqu'à ce jour : vertiges, ptosis, diplopie, troubles de l'articulation des mots, parésie dans la sphère motrice du trijumeau, dans les muscles innervés par le facial, gastralgies avec vomissements et même hématémèse, dyspnée, etc.

Lorsque le maximum des lésions siège dans la moelle dorsolombaire les symptômes sont ceux de la forme classique de la méningo-myélite syphilitique, celle qu'on désigne souvent sous le nom de type d'Erb et qui se caractérise par la paralysie spasmodique avec troubles des sphincters. Chez les jeunes, ces cas sont souvent fort difficiles à distinguer des affections spasmodiques infantiles d'origine cérébrale; quoiqu'il en soit il existe un certain nombre d'observations où le cerveau ne saurait être mis en cause. Cette forme de paraplégie spasmodique est bien connue. C'est toujours, accompagnée de phénomènes douloureux plus ou moins accentués moins la paralysie des deux membres inférieurs que l'impotence relative due à la tonicité musculaire exagérée; à la moindre occasion les jambes sont transformées en bâtons rigides incapables de permettre le saut, la course, etc. et cependant la puissance musculaire est conservée et il est rare que les malades soient confinés au lit. Les sphincters sont atteints : mictions impérieuses et incontinence si le besoin n'est pas immédiatement satisfait, ou au contraire retard de la miction nécessitant une poussée quelquefois infructueuse; en général constipation plutôt qu'incontinence des matières fécales. Objectivement le meilleur signe est l'exagération des réflexes rotuliens et la présence presque constante de la trépidation spinale.

La localisation des lésions dans la région de la queue de cheval, localisation rare dans la syphilis acquise puisque notre ami M. le Dr Dufour n'en a cité que quatre cas dans sa thèse, a été observée une fois par M. Gilles de la Tourette dans un cas de syphilis héréditaire tardive. Elle est caractérisée par la paraplégie, la perte de la sensation du passage des urines et des matières fécales, l'anesthésie périnéo-vulvaire, dont la gêne est comparée par la malade à la sensation déterminée par la garniture d'une femme qui a ses règles.

On voit ainsi, sans insister davantage, que les symp-

tômes dépendant non de la nature hérédo-spécifique des lésions mais seulement de leur localisation ne présentent rien de caractéristique et l'on conçoit que, dans quelques cas, les cordons postérieurs ayant été principalement atteints le tableau clinique ait pu être celui de l'ataxie locomotrice avec cette différence que l'efficacité du traitement antisyphilitique venait démontrer la nature de l'affection. On conçoit aussi que, quelques réserves que puisse soulever l'interprétation d'un tel cas, M. Raymond ait posé la question de la notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans un fait que j'ai pu observer à la Salpêtrière et qui se rapporte à une fillette de neuf ans très certainement entachée de syphilis congénitale et atteinte brusquement de monoplégie brachiale flasque bientôt suivie d'une atrophie musculaire considérable du membre. L'atrophie musculaire n'est pas du reste un phénomène absolument rare au cours de la syphilis de la moelle quelle que soit la conception qu'on se fasse de son mécanisme : action directe du poison syphilitique sur l'élément noble, envahissement de la corne antérieure par une néoplasie spécifique, artérite et ramollissement consécutif, et on en a publié un certain nombre d'observations probantes.

Nous ne dirons rien du tabès, et particulièrement du tabès infantile considéré dans ses rapports avec la syphilis héréditaire, non plus que de la sclérose en plaques; il ne s'agit pas là de myélite spécifique dans le sens très restreint où nous prenons ce terme ; cela ne nous empêche pas de saisir toute l'importance des cas publiés qui militent singulièrement en faveur de la nature syphilitique de l'ataxie locomotrice.

Marche. — La syphilis héréditaire frappe la moelle épinière à trois périodes de l'existence, pendant la vie intra-utérine, pendant les premières années jusqu'à l'adolescence et à l'âge mûr. Les accidents par lesquels elle se manifeste seront donc dits congénitaux, précoces ou tardifs.

Les cas congénitaux comprennent d'une part les enfants morts ou ceux qui n'ont vécu que quelques jours ou quelques semaines et qui échappent à la clinique, et d'autre part des enfants vivants, nés à terme ou avant terme, et présentant les manifestations cliniques d'une syphilis de la moelle épinière. De ces derniers les observations sont peu nombreuses; il semble que lorsque la syphilis frappe l'enfant pendant son développement intra-utérin, la diffusion des lésions soit la règle et que, au point de vue particulier du système nerveux, les lésions encéphaliques prennent le pas sur les lésions médullaires. Celles-ci existent cependant indubitables dans certains cas et peut-être plus souvent encore qu'on ne le pense ordinairement. C'est ainsi que les malformations congénitales des membres si fréquentes chez les hérédo-syphilitiques peuvent être sous la dépendance de lésions médullaires, et de lésions qui, même très profondes, peuvent facilement passer inaperçues à un examen à l'œil nu.

Les cas précoces de syphilis héréditaire de la moelle sont de beaucoup les plus fréquents : depuis 4 mois, 1 an jusqu'à 9 et 12 ans. La syphilis médullaire héréditaire tardive est plus rare, les accidents nerveux peuvent se montrer très tard, de 18 à 26, 35 et même 48 ans dans un cas confirmé par la haute autorité de M. le professeur Fournier.

Evolution de la maladie. — Lorsque la paralysie s'installe après le début sur lequel nous avons insisté, elle peut frapper d'emblée les quatre membres, dans ce cas il est rare que tous soient pris au même degré. D'autres fois c'est progressivement que l'affection se développe, à une paraplégie isolée s'ajoutent peu à peu des troubles de la motilité dans les membres supérieurs, assez souvent même la moelle est dépassée et des symptômes bulbaires, basilaires et même cérébraux viennent compliquer le tableau clinique. Mais les membres inférieurs peuvent rester seuls atteints. En même temps se montrent des troubles sphinctériens, toujours plus marqués au début que dans la suite de l'affection. Une fois le tableau de la myélite constitué, les phénomènes peuvent rester stationnaires, ils peuvent s'amender, ils peuvent s'aggraver.

Le plus souvent les douleurs sont réduites à quelques sensations anormales dans les extrémités et sont peu gênantes; la paralysie qui s'est installée lentement est dès le début spasmodique; c'est plutôt la raideur des muscles, leur tétanisation en quelque sorte à propos du moindre mouvement et non le manque de forces qui rendent le malade impotent; il peut marcher, surtout quand ayant fait difficilement les premiers pas il s'est un peu « échauffé », mais il ne saurait courir, et assez souvent, même dans la marche ordinaire, il est arrêté par ses muscles brusquement raidis qui lui refusent le service.

Quant aux troubles sphinctériens, la constipation qui est de règle cède assez facilement aux moyens simples dirigés contre elle, l'incontinence d'urine se réduit à la nécessité de satisfaire immédiatement le besoin; à cette condition elle est peu gênante. C'est en cet état que l'affection persiste.

Par contre on voit des cas où la paralysie ayant commencé par être flasque devient peu à peu spasmodique, indice certain de changements survenus dans la moelle et évoluant encore; parfois c'est dans les membres que des rétractions fibro-tendineuses fixent les segments atteints dans des attitudes vicieuses.

La paralysie peut encore s'aggraver en ce sens qu'il se fait de nouvelles poussées autour des lésions premières et qu'à une simple parésie, par exemple, succède peu à peu une paralysie complète qui confine les malades à la chambre et même au lit; dans ce même ordre d'idées nous avons déjà signalé l'envahissement successif des parties primitivement respectées de la moelle, du bulbe, de l'encéphale.

Nous avons dit enfin que les phénomènes pouvaient s'amender et cela est la conclusion de la plupart des observations où le diagnostic a été fait du vivant du malade. En effet le traitement, s'il n'arrive pas à guérir les lésions destructives, fait en général rétrograder un certain nombre de phénomènes et empêche la maladie de s'étendre. Mais en dehors de tout traitement il se produit dans le cours des myélites spécifiques héréditaires des rémissions spontanées qui ont attiré particulièrement l'attention de Friedmann.

Pour cet auteur, l'affection procède par attaques successives suivies chaque fois de guérison. Les observations de Friedmann ne nous ont pas paru absolument probantes et il nous semble qu'il faut faire quelques réserves sur la curabilité spontanée complète, intermittente de la paraplégie spécifique héréditaire. Il est certain en tout cas que cette intermittence est loin d'exister dans toutes les observations.

La terminaison est donc variable; le petit nombre d'observations publiées jusqu'ici, le fait que la plupart de ces observations sont de date récente empêchent de conclure sur ce chapitre de la terminaison. Dans beaucoup de cas l'affection est restée stationnaire, mais de nouvelles poussées restaient toujours à craindre; la terminaison s'est faite par la mort dans les cas de Siemer-

ling, de Böttiger, de Bartels, mais la mort n'était pas imputable à la lésion médullaire seulement. Par contre Barbe, Fournier, Filatoff, Nonne ont guéri absolument leurs malades, Hutchinson et Jackson, Gilles de la Tourette dans deux cas ont obtenu la disparition de presque tous les accidents.

Diagnostic. — Le diagnostic doit se faire d'une part dans les cas congénitaux ou précoces, d'autre part dans les cas tardifs.

Pour ces derniers on est en présence d'une myélite dont la cause ne saurait être trouvée en dehors de l'hérédo-syphilis il ne reste plus qu'à faire la preuve de celle-ci; à côté de l'enquête sur les parents, de la présence des stigmates, de la constatation de la polyléthalité des frères et sœurs, il faut signaler l'existence antérieure et souvent dès le jeune âge de phénomènes nerveux, se succédant sans régularité et sans cause appréciable, la coïncidence de symptômes encéphaliques, la localisation de la myélite à la région cervicale, la marche par poussées successives entrecoupées de rémissions, enfin l'influence du traitement dans les cas où il peut être mis en œuvre assez tôt.

Il reste toujours à prouver que la syphilis n'a pas été acquise mais héritée. Peut-être a-t-on négligé quelquefois cette seconde enquête dans un certain nombre de cas publiés sur la foi du traitement comme dus à la syphilis acquise, malgré les dénégations des malades.

Par contre, chez les enfants jeunes que la syphilis a frappés dès leur naissance ou dans les premières années de leur existence, la notion d'une myélite spécifique possible est encore peu répandue. L'hystérie est parfois fort difficile à dépister chez les enfants, la pseudo-paralysie syphilitique a des symptômes nets du côté du système osseux. Reuter a signalé, d'une façon peu précise du reste, des paralysies par névrite périphérique chez les enfants hérédo-spécifiques; le mal de Pott et principalement le mal de Pott syphilitique lorsque la déformation n'est pas visible peut être d'un diagnostic impossible d'avec la myélite. Mais le diagnostic qui se pose le plus nettement est celui des lésions cérébrales qui peuvent simuler le tableau des lésions médullaires, tels sont les cas qu'on range sous la dénomination générale de maladie de Little dans lesquels l'hérédo-syphilis est souvent présente. Faut-il admettre que la lésion siège toujours au cerveau et exclusivement au cerveau? La syphilis, nous l'avons vu, aime à disséminer ses lésions et peut porter sur la moelle, sinon tous ses efforts, au moins son action la plus importante? Cela ne ressort-il pas de ces observations de paraplégie spasmodique congénitale, où l'on note l'absence absolue de convulsions, la vivacité, la netteté de l'intelligence et la précision de la mémoire?

Traitement. — C'est le traitement ordinaire de la syphilis, traitement que la gravité des accidents impose très énergique. Si l'ancienneté et la profondeur des lésions, la destruction irréparable des éléments nobles ne permettent pas de s'attendre dans tous les cas à une guérison complète, on peut du moins espérer empêcher les lésions de s'étendre: on rend toujours service aux malades, on peut quelquefois les guérir tout à fait.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Camous (Paul-Louis). *Hygiène urbaine (application à la ville de Nice)*. N° 7. (G. Carré et C. Naud.)

M. Rouge (Georges). *Hygiène de l'habitation privée à Paris*. N° 41. (H. Jouve.)

M. Morel (Théophile-Alphonse). *Des clos d'équarrissage. Industrie. Hygiène publique et professionnelle. Police sanitaire. Législation*. N° 48. (Asselin et Houzeau.)

M. Picquet (Paul). *Fractures de l'avant-bras et consolidation vicieuse*. N° 39. (H. Jouve.)

M. Frigaux (Louis). *Les luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant*. N° 22. (Carré et Naud.)

Favoriser partout la pénétration de l'air et du soleil, pourvoir les villes de grandes quantités d'eau et spécialement d'eau d'alimentation *non infectée* circulant dans une canalisation soignée scrupuleusement surveillée ; évacuer le plus promptement possible et avant tout commencement de fermentation les matières usées, tels sont pour M. Camous les principes de l'hygiène urbaine.

Une ville qui observera rigoureusement ces trois grandes règles n'aura rien à craindre de la propagation des épidémies et verra sa mortalité s'abaisser dans de grandes proportions.

L'auteur estime que les pouvoirs publics devraient s'armer d'une loi pour forcer les municipalités réfractaires à appliquer les règles de l'hygiène publique qu'elles s'obstinent à ne pas comprendre. Pour ce qui concerne la ville de Nice, il dénonce hautement : 1° le mauvais état de canalisation des eaux de Sainte-Thècle.

2° Le mauvais état des égouts, fissurés, mal construits et totalement incapables de recevoir les matières excrémentielles.

Aussi, demande t-il pour Nice :

La proscription du « tout à l'égout » ;

La création d'une double canalisation :

1° Les galeries actuelles utilisées pour l'écoulement des eaux pluviales.

2° L'installation dans ces galeries d'une conduite spéciale pour l'entraînement des eaux ménagères et de vidanges.

Après avoir rappelé que toute habitation doit être pourvue d'air, de lumière et d'eau potable en quantité suffisante, qu'elle doit en outre posséder un système procurant l'évacuation immédiate des matières usées, M. Rouge fait connaître les importants travaux entrepris dans le but de satisfaire aux exigences de l'hygiène sur ces différents points, notamment la création d'un service de l'inspection et de la salubrité des habitations, l'organisation de la désinfection à domicile, la formation d'un casier sanitaire.

Il montre que les résultats obtenus ne laissent d'ailleurs aucun doute sur l'efficacité des moyens employés. Depuis 20 ans, on le sait, la mortalité générale n'a cessé de diminuer progressivement à Paris. Du chiffre de 25,37 p. 1000 qu'elle atteignait en 1880, d'après la statistique municipale, elle est tombée à 19,58 en 1896, ce qui correspond à une diminution d'environ 13 000 décès par an.

Mais, pour l'auteur, s'il serait certainement désirable de laisser à l'initiative privée le soin d'appliquer elle-même les préceptes hygiéniques, l'intérêt individuel mal compris l'emporte malheureusement trop fréquemment encore sur l'intérêt de la collectivité pour qu'une réglementation ne soit ici nécessaire, et que l'autorité ne doive intervenir pour contraindre les particuliers à exécuter dans leurs immeubles les améliorations jugées indispensables. Or, en l'absence d'une loi précisant nettement les pouvoirs de l'autorité municipale en matière de salubrité et d'assainissement, la réglementation sanitaire applicable tant aux constructions neuves qu'aux maisons anciennes doit se borner le plus souvent à des prescriptions générales, sans pouvoir spécifier l'emploi de moyens exclusivement obligatoires.

Aussi l'œuvre de l'assainissement des habitations parisiennes doit être complétée par une refonte générale de notre législation sanitaire et l'auteur exprime le vœu que le vote du Parlement vienne consacrer définitivement *le projet de loi sur la protection de la santé publique.*

D'après M. Morel les clos d'équarrissage actuels ne satisfont pas complètement aux lois de l'hygiène et de la police sanitaire. Leur propreté laisse à désirer, ils sentent mauvais et n'offrent aucune sécurité pour les travailleurs. La désinfection des débris cadavériques non cuits y est imparfaite; ces produits ainsi que les composés qu'on y fabrique peuvent contenir des germes virulents dangereux. Enfin, ils ne concourent pas, comme ils devraient le faire, à la prophylaxie des maladies contagieuses, par la déclaration des animaux atteints de ces maladies; aussi l'auteur détaille-t-il les différentes mesures nécessaires pour rémédier à cet état.

Il insiste notamment sur les maladies que sont plus particulièrement susceptibles de contracter les équarrisseurs : rage, tuberculose, charbon et surtout morve, et sur les mesures à prendre pour les éviter, ainsi que sur toutes les mesures d'hygiène concernant les ouvriers des clos d'équarissage.

La fracture diaphysaire de l'avant-bras reconnaît habituellement pendant l'enfance une cause indirecte, une chute sur la paume de la main; elle se fait par une sorte d'exagération des courbures normales. Pendant l'âge adulte la fraction par cause directe est la plus fréquente. Une fracture spéciale est celle qui est la conséquence de la torsion ou de l'enroulement. La terminaison se fait par cal vicieux soit parce que la contention a été faite dans une attitude défectueuse, soit parce que le bandage a été prématurément modifié ou supprimé par le blessé ou son entourage. Les symptômes locaux, principaux éléments du diagnostic, deviennent plus précis quand le chirurgien procède à la friction et au massage explorateurs. Le pronostic doit être réservé en raison de la fréquence relative des consolidations vicieuses. La supination complète avec flexion de l'avant-bras sur le bras à angle droit est la méthode de choix. Pour réduire le cal vicieux des os de l'avant-bras, il convient de faire et de maintenir pendant un temps suffisant l'extension et la contre-extension avec la flexion du coude à angle droit. Lorsque la fatigue des muscles est obtenue la rupture du cal vicieux peut être faite par de simples manœuvres manuelles. Le reste du traitement est le même que celui d'une fracture diaphysaire récente, de le placer dans la station assise, de faire exécuter par deux aides vigoureux l'extension et la contre-extension comme on le fait pour la réduction ordinaire de la fracture.

On épie le moment propice où la fatigue du blessé fournit le maximum de relâchement musculaire, et, par un mouvement brusque, précis et suffisamment énergique, on réalise très facilement le redressement de l'os.

Le traumatisme ainsi réalisé n'est pas plus important que celui de l'ostéoclaste. Il est mieux proportionné, mieux conduit, quand il est produit par les mains du chirurgien sans le secours d'aucun instrument.

Les luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant peuvent se diviser en 3 classes : les luxations congénitales, les luxations par élongation et les luxations traumatiques. Les luxations congénitales sont bilatérales ou unilatérales. Elles donnent lieu ordinairement à peu de troubles fonctionnels. Les luxations dites par élongation se font par la traction en adduction. Dans un premier degré il y a seulement subluxation en bas; c'est la forme commune, celle qu'on rencontre chez les enfants, sans déformation, facile à réduire. Dans un deuxième degré, la tête après être descendue verticalement s'échappe de la capsule, remonte sous l'action du biceps; c'est alors une véritable luxation en avant avec déformation et difficile à réduire. Les luxations traumatiques se divisent en deux variétés : *a*) Les luxations isolées de la tête radiale. *b*) Les luxations du radius avec fracture du cubitus dans son tiers supérieur. Dans ce dernier cas, fracture et luxation peuvent être contemporaines; la luxation est alors *immédiate*; ou bien la fracture préexiste à la luxation qui se fait ensuite progressivement, c'est la luxation *tardive*. La luxation immédiate se fait par cause *directe* ou *indirecte*. La luxation tardive peut reconnaître comme cause, la *pression du cal du cubitus*, elle peut aussi se produire par suite du *raccourcissement* consécutif à la fracture ou à une pseudarthrose. La fracture longitudinale de la tête radiale vicieusement consolidée peut accompagner ou simuler une luxation de la tête radiale en avant. Le diagnostic a une importance capitale, car de lui dépend l'avenir fonctionnel du membre malade. Dans tous les cas difficiles on devra recourir à la *radiographie* qui permettra d'établir un diagnostic précis et d'instituer un traitement rationnel. Le traitement dépend de la variété de luxation. Les luxations congénitales réclament rarement un traitement chirurgical. Les luxations par élongation se réduisent ordinairement avec une grande facilité. Dans les luxations traumatiques, il faut essayer de réduire par les méthodes non sanglantes. Si l'on n'y parvient pas on fera *chez l'enfant*, du massage et de la mobilisation, rarement une intervention sanglante; *chez l'adulte*, *l'arthrotomie*, pour les luxations isolées ou combinées à une fracture du cubitus sans déplacement, la *résection* dans les luxations impossibles à maintenir ou accompagnées d'une fracture du cubitus à grand déplacement, ainsi que dans les luxations anciennes.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Les modifications de l'épendyme dans la méningite tuberculeuse (Ueber Ependymveränderungen bei tuberculöser Meningitis), par Oрнuls (*Virchow's Arch.* 1897, vol. CL, p. 305). — Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

Dans la méningite tuberculeuse il existe toujours ou du moins très souvent, des modifications tuberculeuses du côté de l'épendyme. Les tubercules et granulations qu'on y trouve se localisent de préférence aux parties déclives des cavités ventriculaires. Ils sont superficiels ou profonds et dus les premiers à une infection de la surface de l'épendyme, partie des ventricules, les seconds à une infection par les lymphatiques périvasculaires.

L'infection de la surface de l'épendyme peut s'effectuer même en cas d'intégrité de l'épithélium épendymaire.

Les éléments cellulaires à noyaux particuliers qu'on trouve surtout dans les tubercules superficiels de l'épendyme doivent être considérés comme des cellules migratrices.

Coxa vara double (Ein Fall von Coxa vara), par Schneider (*Prag. med. Wochenschr.*, 1897, n°s 39 et 40). — Le cas observé par l'auteur chez un garçon de 16 ans présentait cette particularité que l'incurvation du col du fémur existait des deux côtés (fait vérifié par la radiographie), et que le malade présentait en même temps un genu valgum double. Sous l'influence du repos au lit et de l'extension continue la situation s'améliora considérablement : les douleurs disparurent complètement et la flexion de la cuisse sur la hanche pouvait se faire dans une plus grande étendue.

Spina bifida et prolapsus total de l'utérus chez une nouveau-née (Prolapsus Uteri totalis bei einer Neugeborenen), par Hanssen (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 38, p. 1040). — Il s'agit d'une enfant dont la sortie de l'utérus ne s'est effectuée qu'après la rupture spontanée d'un spina bifida lombaire des dimensions d'un œuf d'oie. Craignant une infection de la plaie, l'auteur pratiqua séance tenante l'ablation de la tumeur et sutura la peau par-dessus le canal vertébral ouvert depuis la 2e vertèbre lombaire jusqu'à mi-hauteur du sacrum. La face interne de la tumeur était tapissée d'un épithélium gris bleuâtre et présentait plusieurs cordons disposés symétriquement à la façon du nerfs spinaux. Après l'opération on constata une immobilité des membres inférieurs et un léger prolapsus de la muqueuse rectale.

Deux jours après l'opération survint brusquement un pro-

lapsus complet de l'utérus dont la réduction était des plus faciles mais qui ne restait pas en place.

L'enfant succomba au 9e jour après avoir encore présenté de l'incontinence d'urine. L'autopsie n'a pas été faite.

Pseudo-rhumatisme infectieux, par A. BERTAUX (*Bull. de la Soc. de médecine des praticiens de Lille*, sept. 1897, p. 49). — Chez un homme de 37 ans, à la suite d'une angine phlegmoneuse, survint un pseudo-rhumatisme poly articulaire qui fut traité par les injections du sérum de Marmorek. Puis se développèrent une congestion pulmonaire avec hémoptysies et une phlébite double des membres inférieurs. Le sang ensemencé contenait du tétragène; deux examens bactériologiques à 15 jours d'intervalle, donnèrent le même résultat. Le malade se rétablit. Il est à noter que l'examen du pus amygdalien avait révélé seulement des streptocoques et des staphylocoques.

Toxicité du sérum à l'état normal et pathologique (Untersuchungen über der Toxicität normaler und pathologischer Serumflüssigkeiten), par ALBU (*Virchow's Arch.*, 1897, vol. CXLIX, p. 405). — Ces recherches ont été faites avec le sérum des individus bien portants des malades (pneumonie, bronchite chronique, urémie, etc.), qu'on injectait sous la veine marginale de l'oreille des lapins. Elles ont montré que le sérum des individus bien portants tuait le lapin à la dose de 9 à 11 centimètres cubes par kilogramme d'animal. La toxicité du sérum était augmentée en cas de maladie et surtout lorsqu'il s'agissait de maladies amenant une accumulation dans le sang de l'acide carbonique et des produits des échanges interstitiels. Dans ces cas la mort du lapin était amenée avec une dose de 4-5 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Les animaux succombaient avec des symptômes nerveux et ceux d'une néphrite hémorrhagique parenchymateuse aiguë qu'on retrouvait à l'autopsie.

Les exsudats (liquide ascitique, pleural, péricarditique, etc.) agissaient de la même façon.

D'après l'auteur les substances albuminoïdes du sérum seraient déjà toxiques par elles-mêmes, mais il existerait encore une matière toxique qui adhérerait aux leucocytes.

Sérum anti-pneumococcique (Das Anti-Pneumokokken-Serum und der Mechanismus der Immunität des Kaninchens gegen den Pneumococcus), par MENNES (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1897, vol. XXV, p. 413). — Ces recherches ont été faites avec un pneumocoque qui, par des passages successifs, avait atteint une virulence telle qu'un cent-millionième (1/100 000 000) de centimètre cube de sang d'un lapin infecté tuait un autre lapin dans l'espace de 24 heures. La toxine de ce pneumocoque provoquait, en injections cutanées, à dose progressivement croissante, chez le lapin, un état d'immunité qui se manifestait par les deux faits suivants : 1° l'animal supportait impunément une injection de culture pneumococcique virulente à dose plusieurs fois mortelle; 2° l'animal fournissait un sérum qui, sans être plus bactéricide que le sérum ordinaire, possédait des propriétés prophylactiques et curatives de l'infection pneumococcique expérimentale.

Par le même procédé, l'auteur est arrivé à immuniser également des chèvres et des chevaux. Le sérum de cheval immunisé possédait également des propriétés prophylactiques et curatives de l'infection pneumococcique et neutralisait les toxines formées par le pneumocoque.

Méningite avec abcès sus-duremérien (Ein Fall von Meningitis und epiduralem Abscess mit Nachweis von Influenzabacillen), par HAEDKE (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 29, p. 806). — Chez un homme de 28 ans, ayant succombé avec les symptômes classiques d'une méningite dont l'origine n'a pu être établie, on trouva, à l'autopsie, une suppuration du rocher gauche, un abcès au-dessus de la dure-mère, au niveau du lobe frontal, et une infiltration purulente de la pie-mère en regard de l'abcès situé au-dessus de la dure-mère. La caisse du tympan du côté gauche était injectée, mais ne contenait pas de pus. Anatomiquement, on n'a pu établir aucun rapport entre la suppuration du rocher et l'abcès de la dure-mère.

L'examen microscopique et l'ensemencement du pus du rocher, de celui de l'abcès de la dure-mère et de la pie-mère montra la présence exclusive des bacilles de Pfeiffer.

Présence des bacilles d'Eberth dans les selles des typhiques (Beitrag zum Nachweis des Eberthschen Bacillus in den Fæcies der Typhuskranken), par JEMMA (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 33, p. 911). — L'ensemencement, sur le milieu d'Elsner, des selles des 33 typhiques a donné lieu, au bout de 48 heures, au développement de cultures typhiques très caractéristiques dans 30 cas, et a permis, dans ces cas, de faire le diagnostic de fièvre typhoïde.

Sur les 3 cas où les résultats étaient négatifs, il s'agissait, dans un cas, d'un homme qui, depuis 15 jours, a quitté un autre hôpital, où il avait été soigné pour une fièvre typhoïde. Il s'agissait, chez lui, d'une légère rechute qui ne dura que quelques jours. Dans les deux autres cas négatifs, il s'agissait de typhiques qui se trouvaient au 22e et au 27e jour de leur fièvre typhoïde, et chez lesquels la convalescence s'établit 3 et 4 jours après l'ensemencement des selles. Chez tous ces 3 malades, le sérodiagnostic donna un résultat positif.

Endocardite pneumonique des valvules pulmonaires (Endocarditis pneumonica des pulmonal Arterienklappen), par KERSCHENSTEINER (*Münch. med. Wochenschr.* 1897 n° 29 et 30 p. 808 et 836). — Il s'agit d'un garçon de 18 ans entré à l'hôpital pour une pneumonie franche de la base droite. La défervescence ne se fit pas et la fièvre resta à 40°, quand, au 12e jour, on contata l'existence d'un souffle au foyer de l'artère pulmonaire. Au 13e jour parurent les signes d'une méningite qui emporta le malade en 48 heures.

A l'autopsie on trouva une pneumonie fibrineuse de la base droite, une leptoméningite suppurée avec encéphalite hémorrhagique, une tuméfaction trouble du foie et des reins, une hépertrophie de la rate.

Du côté du cœur, les lésions étaient strictement limitées aux valvules de l'artère pulmonaire. La valvule antérieure était libre, lisse et transparente; la valvule postérieure gauche était en partie épaissie et recouvertes de végétations verruqueuses molles, de couleur grise; la valvule postérieure droite était recouverte, dans toute son étendue, par une végétation molle, de couleur grisâtre, des dimensions d'une noix.

L'examen microscopique des poumons hépatisés et des végétations valvulaires montra la présence des pneumocoques. Les cultures n'ont pas été faites.

L'ensemencement du sang pris dans la veine médiane, pendant la vie du malade, avait donné des résultats négatifs.

Corps étranger du pénis (Fremdkörper am Penis), par JUNGST (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 39, p. 1070). — Le corps étranger en question était un écrou dans lequel le malade avait engagé son pénis, probablement dans un but de masturbation. Il se manifesta au bout de 3 heures des symptômes d'étranglement tels que, pour retirer l'écrou, il a fallu le scier, ce qui fut fait par un serrurier.

L'écrou avait un diamètre de 5 centimètres et pesait 190 grammes; l'épaisseur de ses parois était de 1 centimètre.

Les propriétés immunisantes et curatives des sucs plasmatiques des bactéries pathogènes (Immunisirungs- und Heilversuche mit den plasmatischen Zellsäften von Bacterien), par HAHN (*München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 48, p. 1344. — L'auteur a étudié au laboratoire du du professeur Bouchart les propriétés thérapeutiques et immunisantes du plasma des bactéries, obtenues par trituration mécanique des corps des bactéries avec du sable, suivie d'expression du mélange sous une pression de 500 atmosphères. Ces recherches expérimentales ont porté sur le vibrion cholérique, le bacille typhique, le bacille tuberculeux, le staphylocoque et la bactéridie charbonneuse.

En injectant à des cobayes, sous la peau de l'abdomen, de fortes doses de choléraplasmine obtenue par la méthode sus-indiquée, l'auteur a vu se produire chez ces animaux les mêmes dhénomènes qu'on observe à la suite de l'inoculation intra-péritonéale de cultures vivantes de bacilles de choléra. En outre,

au moyen d'injections de la même plasmine répétées à des intervalles de deux ou trois jours à doses croissantes, il est parvenu à rendre les animaux réfractaires à l'égard de l'infection cholérique expérimentale. En effet, les cobayes ainsi traités ont supporté, même trois ou quatre mois après l'inoculation préventive, l'injection intra-péritonéale d'une dose de culture virulente de bacilles du choléra dix fois supérieure à celle qui est mortelle pour le cobaye non immunisé.

Les expériences avec la typhoplasmine ont montré qu'une injection de 1 gramme de suc de bacilles d'Eberth suffit pour immuniser le cobaye à l'égard de l'infection intrapéritonéale avec des cultures vivantes de ces microbes, infection qui s'est toujours montrée mortelle chez les animaux non immunisés.

En ce qui concerne les bacilles de la tuberculose, les résultats ont été moins nets, bien qu'ils se soient encore montrés positifs dans un certain nombre de cas. C'est ainsi que, sur 17 cobayes infectés avec des cultures pures de bacilles tuberculeux ou des crachats humains contenant ces bacilles et traités ensuite par des injections répétées de tuberculoplasmine à doses progressivement croissantes, 9 animaux ont survécu à des cobayes témoins qui, après inoculation tuberculeuse, n'avaient pas reçu d'injection de tuberculoplasmine et qui ont tous succombé en l'espace de six à huit semaines. Des 9 animaux en question, 4 sont morts plusieurs mois après l'infection et 5 vivent encore.

Les expériences faites avec le plasma des staphylocoques et des bactéridies charbonneuses ont donné des résultats négatifs.

CHIRURGIE

Traitement de la gibbosité pottique par la méthode de Calot (Ueber das Brisement des Buckels nach Calot), par Lorenz (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1897, n° 35, p. 556). — Le cas de l'auteur se rapporte à un garçon de 10 ans, dont la gibbosité, datant de 10 ans, siégeait entre les omoplates, et avait provoqué une parésie des membres inférieurs.

L'opération, que l'auteur a faite à contre-cœur, et pour céder au désir formel des parents, n'a présenté aucune difficulté. Mais, l'appareil une fois mis en place, on constata que la parésie avait fait place à une paraplégie absolue. En outre, dans la soirée, on constata une paralysie complète de la vessie et du rectum. On défit donc l'appareil et l'enfant fut immobilisé dans une gouttière.

La paralysie de la vessie et du rectum disparut au bout de 15 jours, mais la paraplégie persiste, absolue comme aujourd'hui, 2 mois après l'opération. La gibbosité s'est reproduite.

En passant en revue tout ce qui a été publié pour et contre l'opération de Calot, l'auteur arrive à conclure que la gibbosité doit se reproduire une fois que le malade quitte la position horizontale.

Redressement forcé de la gibbosité (Ueber das gewaltsame Redressement des Gibbus), par Vulpius (*Münch. med. Wochenschr.*, 1897, n° 36, p. 979). — L'auteur a eu recours à la méthode de Calot dans deux cas.

Un de ces cas se rapporte à un garçon de 5 ans, dont la gibbosité, datant de 6 mois, occupait les deux premières vertèbres lombaires. Le redressement forcé a été fait un mois après l'évacuation d'un abcès par congestion du bassin. L'appareil a été changé 2 mois après l'opération, et, à cette occasion, on a pu constater l'existence d'une lordose lombaire à la place de l'ancienne gibbosité. Bien que la suppuration ne soit pas encore terminée, l'enfant peut s'asseoir sans éprouver de douleurs.

La seconde observation se rapporte à une fillette de dix ans, dont la gibbosité, datant de deux ans, occupait les 9e et 10e verbres dorsales. L'appareil a été enlevé au bout de six ans, et, à cette occasion, on a pu constater que la gibbosité ne s'était pas reproduite, mais qu'il n'y avait pas encore de consolidation, car l'enfant, qui pouvait marcher sans difficulté avec son appareil, ne pouvait s'asseoir sans éprouver des douleurs quand ce dernier a été enlevé. L'appareil fut donc remis, et aujourd'hui, six mois après l'opération, elle peut marcher sans appareil.

Dans ces deux cas, le redressement a été fait à l'aide d'un appareil à extension, dont la description, avec les figures, se trouve dans ce travail.

En terminant, l'auteur signale un cas de redressement brusque d'une cyphose rachitique chez une fillette de onze ans. La gibbosité occupait, dans ce cas, les 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales. L'opération réussit aussi bien que possible.

Traitement chirurgical de la rate mobile (Die chirurgische Behandlung der Wandermilz, par Stierlin (*Deut. Zeitschr f. Chirur.*, 1897. vol. XLV. p. 382). — L'auteur, après avoir rapporté une observation de splénectomie chez une malarique de 30 ans, et étudié environ 30 observations de splénectomie qu'il a trouvées dans la littérature, tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° La rate mobile non hypertrophiée se rencontre très rarement, et tout porte à croire que c'est l'hypertrophie qui la rend mobile;

2° Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas de rate mobile, dans le but de prévenir la torsion du pédicule et les suites fâcheuses qui résultent de cette complication;

3° Pour les rates mobiles dont le volume dépasse seulement 2 ou 3 fois celui de la rate normale, le traitement chirurgical doit consister en une splénopexie par le procédé de Rydygier ou par celui de Bardenheuer;

4° Les rates mobiles plus volumineuses doivent être extirpées;

5° La splénectomie pour rate mobile fournit une mortalité de 6,25 p. 100 sur le nombre total des cas opérés, abstraction faite de la nature de l'hypertrophie ou de la tumeur de la rate mobile;

6° Dans aucun cas, l'ablation de la rate n'a amené des troubles menaçants pour la vie du malade et tenant à la suppression de la glande. Les troubles qu'on observe parfois sont d'autant moins accusés, que les modifications pathologiques de la rate enlevée sont plus graves.

Chirurgie de la moelle épinière (Ein Beitrag zur Chirurgie des Rückenmarks), par Trapp (*Münch. med. Vochenschr.*, 1897, n° 27, p. 731. — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de 20 ans qui, ayant fait une chute d'une hauteur de trois mètres sur le siège, éprouva aussitôt une vive douleur entre les omoplates et ne put se relever. Il fut transporté chez lui et garda le lit pendant trois jours; en se levant, au bout de dix jours, il constata la présence d'une bosse entre les omoplates et la marche devenait de plus en plus difficile.

L'examen du malade montra tout d'abord l'existence d'une gibbosité formée par les apophyses épineuses 6e 7e et 8e vertèbres dorsales. Du côté des membres inférieurs, on trouvait une diminution considérable de la force motrice, un état spasmodique de tous les muscles et une exagération considérable de tous les réflexes tendineux; les réflexes plantaire et crémastérien étaient abolis; la sensibilité était normale.

L'ensemble de symptômes indiquant une fracture de la colonne vertébrale avec carie secondaire du foyer et compression ultérieure de la moelle épinière, le malade fut soumis à l'extension continue.

Ce traitement n'ayant amené aucun résultat et la parésie des membres inférieurs s'étant transformée en paraplégie, on se décida alors à intervenir activement et à ouvrir le foyer.

L'intervention consista à réséquer les apophyses épineuses des 7e et 8e vertèbres dorsales et à faire une résection partielle des lames vertébrales correspondantes. La dure-mère, très tendue, ne présentait pas de pulsations, elle fut incisée sur une étendue de 3 centimètres : il sortit aussitôt une cuillerée à café d'un pus caséeux. L'exploration digitale n'ayant montré la présence d'aucun autre foyer, on introduisit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité et on mit deux points de suture sur la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. Dès les premiers jours après l'opération, on put constater la disparition de l'état spasmodique et le retour progressif des mouvements deux mois après, le malade pouvait déjà marcher tout seul.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment on extrait les corps étrangers de la cornée.

On sait combien est fréquente la pénétration de particules dans le sac conjonctival, que ce soit un grain de poussière soulevé par le vent, un fragment de charbon à la portière d'un wagon, un éclat de fer ou d'émeri chez les ouvriers ajusteurs ou autres.

Le corps étranger atteint généralement le globe de l'œil, au niveau de la fente palpébrale; il frappe alors soit la cornée, soit la conjonctive bulbaire. La cornée est fixe; la conjonctive bulbaire est, au contraire, éminemment mobile. Elle fuit sous le corps étranger qui ne peut s'y incruster, tandis qu'il s'enclavera aisément dans le tissu cornéen, si la force de projection est suffisante. Ce fait nous explique pourquoi, dans l'immense majorité des cas, la particule se retrouvera à la surface de la cornée. On l'y découvre en éclairant obliquement la cornée et en concentrant la lumière au moyen d'une lampe. On peut également instiller une goutte de la solution suivante :

Fluorescine.	40 centigrammes
Carbonate de soude .	70 —
Eau distillée	20 grammes.

Instiller une goutte, fermer l'œil ensuite pendant quelques secondes et laver avec un collyre quelconque.

La perte de substance cornéenne se teinte en vert. Sur la tache verte tranche nettement le corps étranger. L'emploi de la fluorescine est très avantageux. Souvent, en effet, le corps étranger, après avoir lésé la cornée, n'y séjourne pas : les larmes l'expulsent. La tache verte de la blessure est alors uniforme, sans relief suspect.

Pour extraire les corps étrangers ds la cornée, on insensibilise l'œil à la cocaïne.

On emploie la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	20 centigrammes.
Eau distillée.	10 grammes.

Une goutte de trois en trois minutes pendant un quart d'heure.

On fait asseoir le blessé devant une fenêtre. Le praticien se tient debout derrière lui et fait reposer la tête du patient sur sa poitrine. D'une main, il découvre la cornée, en s'assurant que les paupières sont bien relâchées, preuve d'une anesthésie complète. Alors, avec une petite aiguille spéciale ou une petite gouge, à la rigueur avec une simple aiguille à coudre bien stérilisée, il détache légèrement et sûrement la particule. Il faut se garder d'éroder l'épithélium cornéen au cours de cette petite opération; il faut avoir bien en vue le corps étranger et l'énucléer du premier coup. Si la perte de substance est assez notable, on fera porter un bandeau jusqu'au lendemain.

Si c'est un éclat de fer ou d'acier qui a pénétré dans l'œil, il se forme rapidement — déjà au bout de quelques heures — un anneau brunâtre qui se découvre après l'extraction du fragment. Cet anneau provient de l'oxydation du métal. Il convient de gratter cet anneau jusqu'à complète disparition. Cette manœuvre est déjà plus délicate; elle exige parfois le doigté exercé d'un spécialiste. (H. C., *Journ. méd. de Bruxelles*, 1897, n° 45.)

FAITS CLINIQUES

Un cas d'hémophilie traité avec succès par le corps thyroïde,

D'après M. le Dr J. Dejace.

Une dame O... est atteinte depuis 2 ans d'une hémophilie qui l'a réduite à un excessif état d'anémie.

Lorsqu'elle se présente à mon examen, le 4 octobre, elle me dit avoir été soumise sans succès aux traitements les plus divers et les plus énergiques.

Le faciès est exsangue, les muqueuses absolument décolorées, les gencives saignent abondamment au moindre attouchement. Les jambes, les bras, le corps, sont couverts de taches de purpura. A chaque époque menstruelle le sang s'écoule avec une inquiétante abondance, et les règles durent en moyenne de 12 à 14 jours. La malade a heureusement conservé un assez bon appétit.

Me fondant sur certaines observations faites à propos de l'action du corps thyroïde en ingestion sur les métrorrhagies, je prescrivis à cette dame des capsules de corps thyroïde titrées à 0 gr. 10, à raison de trois par jour, à partir du 5 octobre. Le 12 octobre ses règles parurent. Au lieu de perdre du sang pendant 12 jours comme aux époques précédentes, la malade ne perdit que 4 jours d'une façon modérée. Dès le 18 octobre, les pertes de sang par les gencives disparurent.

Le 27 octobre, la malade, dont le poids n'avait diminué que de 400 grammes, me disait n'avoir plus eu une seule hémorrhagie depuis ses règles. Les taches purpuriques avaient disparu; les gencives s'étaient raffermies. Une teinte rosée commençait à recolorer le visage. La patiente ne se plaignait plus que de palpitations légères. Elle n'a pas dépassé jusqu'à présent la dose de trois capsules par jour.

Cette courte observation, ne donnant que la rapide succession des faits cliniques, montre que le corps thyroïde exerce une action encore inconnue sur la plasticité du sang.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Quinine (*suite*).

Accidents des injections de quinine. — On a incriminé la quinine de provoquer des abcès ou des phlegmons au lieu de la piqûre : le fait a été particulièrement fréquent à Madagascar. Or il n'y a que deux raisons qui peuvent motiver ces accidents : une faute d'asepsie ou un degré de concentration trop élevé de la solution. En dehors de ces deux circonstances, nous sommes très affirmatifs sur ce point, on n'a à redouter aucune complication locale.

Quant aux accidents généraux, ivresse, excitation, exanthèmes divers, hémoglobinurie, ils se produisent moins souvent après la piqûre qu'après l'ingestion. Ce fait ressort nettement de la lecture des observations. Nous n'avons pas sur ce point une expérience suffisamment étendue pour y puiser les éléments d'une argumentation personnelle : mais nous ferons seulement remarquer que les quelques injections de quinine que nous avons pratiquées, principalement chez des enfants, rarement chez des adultes, exceptionnellement (2 cas) chez des paludiques, ont été admirablement tolérées par les malades et n'ont donné lieu à aucun accident général ou local. Il va sans dire que l'on doit également tenir compte des doses. Les médecins les plus autorisés en la matière, comme Laveran, indiquent comme une dose presque toujours suffisante 1 gramme que l'on peut renouveler une autre fois dans la journée, et professent que la dose de 3 grammes ne doit dans aucun cas être dépassée. Nous reviendrons sur ce point à propos de chaque sel de quinine, que nous allons maintenant étudier en particulier.

Des sels de quinine en particulier.

Bromhydrate de quinine.

Variétés. — 1° Bromhydrate basique, contenant 76,60 p. 100 de quinine. — Syn. : Monobromhydrate, ancien bromhydrate neutre.

2° Bromhydrate neutre, contenant 60,67 p. 100 de quinine. — Syn. : Bibromhydrate, ancien bromhydrate acide.

Solubilité. — 1° Bromhydrate basique, 22 milligrammes se dissolvent dans 1 gramme d'eau. (En chiffres ronds : 1 p. 45.)

2° Bromhydrate neutre : 158 milligrammes se dissolvent dans 1 gramme d'eau. (En chiffres ronds 1 p. 100.)

Cette solubilité est augmentée par l'addition d'alcool ou l'association à l'antipyrine.

Applications particulières. — Le bromhydrate de quinine convient spécialement aux manifestations névralgiques du paludisme, pour lesquels il est un sédatif presque aussi puissant que le valérianate de quinine qui, lui, n'est pas facilement injectable. Il est également employé chez l'enfant comme antipyrétique et calmant lorsqu'il y a de l'excitation, du délire. Enfin il a été préconisé dans la coqueluche, contre les quintes et comme préventif des poussées broncho-pneumoniques (Laubinguer).

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 1 à 2 ans une seule injection de 4 centigrammes; de 2 à 5 ans, 5 centigrammes par injection, jusqu'à 20 centigrammes en 24 heures; de 5 à 10 ans, 10 centigrammes par injection, 20 à 40 centigrammes par 24 heures; de 10 à 15 ans, 10 à 15 centigrammes par injection, 30 à 60 centigrammes par 24 heures. Au-dessus de 15 ans et *chez l'adulte* jusqu'à 1 gramme de bromhydrate basique, 1 gr. 20 de bromhydrate neutre en 2 injections.

Les quantités précédentes visent seulement le bromhydrate neutre.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Peu douloureuse et sans réaction locale si le titre de la solution ne dépasse pas 1 p. 10.

b) *Eloignés.* — S'absorbe aisément et s'élimine rapidement. Amène un abaissement de température qui peut persister pendant 6 heures. Action sédative sur le cœur et les centres nerveux. Peu ou point de phénomènes labyrinthiques, de vertiges, même aux doses les plus élevées.

FORMULES

Nous n'entreprendrons pas de transcrire en même temps les principales des innombrables formules préconisées pour les différents sels de quinine; nous nous contenterons de donner 2 ou 3 formules types, dont la connaissance suffira à tous les besoins du praticien.

Bromhydrate neutre de quinine. . . . . 1 gr.
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes.
1 à 10 cent. cubes.

Bromhydrate basique de quinine. . . . 1 gr.
Antipyrine. . . . . 2 gr.
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes.
1 à 5 cent. cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Union des Syndicats médicaux.

Nous avons voulu attendre, pour parler de la dernière assemblée générale de l'Union des syndicats, que nous ayons sous les yeux le texte officiel des discours prononcés par le président M. Porson et par le secrétaire général M. Noir. Ces discours, le *Bulletin de l'Union* vient de les faire paraître et nous tenons à en signaler immédiatement toute l'importance et toute la portée.

Des premiers, sinon le premier dans la Presse médicale, nous avons applaudi à la création des syndicats. Souvent nous avons insisté sur l'utilité des mesures que seuls ils étaient à même de proposer et de défendre. Toujours, dans les conseils de l'Association générale des médecins de France, nous avons recommandé l'union intime et cordiale de tous les syndicats avec nos sociétés locales. Pour arriver, en effet, à mieux faire comprendre le but et les tendances de l'Association générale il serait bon que, dans les départements, ses séances annuelles pussent coïncider avec les séances des syndicats. On verrait ainsi que « la sœur aînée de l'Union », comme l'a appelée M. Porson, ne demande qu'à défendre les intérêts moraux et matériels du corps médical; qu'elle consacre chaque année plus de temps et plus d'argent qu'on ne le suppose à plaider devant la Cour de cassation les causes qui intéressent la majorité des médecins. Un jour prochain viendra où les résultats déjà obtenus seront mis sous les yeux des indifférents ou de ceux qui, par parti pris, continuent à nier cette action de défense professionnelle qui nous est prescrite par nos statuts.

Aussi ne pouvons-nous qu'approuver tout ce qu'ont dit, au sujet des mesures à prendre pour la sauvegarde des intérêts du corps médical, le président et le secrétaire général de l'Union des syndicats.

Parmi les questions qui les intéressent de plus près et que seuls les syndicats sont à même de bien connaître et bien résoudre se place en première ligne celle de l'*assistance médicale gratuite* et celle des rapports qui peuvent exister entre les *Sociétés de secours mutuels* et les médecins chargés de donner des soins à tous leurs membres. M. Porson a eu raison d'insister sur les services qu'il a rendus à tous ses confrères en cherchant une entente avec la *Ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité.* « Pour les impatients, a-t-il dit, les progrès réalisés peuvent paraître bien tardifs et bien modestes. Ils n'en sont pas moins réels; et, bien que lents à germer, les idées que nous avons semées ne peuvent, si nous voulons nous en donner la peine, tarder longtemps désormais à porter leurs fruits. » De son côté M. Noir a excellemment résumé cette question. Nous tenons à citer textuellement ce qu'il a dit à ce sujet.

L'Union des Syndicats médicaux a, dit M. Noir, fait tous ses efforts pour faire triompher ses idées au dehors du corps médical et nous avons amplement réussi au Congrès d'Assistance de Rouen. Comme délégué de l'Union, j'ai eu la bonne fortune d'être accompagné par MM. A. Le Blond et Gourichon, délégués du Syndicat de la Seine.

Nous avons étudié d'avance ce que nous devions faire et dressé notre plan d'action. Nous n'étions pas sans appréhensions à notre départ; les administrateurs, les Présidents de Sociétés philanthropiques n'aiment généralement pas les médecins, qui le plus souvent sont pour eux de gênants critiques. Nos craintes ne se sont pas réalisées; nous avons trouvé auprès de tous les membres du Congrès l'accueil le plus courtois, nous avons eu l'avantage de faire voter toutes nos conclusions, touchant le rôle des Syndicats médicaux dans l'organisation de l'assistance médicale gratuite, l'application de la loi sur la responsabilité patronale au sujet des ouvriers mutualistes ou indigents blessés, les abus de l'hospitalisation, etc. Dans les sections comme dans les réunions générales, les idées de nos Syndicats ont été très facilement adoptées et nous sommes revenus avec la conviction absolue que nous gagnerions beaucoup à nous faire connaître et que nos adversaires (du moins, c'est ce qui nous a paru être à Rouen) étaient souvent plus dans le corps médical que parmi les administrateurs et le public.

Ne voulant pas laisser sans sanction les vœux que nous avons fait adopter à l'unanimité au Congrès de Rouen, nous nous sommes empressés de les porter au Ministère de l'Intérieur où l'on nous a promis d'en tenir compte.

Vous avez pu vous persuader, en lisant le *Bulletin*, que l'organisation de l'*assistance médicale à la campagne* a été une

de nos plus grandes préoccupations. Nous devons rendre cette justice à l'Administration centrale, c'est qu'elle a toujours fait le possible pour soutenir les justes demandes des médecins. Malheureusement, pour l'application de cette loi, il faut plusieurs années d'expériences; le pouvoir central n'est pas toujours suffisamment armé contre les municipalités et les Conseils généraux récalcitrants, et, il faut bien l'avouer, beaucoup d'entre nous n'ont pas fait tout le nécessaire pour arriver à une bonne organisation de l'assistance médicale gratuite. Certains par négligence ou timidité n'ont pas exigé leur convocation lors de la création de la liste des assistés; d'autres trop impatients ont voulu obtenir d'emblée plus qu'on n'était en mesure de leur donner immédiatement. Les réformes de l'importance de celle de la loi de l'assistance médicale gratuite ne se font pas en un jour, nous sommes à une période de tâtonnement où il est sage de temporiser et d'agir sur l'opinion publique et sur les corps élus pour les amener petit à petit à ne pas considérer *a priori* l'application de la loi du 15 juillet 1893 comme une charge trop lourde dont il faut se débarrasser par tous les moyens possibles.

Après l'assistance, la *mutualité* a été encore un de nos grands soucis. Nos études à la commission mixte que nous formons avec la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, nous ont amenés à adopter un type de *règlement du service médical* dû à notre Président, M. Porson, règlement qui, sans sacrifier le mutualiste, donne au médecin les avantages auxquels il a droit.

Les questions de la mutualité nous ont amenés à nous préoccuper de l'*organisation du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuel*. Grâce à l'initiative toujours en éveil de notre Président, M. Porson, et à l'intervention active de son ami, M. le député Roch, nous avons obtenu à la Chambre la désignation d'un représentant des Syndicats médicaux parmi les les membres de ce Conseil. Quelques médecins non syndiqués ont été surpris de voir attribuer cette place aux Syndicats qui ne sont pas des Sociétés de secours mutuels. Ces confrères, sans doute, ignorent que le médecin est un des pivots de la mutualité et que les Syndicats professionnels ont un droit plus légitime à une représentation dans un conseil de ce genre, qu'une société savante quelle que fût son autorité, serait-elle l'Académie de médecine. Nous espérons que le Sénat adoptera le projet de la Chambre et qu'avant peu nous devrons désigner un représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels. En attendant, ne ménageons pas nos remerciements à l'honorable M. Roch.

Nous avons pu récemment connaître, par une communication officielle, toutes les difficultés que présente la question des honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques relatifs à l'assistance médicale gratuite. Cette année les frais de ce genre ont été considérables. L'attention du ministre de l'Intérieur a été appelée sur la nécessité de les réduire. Il conviendra de lutter plus énergiquement que jamais pour sauvegarder les intérêts des médecins tout en appelant l'attention de ceux-ci sur l'opportunité de réduire des frais pharmaceutiques parfois exagérés.

Une autre question a été soulevée par le rapport de M. Noir, celle de la procédure à suivre pour aboutir à un résultat vraiment utile. Après avoir constaté que le groupe des médecins du Parlement n'a pas prêté au corps médical tout l'appui qu'il était en droit d'en attendre, M. Noir s'est exprimé dans les termes suivants :

A côté de cette cause d'impuissance du corps médical, il en est une autre que nous devons bien avouer. Nous voulons faire aboutir beaucoup trop de réformes à la fois. Poussés par le légitime désir de satisfaire tout le monde, nous gaspillons trop souvent nos forces et notre temps en des démarches vaines et des réclamations stériles. Il serait plus sage et plus utile à mon avis de grouper nos influences et de concentrer nos efforts pour tenter d'assurer chaque année le triomphe d'une affaire un peu importante.

Pour arriver à ce but, il serait nécessaire de voir chaque syndiqué dans chaque Syndicat et chaque Syndicat dans l'Union sacrifier un peu de ses intérêts particuliers aux intérêts généraux supérieurs. Le particularisme, j'allais dire l'égoïsme, est la plaie du corps médical. C'est lui qui fait naître trop souvent, chez beaucoup de confrères, des sentiments de méfiance et de suspicion à l'égard de ceux qui, avec un désintéressement absolu, s'occupent des affaires de l'Union, sentiments peu faits pour encourager ces derniers à une tâche toujours difficile et parfois très ingrate.

Je ne ferai pas même allusion aux attaques directes dont nous avons été parfois l'objet; la façon dont elles ont été formulées et le but intéressé de leurs auteurs ont suffi à en faire justice et nous ont rendu le silence facile. Avec votre approbation, je n'en doute pas, nous continuerons notre tâche en dédaignant ces attaques.

On ne peut qu'applaudir à ces paroles. Bien souvent déjà nous avons signalé le tort que font aux meilleures causes ceux qui, persuadés qu'ils ont trouvé un remède efficace à tous les maux dont nous souffrons, semblent hypnotisés par leur découverte et se refusent à admettre la contradiction. Souvent aussi nous avons opposé les uns aux autres ceux de nos confrères qui, après avoir sollicité dans des sens absolument opposés, notre intervention près des pouvoirs publics, nous accusaient ensuite de mauvais vouloir ou d'impuissance.

La question de la *médecine de frontières* dont s'occupe l'Union des syndicats est l'une de celles qui à ce point de vue ne peut être résolue sans froisser de légitimes intérêts. Tandis que dans le Nord et dans le Sud-Est on réclame la protection à outrance et l'interdiction d'exercer pour les médecins étrangers, dans l'Est, au contraire, on réclame la suppression d'une réglementation jugée trop sévère parce qu'elle a provoqué des représailles plus rigoureuses encore de la part de l'autorité allemande. Comment légiférer lorsqu'il n'existe pas de convention internationale précise? Comment faire comprendre à ceux qui très justement se plaignent d'être lésés que les règlements internationaux ne peuvent tenir compte de tous les intérêts particuliers?

Il est enfin un autre sujet plus triste et que ne font qu'effleurer les discours que nous avons tenu à citer parce qu'ils prouvent l'excellent esprit dans lequel se trouve dirigée depuis quelques années l'Union des Syndicats. Il s'agit des critiques méritées auxquelles s'exposent trop souvent quelques médecins. « N'avons-nous pas beaucoup à faire pour que le médecin offre à la société toutes les garanties de probité, de savoir et d'expérience qu'elle est en droit d'en attendre? » a dit M. Porson Il aurait pu ajouter que ce n'est pas seulement dans les jeunes générations que l'on voit des défaillances et des erreurs de nature à rabaisser dans le public extra-médical la considération qui s'attachait autrefois à tous les médecins. Il importe qu'on lutte énergiquement pour rendre désormais de plus en plus rares ces défaillances et ces erreurs. Il faut que les Maîtres s'entendent entre eux au lieu de jeter dans l'esprit de leurs élèves des doutes et des suspicions qui ne peuvent qu'amener à l'anarchie. Il faut que l'on ait le courage de dénoncer et de flétrir publiquement ce que tout honnête homme doit considérer comme malhonnête. La déontologie ne s'apprend pas dans les livres. Elle s'enseigne par l'exemple. Toutes les associations professionnelles en connaissent les règles. Il suffit de savoir les bien appliquer.

L. LEREBOULLET.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

Directeurs : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

La péritonite primitive à pneumocoques chez l'adulte,

Par M. le Dr J. Brault,

Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

La péritonite à pneumocoques, d'une façon générale est très fréquente chez l'enfant, je n'en veux pour preuve que les nombreux exemples cités dans les nouveaux traités de pathologie infantile, c'est ainsi que M. Comby dans son article en cite 22 cas presque tous observés en France. Les filles paient un tribut beaucoup plus lourd que les garçons, M. Brun, dans *la Presse médicale* (février 1897) en cite 11 cas chez les premières et 3 seulement chez les seconds.

Assez souvent primitive dans le jeune âge, la péritonite à pneumocoques semble au contraire beaucoup plus rare chez l'adulte et même chez l'adolescent, puisque, d'après les relevés des auteurs les plus compétents, c'est entre 3 et 12 ans, que l'on rencontre cette sorte d'infection péritonéale à l'état isolé.

Chez l'adulte l'on connaît déjà un certain nombre d'observations de péritonites à pneumocoques, mais dans les cas de Cornil et Nélaton, dans ceux de Courtois-Suffit et Boulay, de Weichselbaum, l'affection n'était pas isolée.

Au mois de juin 1894, alors que mon attention était déjà attirée depuis longtemps sur certains cas de péritonite purulente à marche relativement bénigne et à cause cliniquement obscure, j'ai eu la bonne fortune de rencontrer chez un homme de 35 ans une première observation où la manifestation péritonéale semblait tout à fait isolée et primitive. Mon observation a été l'objet d'un rapport de M. Picqué à la Société de chirurgie dans la séance du 3 novembre 1894.

L'année suivante, au mois de janvier 1895, MM. Arnozan et Cassaët communiquaient un nouveau cas à la Société médicale des hôpitaux.

Je résume ces deux observations.

Observation I. — *M. J. Brault.* — A....., 35 ans, 12 ans de service, entre au Dey avec le diagnostic : rétention d'urine. Placé dans ma division, je constate chez lui dès son entrée une vaste tumeur qui occupe surtout le flanc et la fosse iliaque droite, mais gagne cependant un peu vers le mésogastre. Les mictions sont fréquentes, peu abondantes, dans l'intervalle le malade perd un peu d'urine qui s'écoule goutte à goutte du méat, c'est sans doute ce qui a fait croire à une miction par regorgement.

Antécédents nuls, très robuste constitution, il s'agit d'un véritable colosse.

A... jusqu'à ces derniers temps avait joui d'une bonne santé sauf un lombago passager quelques mois auparavant, *l'on ne retrouve rien dans son passé*. Le 30 mai 1894 notre homme est pris tout à coup d'une douleur très intense dans la fosse iliaque. Lancées très fortes pendant deux jours, fièvre, frissons, vomissements alimentaires et bilieux mais A..., qui *n'est pas d'ailleurs un constipé habituel, continue à aller parfaitement à la selle*. Rien du côté de la poitrine. Dans les jours qui suivent apaisement de l'orage, douleurs sourdes dans la fosse iliaque, ténesme vésical, évacuations alvines toujours régulières.

J'ai dit qu'à l'entrée du malade je constatai une volumineuse tumeur surtout développée à droite et dans la moitié inférieure de l'abdomen. Cette tumeur disparaît derrière la sangle abdominale quand le malade se redresse, elle est uniformément mate, elle est immobile dans les mouvements respiratoires, enfin elle est franchement fluctuante. Les téguments sont restés sains, il n'y a pas de plastron. Le membre inférieur du côté droit est parfaitement mobile, dans une attitude normale. L'exploration du squelette (colonne, bassin, hanche) ne fait rien découvrir de ce côté.

La température ne s'élève pas au-dessus de 38°, mais l'émaciation est très accentuée, le faciès est terreux, les yeux sont

excavés, il y a une teinte subictérique des conjonctives, de l'anxiété et des tendances à la syncope.

L'auscultation ne nous fait rien découvrir du côté du cœur ou des poumons.

En face de cet état de choses, j'élimine facilement l'adénite iliaque, la psoïtis, l'abcès périnéphrétique; mais malgré moi je songe à l'appendicite. Cependant il y a certaines choses qui jurent avec le syndrome clinique de l'appendicite, il n'y a eu aucun avertissement antérieur, il n'existe pas de *constipation préalable*, et, au cours de l'affection présente, les *selles ont continué à être toujours régulières*.

Nous intervenons le lendemain 10 juin. — Incision de Schuller de 15 centimètres. Le fascia transversalis est adhérent au péritoine; ces deux membranes sont déjà un peu usées par la suppuration à certaines places (1). J'estime à beaucoup plus d'un litre la quantité de liquide qui s'écoule après ouverture de la poche. Le pus est fluide, blanc, laiteux, mêlé de gros caillots fibrinoïdes, à une odeur infecte, rappelant le voisinage du tube digestif. La poche est *uniformément* tapissée de fausses membranes, sous lesquelles disparaissent les anses intestinales qui simulent ainsi des sortes de scissures et de circonvolutions. Non seulement on ne trouve pas l'appendice dans la poche, ce qui m'est arrivé souvent dans mes interventions pour appendicites mûres ou hypermûres, mais encore là-dedans, je le répète, tout est uniforme, aucun point ne parait plus enflammé. Vidange, lavage et drainage après suture de la plus grande partie de la plaie.

L'examen du pus nous montre exclusivement de nombreux cocci posés surtout par deux, plus rarement par quatre ou six, la plupart sont entourés d'une capsule très nette. Les cultures sur gélose en goutte de rosée tout également caractéristiques. Je n'ai malheureusement pas pu faire d'inoculation à la souris. Je passe sur les suites qui furent très simples : à la fin du mois de juin l'assèchement de la poche était complet. Après une convalescence un peu longue, A... s'est remis parfaitement. J'ai pu le suivre tout à loisir depuis 3 ans 1/2, je l'ai encore vu ces jours derniers, il était en très bon état, bien qu'il fasse un service très pénible.

Obs. II. — *MM. Arnozan et Cassaët.* — Le 9 février 1894, entrait à l'hôpital une jeune fille âgée de 18 ans, domestique; elle se plaignait de douleurs très vives, à la base de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen dont le début remontait au 5 février.

Refroidissement pendant une veillée, puis douleur subite le 5 février dans la région précordiale, tels sont les faits importants à noter au début.

Les jours suivants fièvre s'élevant à 38°5 irradiation des douleurs dans tout l'abdomen, météorisme, respiration précipitée, pouls filiforme, transport à l'hôpital.

Au moment de l'examen la température est de 39°, la malade est pâle, prostrée, mais le ventre très distendu n'est plus douloureux. A l'auscultation l'on constate de la congestion pulmonaire bilatérale. Le cœur est normal. En raison de l'absence de signes intestinaux, l'on ne pense pas devoir incriminer le tube digestif. Les organes génitaux et urinaires étaient indemnes. Un chirurgien appelé recommande de ponctionner l'intestin distendu, les signes de péritonite sont si peu accusés qu'il ne se croit pas autorisé à intervenir.

Le soir même la malade mourait en pleine connaissance.

Autopsie. — L'on rencontre à l'ouverture du ventre une péritonite aiguë de la loge antérieure seule, l'exsudat est caractéristique, épais de plusieurs centimètres, il est jaune verdâtre, et villeux; il n'y a pour ainsi dire pas d'épanchement, l'on ne trouve qu'une cinquantaine de grammes d'un liquide séro-purulent grumeleux dans la région prévésicale. Rien d'intéressant à signaler par ailleurs dans cette autopsie. L'examen bactériologique complet n'a pu être fait. L'exsudat fibrino-albumineux, examiné contenait dans son épaisseur un nombre assez considérable de diplocoques, disséminés encapsulés; dont les caractères optiques étaient semblables à ceux du pneumocoque de Talamon-Fränkel. Du reste, ils ne se décoloraient pas par le Gram.

Depuis ma première observation, je me suis toujours tenu à l'affût d'un nouveau cas; malgré de nombreux examens, ni dans mon service, ni dans les services voisins je n'ai pu retrouver l'affection chez l'adulte. Toutefois, tout récemment, j'ai rencontré chez une jeune adolescente une péritonite primitive à pneumocoques. Il s'agit presque d'une enfant puisque ma petite malade avait 15 ans seulement. Néanmoins, comme je l'ai dit déjà, la péritonite due à l'infection pneumoccocique est rare à cet âge et, de ce fait, il me semble que je suis autorisé à placer ici ce nouveau cas.

1. Dans mes nombreuses interventions pour appendicites même hypermûres le fascia était parfaitement isolable et décollable du péritoine.

Obs. III. — *M. J. Brault.* — B... Joséphine, âgée de 14 ans, petite fille robuste, réglée depuis l'âge de 12 ans, jouit d'une bonne santé habituelle.

Le 5 octobre 1897, Joséphine B..., qui s'est surmenée l'avant-veille en aidant à une lessive, ressent une douleur brusque dans le bas-ventre vers le milieu de l'après-midi. Elle est obligée de s'aliter.

Dans les jours suivants, il y a de la céphalée, des nausées, des vomissements même, le ventre se météorise et l'on constate un peu de diarrhée, la température oscille autour de 39°. — L'auscultation ne donne rien. — L'on pose le diagnostic de dothiénentérie.

Je vois la petite malade en consultation le 12 octobre, depuis la veille, le médecin traitant constate de la matité et de l'empâtement dans la région sous-ombilicale, la fièvre est moindre.

Au moment de mon examen, je trouve en effet une matité assez étendue dans cette région, une sorte de plastron comme dans le phlegmon sous-ombilical. Le reste du ventre est redevenu assez souple, la température est de 38°2. L'état général n'est pas très bon, le faciès est un peu grippé, la petite a fortement maigri.

L'intervention est décidée sans plus tarder pour l'après-midi même. Après évacuation de la vessie je fais une laparotomie médiane sous-ombilicale; après ouverture du péritoine je tombe dans une poche assez vaste, 500 à 600 grammes de pus verdâtre mélangé à des grumeaux et à des lamelles fibrinoïdes sont évacués. Je recueille du pus avec toutes les précautions voulues à l'aide d'une pipette. Les parois de la poche sont tapissées de fausses membranes paraissant très épaisses et villeuses. Pas de lavage, drainage, réunion de la partie supérieure de la plaie.

Le soir de l'opération la température reste encore élevée 38°5, mais dès le lendemain la défervescence se produit. L'examen bactériologique du pus où l'on trouve seulement des diplocoques a été fait cette fois d'une façon absolument complète; les cultures sur agar sont caractéristiques, rien ne pousse sur pomme de terre, il s'agit de pneumocoques à l'état pur; une souris inoculée meurt en moins de 24 heures, dans le sang et le frottis de rate l'on rencontre des diplocoques magnifiquement encapsulés.

Tout semblait aller à souhait lorsque, le 28 octobre, la petite malade attire notre attention sur sa région lombaire gauche, qui la fait souffrir. L'on constate sous la peau, qui est mobile dessus, une poche fluctuante de la grosseur d'une mandarine. L'incision est pratiquée immédiatement. Ainsi que nous l'ont montré les cultures, il s'agit encore là d'un *abcès à pneumocoques*. Le 13 novembre l'abcès et la péritonite sont complètement cicatrisés.

Comme on peut le voir par ces observations, la symptomatologie de la péritonite à pneumocoques est sensiblement la même chez l'adulte et chez l'enfant. Dans nos deux cas, chez un homme en plein âge adulte et chez une jeune adolescente, nous retrouvons: le même début brusque, brutal, en « coup de pistolet » comme dans l'appendicite; puis une période d'accalmie et enfin une phase ultime de cachexie. Ce serait reproduire inutilement les descriptions désormais classiques (Brun, Dieulafoy) que d'essayer de refaire ici un tableau complet.

Je ne m'attarderai pas davantage à la pathogénie encore très mal connue (voie sanguine, lymphatique, intestinale ou génitale même chez la femme), je n'ai aucun élément à apporter à la solution du problème

encore pendant. Si l'on se fie aux observations publiées, chez l'adulte, contrairement à ce qui se passe pour le jeune âge, la péritonite primitive semble plus rare que la forme secondaire. Mais à mon avis, les cas sont encore trop peu nombreux pour permettre de tirer des conclusions ayant quelque valeur.

A l'encontre de ce qui existe souvent pour la pathologie infantile, le diagnostic ici est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte, parce que la fréquence relative est pour nous un appoint. La péritonite à pneumocoques, lorsqu'elle est très étendue ou même généralisée, peut-être prise pour la dothiénentérie, pour certaines formes anormales de tuberculose péritonéale, pour une péritonite par perforation. Lorsqu'elle est localisée, suivant le siège, l'on peut hésiter avec la périhépatite, la périsplénite, l'appendicite, la pelvi-péritonite. Dans notre premier cas, l'on aurait juré une appendicite, dans le second l'on était un peu autorisé à penser à un phlegmon sous-ombilical de Heurtaux. Le diagnostic différentiel est d'autant plus embarrassant avec la péritouite appendiculaire que l'on sait maintenant qu'il y a des appendicites à pneumocoques : Achard et Broca, dans une statistique qui porte sur 20 cas, en comptent une.

Mais, au risque de paraître un peu paradoxal, je soutiendrai que le diagnostic immédiat nous intéresse assez peu. D'après l'énumération précédente, à part la dothiénentérie, pour laquelle nous avons la précieuse ressource du séro-diagnostic; presque toujours l'on se trouve devant une péritonite soit locale, soit plus ou moins généralisée.

A l'heure actuelle, toutes sont justiciables de la laparotomie, le diagnostic causal importe donc très peu. C'est pourquoi je qualifierai d'inutile, la pratique un peu dangereuse des fonctions exploratrices. Il y a beau temps que l'on a fait leur procès en chirurgie pour tout ce qui concerne les tumeurs et les collections abdominales, je ne veux pas reproduire ici des arguments connus de tous.

Ce que nous devons surtout rechercher en l'espèce, c'est une sorte de diagnostic rétrospectif; afin de mieux connaître un jour l'histoire de la péritonite à pneumocoques, afin d'avoir une base véritablement scientifique à notre pronostic.

Dans le doute, il ne faut donc pas s'abstenir, mais ouvrir sans arrière-pensée, l'on se rendra compte ensuite. Non pas simplement par l'inspection et en se contentant des caractères anatomo-pathologiques déjà si caractéristiques assez souvent par eux-mêmes; mais par l'examen bactériologique, les cultures et les inoculations.

Ici, en attendant une médication spécifique efficace, le traitement de choix est la laparotomie. La ponction qui réussit quelquefois dans la pleurésie infantile de même nature, est insuffisante et dangereuse, elle doit céder la place à l'incision franche hardiment et rapidement faite. Le jour où ce principe sera admis par tous, sans hésitations, sans tergiversations médicales, et le jour où l'on aura contrôlé par l'examen bactériologique, un nombre suffisant de péritonites suppurées, le pronostic si sombre de Cassaët s'éclaircira pour l'adulte, comme c'est déjà fait pour l'enfant.

Chez l'homme, les infections à pneumocoques, toutes proportions gardées, sont en général moins dangereuse que celles qui ressortissent aux autres microbes pyogènes habituels, je n'en veux pour preuve que la pleurésie que je citais tout à l'heure; pourquoi l'infection péritonéale ferait-elle exception à cette règle?

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Janvier 1897.

Parasitisme accidentel.

MM. Laboulbène et **Dubois** (de Melun) communiquent l'observation d'un homme qui après avoir présenté pendant 15 jours des vomissements incessants, rendit un jour avec les matières vomies, une crevette d'eau douce (gamarus pulex). L'expulsion du parasite ne mit pas immédiatement fin aux accidents et pendant quelque temps encore le malade eut des vomissements et des coliques intestinales. Actuellement le malade est complètement guéri.

Pathogénie et traitement du goître exophthalmique.

M. Vigouroux. — Il existe dans la maladie de Basedow deux intoxications d'origine différente et qui se superposent. La première est l'intoxication diathésique dont la localisation principale se fait sur la glande thyroïde; l'autre, conséquence de la première, est l'intoxication thyroïdienne proprement dite. Il est permis de supposer que le poison, de provenance intestinale, n'agit pas d'une façon toujours identique sur la thyroïde et que parfois, au lieu d'une vaso-dilatation avec excitation fonctionnelle qui produisait le syndrome basedowien, il se réalise l'état opposé c'est-à-dire vaso-constriction et dépression fonctionnelle qui aboutit au myxœdème. Cette communauté d'origine des deux affections dont l'antagonisme semble si absolu, fait comprendre la coexistence, dans certains cas, de symptômes basedowiens et myxœdémateux. La part du foie dans la genèse de la maladie de Basedow n'exclut pas la possibilité d'une étiologie émotive. On connaît l'influence des émotions sur l'appareil hépatique.

Des conditions de cet ordre, m'ont conduit à formuler un traitement rationnel complet dont l'efficacité est attestée par une pratique de vingt ans à la Salpêtrière.

On peut diviser ce traitement en deux parties : 1° Traitement général; il s'adresse à la fois à l'état diathésique et à l'intoxication thyroïdienne. Son importance est fondamentale. Il comporte surtout des moyens hygiéniques et la difficulté principale de son application provient de ce qu'on a affaire à deux états de la nutrition du malade opposée et qui se succèdent alternativement. C'est ce que montre l'examen urologique. L'urine présente tantôt les caractères arthritiques indiqués plus haut, tantôt les caractères contraires c'est-à-dire ceux de la désassimilation exagérée de la dénutrition.

2° Traitement symptomatique. Il consiste dans la faradisation carotidienne.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Novembre et Décembre 1897.

De la sclérose tuberculeuse du pancréas.

M. Paul Carnot. — Les lésions tuberculeuses spécifiques du pancréas (granulations, tubercules caséeux, etc.), paraissent être extrêmement rares chez l'homme. D'autre part, il nous a été impossible (sauf un cas) de les reproduire expérimentalement. Nous avons, par contre, déterminé des scléroses de tout point analogues à celles que nous avons pu constater sur des hommes tuberculeux, et qui paraissent être la réaction habituelle de la glande contre le bacille de Koch ou ses produits.

D'après nos expériences et nos faits cliniques, il nous semble qu'il y a place pour un diabète pancréatique d'origine tuberculeuse.

Etude des sons de la parole par le phonographe.

MM. Marichelle et **Hémerdinger**. — Nous avons repris, par la photographie, les expériences d'Hermann, de Bœke, de Pipping, etc., sur les sillons du phonographe, et les conclusions auxquelles nous sommes parvenus relativement à la formation des sons de la voix humaine sont les suivantes :

1° L'intensité du son diminue des voyelles ouvertes aux voyelles fermées correspondantes, quand on passe de *o* à *ou*, de *è* à *i*, de *e* à *u*;

2° Le nombre des vibrations partielles constituant chaque période augmente de la série postérieure (*ou*, *au*, *o*) à la série moyenne (*u*, *eu*, *e*) et à la série antérieure (*i*, *é*, *è*);

3° D'une manière générale et à égalité d'effort de la part des parleurs qui ont été soumis à l'observation, les sons graves ont entamé moins profondément la cire que les sons aigus;

4° Malgré les diverses influences qui agissent sur la forme de la période, telles que la hauteur musicale, l'intonation, l'intensité, la conformation individuelle de l'organe phonateur, toute voyelle se distingue des autres sons vocaux par un certain ensemble de caractères invariables qui lui constituent une individualité propre.

Radiographies du thorax.

M. F. Garrigou adresse deux radiographies d'une netteté particulière. La première, qui représente une projection remarquable du cœur, a permis, de plus, par comparaison avec des observations radioscopiques antérieures, de constater la disparition complète des taches qui, d'accord avec les résultats de l'auscultation et de la percussion, décelaient des condensations de la partie supérieure des deux poumons. La seconde est un exemple d'application utile de la radiographie à la médecine légale : elle a servi à établir, d'une façon incontestable, la réalité d'une fracture des côtes et de l'omoplate qui, ayant eu lieu un an auparavant, était actuellement consolidée et n'aurait pu être autrement démontrée.

Sur la décomposition du chloroforme dans l'organisme.

M. Desgrez. — De récentes recherches m'ont démontré que le chloroforme donne au contact d'une solution aqueuse de potasse, à froid, de l'oxyde de carbone et de l'eau, générateurs de l'acide formique.

Le sang étant un milieu alcalin, j'ai pensé, avec M. Nicloux, que cette réaction pourrait s'effectuer dans l'organisme lors de l'anesthésie chloroformique.

Nos expériences ont porté sur des chiens, qui étaient soumis à une anesthésie profonde pendant plusieurs heures.

Des prises de sang de 25 c. c. étaient effectuées à des intervalles successifs de une ou plusieurs heures; on extrayait les gaz à 100° dans le vide en présence d'acide acétique; les résidus gazeux obtenus après l'absorption de l'acide carbonique par la potasse étaient introduits dans le grisoumètre de Gréhant. On notait les réductions dans cet appareil.

L'expérience a montré qu'il se forme une petite quantité d'oxyde de carbone (0 c.c. 52 pour 100 c.c. de sang); cette quantité correspond à celle qui est fixée par le même volume de sang d'un chien respirant pendant une demi-heure une atmosphère d'oxyde de carbone et d'air à 1 p. 10000.

Sur l'intoxication saturnine des tailleurs de cristaux.

M. L. Guéroult. — En 1891, j'ai fait connaître les résultats favorables que j'avais obtenus, dès cette époque, à la cristallerie de Baccarat, par la substitution partielle de l'acide métastannique à la potée d'étain ordinaire pour le polissage du cristal. Depuis lors le temps les a confirmés, et le succès est resté si complet que M. Schmitt, médecin de l'établissement, n'a pas constaté en six ans et demi un seul cas d'intoxication saturnine chez les tailleurs de cristaux, pas même un accident aigu chez les anciens saturnins, plus de paralysies saturnines, relativement fréquentes autrefois et, en général, plus de symptômes d'empoisonnement sous aucune forme.

Recherches sur les « grains rouges ».

MM. I. Kunstler et **P. Busquet**. — Différents auteurs ont signalé chez les bactériacées, les oscillariées, les euglènes, l'existence de certaines granulations, appelées par eux grains rouges, et possédant la propriété de prendre, sous l'influence de certains réactifs, une coloration rouge caractéristique. On les a considérées comme des grains de nucléine, et par suite on a regardé le corps des bactériacées comme l'équivalent morphologique du noyau cellulaire ordinaire.

Nous avons revu ces grains rouges dans le corps des bactériacées (bacterium coli, bacillus subtilis, spirillum, micrococci), des levures (ascomyces, cryptococcus), des champignons (mucorinées), des protozoaires (ciliés, flagellés, sporozoaires), enfin dans certains éléments des métazoaires.

Les grains rouges apparaissent comme de petits corps dont la teinte rouge rubis ne se manifeste bien que lorsqu'on baisse l'objectif de façon que le granule ne soit plus tout à fait au point. Au contraire, à une mise au point exacte, les granules sont constitués par une substance hyaline, d'aspect vitreux, dans laquelle il n'est pas aisé de distinguer une coloration; enfin, quand on élève l'objectif, il se produit une teinte bleutée plus ou moins sombre.

Fait à noter, cette réaction caractéristique a lieu même sans coloration préalable, dans certaines circonstances.

On constate des phénomènes identiques, non plus dans des granules inclus au milieu du protoplasma, mais dans la totalité du corps de certains êtres de dimensions très petites (microcoques), et même dans certains granules isolés.

Enfin, le contenu fluide des mailles des réseaux protoplasmiques présente la même réaction que les grains rouges.

Il semble donc que les formations diverses comprises sous la dénomination générale de grains rouges pourraient avoir pour lien commun un phénomène particulier de diffraction, obéissant aux lois physiques des « réseaux optiques », par exemple, sans avoir en réalité aucune autre valeur morphologqiue commune.

Premières modifications survenant dans les cellules fixes de la cornée, au voisinage des plaies de cette membrane.

M. L. Ranvier. — On sait que les cellules fixes de la cornée sont disposées régulièrement entre les lames conjonctives de cette membrane. Elles sont munies de prolongements latéraux qui, chez le lapin, sont presque tous membraniformes. Ces prolongements s'anastomosent entre eux, de telle sorte qu'entre les lames conjonctives sont étendues des lames protoplasmiques beaucoup plus minces. En outre, ces lames, au lieu d'être continues comme les lames conjonctives, sont fenêtrées. Ces fenêtres ne sont autre chose que les mailles laissées entre les prolongements cellulaires anastomosés.

De cette disposition il résulte qu'une incision faite à la cornée perpendiculairement à sa surface, divisera les cellules en un point varié de leur corps ou de leurs prolongements, et qu'il y aura un nombre d'autant plus considérable de couches cellulaires atteintes que l'incision aura été plus profonde.

J'ai fait, sur la cornée de lapins, des incisions comprenant un dixième, un quart et un tiers de l'épaisseur de la membrane et, dans tous les cas, j'ai obtenu des résultats semblables.

Comme je l'ai montré précédemment, les lèvres de la petite plaie consécutive à l'incision sont, au bout de 24 heures, recouvertes de cellules épithéliales provenant du glissement et de l'éboulement de l'épithélium antérieur circonvoisin. Il arrive fréquemment qu'en quelques points, sous l'influence des réactifs ou des manœuvres de la préparation, les cellules épithéliales ont été détachées. Ce sont ces points que l'on doit choisir pour faire les premières observations, parce que les faits y sont sinon plus nets, du moins plus faciles à reconnaître. Les cellules fixes, qui ont été entamées par le couteau, présentent déjà, au bout de 24 heures, des prolongements bourgeonnants du côté des lèvres de la plaie. Au

Au bout de 48 heures, ces prolongements se sont accrus, ont gagné le surface de section, puis après s'être incurvés brusquement, s'y sont étalés pour la recouvrir. Ils se sont aplatis et anastomosés avec ceux qui proviennent des cellules voisines. Il en résulte que la solution de continuité, au-dessous des cellules épithéliales qui la comblent ou la recouvrent, est complètement tapissée d'une lame protoplasmique fenêtrée qui ne contiant pas elle-même de noyaux, mais qui est en rapport avec les cellules fixes voisines au moyen d'un très grand nombre de ponts également protoplasmiques, lesquels ne sont que des prolongements cellulaires.

Je ferai remarquer en passant que ce phénomène se rapproche beaucoup de celui du bourgeonnement et de l'extension des cylindraxes d'un nerf sectionné, décrit par moi il y a plus de 20 ans.

Résultats comparatifs des méthodes cliniques ordinaires et de l'examen fluoroscopique dans les épanchements pleuraux.

MM. Bergonié et **Carrière**. — Comme suite à une note précédente de l'un de nous, voici le résumé d'une nouvelle étude dans laquelle nous avons comparé les méthodes ordinaires utilisées en clinique (percussion, auscultation, etc.) et l'examen sur l'écran fluoroscopique de l'ombre portée par le thorax placé entre un tube produisant les rayons X et cet écran. Nos observations ont été faites sur 11 sujets porteurs d'épanchements pleurétiques; 5 de ces malades avaient leur épanchement à gauche, 5 l'avaient à droite, et le onzième avait un double épanchement. Les résultats principaux que nous avons obtenus sont les suivants :

1° La coïncidence des lignes d'opacité et de matité a été le plus souvent constatée; la non-coïncidence l'a été, notamment dans 2 cas où l'on a retrouvé à l'autopsie des adhérences de la plèvre. Dans une observation, l'épanchement aurait pu être méconnu par les méthodes cliniques, en particulier à cause de l'absence du signe du sou, auquel le professeur Pitres attache une valeur pathognomonique. L'examen fluoroscopique nous a permis de le déceler; l'adhérence du poumon à la face antérieure de la cage thoracique, constatée plus tard *de visu*, explique, nous semble-t-il, cette anomalie.

2° Nous avons pu voir nettement le déplacement du liquide : *a*) avec les positions données au malade; *b*) avec les mouvements du diaphragme. Nous n'avons pu noter aucun mouvement du liquide par la succussion hippocratique.

3° Les épanchements purulents nous ont paru d'une opacité moins intense que les épanchements séreux;

4° Nous avons observé 3 fois les mouvements d'une zone opaque au niveau du médiastin pendant les mouvements respiratoires et dans les épanchements gauches;

5° Bien qu'ayant noté des mouvements du cœur pendant la respiration et une fois des mouvements du cœur se transmettant à la masse liquide, l'examen fluoroscopique nous a paru insuffisant pour étudier les déplacements de ce viscère;

6° Il nous a paru, au contraire, de la plus grande importance pour donner des renseignements sur l'état du poumon au-dessus de l'épanchement. Il complète les schémas de Grancher, permet de déceler les lésions bacillaires peu perceptibles aux moyens cliniques ordinaires et a une haute valeur pronostique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 Décembre 1897.

Intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac.

M. Hartmann. — La communication que M. Tuffier a faite dans la dernière séance soulève une série de questions, au triple point de vue de l'intervention dans les hématémèses, de la façon dont agit la gastro-entérostomie dans la cure et enfin du manuel opératoire qu'il convient d'employer.

Il y a quelques années, j'ai pratiqué la gastro-entérostomie chez une femme de 30 ans, présentant des hématémèses qui mettaient ses jours en danger. La mort survint au bout de quelques jours, sans aucune réaction péritonéale et à l'autopsie, en présence de l'estomac largement ouvert, il fut bien difficile de trouver la cause des hématémèses. Il s'agissait d'une simple ulcération en coup d'ongle, de celles qui donnent lieu à des hémorrhagies si abondantes et que M. Tuffier écarte comme ne devant pas être opérées. Mais comment les diagnostiquer, alors que, pièces en mains, elles sont si difficiles à reconnaître? Au total, il existe actuellement 12 cas dans lesquels on est intervenu pour combattre des hématémèses et huit fois l'intervention a été suivie de mort. Aussi, me semble-t-il que l'intervention pour hématémèses avec anémie grave est encore en suspens.

Au sujet de la façon dont agit la gastro-entérostomie, je suis d'accord avec M. Tuffier. J'ai opéré par la gastro-entérostomie, à l'hôpital Bichat, une malade qui avait des hématémèses, et le résultat fut excellent. La guérison est due à ce fait que l'organe se trouve mis au repos. L'intervention chirurgicale me paraît indiquée non seulement pour combattre le spasme du pylore, mais aussi dans certains cas d'hyperchlorhydrie et j'ai obtenu dans cet ordre d'idées un succès remarquable. Il s'agissait d'une malade anachlorhydrique — j'insiste sur ce fait, que ma malade avait de l'anachlorhydrie, car on ne parle jamais que d'hyperchlohydrie — à laquelle je fis au mois de mai dernier la gastro-entérostomie et qui sortit de l'hôpital complètement guérie au mois de juin. Il n'y avait dans ce cas ni dilatation de l'estomac, ni spasme du pylore, ni hyperchlorhydrie, et la guérison fut cependant immédiate. Aussi je me demande si dans les dyspepsies graves, la gastro-entérostomie ne serait pas indiquée.

M. Tuffier fait la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique sans bouton. Pour ma part, je suis resté fidèle à la gastro-entérostomie antérieure précolique, parce que les accidents qu'on a imputés à cette méthode sont le plus souvent dûs à des fautes de technique. Il faut fixer l'intestin à l'estomac sur une grande étendue, pour éviter la formation d'un éperon, et suivant une direction oblique en bas et à droite. En prenant l'intestin au bon point, c'est-à-dire à l'origine du jéjunum, on est obligé de le rabattre de gauche à droite sur la face antérieure de l'estomac, et l'anse intestinale se trouve forcément fixée dans le bon sens. Je fais 2 plans de suture à la soie, un premier plan comprenant la totalité des tuniques de l'intestin et un second plan superficiel séro-musculaire.

M. Routier. — J'ai pratiqué avec succès la gastro-entérostomie chez un malade atteint depuis 4 ans de douleurs très vives après l'ingestion des aliments et qui n'était soulagé qu'après avoir vidé artificiellement le contenu de son estomac. J'ai pratiqué la gastro-entérostomie postérieure avec le bouton de Murphy, et à l'heure actuelle la guérison a persisté.

M. Tuffier. — La communication de M. Hartmann soulève 2 points : un point de diagnostic et un point de technique opératoire.

Lorsqu'on a affaire à une érosion hémorrhagique, on ne trouve rien une fois l'abdomen ouvert; l'ouverture de l'estomac ne donne pas plus de renseignements. Tandis qu'en présence d'un ulcère, on sent et on voit la lésion. La diagnostic entre l'érosion et l'ulcère est donc possible. En présence d'hématémèses graves, faut-il ou ne faut-il pas opérer? Les statistiques ne prouvent rien, car il faudrait avant tout savoir de quoi sont morts les malades. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après la gastro-entérostomie, les hématémèses ont toujours cessé dans tous les cas que j'ai observés. Quant au traitement médical, tout le monde est d'accord pour n'en pas faire : après gastro-entérostomie, l'ulcère guérit seul.

Le second point, c'est de savoir s'il faut faire la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure. Pendant longtemps j'ai fait la gastro-entérostomie antérieure, et je l'ai complètement abandonnée. Si l'on veut avoir dans la gastro-entérostomie une courbure et non pas une coudure il faut fixer l'anse sur une longue étendue. Le reproche qu'on a adressé à la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, c'est la possibilité pour l'intestin de s'étrangler à travers l'ouverture du mésocolon. Aussi faut-il toujours fermer la brèche faite au mésocolon et je n'y ai pour ma part jamais trouvé de difficulté.

Abcès du foie.

M. Richelot lit un rapport sur 2 observations d'abcès du foie envoyées par M. Lafourcade (de Bayonne).

Kyste médian congénital du cou.

M. Nimier présente un malade atteint de kyste médian congénital du cou.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 Décembre 1897.

Pleurésie multiculaire putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre.

M. E. Boinet a communiqué l'observation d'un homme de 42 ans chez lequel s'était développé, sans cause, un pyopneumothorax gauche. En raison de la gravité de l'état général, de la fétidité du pus retiré de la plèvre par ponction exploratrice, on pratiqua l'empyème par une excision de 10 centimètres. Il s'écoule 2 litres d'un pus mêlé de gaz et d'odeur repoussante. Malgré le drainage et les lavages antiseptiques, le mauvais état général persista, et le malade succomba 10 jours après l'empyème.

A l'autopsie, on constata que cette pleurésie putride était cloisonnée, que l'opération de l'empyème n'avait ouvert qu'une poche, qu'il en restait deux autres intactes dont l'une juxtacardiaque refoulait le cœur. Toutes deux étaient remplies de pus fétide et de gaz. En aucun point, il n'existait de communication avec le poumon ou avec les bronches : il n'y avait pas trace de gangrène pulmonaire ou pleurale, ni de tuberculose.

Cette observation montre, comme celle de MM. Widal et Nobécourt, qu'il faut pratiquer l'empyème le plus tôt possible, et qu'il faut savoir parfois, après une première opération, rechercher et ouvrir une seconde poche pleurale. La persistance de la fièvre, le peu d'amélioration de l'état général, le maintien du cœur dans une position anormale, sont autant de raisons qui auraient dû faire songer à la multiplicité des poches purulentes. En pareil cas, il est nécessaire de pratiquer largement et d'emblée une large résection costale et même l'incision totale du plastron thoracique.

Bactériologie comparée des formes compliquées et des formes franches du rhumatisme articulaire aigu.

MM. Triboulet et **Coyon**, qui ont soumis à l'étude plusieurs cas de rhumatisme pour rechercher la présence du bacille d'Achalme dans le sang du rhumatisme vivant, ont pu examiner successivement : un rhumatisant de 54 ans non traité; une jeune femme de 19 ans, non encore traitée; un choréique de 13 ans 1/2 atteint de complications articulaires fugaces, mais avec fièvre; un rhumatisant de 33 ans, gravement atteint, traité sans succès depuis 3 semaines par le salicylate de soude à l'intérieur, et par le salicylate de méthyle en applications locales, dernier rhumatisme au cours duquel se sont faites des complications graves de pleurésie et de péricardites ponctionnée, avec atteinte profonde de l'état général; et enfin, ils ont recueilli du sang chez une enfant choréique de 8 ans 1/2, présentant de la fièvre. Au total, ils ont fait chez des rhumatisants 5 prises de sang chez des sujets différents. Or, chez tous leurs rhumatisants sans exception, ils sont pu isoler et cultiver un microorganisme spécial, un diplocoque identique dans tous les cas, complètement différent du bacille d'Achalme.

Ce microbe s'est rencontré deux fois avec le bacille d'Achalme; il s'agissait alors de rhumatismes présentant des complication graves et multiples.

Frappés de ces résultats MM. Triboulet et Coyon ont recherché le nouveau microorganisme dans les cultures provenant d'un cas d'autopsie antérieure qui avait donné le bacille d'Achalme, et ils ont pu sans peine, l'isoler de ses premières cultures.

Si l'on examine la nature des cas cliniques dans lesquels le bacille d'Achalme s'est rencontré, on remarque que tous sont des complications d'un rhumatisme franc; que ces cas sont cliniquement de mauvais pronostic, et qu'enfin, ces cas mêmes à côté du bacille d'Achalme ont montré le même parasite qu'on rencontre constamment dans les cas de rhumatisme, même bénin. Le bacille d'Achalme se rencontre donc parfois dans le rhumatisme, mais non toujours; il existait seulement dans les cas de rhumatisme compliqué; on ne l'a pas retrouvé quand il s'est agi de rhumatisme simple. La culture anaérobie de ce bacille d'Achalme est cependant si rapide et si facile que les cas négatifs tendent à faire croire que, quand on ne le trouve pas à la culture, c'est qu'il n'existe pas.

Dans le rhumatisme, le bacille d'Achalme semble acompagner les formes graves, durables, souvent mortelles; mais est-il la cause de l'entité morbide, rhumatisme articulaire aigu franc? les auteurs ne le pensent pas. Ce bacille paraît survenir plutôt comme l'agent contingent capable de surajouter des complications à un rhumatisme préexistant.

En ce qui concerne le diplocoque, sans en faire, quant à présent du moins, le microbe du rhumatisme, se cantonnant strictement dans l'exposé des faits expérimentaux, MM. Triboulet et Coyon affirment que, dans 5 cas consécutifs de rhumatisme sur le vivant, c'est celui qu'il ont toujours rencontré.

Atrophie de l'estomac consécutive à un cancer du pylore.

MM. Caussade et **Rénon** ont observé récemment un malade âgé de soixante-deux ans qui a succombé à un cancer de l'estomac. A l'autopsie, on a constaté que cet organe était le siège d'une atrophie si prononcée qu'il avait à peine les dimensions du côlon transverse. Il existait, en outre, au niveau de la région pylorique une tumeur squirrheuse qui avait détruit presque complètement le sphincter. Enfin les autres viscères (foie, reins, rate, intestin grêle, etc.) présentaient une atrophie rappelant celle de l'estomac.

L'atrophie gastrique était due dans ce cas au fait que, par suite de la suppression du sphincter pylorique, les aliments se rendaient dans le duodénum sans séjourner dans l'estomac : cet organe était ainsi devenu un simple lieu de passage, ne jouant plus vis-à-vis des aliments qu'un rôle mécanique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 Décembre 1897.

Crime imaginaire d'une aliénée auto-accusatrice.

M. Vallon communique l'observation d'une fille de vingt et un ans qui s'accusait d'avoir commis un accouchement clandestin, étouffé son enfant et l'avoir ensuite enterré, en donnant sur tous ces faits des détails si précis que le commissaire de police se transporta avec elle dans les différents lieux désignés. Malgré toutes les recherches, il fut impossible de découvrir les traces d'un accouchement récent ni l'endroit où le cadavre avait été enterré. Amenée devant le juge d'instruction, cette fille persista dans ses déclarations qui paraissaient d'autant plus vraisemblables que le parquet avait reçu une dénonciation contre elle. Ce magistrat signa un mandat d'arrêt et fit accompagner la détenue par le chef de la sûreté sur les lieux du crime successivement indiqués par elle; on ne trouva rien et dernier endroit où le cadavre du petit enfant aurait été enfoui dans un trou creusé sans bêche, d'après le dire de cette fille était un terrain vague dont le sol était trop dur pour qu'il en fût ainsi; d'ailleurs les fouilles ne donnèrent pas de résultat.

On fit néanmoins une enquête et il fut démontré que la dénonciation qu'on avait reçue émanait de la détenue qui l'avait signée d'un nom d'emprunt. Au cours de huit dernières années, elle avait été condamnée une dizaine de fois pour divers délits (vol, outrages aux agents, mendicité, etc.).

Dans ces conditions, la détenue fut soumise à un examen médical qui démontra qu'il s'agissait d'une semi-imbécile, sans antécédents alcooliques il est vrai, mais dangereuse à cause de son état mental. Elle a été finalement internée à l'asile Sainte-Anne.

M. Briand dit que, depuis son internement, cette malade a modifié son récit et en a élagué progressivement tout ce qu'on lui a démontré être invraisemblable.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 8 et 22 Décembre 1897.

Hémiplégie hystérique chez un saturnin.

M. Pauly présente un malade du service de M. Lépine âgé de 46 ans, saturnin avéré depuis 6 ans. La deuxième attaque de coliques de plomb, qui survint il y a 3 ans, fut suivie d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie qui disparut au bout d'un mois. Il y a peu de temps, survint une parésie du bras gauche, que le malade constata un matin au réveil, en même temps qu'il s'apercevait d'avoir dormi sur son bras étendu. Depuis sa précédente atteinte, il avait des craintes très vives de redevenir paralysé. La faiblesse du bras alla en augmentant, également prononcée à l'épaule et au bras, avec prédominance marquée pour les extenseurs. On constata à l'entrée une hémianesthésie gauche, et un peu d'hyperesthésie de tout le côté droit. Il y avait de plus de l'anesthésie de la conjonctive, des zones hystérogènes et du tremblement.

Aussi, ne saurait-on considérer cette paralysie du bras, dans laquelle le long supinateur est atteint ainsi que les autres muscles, comme de nature saturnine, mais plutôt comme relevant de l'hystérie. Il est possible que le saturnisme se soit comporté dans ce cas comme un agent provocateur des accidents hystériques.

Fractures du poignet.

M. Destot a étudié au moyen de la radiographie des fractures du poignet, expérimentales et pathologiques. Dans tous les essais qu'il a faits pour obtenir des fractures du radius par extension forcée de la main sur l'avant-bras, il a toujours trouvé le scaphoïde déplacé : la lèvre postérieure du radius vient se loger dans le col du grand os ; le scaphoïde, qui par sa longueur, empiète sur la seconde rangée, bascule et se subluxe en arrière.

Dans les fractures par flexion forcée, le radius éclate, non plus au niveau de l'articulation, mais au niveau de l'union de l'épiphyse et de la diaphyse ; dans ce cas, il semble que la concavité antérieure du radius et l'obliquité antéro-postérieure de la gléno-radiale détermine la fracture au sommet de l'angle correspondant à la réunion de l'axe de l'avant-bras avec l'axe de la main.

M. Destot présente en outre, une fracture typique du scaphoïde isolé trouvée sur le vivant où elle avait donné lieu aux symptômes de l'entorse, et une série de fractures du radius dans lesquelles on note un déplacement du scaphoïde tel que ceux que l'on produit expérimentalement.

Un cas d'empalement.

M. Villard rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, qui monté sur une meule de foin, se laissa glisser à terre sans prendre garde à un crochet à foin en forme de harpon, et long de 1 m. 50 environ, qui était placé verticalement au-dessous de lui. Le crochet pénétra directement dans le rectum, puis dans la cavité abdominale. On transporta à l'hôpital le blessé, toujours porteur de l'agent vulnérant qui, en raison de sa forme, ne pouvait être retiré par la plaie. Douze heures après l'accident, il fut présenté à M. Villard ; il y avait des signes certains de péritonite ; l'urine retirée de la vessie par cathétérisme, contenait beaucoup de sang.

Une hémorrhagie rectale assez abondante avait été combattue par un tamponnement. Sentant à l'aide d'un cathéter métallique, que le corps étranger était dans la vessie, M. Villard pratiqua une cystotomie hypogastrique qui lui permit de constater que le bas-fond vésical était traversé par le crochet, qui après avoir perforé la face antérieure du rectum un peu au-dessus des vésicules séminales, avait pénétré dans la vessie pour en sortir bientôt, la pointe étant situé très au-dessus. M. Villard fit alors une laparotomie sous-ombilicale. Les anses intestinales étaient congestionnées, l'abdomen était plein d'urine infectée.

Le corps étranger était logé dans la région pancréatique, au niveau de la 2e vertèbre lombaire, dans l'angle formé par l'aorte et la veine cave inférieure. On put le retirer avec quelques précautions, puis M. Villard referma l'abdomen, après avoir essayé de cloisonner le péritoine infecté par un double Mickulicz.

L'opération a malheureusement été faite trop tardivement, et la malade a succombé à la péritonite dont on avait pu constater les signes. L'autopsie montra que le côlon pelvien et deux anses grêles avaient été successivement traversées par l'agent vulnérant. Il est inutile d'insister sur la gravité d'un semblable traumatisme, aggravé encore peut-être par la forme en harpon de l'instrument qui empêchait toute tentative d'extraction.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 27 Décembre 1897.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Pauly rappelle la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris au sujet de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. Il rapporte à ce sujet un cas observé récemment dans le service de M. Lépine. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, en traitement pour épilepsie. Dans l'intervalle des crises, elle servait d'infirmière, et donnait plus particulièrement des soins à une typhique. Deux mois après son entrée à l'hôpital, et et un mois environ après l'entrée de la malade atteinte de la fièvre typhoïde, elle contracta elle-même une dothiénentérie grave à laquelle elle succomba quelque temps après. Il n'y avait pas à ce moment d'épidémie dans la salle ni dans les salles voisines, et la malade épileptique, qui était seule en contact immédiat avec la typhique, fut en même temps la seule atteinte par l'affection.

M. Annequin (médecin principal) a observé dans l'armée de nombreux cas de fièvre typhoïde contractés à l'hôpital, particulièrement chez des infirmiers militaires, assez souvent surmenés, vivant en contact avec les typhiques, et n'observant pas les préceptes de l'hygiène la plus stricte.

Fièvre typhoïde expérimentale du chien.

MM. Lépine et **Lyonnet** ont injecté 20 c.c. de toxine typhique dans une anse intestinale séquestrée par deux ligatures serrées, au lieu de se servir de l'anse de Thiry comme dans les expériences précédentes. Au bout de 3 jours, les fils sont tombés dans la cavité intestinale, après avoir sectionné la paroi intestinale qui se cicatrisait derrière eux, et le cours des matières s'est rétabli. Le chien n'a pas eu de fièvre, mais a présenté une réaction agglutinante forte. Il a été sacrifié au bout de 20 jours ; il n'y avait aucune lésion de la muqueuse, mais les ganglions mésentériques étaient très hypertrophiés.

On a obtenu de cette manière une fièvre typhoïde extrêmement simplifiée, presque fruste, affirmée seulement par le sérodiagnostic et l'hypertrophie des ganglions mésentériques.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 Décembre 1897.

Exstrophie de la vessie.

Mlle Nourrit. — J'ai l'honneur de présenter un petit malade du service de M. le Dr Monod atteint d'*exstrophie vésicale* du type le plus complet.

C'est un enfant de 12 ans qui porte à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur assez volumineuse, mesurant environ 8 centimètres de diamètre transversal sur 5 centimètres de diamètre vertical et formée par sa vessie exstrophiée. Sa surface est d'un rouge vif, son aspect mamelonné avec trois mamelons principaux, un médian sessile, deux latéraux pédiculés, du volume d'une petite noix ou d'une grosse noisette.

La verge est fendue dans toute sa longueur sur sa face supérieure, et ses parties latérales rabattues de chaque côté de sorte que le canal uréthral, mesurant 2 centimètres environ, est transformé en une gouttière ouverte en haut. Elle est pourvue d'un prépuce épais, assez développé, se détachant bien du gland. Elle ne dépasse pas d'ailleurs le plan de la tumeur et ne la recouvre pas.

Le mamelon médian formé par la vessie exstrophiée se rabat sur le canal de l'urèthre de manière à le cacher; lorsqu'on le soulève, on aperçoit ce qui reste de la cavité vésicale et qui est représenté par le trigone; en effet, de chaque côté, à la base de ce mamelon, on peut voir les orifices des uretères, desquels s'échappe par jets saccadés une urine claire et limpide qui se répand aussitôt sur le scrotum.

Celui-ci est vide, collé contre le périnée; il n'est pas excorié par le contact incessant de l'urine, non plus que les cuisses du petit malade. La recherche des testicules a montré qu'ils étaient au niveau des aines.

Au-dessus de la tumeur se voit la peau de l'abdomen qui présente une bride transversalement étendue de laquelle se détachent quelques lignes verticales, correspondant à ce qui reste de l'ombilic; à ce niveau les intestins font saillie en une tumeur de 8 centimètres de largeur, surtout sensible lorsque le malade fait un effort ou est demeuré longtemps debout, facilement réductible dans le décubitus dorsal.

Cette hernie volumineuse est due à l'absence de ligne blanche en ce point. En effet, lorsque l'on vient à déprimer les téguments pour se rendre compte de l'état des parties profondes, on constate l'absence de symphyse pubienne; les deux muscles droits sur une hauteur de 10 centimètres s'écartent l'un de l'autre pour venir se fixer aux épines du pubis.

Nous avons affaire dans ce cas à une exstrophie avec éventration, le degré le plus accusé de l'affection.

M. Braquehaye. — Le procédé opératoire qui consiste à prendre des lambeaux sur la paroi abdominale est mauvais. Aujourd'hui, on cherche à refaire la vessie avec la muqueuse vésicale. Mais il n'y a pas de sphincter vésical. Des interventions successives seules donnent un résultat.

M. Boursier. — J'ai vu un cas analogue à qui M. Pousson refit une paroi antérieure de la vessie avec la paroi abdominale.

M. Fraikin. — J'ai représenté un cas analogue à la Société. Déjà opéré deux fois, une troisième intervention faite par MM. Pousson et Chavannaz ne donna qu'un résultat incomplet.

Crises épileptiformes d'origine traumatique; trépanation.

MM. de Fontguyon et Aubaret. — Un jeune homme de 25 ans, bien constitué, reçoit au mois d'avril dernier une balle lancée avec la plus grande vigueur. Il est renversé sur le coup et la balle laisse une forte empreinte au niveau du choc. Il ne perd pas connaissance, se relève seul sans présenter aucune plaie des téguments ni aucun écoulement de sang par les orifices naturels du crâne. Il peut même rentrer chez lui où il se couche aussitôt en proie à une céphalée intense.

Deux heures après, il sent qu'il perd connaissance et alors éclate une première crise épileptiforme généralisée. Elle dure environ cinq minutes et laisse notre malade durant quelques jours dans un état de prostration accentué ne pouvant ni parler ni exécuter quoi que ce soit, complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. De temps à autre une nouvelle crise semblable à la première.

Au bout de huit jours cet état s'améliore rapidement. Dès le vingtième jour le malade semble revenir à l'état normal. Cette amélioration persiste environ un mois.

Mais deux mois après l'accident, au cours d'une promenade, nouvelle crise avec aura suivie d'une violente céphalée : répétition des mêmes crises tous les deux mois.

Son état général s'est toujours maintenu excellent, et il ne se plaint que d'une anxiété profonde, causée par la crainte continuelle d'une nouvelle crise.

A son arrivée à l'hôpital, l'examen nous a révélé un enfoncement assez net de la voûte crânienne au niveau de la région pariétale droite.

La trépanation a été faite en ce point le 24 novembre 1897 par M. le professeur Demons.

Deux jours après l'opération, le malade a eu trois ébauches de crises, c'est-à-dire de légers fourmillements et picotements au niveau des doigts et des lèvres.

Depuis, son état s'est rapidement amélioré; la cicatrice s'est faite et actuellement le malade paraît complètement rétabli.

Enfoncement de la voûte cranienne au niveau de l'occipital droit. Epilepsie essentielle.

M. Lafarelle. — Il s'agit d'un cas analogue au précédent. Le malade a reçu à l'âge de 3 ans, dans la région indiquée, un coup de pied de mule ayant déterminé en son point d'application une fracture ouverte de la voûte à travers laquelle faisait hernie le cerveau recouvert de ses méninges intactes. Perte de connaissance pendant 3 ou 4 jours, fièvre, puis tout rentre dans l'ordre, au point de vue des symptômes nerveux du moins; mais la plaie suppure et ne guérit qu'au bout de 3 mois. Pas de suites pendant longtemps; l'intelligence paraît intacte, mais à 11 ans l'enfant est pris subitement de crises d'épilepsie non jacksonienne mais essentielle.

Le 10 novembre 1897, la trépanation est faite par M. Dubourg.

Incision en fer à cheval, à concavité postéro-inférieure circonscrivant la cicatrice; dissection du lambeau. Au niveau de la dépression, on tombe sur un tissu fibreux cicatriciel extrêmement dense, unissant les méninges au derme du cuir chevelu. Au cours de la libération qui est difficile, il s'écoule 50 grammes environ de liquide séreux, limpide, rappelant par ses caractères le liquide céphalo-rachidien. Mais la dure-mère est absolument intacte, le cerveau est déprimé en ce point, et l'on voit nettement que l'épanchement siégeait entre la dure-mère et la voûte crânienne, comprimant ainsi le cerveau. Aussi M. Dubourg pense-t-il qu'il s'agit non de liquide céphalo-rachidien mais d'un ancien hématome remontant peut-être au traumatisme, et dont la portion séreuse aurait subsisté. La brèche crânienne, de 2 centimètres 1/2 de long sur 1 1/2 de large, présente ce fait très intéressant que les bords, surtout le bord interne et les deux extrémités, en sont incurvés, recroquevillés en dedans du côté du cerveau qu'ils compriment. De plus, la table interne de la voûte présente toujours au niveau de ses bords un véritable mamelon osseux qui augmente ainsi la compression. On fait sauter les bords avec le perforateur de Doyen. L'opération est rapidement terminée. Hémostase; sutures. Drainage de la plaie avec une mèche.

Les suites opératoires sont simples. Le troisième jour, il y a eu plusieurs crises, la mèche n'ayant pas fonctionné, il s'accumule sous le lambeau de la sérosité qui comprime le cerveau. C'est à cette compression qu'on peut imputer les crises, qui ont eu lieu à ce moment-là, suivies d'une période d'excitation de deux jours. Depuis lors calme absolu, et on ne peut pas juger actuellement des résultats lointains de l'intervention.

Le foie et les reins dans l'ictère grave.

MM. J. Vergely et Fraikin. — Il s'agit d'une malade du service de M. le professeur Picot, entrée dans le service le 17 novembre pour quelques troubles digestifs, vomissements et diarrhée; 2 jours après, l'état général s'aggrava. La malade présentait une coloration ictérique peu accentuée; elle était plongée dans une stupeur profonde; le pouls filiforme comptait 132 pulsations par minute. Pas d'élévation de température. Pas d'hémorrhagies, sauf un écoulement sanguin par le vagin, qui était peut-être les règles. Peu de phénomènes d'excitation. Le foie était remonté mais non atrophié. Rien au cœur ni aux poumons.

Un jour et demi après le début des accidents graves, la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva un foie de volume et de poids normal, mais offrant une couleur blanc jaunâtre dans toute son épaisseur, avec quelques hémorrhagies. Le cœur était un peu couleur feuille morte. Les reins étaient un peu gros et jaunâtres. Rien aux autres organes.

L'examen histologique du foie a montré (par la fixation à l'acide osmique), la stéatose très avancée de tout l'ensemble du foie. Quelques noyaux des cellules seulement ont disparu. Il y a un léger degré de cirrhose biveineuse avec dilatation des veines centrales. On trouve de l'endartérite et autour des capillaires hépatiques des noyaux de diapédèse inflammatoire.

Les reins présentent de la glomérulite exsudative. Les cellules des glomérules et des tubes ont subi la dégénérescence graisseuse; il y a nombreux cylindres granulo-graisseux.

La rate a les caractères d'une rate infectieuse.

C'est donc là un ictère grave qui a évolué très rapidement, sans permettre, semble-t-il, aux lésions (et par suite aux symptômes cliniques) d'arriver à leur maximum pour donner le tableau classique complet de l'affection. La dégénérescence graisseuse du foie et des reins s'est-elle faite tout à coup ou a-t-elle subi une poussée aiguë sous l'influence d'une infection quelconque? C'est ce qu'il nous est impossible de dire.

Fibrome utérin.

M. Lafarelle présente un *fibrome utérin*, enlevé chez une femme de 55 ans, ayant débuté il y a 9 ans. Cette malade entre à l'hôpital avec une tumeur volumineuse remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic et surtout développée à droite. Phénomènes de compression de la vessie et du rectum. Etat général déplorable. Complications graves, à savoir : phlébite double des veines fémorales, albuminurie (6 grammes par litre), congestion pulmonaire, myocardite, malade inopérable. Sous l'influence du repos et des reconstituants, l'état général se relève et, le 2 décembre 1897, on pratique une opération que la malade réclame à grands cris. Hystérectomie abdominale. On essaie d'enlever la tumeur d'un seul coup et on ne peut y parvenir. En effet, la tumeur est profondément enclavée dans le petit bassin et il existe sur le côté gauche un énorme bourgeon, véritable tumeur secondaire, qui remplit l'espace pelvi-rectal gauche. On est donc obligé d'enlever la tumeur en trois temps : 1° moitié supérieure; 2° prolongement gauche; 3° extrémité inférieure avec le col utérin. Hémostase, sutures du péritoine, du petit bassin, sauf au niveau de l'extrémité supérieure du vagin que l'on draine.

Cette observation est intéressante à cause des difficultés opératoires qu'elle a présentées.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 Décembre 1897.

Traitement des névralgies par les injections d'acide osmique.

M. Frank a présenté 2 malades, dont l'une souffrait depuis 1890 de violentes névralgies de la première et de la deuxième branche du trijumeau du côté gauche, ne lui laissant aucun répit. Ces douleurs ayant résisté à la résection partielle du nerf sus-orbitaire, M. Frank injecta alors 3/4 de centimètre cube d'une solution à 5 p. 100 d'acide osmique dans le point d'émergence du nerf sus-orbitaire, au niveau duquel existait un léger gonflement, dont la moindre pression suffisait pour réveiller un violent accès. Pendant 3 jours, la malade ne souffrit pas, puis survint un petit accès; nouvelle injection; depuis, la malade a été définitivement guérie.

La deuxième malade souffrait depuis 1876 de violents accès de tic douloureux. Une partie du nerf sus-orbitaire fut enlevée sans succès; plus tard, l'extirpation partielle du nerf lacrymal ne procura aucun soulagement. M. Frank constata le même état que chez la malade précédente et avec, en outre, un zona intense du côté gauche du front, ayant produit des ulcérations profondes. M. Frank injecta au niveau du trou sus-orbitaire 1 centimètre cube d'une solution à 1,5 p. 100 d'acide osmique et obtint immédiatement la cessation des douleurs qui n'ont pas reparu depuis 3 mois, de sorte qu'on peut admettre que le succès a été complet.

L'acide osmique a été recommandé d'abord par Winiwarter pour diminuer les tumeurs, plus tard, par Neuber, comme antinévralgique; encore son emploi est-il tombé en désuétude. Quand on l'emploie, il faut faire en sorte que le nerf soit directement atteint par le liquide. Il faut se servir d'eau et non de glycérine pour la solution, car la glycérine ne diffuse pas aussi rapidement ni aussi loin dans les tissus. La douleur produite par l'injection est très violente, mais elle cède en quelques minutes, et il se produit alors un état d'insensibilité. L'injection amène un peu d'œdème de la peau qui cède en 24 heures, par l'application de compresses d'eau blanche.

M. A. Eulenburg recommande aussi la solution aqueuse employée par Neuber; il fait remarquer que l'acide hyperosmique se décompose facilement sous l'influence de la lumière, et il faut mettre le liquide dans du verre foncé.

Traitement kinésithérapique des maladies du système nerveux.

M. Goldscheider confirme les bons résultats que la méthode de Frenkel donne chez les tabétiques chez lesquels elle agit sur l'atonie musculaire et l'affaiblissement du sens musculaire.

Dans le tremblement de la sclérose disséminée, qui n'est pas un tremblement à proprement parler, mais un trouble se rapprochant beaucoup de l'ataxie, la kinésithérapie donne aussi des résultats. On fait indiquer au malade avec rapidité et sûreté des objets déterminés avec le doigt. On diminue la maladresse, mais la nature de la maladie n'est pas influencée.

Dans la chorée on obtient des améliorations, mais les exercices doivent être courts et peut fréquents. Dans la crampe des écrivains on obtient parfois des résultats. Il en est de même parfois dans le tremblement hystérique.

Dans un cas d'athétose avec paralysie cérébrale infantile, M. Goldscheider n'a rien obtenu; cependant par des exercices continués pendant plusieurs années il a réussi à supprimer les mouvements d'athétose pour certains actes.

Dans les spasmes musculaires qui subsistent après des paralysies spinales ou cérébrales, la kinésithérapie ne donne rien.

Dans les paralysies incomplètes, les parésies, même celles qui ne permettent aucun mouvement actif au malade les exercices donnent des améliorations.

On voit des malades atteints de polynévrite ne pouvant fléchir les jambes dans le lit, qui les meuvent facilement au bain. Cette poussée mécanique de l'eau n'a pas été suffisamment utilisée, et beaucoup de résultats favorables obtenus dans les stations thermales doivent lui être attribués. M. Goldscheider a donc cherché à utiliser cette force en imaginant un bain dans lequel les malades peuvent faire les exercices. La poussée devient aussi plus forte dans les bains d'eau saline.

On obtient assez souvent des résultats surprenants dans l'atrophie myopathique au moyen d'exercices d'équilibration et des bains d'eau.

Le traitement électrique n'est qu'une forme de kinésithérapie. On excite les nerfs des muscles et les sensations de mouvement agissent sur l'impulsion motrice; il en est de même de la concentration psychique. Aussi doit-on dans les cas de parésie, lorsqu'on électrise les muscles, demander aux malades de mouvoir leurs membres.

La kinésithérapie donne des résultats favorables dans la sciatique. On fait des mouvements passifs du membre jusqu'à ce que la douleur devienne très intense; on met alors le membre au repos, on fait ensuite des mouvements de flexion, on passe enfin aux mouvements actifs.

La kinésithérapie donne de véritables triomphes dans les névroses articulaires après les contusions. S'il n'existe pas d'inflammation, on fait aussitôt des mouvements dont l'utilité devient bientôt évidente. Il en est de même pour les douleurs

articulaires qui persistent après le rhumatisme articulaire aigu et qui résistent à tous les moyens radicaux. Ces douleurs sont en général d'origine neurasthénique.

M. Kohn a obtenu de très bons résultats par la kinésithérapie chez 11 tabétiques, et il est arrivé à les faire marcher sans canne après 3 à 4 mois de traitement.

M. Jarilowksy fait remarquer que l'action utile du bain d'eau et de l'électricité sont réunies dans le bain électrique, qui trouve ici son indication particulière.

M. V. Leyden a constaté aussi que, dans les paralysies spasmodiques, la kinésithérapie dans le bain a donné quelques résultats.

M. Kann a employé la kinésithérapie chez une trentaine de malades, surtout paraplégiques. Il a réussi en 3 ou 4 mois chez des malades graves, en faisant faire des exercices variés tous les jours souvent même au lit. Contrairement à la pratique de M. Goldscheider, il ne fait pas marcher les malades, car il lui semble plus rationnel de faire exécuter chaque mouvement décomposé de la marche, de manière que les malades ne soient pas surmenés et s'accoutument peu à peu à marcher. M. Kann recommande de commencer le traitement kinésithérapique 3 ou 4 semaines après l'attaque, dans les cas de paralysies hémiplégiques.

M. Eulenburg ne fait pas non plus marcher les malades immédiatement, mais fait faire les exercices assis. Cette méthode donne des succès rapides. Dans les spasmes d'origine cérébrale on obtient des améliorations par la concentration de la volonté. La faradisation seule doit être employée, car la galvanisation n'agit absolument pas sur la fonction motrice.

M. Bruck (Nauheim) n'a obtenu aucun résultat par la kinésithérapie dans l'ataxie des membres supérieurs. Les bains agissent probablement autrement que par la poussée mécanique car les malades, sans faire de mouvements dans le bain marchent beaucoup mieux en sortant de l'eau. Le traitement de Frenkel agit certainement en accroissant le sens musculaire; cependant il emploie avec avantage les forts courants faradiques.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 21 Décembre 1897.

Spina bifida.

M. Henslowe Wellington rapporte l'observation d'un nouveau-né qui présentait un spina bifida sacro-lombaire avec tumeur situé à gauche de la ligne médiane. L'enfant succomba 3 semaines après sa naissance. La tumeur avait été ponctionnée 2 fois. A l'autopsie on a constaté que la tumeur était un kyste uniloculaire dont les parois étaient formées par la peau et la dure-mère. A l'intérieur de ce kyste se trouvait un autre plus petit formé probablement par l'arachnoïde ou la moelle épinière distendue.

M. Shattock a constaté dans deux cas analogues que le second kyste était formé par la moelle épinière distendue.

Gomme de la glande pituitaire.

M. W. Hunter a communiqué l'observation d'une femme de 47 ans qui présentait des lésions typiques de la syphilis osseuse du côté du crâne et du tibia et qui a succombé à l'anurie nerveuse après la néphrectomie du rein droit atteint de pyonéphrose.

A l'autopsie on trouva la glande pituitaire presque entièrement détruite par des masses caséeuses qui furent reconnues, après examen microscopique pour être d'origine syphilitique et non tuberculeuse. Le foie était criblé de gommes.

Pendant la vie on n'a observé aucun symptôme attribuable à la lésion de la glande pituitaire. Les nerfs voisins étaient intacts.

Maladie kystique congénitale des reins et du foie.

M. Still a trouvé à l'autopsie d'un nourisson mort d'urémie à l'âge de 2 mois une dégénérescence kystique des reins et du foie. La lésion rénale avait l'aspect classique. Dans le foie les kystes étaient à peine perçeptibles à l'œil nu, mais sous le microscope on voyait une série de cavités tapissées d'épithélium. Le foie présentait en outre une prolifération du tissu conjonctif mais sans cirrhose intercellulaire ni vacuolisation des cellules hépatiques.

Au point de vue clinique il est à noter que l'enfant n'a jamais présenté d'ictère.

M. Rolleston attribue les lésions kystiques des reins et du foie à une inflammation chronique interstitielle, suivant lui les cavités kystiques du foie seraient des canaux biliaires dilatés. L'absence de l'ictère est difficile à expliquer.

Dans un cas observé par M. Rolleston, il existait en même temps une dégénérescence kystique du pancréas et du cerveau, et il pense que quelle que soit la théorie pathogénique acceptée, elle doit être uniforme pour pouvoir expliquer la dégénérescence kystique des organes différents.

M. Target ne pense pas que les kystes des reins soient formés par les canaux dilatés, d'autant qu'on ne trouve pas d'obstruction calculeuse des calices ni des uretères. Il estime que la cause de la dégénérescence kystique n'est pas une inflammation, mais l'accumulation du liquide.

Fragilité des os.

M. R. Guthrie montre un fémur fracturé provenant d'un enfant de 2 ans 1/2. A l'autopsie on trouva des fractures de plusieurs autres os, dont quelques-unes de consolidées et au niveau de la muqueuse intestinale une série de pétéchies. L'enfant était probablement atteint de scorbut.

M. Jackson Clarke a observé cette fragilité des os chez un enfant syphilitique. Il pense donc que la fragilité des os est un simple symptôme qu'on peut rencontrer dans un grand nombre de maladies.

BIRMINGHAM AND MIDLAND COUNTIES BRANCH OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Séance du 9 Décembre 1897.

Myome calcifié.

M. Lawson Tait a communiqué l'observation d'une femme à laquelle il a fait en 1889 l'ablation des annexes pour un myome de l'utérus des dimensions d'une tête d'adulte. Pendant 5 ans la malade a joui d'une santé excellente sans être réglée. Il y a deux ans la malade commença à souffrir d'une diarrhée chronique et de pesanteur dans le bas-ventre. En l'examinant M. L. Tait trouva une masse très dure attachée à l'utérus et fixée dans le cul-de-sac de Douglas. Il y a 15 jours M. Tait opéra la malade et enleva cette masse qui était l'ancien myome considérablement diminué de volume et ayant subi la dégénérescence calcaire. La tumeur qui adhérait aux parties voisines et dont l'ablation était très difficile, avait les dimensions d'un poing.

Tumeur du sein.

M. J. Lloyd montre une tumeur du sein qu'il a enlevée à une femme de 23 ans. La tumeur qui pèse 5 livres, n'était pas adhérente à la peau ni au muscle pectoral n'avait pas provoqué d'engorgement ganglionnaire, était lobulée. Elle avait envahi une partie seulement de la glande où elle s'était encapsulée.

Tuberculose des trompes et des ovaires.

M. Lawson Tait a montré les trompes et les ovaires tuberculeux d'une femme qui depuis 6 ans souffrait de douleurs dans le bas-ventre et est arrivée à un degré d'émaciation extrême. Au-

paravant la malade n'a jamais eu d'affection aiguë. A l'examen on trouvait les annexes notablement hypertrophiées.

L'opération fut facile. Les trompes enlevées étaient remplies de masses caséeuses qui existaient également dans les petits kystes ou follicules des ovaires.

MEDICAL INSTITUTION OF LIVERPOOL

Séance du 6 Décembre 1897.

Altération de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse.

M. Campbell montre des préparations microscopique de la moelle d'une jeune femme morte d'anémie pernicieuse. Il n'existe pas de lésions dans la queue de cheval; au niveau de la partie inférieure du renflement lombaire, on note deux zones de sclérose, siégeant au centre des cordons postérieurs de chaque côté de la commissure blanche. Dans la moelle dorsale les lésions de sclérose sont plus étendues, mais restent cependant limitées aux cordons postéro-internes.

Enfin, dans la moelle cervicale la sclérose a envahi les cordons postéro-externes; le tissu scléreux reste séparé de la périphérie de la moelle ainsi que de la commissure grise par des zones de substance méuullaire normale, les cornes postérieures sont partout indemnes. On a pu suivre les lésions jusque dans les noyaux des cordons de Goll et Burdach; les racines postérieures avec leurs ganglions ne présentent pas d'altérations, il en est de même des nerfs périphériques.

Pancréatite aiguë.

M. Wiglesworth présente un pancréas provenant d'un homme de cinquante-trois ans qui avait eu du ballonnement du ventre avec vomissements et qui était mort dans le collapsus au bout de deux jours. L'organe est hypertrophié et présente une coloration jaune pâle; sa consistance est diminuée. Au microscope, on constate une abondante prolifération de cellules rondes le long des trabécules et dans les alvéoles dont les cellules sont chargées de grosses granulations de pigment noir. La vésicule biliaire était enflammée et contenait un liquide demi purulent et fétide.

Les autres organes ne présentaient pas de lésions.

Hémorrhagies du pancréas.

M. Wiglesworth montre le pancréas d'une femme de trente ans, atteinte de paralysie générale et qui était morte au bout de trois jours après avoir présenté des phénomènes aigus (vomissements, puis collapsus avec constipation absolue). La glande pancréatique présente une coloration rouge vif dans son tiers moyen et, au microscope, on constate que cette région est le siège d'un épanchement sanguin sous la capsule et le long des trabécules. Près de la tête de l'organe on avait, en outre, constaté sous la capsule plusieurs caillots de 1 centimètre environ de diamètre.

Lymphadénome de la rate.

M. Wiglesworth relate l'observation d'une femme de trente-huit ans, morte par cachectisation lente, après avoir présenté de la fièvre hectique pendant plusieurs mois. La rate atteint trois fois son volume normal et pèse 312 grammes, elle présente de nombreux nodules blanchâtres, durs, variables comme volume et uniformément répandus dans l'organe. On en constate également dans les poumons. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 Décembre 1897.

Iléus combiné.

M. Schnitzler fait remarquer que la coexistence d'un rétrécissement du gros intestin et de l'intestin grêle n'a d'importance que lorsque le rétrécissement supérieur est plus large que l'inférieur. Personnellement, M. Schnitzler a observé plusieurs cas d'iléus combiné dont un où une hernie obturatrice étranglée coexistait avec une compression de l'intestin par une tumeur de l'ovaire.

M. Gersuny, qui a opéré dans ces dernières années 54 cas de rétrécissement du gros intestin, 16 cas de rétrécissement de l'intestin grêle et 136 cas de rétrécissement du rectum n'a pas observé sur ces 206 rétrécissements un seul cas d'iléus combiné, ce qui prouve que cette forme n'est pas aussi fréquente que le croit M. Hochenegg. Du reste, l'iléus combiné ne constitue pas une entité morbide, car dans tous les cas d'occlusion intestinale on rencontre presque toujours plusieurs facteurs étiologiques. D'un autre côté, les symptômes décrits par M. Hochenegg ne sont pas assez caractéristiques, pour permettre de reconnaître cet iléus combiné.

M. Hofmokl fait remarquer que le reflux du contenu du gros intestin dans l'intestin grêle est rendu impossible par la valvule de Bauhin. Il ne croit pas non plus au danger du passage du contenu de l'anse intestinale distendue dans le gros intestin; cette éventualité n'est possible que dans l'iléus d'origine inflammatoire.

M. Gussenbauer pense que la vacuité du gros intestin, dans le cas de M. Hochenegg, est due à la compression exercée par l'intestin grêle distendu et non pas aux contractions des tuniques intestinales.

Tumeurs leucémiques de la peau.

M. Kaposi a présenté une femme de soixante-trois ans atteinte de tumeurs situées au niveau du nez, des joues, des oreilles, du front, etc., tumeurs dont le début remonte au mois de juin dernier et qui adhèrent intimement à la peau. Au niveau des coudes on trouve également des tumeurs du volume d'une noisette et il existe, en outre, un engorgement ganglionnaire généralisé avec hypertrophie du foie et de la rate. A l'examen du sang on constate 1 leucocyte pour 28 globules rouges. Le tableau clinique et l'examen histologique prouvent qu'il s'agit de néoplasies leucémiques de la peau.

M. Schiff a dit avoir publié il y a dix ans un cas analogue; il estime que les manifestations cutanées sont secondaires. L'affection débute par les cellules adipeuses et envahit bientôt les glandes sudoripares, les autres parties de la peau restant intactes.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 30 Octobre 1897.

Néphrite chronique unilatérale avec hémorrhagie continue pendant deux ans et demi. Néphrectomie. Guérison.

M. de Keersmaker (Anvers). — Chez une malade qui, depuis deux ans et demi, souffrait d'hématurie continuelle, j'ai pu me rendre compte par le cathétérisme des uretères que le rein gauche seul donnait du sang. L'urine du rein droit était normale. L'examen microscopique de l'urine avait démontré la

présence de nombreux cylindres hématiques, mais l'absence de tout micro-organisme et en particulier de bacilles de Koch.

Devant l'affaiblissement progressif de la malade, l'intervention fut décidée je pratiquai la néphrectomie par la méthode parapéritonéale; la guérison fut complète et la malade a aujourd'hui un aspect des plus florissants.

L'examen microscopique du rein démontra les lésions caractéristiques de la néphrite parenchymateuse et de la néphrite interstitielle, avec foyers d'hémorrhagies interstitielles abondamment disséminés dans tout l'organe.

L'intérêt du cas réside en son extrême rareté, du moins dans la bibliographie. Toute la littérature ne renferme pas un seul cas de néphrite unilatérale. Il permet de conclure que chaque fois qu'il y a hématurie rénale sans cause connue, c'est-à-dire ne relevant ni de la présence d'un calcul, ni d'une néoplasie, il y aura lieu de rechercher s'il y a néphrite et ensuite si la néphrite n'est pas localisée au rein, siège des hémorrhagies. Dans l'affirmative, le chirurgien a le devoir d'intervenir.

M. Debaisieux (Louvain). — Ce fait me remet en mémoire un cas d'hématurie rénale chez une jeune fille que j'ai montrée à plusieurs de mes collègues. La néphrotomie me permit de constater la présence de 2 ou 3 granulations semi-transparentes, d'apparence tuberculeuse. Je bornai là mon intervention et je constatai la rétrocession de l'hématurie au point que, quelques jours après, elle était totalement disparue. La guérison se maintient complète depuis 3 ans. Dans l'hématurie essentielle, n'y a-t-il pas une simple tuberculose? L'hypothèse est d'autant plus plausible que, dans le cas que je viens de citer, l'intervention s'est bornée à celle qui est si souvent suivie de succès dans les tuberculoses péritonéales.

M. De Keersmaker. — Je crois que chez mon sujet il ne peut s'agir de tuberculose : les préparations microscopiques en font foi. On ne rencontre pas un seul tubercule dans toutes les préparations, mais bien des lésions absolument caractérisées de néphrite hémorrhagiques.

Consolidation de la colonne vertébrale après réduction d'une gibbosité pottique. Nouvel appareil destiné au redressement des gibbosités pottiques.

M Delcroix (Bruxelles). — Un enfant de 10 ans, atteint d'une gibbosité pottique vieille de 5 ans, fut redressé, puis en mai dernier, l'opération suivante fut pratiquée : des deux côtés des apophyses épineuses participant à la déformation, et aux dépens de ces apophyses, on détache des lambeaux périostés largement adhérents à la vertèbre; le périoste fut fixé d'une apophyse épineuse à l'apophyse épineuse immédiatement inférieure. Actuellement, une colonne osseuse occupe toute la région lombaire et concourt au maintien de la rectitude et à la solidité de la colonne vertébrale corrigée.

Depuis le mois de juin, j'obtiens le redressement des gibbosités pottiques à l'aide de tractions exercées en sens contraires aux deux extrémités de la colonne vertébrale. A cet effet, je me sers d'un appareil spécial me permettant de graduer la force employée, qui est modérée et continue. Un seul aide chargé du chloroforme est nécessaire.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 7 Novembre 1897.

Emploi de l'eau oxygénée dans les otorrhées.

M. Buys (Bruxelles). — Depuis un certain temps, je fais avec succès, dans le service de laryngologie de la policlinique, un usage fréquent de l'eau oxygénée dans le traitement des écoulements otiques.

D'expériences comparatives que j'ai entreprises avec la solution de sublimé à 1 p. 1000 et la solution d'aldéhyde formique à 2 1/2 p. 1000, il résulte que ces dernières substances sont inférieures à l'eau oxygénée.

Ses avantages résident dans la rapidité de son action : elle stérilise quelquefois le pus d'écoulement au bout d'un jour. Elle n'est pas toxique, n'irrite point les tissus, sauf dans certains cas d'eczéma chronique de la trompe. Son application est facile; on verse le liquide dans l'oreille du malade, qui a la tête penchée; au bout d'un quart d'heure, celui-ci se relève et le liquide s'écoule au dehors. L'opération est renouvelée 2 à 3 fois par jour.

Le seul inconvénient est la difficulté de se procurer l'eau oxygénée; celle du commerce ne renferme généralement que la moitié de sa teneur en H^2O^2; pour la conserver, on y ajoute un peu d'acide. C'est une pratique condamnable. L'addition d'alcool à une eau oxygénée alcaline lui conserve intégralement, pendant plus de 2 mois, sa teneur en H^2O^2.

M. Delsaux. — Nous avons obtenu, M. Hennebert et moi, des résultats surprenants par l'emploi du formol, à la clinique de l'hôpital Saint-Jean. Mais il faut se méfier des solutions trop concentrées. A 2 p. 1000, elles provoquent souvent des douleurs intolérables. Le résultat thérapeutique peut même servir de moyen de diagnostic différentiel. Avez-vous affaire à une otite simple, même avec déchirure du tympan, l'écoulement sera tari après 4 ou 5 applications; d'autre part, l'écoulement résiste-t-il longtemps à l'emploi du formol, vous pouvez presque toujours conclure à l'existence d'une carie osseuse, comme nous avons pu nous en convaincre à différentes reprises. J'accorde une grande importance dans la guérison des otorrhées à la façon de se moucher; presque tous les malades mouchent les deux narines simultanément; cette pratique est désastreuse, car elle joue le rôle de la manœuvre de Politzer et refoule le pus à l'intérieur des oreilles. On doit apprendre aux malades à se moucher convenablement, c'est-à-dire à vider alternativement une narine, puis l'autre.

M. Rousseaux. — L'action du formol varie suivant les sujets; c'est pourquoi il faut varier les doses; d'aucuns supportent mal les solutions à 1 p. 1000; d'autres retirent d'excellents effets des solutions à 5 p. 1000 de formaline du commerce, qui est elle-même une solution d'aldéhyde formique à 4 p. 100.

M. Bayer. — Les injections ne sont pas nécessaires pour guérir les otorrhées; je ne suis pas partisan de cette méthode de traitement, à laquelle je préfère un bon nettoyage à sec de la caisse et du conduit extérieur.

M. Delsaux partage l'opinion de M. Rousseaux au sujet des différentes solutions à employer; il les prépare extemporanément avec de l'eau chaude stérilisée et de la formaline pure distribuée au moyen d'un flacon compte-gouttes. Il emploie dans les cas ordinaires 5 à 6 gouttes de formol dans 200 centimètres cubes d'eau.

Je ne puis admettre la guérison des otorrhées par le simple nettoyage à sec; la grande majorité des écoulements sont entretenus par des associations microbiennes secondaires qu'il faut détruire en les attaquant sérieusement par les antiseptiques.

M. Goudier (Lille). — J'estime qu'un bon traitement consiste dans l'emploi de lavages avec de l'alcool à 90° suivi d'oblitération du conduit avec un tampon d'ouate boriquée, concurremment avec des pulvérisations d'huile mentholée dans l'arrière-gorge. Il est bon, d'autre part, d'analyser le pus; l'élément microbien retrouvé sera une indication précieuse pour le traitement. J'ai eu un cas d'otorrhée rebelle à toute médicamentation; l'idée me vint de rechercher le microbe qui l'entretenait : je trouvai du pneumocoque. La malade avait été atteinte de pneumonie au cours d'une rougeole et l'écoulement otique datait de cette maladie. J'eus alors recours à des lavages au permanganate qui tarirent rapidement le flux purulent. La variété du microbe précisera donc le choix de l'antiseptique.

M. Buys. — L'antisepsie est nécessaire à cause des associations microbiennes; c'est pourquoi l'eau oxygénée est si utile; elle a de plus l'avantage de ne pas empêcher la cicatrisation, comme il a pu en juger par l'épidermisation rapide du promontoire dans un cas d'otite chronique.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Contribution à l'étude des tétragènes,

Par M. F. Benoit,

Médecin-major de 2e classe,
Répétiteur à l'Ecole du Service de Santé militaire.

L'intervention des tétragènes en pathologie humaine a fait l'objet d'un certain nombre de communications récentes : l'observation qui suit nous semble pouvoir être utilisée pour la connaissance de ces sortes de faits.

Observation clinique. — G... Jean, 21 ans, sans antécédents notables personnels ou héréditaires, présenta, le 25 mars 1897, une angine pultacée bénigne, qui dura 6 jours et ne s'accompagna ni d'albuminurie, ni d'éruption, ni d'aucun phénomène général pouvant faire penser à une scarlatine. La fièvre ne dépassa pas 38° et il n'y eut à ce moment qu'un peu d'irrégularité cardiaque, constituée par des alternatives d'accélération et de ralentissement des systoles.

Deux ensemencements sur sérum des exsudats pharyngés ne montrèrent que des streptocoques et des staphylocoques dont la virulence ne fut malheureusement pas étudiée. Les amygdales se nettoyèrent très rapidement et conservèrent d'ailleurs un aspect normal jusqu'à la fin de la maladie.

Après une amélioration de quelques jours, se développa peu à peu un état infectieux grave, caractérisé par une hyperthermie oscillant entre 39° et 40°, des épistaxis, des fluxions douloureuses errant sur diverses articulations et de la céphalalgie : tendance notable à l'adynamie, teint plombé. En même temps, douleurs lombaires assez intenses et diminution de la quantité des urines (500 gr. par jour), sans albuminurie et avec quelques cylindres granuleux. Le 15 avril, apparurent les premiers signes d une localisation infectieuse sur le péricarde, qui s'accusa d'abord par de vives douleurs spontanées et à la pression sur le trajet du nerf phrénique, à la base du cou et en arrière du sternum, puis par des signes d'épanchement modéré à la partie la plus déclive du sac péricardique, avec éloignement des bruits du cœur, matité descendant d'un travers de doigt au-dessous de la pointe et frottements dans la région de la base. Aucun signe de compression des oreillettes. Cette péricardite s'accompagna d'une poussée infectieuse nouvelle s'accusant par d'abondantes épistaxis, de nouvelles fluxions articulaires, une légère éruption de taches rosées et enfin par un faible épanchement dans la plèvre gauche. Cet état morbide se maintint jusqu'au 5 mai, sans grande modification des signes locaux, mais avec une aggravation constante des symptômes fonctionnels et une détérioration progressive de l'état général. Epistaxis répétées, sueurs et éruptions sudorales profuses et incessantes, amaigrissement, frissons, teint livide. Pas de diarrhée, fièvre modérée, dyspnée croissante présentant très fréquemment le type de Cheyne-Stokes, adynamie et prostration profondes. Le taux des urines s'était cependant relevé et se maintenait autour d'un litre, toujours sans albumine. Du côté du cœur, l'épanchement allait plutôt en diminuant, les frottements s'étaient étendus à presque toute la région précordiale, mais le myocarde donnait des signes évidents de fatigue : bruits sourds, pouls faible, constamment rapide (de 100 à 116°), facilement dépressible.

Dans ces conditions, il parut, le 4 mai, que l'épanchement tendait à se reformer, la voussure précordiale s'était accusée et les bruits du cœur encore assourdis davantage. Les frottements avaient disparu : les battements de la base du cœur, très nettement perceptibles à la palpation, alors qu'on ne sentait rien à la pointe, semblaient indiquer un refoulement du viscère à la partie supérieure du sac péricardique.

Une ponction faite dans la plèvre ne ramena que 200 gr. de liquide, ce qui indiquait bien que la cause de la dyspnée intense dont souffrait le malade devait être cherchée ailleurs que dans l'appareil respiratoire. D'autre part, ce liquide pleural, qui fut ensemencé immédiatement en bouillon, était louche, rempli de globules de pus et sa nature presque purulente indiquait avec vraisemblance, celle de l'exsudat intrapéricardique.

Pour toutes ces raisons, après consultation de plusieurs médecins, une intervention sur le péricarde fut décidée, alors que le malade pouvait encore la supporter et elle fut pratiquée le lendemain par M. le médecin-major Rioblanc, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

Le récit de cette intervention au point de vue chirurgical devant faire l'objet d'une communication spéciale de M. Rioblanc, qu'il nous suffise de dire que la péricardotomie fut pratiquée suivant le procédé de MM. Delorme et Mignon, et que, contrairement à l'attente générale, il ne se produisit à l'ouverture du sac péricardique qu'un écoulement assez médiocre d'une sérosité purulente dont la quantité ne peut être appréciée exactement, ce liquide ayant été projeté en divers sens par les mouvements du cœur au moment de l'incision du péricarde. Cependant une pipette peut être introduite rapidement à ce moment même dans la cavité péricardique et chargée avec pureté d'une certaine quantité de cet exsudat, qui fut immédiatement ensemencé et soumis à l'examen direct. L'exploration digitale permit de constater l'existence d'un certain nombre de loges à contenu purulent, séparées par les adhérences qui cloisonnaient la cavité péricardique. Quelques-unes de ces loges furent ouvertes, le péricarde lavé, drainé et refermé.

Le malade supporta l'opération d'une manière satisfaisante et semblait même respirer plus facilement, lorsque, le surlendemain, se déclara une bronchopneumonie à partir de laquelle son état alla sans cesse déclinant, moins du fait de cette complication, dont les signes physiques s'amendèrent rapidement, que par la continuation des effets d'une infection qui avait déjà trop duré. Le cœur toléra parfaitement et l'intervention et les pansements quotidiens avec lavages qui furent continués jusqu'à la fin : le péricarde suppura avec une abondance extrême au point de traverser à différentes reprises les pansements. Ce pus était jaune, bien lié, sans odeur spéciale et sans taches huileuses. Les signes d'infection générale, fièvre, sueurs profuses, diarrhée, firent place peu à peu aux symptômes associés des grandes insuffisances viscérales, et c'est au milieu de phénomènes d'auto-intoxication aiguë, délire, amaigrissement rapide, anurie, tachycardie et dyspnée progressives, que G... mourut le 19 mai, 58 jours après le début probable de la maladie, et 14 jours après l'opération.

L'autopsie montra un épaississement énorme des deux feuillets du péricarde dont la cavité était en voie de s'oblitérer complètement par des adhérences. Cependant, il existait encore, surtout à la paroi postérieure, 2 ou 3 loges assez vastes, pleines d'un pus crémeux, jaune, sans taches huileuses, qui fut examiné extemporairement et ensemencé en bouillon.

Le cœur était dilaté et la paroi myocardique présentait une flaccidité et une teinte feuille morte indiquant une lésion profonde du muscle cardiaque.

Le foie hypertrophié (1880 gr.) était nettement muscade et très mou, rate tuméfiée (350 gr.), légère congestion de l'intestin et de l'estomac. Les reins étaient volumineux, congestionnés à la coupe, la substance corticale épaissie, jaunâtre. Les capsules s'enlèvent facilement : infarctus du rein droit.

Les poumons ne présentent aucune trace de tuberculose : adhérences légères et récentes des plèvres à la base. Le centre des deux poumons montre des restes du processus bronchopneumonique, qui paraissait en voie de guérison : les parties déclives et sous-jacentes à la plèvre sont atélectasiées.

Examen histologique. — Le péricarde présente des signes très nets d'inflammation suppurative, sans aucune trace de tubercules. Sur coupes, la méthode de Gram et la coloration à la thionine phéniquée décèlent à sa surface et dans les couches les plus superficielles de l'exsudat fibrino-purulent la présence de tétrades et de nombreux diplocoques identiques à ceux obtenus par les cultures. Si la présence de ces microorganismes ne peut être décelée nulle part ailleurs, par contre les autres organes présentent des lésions manifestes d'intoxication grave. Le myocarde est uniformément dégénéré, ses fibres sont segmentées et se colorent mal, ainsi que leurs noyaux : la striation transversale est fort peu accusée. Les épithéliums du rein et du foie sont dans un état avancé de tuméfaction trouble, et, sur certains points, de dégénérescence graisseuse et de nécrose de coagulation.

Le poumon présente, dans sa partie centrale, des restes de foyers bronchopneumoniques et de pneumonie catarrhale; la plèvre est très enflammée et congestionnée. La zone sous-pleurale du poumon est atélectasiée.

En résumé, la clinique et l'anatomie pathologique s'accordent à nous montrer la cause de la mort, dans le cas de G..., dans une infection localisée au péricarde, reconnaissant peut-être les amygdales comme porte d'entrée et ayant amené avec une très grande rapidité la suppression fonctionnelle plus ou moins complète des principaux viscères, myocarde, foie et reins.

Les lésions dont étaient porteurs ces organes sont de celles que produisent de préférence les toxines microbiennes: il est permis de se demander si une intervention plus précoce n'eût pas réussi à prévenir ces graves altérations et à empêcher les phénomènes d'auto-intoxication de venir s'ajouter aux troubles dus à l'infection primitive.

Observation bactériologique. — Les recherches que nous avons faites pour découvrir les microorganismes auteurs de cette infection comportent des ensemencements et des examens directs, sur coupes, des divers tissus.

Pour en finir immédiatement avec ces dernières, nous rappellerons que nous avons pu constater la présence de tétrades très nettes et de diplocoques dans les couches les plus superficielles de l'exsudat qui recouvrait le péricarde pariétal épaissi. Les coupes des divers autres organes ne nous ont montré aucune espèce de microorganisme.

Les tentatives d'isolement et de culture auxquelles nous nous sommes livrés sont au nombre de 4 :

1° Le liquide tiré de la plèvre le 4 mai, ensemencé immédiatement en bouillon, nous montre, dès le lendemain même, une culture pure de bacilles mobiles dont les caractères seront décrits ultérieurement.

2° Le pus extrait de la cavité péricardique le 5 mai fut immédiatement ensemencé en bouillon : le lendemain, ce bouillon se troubla légèrement, et présenta des tétrades qui allèrent en augmentant de nombre le surlendemain. La culture paraissant pure fut mise le 7 mai sur différents milieux, et, dès le 8 mai, la gélose présenta, sur le fond jaune maïs formé par les colonies de tétrades, des points blancs que l'examen direct révèle comme constitué par des colonies de cocci et diplocoques mobiles. Ces deux espèces furent dissociées et obtenus à l'état de pureté, en bouillon, le 12 mai.

3° Le pus prélevé dans le drain du péricarde le 13 mai montra des diplocoques et, plus tardivement, des tétrades, mais il était également souillé de staphylocoques et ne servit à aucune tentative d'isolement.

4° Le pus recueilli à l'autopsie à l'ouverture des loges intra-péricardiques, le 20 mai, fut examiné par frottis et ensemencé en bouillon peptonisé.

Les frottis montrèrent très nettement la présence du tétragène et du diplocoque déjà signalés, mais, malgré des examens répétés et plusieurs tentatives d'isolements sur pomme de terre ou sur gélose, le bouillon ne présenta jamais que des diplocoques mobiles sans aucune tétrade.

En fait, nos tentatives ont abouti à l'isolement de 3 espèces microbiennes dont les principaux caractères sont résumés dans le tableau ci-joint.

Nous avons procédé à 4 séries de déterminations de la virulence de ces 3 espèces isolées ou associées entre elles :

1° Le 14 mai, 3 souris blanches sont inoculées à la base de la queue, chacune avec 3 ou 4 gouttes d'une culture pure de 24 heures de l'un des 3 microorganismes.

Elles furent un peu malades le lendemain et présentèrent de la douleur au lieu d'inoculation; 10 à 12 jours après, elles présentèrent des ulcérations et chutes de poils au cou et au siège, mais demeurèrent en bonne santé.

2° Le 19 mai, 3 souris blanches reçurent chacune 2 gouttes de culture pure de 24 heures de 2 de ces microbes associés 2 à 2; la 1re, qui fut infectée avec le tétragène et le diplocoque, mourut la nuit même qui suivit, sans lésion locale; le sang du cœur ensemencé en bouillon donna le diplocoque seul, malgré de nombreuses recherches. La 2e, qui reçut le diplocoque et le bacille pleural, mourut en 24 heures, avec de l'œdème gélatineux au point d'inoculation, où l'examen direct et les ensemencements montrèrent les 2 microorganismes; le sang du cœur ensemencé ne donna rien.

La 3e, qui reçut le tétragène et le bacille pleural, demeura en bonne santé et survécut.

Enfin une 4e souris blanche, qui fut inoculée avec les 3 espèces à la fois, mourut en 24 heures avec un exsudat gélatineux dans le péritoine.

Cet exsudat contenait les 3 facteurs de l'infection, ainsi que le montre l'examen direct des milieux qui furent ensemencées avec lui, mais il fut impossible d'en isoler autre chose que le diplocoque mobile. De même le sang du cœur de cette souris ne montra que ce seul microorganisme.

3° Le 24 mai, 3 rats ont reçu, l'un le tétragène pur, le second le diplocoque pur, et le 3e, les 2 espèces réunies. Le premier resta indemne, les 2 autres prirent, 8 jours après, de petits abcès contenant un pus jaune, caséeux, à odeur forte, dont l'examen par frottis et la culture ne permirent de constater que le seul diplocoque mobile.

4° Le 30 mai, 3 cobayes reçurent, en inoculations sous-cutanées, chacun 2 des 3 espèces microbiennes étudiées et associées 2 à 2, comme pour les souris de la 2e série d'expériences. Aucun ne reçut les 3 espèces à la fois.

Les 3 cobayes présentèrent, 4 jours après, de petits abcès à diplocoques mobiles et des eschares cutanées à distance du lieu d'inoculation, puis se rétablirent, sauf celui qui avait été infecté avec le tétragène et le bacille pleural. Ce cobaye resta malade, avec de la diarrhée, un amaigrissement progressif, un gros ganglion à l'aine correspondant au point d'inoculation et mourut 2 mois après l'inoculation. L'autopsie montra le ganglion de l'aine tuméfié et rempli d'un pus caséeux, une entérite accusée, le foie et la rate tuméfiés et farcis de néoformations caséuses.

De même que les poumons, tout le système lymphatique était infiltré et comme injecté en blanc, ce qui le rendait très visible. Pas de bacille de Koch.

Enfin, ajoutons que l'examen des crachats de G..., pratiqué le 11 mai, ne montra pas de bacilles de Koch. Ces crachats, sanguinolents et visqueux, contenaient de très longs bacilles prenant le Gram, des cocci et des staphylocoques sans pneumocoques.

En résumé, le bacille trouvé dans la plèvre nous semble

ESPÈCES	ASPECT EN CULTURE EN BOUILLON DE 24 HEURES	CULTURES SUR BOUILLON	CULTURES SUR LAIT	CULTURE SUR POMME DE TERRE	CULTURE SUR GÉLOSE	CULTURE SUR GÉLATINE	CULTURE SUR SÉRUM	CULTURE SUR ŒUF
Tétrades — *issus du péricarde.*	Peu nombreuses tétrades en 24 heures; augmentent ensuite un peu de nombre, sans jamais devenir très abondantes. Quelques cocci et rares diplococci, quelques formes staphylococciques au fond du tube par assemblage des tétrades. Prennent le Gram.	Trouble léger en 24 heures, augmente ensuite un peu, puis s'éclaircit après 2 jours en formant de gros flocons visqueux au fond du tube; jamais de voile, pas de dépôt sur les parois du tube.	Non coagulé.	En 24 heures, colonies jaune maïs, sèches, grenues, assez abondantes, augmentent de volume et de couleur les 2 ou 3 premiers jours, ne modifient guère la pomme de terre.	En 24 heures, traînée blanc jaunâtre formée par la confluence d'un grand nombre de colonies punctiformes.	Pousse lentement et tardivement, les premières traces n'apparaissent qu'au 5e jour. En piqûre, ne forme pas de champignon surelevé au-dessus de la surface, mais le long de la ligne d'ensemencement : grains à centre opaque, ne liquéfie pas.	Culture pauvre apparue en 24 h.	Non poussée.
Diplocoques — *issus du péricarde.*	Très nombreux et très mobiles, quelques cocci, quelquefois s'assemblent en chaînes de 4, pas plus. Jamais de capsules bien constatées, sont de tailles inégales suivant les divers milieux et quelquefois dans le même milieu. Prennent le Gram.	En 24 heures, trouble uniforme accusé, blanchâtre, augmente les jours suivants et ne s'éclaircit pas par la suite, légère odeur. Petite collerette à la surface et le long des parois : dépôt visqueux au fond du tube.	Non coagulé.	Pousse lentement au 3e jour, culture sèche, verruqueuse, peu abondante, devient vert sale à la longue en noircissant la pomme de terre.	En 24 heures, abondantes cultures blanc bleuâtre opaque, constituent dès le 3e jour un enduit muqueux et crémeux abondant.	Traînées transparentes verdâtres apparaissant au 2e jour, la liquéfaction débute immédiatement, mais va lentement, très avancée vers le 6e jour; en piqûre, s'étend jusqu'aux 2/3 du trait d'inoculation, séparée nettement de la gélatine solide; voile à contours irréguliers à la surface liquéfiée.	En 24 heures, belle traînée jaune clair, mince, granuleuse.	En 24 heures, cultures transparentes peu développées ne modifient pas l'œuf, jaunissent légèrement avec le temps.
Bacilles — *issus de la plèvre.*	Longs et mobiles; bacilles de tailles inégales, s'unissent 2 à 2 ou en streptobacilles de 10 à 20 éléments, ne prennent pas le Gram, ne poussent pas en bouillons phéniqués.	En 24 heures, trouble uniforme, intense, moiré, d'odeur accusée. Léger voile, surtout le long des bords du tube. Dépôt abondant au fond du tube.		En 24 heures, légère traînée verdâtre, devient rapidement une culture abondante, saillante, humide, de couleur vert foncé, noircit à la longue la pomme de terre.	En 24 heures, culture abondante, humide, verdâtre, à surface granuleuse, à bords surélevés.	En 24 heures, colonies transparentes, bleuâtres, liquéfient rapidement en faisant à la surface un voile composé de fins bacilles mobiles.	Culture abondante en 24 h., humide, incolore, liquéfie rapidement le sérum en produisant un liquide brun sans odeur.	

devoir être mis hors de cause dans le cas présent : son intervention, lorsqu'elle s'est produite dans nos inoculations expérimentales, paraît s'être bornée à déterminer des exsudations œdémateuses locales dans le péritoine et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Restent le diplocoque et le tétragène, qui ont vécu ensemble dans le péricarde.

En se basant sur les résultats de l'expérimentation, c'est au diplocoque mobile qu'il convient de rapporter le rôle principal dans l'infection ci-dessus relatée.

Quant au tétragène, il est difficile de décider s'il était présent dans le péricarde à titre de simple saprophyte, ou s'il a eu une part dans le processus infectieux, ne fût-ce qu'à titre d'associé du diplocoque mobile. Nous convenons que notre observation n'est pas assez nette pour avoir une valeur décisive sur ce point, et le tétragène que nous avons trouvé est en cela très différent de plusieurs autres, notamment de ceux de M. Castaigne, de MM. Chauffard et Ramond, dont l'activité pathogène se montra si évidente. Nous pensons nous être trouvé en présence du *M. tetragenus aureus* de M. Boutron, dont la faible virulence expérimentale et les caractères culturaux sont analogues à ceux que nous avons observés.

Les rares échantillons de tétragène que nous a montrés jusqu'ici la pathologie humaine sont remarquables par leur diversité; il n'est presque aucune description qui ne s'écarte des autres, soit au point de vue de clinique, soit même à celui de la bactériologie pure.

Les incertitudes qui règnent encore sur cette question nous ont décidé à publier nos propres constatations, bien que l'état de symbiose où se trouvait notre tétragène ne soit évidemment guère favorable à la détermination de sa valeur pathogène.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques recherches sur la gastro-entérostomie par sphacèle,

Par le Dr Louis Mencière.

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Depuis la première opération de Wœlfler (28 septembre 1881), la gastro-entérostomie a été pratiquée suivant des procédés bien différents. Mais une des méthodes les plus séduisantes, dès l'abord, est celle qui nous permet de pratiquer cette opération sans ouverture préalable des parois intestinales et stomacales. Dès lors, l'infection n'est plus à craindre.

Le procédé ingénieux de M. Souligou consiste à serrer fortement une portion de la paroi stomacale entre les mors d'une pince *ad hoc*, avec laquelle une pression considérable est possible. On touche ensuite cet endroit avec de la potasse caustique. On procède de même au niveau de l'intestin. Ces deux portions stomacale et intestinale sont alors mises en regard, et maintenues par des sutures circulaires séro séreuses. Ce procédé primitivement essayé sur des chiens, a également donné des succès chez l'homme.

Les premières opérations ont été faites sur trois malades de M. Picqué, dont deux seulement survécurent. Il y a bien eu depuis quelques insuccès constatés. Mais malheureusement les chirurgiens sont trop enclins à taire leurs insuccès; les succès seuls sont publiés; les cas où la méthode a échoué sont ou laissés dans l'ombre, ou signalés avec une parcimonie de détails telle qu'il est impossible de se faire une opinion précise.

Quoiqu'il en soit, nous n'avons nullement l'intention de nier les résultats obtenus. Nous connaissons les succès que la méthode de M. Souligou a donnés, nous rappellerons même l'observation récente de M. le professeur Gross (de Nancy) qui ajoute un succès de plus à l'actif de cette méthode.

Cependant, quand on a vu employer ce procédé opératoire, on peut lui adresser certaines critiques :

Lorsqu'on desserre les mors de la pince, la muqueuse et la musculeuse sont rompues, seule la séreuse, plus résistante, s'est laissée amincir sans se rompre. Les cavités stomacale et intestinale sont donc alors fermées par une simple membrane extrêmement mince, fragile, membrane séreuse, que l'on va encore affaiblir en la touchant avec de la potasse caustique, jusqu'à ce qu'elle présente un aspect noirâtre.

S'il survient des contractions stomacales et intestinales, dans les quelques heures qui suivent l'opération, il faut avouer que le chirurgien hésite à croire, *a priori*, que la ligne de suture et par suite la cavité abdominale ne puissent, dans certains cas, être infectées par une rupture totale ou partielle, au niveau de l'intestin ou de l'estomac.

L'avenir seul nous fixera à cet égard ; mais seulement si les insuccès sont signalés avec autant d'exactitude que les succès l'ont été jusqu'à ce jour.

La méthode de Postnikow paraît, à première vue, mieux comprise, en ce sens que la rupture des parois intestinales ou stomacales est moins à craindre. Une ligature à la base d'un bourrelet comprenant la muqueuse de l'intestin et de l'estomac et une suture circulaire séro-séreuse constituent toute l'opération.

Mais nous avons refait les expériences de Postnikow et nous sommes malheureusement arrivé à des résultats diamétralement opposés.

Nous trouvons une excellente traduction du procédé de cet auteur dans le remarquable travail de M. le professeur agrégé Villar (de Bordeaux) : *Chirurgie et cancer de l'estomac*, Paris, 1893.

« . . . .

« L'inventeur de ce procédé, Postnikow, l'a expérimenté 17 fois avec succès sur des chiens, au laboratoire de l'Institut pathologique du professeur Fogt (de Moscou) (1).

« Voici en quoi il consiste :

« Premier temps : Ouverture de l'abdomen;

« Deuxième temps : On attire une anse intestinale et on la fixe à l'estomac par des points séro-séreux ;

« Troisième temps : On excise sur la paroi stomacale un fragment ovalaire ne comprenant que la séreuse et la musculeuse (2); on procède de même sur l'intestin;

« Quatrième temps : Réunion des bords postérieurs de la plaie gastro-jéjunale;

« Cinquième temps : Ligature à la soie du fragment de muqueuse gastrique qui fait hernie à travers l'ouverture séro-musculaire; idem pour la muqueuse intestinale;

« Sixième temps : Réunion des bords antérieurs de la plaie gastro-intestinale;

1. Postnikow, *Centralblatt. f. Chirurgie*, 10 décembre 1892, n° 49.
2. Dans son travail Postnikow s'exprime ainsi : « Excision d'un fragment ovalaire de paroi stomacale jusqu'à la musculaire ; *idem* pour l'intestin. »

« Septième temps : Deuxième rangée de sutures séreuses;

« Huitième temps : Fermeture du ventre.

« Ce procédé ne diffère du procédé classique que dans le cinquième temps : les muqueuses gastrique ou intestinale ne sont pas incisées, mais elles sont prises dans une ligature solide qui amène la gangrène et la chute des bourrelets muqueux au bout de 3 à 4 jours; c'est alors que s'établit la communication intestinale, d'où la dénomination de gastro-entérostomie en deux temps.

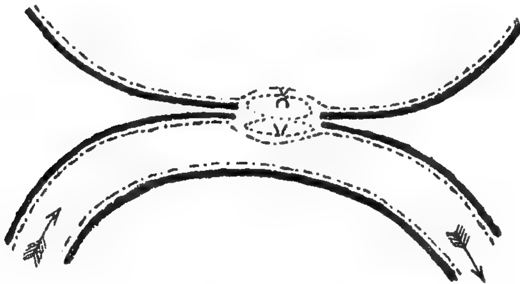


Fig. 1. — Procédé de Postnikow.



Fig. 2. — Ici la communication est déjà établie. On voit les deux bourrelets muqueux après leur chute.

« Postnikow reconnaît à son procédé les avantages suivants :

« 1° N'incisant pas les muqueuses, il n'y aurait pas issue des matières; par suite, on ne risquerait pas d'infecter le péritoine; l'opération serait aseptique; 2° la technique est plus simple que dans la méthode classique; 3° l'opération est plus rapide, seize à vingt points de suture suffiraient pour réunir l'intestin à l'estomac; 4° on peut, le jour de l'opération, se dispenser du lavage de l'estomac. Or, ce lavage, quoique le malade y ait été habitué quelques jours avant l'intervention, diminue les forces du patient déjà affaibli. D'ailleurs, les animaux ont guéri très rapidement et ont mangé dès le premier jour. L'auteur n'a pas vu d'hémorrhagie à la chute de la muqueuse et n'a jamais constaté de rétrécissement cicatriciel chez les animaux qu'il a laissés vivre de 44 à 100 jours (1). »

On voit que cette opération semble réunir les avantages que présente le procédé de M. Souligou, sans en avoir les inconvénients.

Une ligature solide remplace une membrane mince, affaiblie encore par l'application de la potasse caustique. Que la cavité stomacale renferme du liquide, que des contractions surviennent, les craintes de voir une rupture totale ou partielle des parois stomacales ou intestinales est écartée.

1. Villar, *Chirurgie et cancer de l'estomac*, Paris, 1893, p. 60.

Une ligature à la soie fortement serrée se fait toujours dans les mêmes conditions, et l'élimination par ischémie du bourrelet ainsi circonscrit se fera en un temps déterminé.

Il reste à savoir si cette méthode est pratique.

Si l'on s'en rapporte aux expériences heureuses de Postnikow, la réponse est facile; mais, après expériences, nous n'avons pas la même confiance que cet auteur dans un tel manuel opératoire.

Nous pensons qu'il pourrait être utile de faire connaître les résultats auxquels nous sommes arrivé, au cours de nos expériences pratiquées sur le chien (1).

Expérience I. — Présentation à la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux (2) séance du 28 segtembre 1896; présentation des pièces; lecture de l'observation.

Opération le 2 septembre 1896, suivant le procédé de Postnikow.

Le 19, nous sacrifions l'animal en expérience. Nous constatons, après avoir ouvert les parois de l'intestin et celles de l'estomac, une dépression en forme d'entonnoir, dont le sommet répond à la ligature à la soie; les parois sont fortement plissées.

Autour du point où a porté cette ligature, le sphacèle a été remplacé par du tissu de cicatrice.

Ni l'intestin, ni l'estomac ne sont ouverts, contrairement aux assertions de Postnikow.

Expérience II (3). — Opération le 6 septembre 1896. Autopsie le 19 septembre.

Estomac. On trouve un infundibulum à sommet répondant à la ligature à la soie. Les parois sont formées par les plis de la muqueuse.

Même disposition au niveau de l'anse jéjunale.

Ici encore, l'opération de Postnikow a été suivie au bout de treize jours d'une fermeture complète, par du tissu fibreux, des orifices de l'estomac et de l'intestin, orifices sur lesquels nous comptions.

Expérience III (4). — L'opération de Postnikow semble avoir donné un résultat positif du côté de l'estomac.

L'intestin n'est pas ouvert; mais le chien en expérience étant mort trop tôt, nous ne pouvons en tirer des conclusions. Il est cependant très important de noter le fait suivant; autour du point où a porté la ligature à la soie, les tissus, bien que sphacélés, ne sont pas encore tombés.

Expérience IV (5). — Sur l'intestin, l'orifice n'est pas complètement oblitéré; par place, il y a des solutions de continuité; l'orifice est en partie comblé par du tissu sphacélé; mais ce qui frappe, c'est que même dans cet état, le plissement, l'infundibulum produits par la ligature à la soie persistent.

Les tissus, bien que sphacélés, adhèrent suffisamment pour maintenir la muqueuse dans cette position.

Nous verrons que cette observation nous donne l'explication des phénomènes, qui se sont produits au cours de nos différentes expériences. Elle montre clairement comment évolue le processus de réparation des tissus après le sphacèle produit par la ligature à la soie.

Nous ne parlerons pas de trois autres expériences où

1. Nos expériences ont été faites soit dans le laboratoire de médecine expérimentale de M. le professeur Ferré (de Bordeaux), soit dans le laboratoire de M. le professeur agrégé Sabrazès ou dans l'amphithéâtre de notre maître M. le professeur Demons, dont nous avions l'honneur d'être l'interne.

Nos expériences sont longuement discutées dans notre thèse inaugurale : *Étude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et en particulier sur la gastro-entérostomie par sphacèle.*

2. *Bull. Soc. anat. et phys. Journ. de méd. de Bordeaux*, du 11 octobre 1896.

3. Mencière. Expérience décrite dans son entier (thèse de Bordeaux, 1896).

4. Mencière, *loc. cit.*

5. Mencière, *loc. cit.*

nous n'avions pas pratiqué l'ouverture préalable des tuniques séreuse et musculeuse.

Les observations I et II montrent donc que dix-sept et treize jours après l'opération de Postnikow, les orifices circonscrits par le sphacèle ont été trouvés oblitérés par du tissu de cicatrice.

Le sphacèle de la muqueuse s'était produit, car le manuel opératoire ne laisse aucun doute. La muqueuse avait été fortement comprise dans la ligature à la soie. De plus, à l'autopsie, on constate du tissu de réparation, du tissu fibreux. Il y a donc eu sphacèle puis réparation des tissus.

Quelle est la marche suivie par le processus réparateur?

Les observations III et IV nous en fournissent l'explication. Il n'y a pas eu ouverture des muqueuses intestinale et gastrique, formation secondaire d'un anneau fibreux, puis rétraction. Bien que ce soit là un mode de fermeture possible dans cette opération, les observations en question montrent que la marche des phénomènes a été différente.

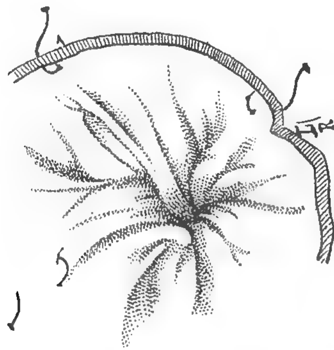


Fig. 3. — Muqueuse gastrique ou intestinale vue du côté des cavités de l'estomac et de l'intestin.
p. — Point où a porté la ligature à la soie.

Dans l'observation III, nous voyons que tout autour du point où a porté la ligature à la soie, les tissus, bien que sphacélés, ne sont pas encore tombés.

L'observation IV est encore plus démonstrative.

« Sur l'intestin, l'orifice n'est pas complètement oblitéré; par place, il y a des solutions de continuité; il est en majeure partie comblé par du tissu sphacélé; mais ce qui frappe, c'est que, même dans cet état, le plissement, l'infundibulum produits par la ligature à la soie persistent. Les tissus, bien que sphacélés, adhèrent suffisamment pour maintenir la muqueuse dans cette position. »

Voici ce qui se passe. Les tissus ne tombent pas aussitôt qu'ils sont sphacélés, il y a toujours des brides qui tiennent plus ou moins. Au-dessous de la ligature à la soie, soit du côté de la cavité stomacale, soit du côté de la cavité intestinale, les tissus présentent une ligne de section plus ou moins avivée, plus ou moins garnie de bourgeons charnus, ils s'accolent, et ont de la tendance à refermer l'orifice. Je ne dis pas que cela arrive toujours; mais ces phénomènes peuvent se présenter assez souvent, témoins nos observations. Ce mode de fermeture des orifices des parois gastrique et intestinale est encore favorisé par la disposition en forme d'entonnoir que la ligature à la soie donne à la muqueuse (fig. 3).

Considérons la ligne de section au niveau du sommet de cet entonnoir; les tissus avivés présentant des bourgeons charnus sont serrés; disposition éminemment favorable pour l'accolement des parties avivées et la fermeture de l'orifice.

Si l'orifice gastro-jéjunal avait été primitivement bien circonscrit, nettement ouvert, puis ensuite fermé secondairement par du tissu de cicatrice, peut-être pourrait-on y remédier, bien que cela présenterait encore des inconvénients, en augmentant la surface de section de la muqueuse. Mais dans les cas rapportés ici, il n'en a pas été ainsi. Quelle que soit l'étendue de la ligature à la soie, on aura toujours, au niveau de cette ligature, des brides de tissu incomplètement sphacélé et des bourgeons charnus prêts à s'accoler avant même que l'orifice gastrojejunal n'ait été complètement ouvert. Cela tient non pas au plus ou moins de muqueuse comprise dans la ligature, mais au procédé lui-même, à ce mode de ligature qui maintient serrés les tissus avivés juste au point où devrait s'établir l'orifice gastro-jéjunal.

Enfin, quand il s'agit de l'homme, la question se complique encore : on ne peut exciser simplement la séreuse et la musculeuse de l'intestin en respectant la muqueuse.

Une dernière remarque nous est suggérée par ce qu'a dit Ch. Monod à la Société de chirurgie, à propos du procédé de Roux. On se souvient que Ch. Monod n'a pu, sur le cadavre, inciser simplement la séreuse et la musculeuse de l'intestin en respectant la muqueuse; la chose est peut-être plus facile chez le chien, dont le tube intestinal est assez épais (1).

L'opération de Postnikow pratiquée chez l'homme, comme nous le disions nous-même à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (2), sera donc forcément faite dans des conditions moins favorables encore que lorsqu'on expérimente chez le chien.

On sera, en effet, obligé de comprendre dans la ligature à la soie la totalité de la paroi intestinale, séreuse, musculeuse, muqueuse. Les phénomènes que nous avons observés devront alors *a fortiori* se reproduire.

Sur les chiens opérés nous n'avons pas oblitéré le pylore. En admettant même que, le pylore oblitéré, on soit parvenu, en faisant ingérer une certaine quantité d'aliments, à favoriser l'élimination des tissus sphacélés, je ne crois pas que cela puisse suffire pour faire adopter cette méthode chez l'homme.

En effet, la gastro-entérostomie ne doit pas se pratiquer chez ce dernier quand le pylore est totalement oblitéré. Nous avons longuement discuté cette question dans notre thèse de doctorat. Dès lors, les conditions ne seraient plus les mêmes chez le chien en expérience et chez l'homme. Si, d'un autre côté, on opère un malade arrivé à la période ultime de son affection, tout clinicien sait avec quelle facilité ont alors lieu les vomissements. Le malade ne gardant pas les aliments, ceux-ci ne favoriseront pas l'élimination des tissus sphacélés, ou bien encore les efforts de vomissements trop violents pourront amener des ruptures au niveau des sutures.

Du reste, quand donnera-t-on des aliments à l'opéré? Quelle quantité? Savez-vous comment les choses se passeront chez l'homme? Les conditions anatomiques n'étant plus les mêmes, quand les bouchons muqueux seront-ils sphacélés? Quand pourront-ils s'éliminer sans danger? Telle est l'incertitude dans laquelle se trouvera le chirurgien.

Nous devons d'ailleurs noter que Postnikow, de même

1. Villar, *Chirurgie et cancer de l'estomac*, Paris, 1893, p. 60.
2. Séance du 28 septembre 1896.

que nous, n'avait pas fermé le pylore des chiens qu'il a opérés.

Ainsi donc, nous croyons pouvoir conclure qu'il est difficile à l'heure actuelle de se prononcer d'une manière définitive sur la valeur des procédés de gastro-entérostomie par sphacèle. Celui de M. Souligou a donné des résultats; il serait à désirer que toutes les observations où il est employé fussent intégralement publiées. L'expérience seule prononcera, et montrera si les critiques qu'on peut lui adresser sont fondées. Quant au procédé de Postnikow qui, *a priori*, semble répondre aux meilleures conditions de réussite, voici ce que nous en disions dans l'observation lue à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux :

Si un chirurgien pratique une gastro-entérostomie suivant la méthode préconisée par Postnikow (d'après ses expériences faites dans le laboratoire de l'Institut pathologique du professeur Fogt de Moscou), je ne dis pas qu'il obtiendra toujours un insuccès, puisque cet auteur affirme avoir réussi 17 fois, mais nos expériences démontrent que souvent il sera obligé de recommencer une nouvelle opération, la nature réparant derrière lui l'orifice que circonscrit le sphacèle produit par la ligature à la soie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Tissu lymphoïde dans la paroi d'un kyste dermoïde latéral du cou,

Par MM. Auché et Chavannaz (de Bordeaux).

Rapport par M. Broca.

Chez un jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux) dans le service de M. Demons, existait une tumeur latérale du cou, allant à gauche de l'angle de la mâchoire au bord inférieur du cartilage thyroïde. Cette tumeur put facilement être enlevée, elle avait seulement seulement des connexions assez intimes avec la veine jugulaire interne. Après l'avoir enlevée, M. Chavannaz constata qu'il s'agissait d'un kyste contenant un liquide qui ne fut pas recueilli. La face interne était d'aspect papillomateux; nulle part elle ne présentait de poils.

A l'examen histologique, les auteurs ont vu d'abord une couche de cellules épithéliales stratifiées, pavimenteuses à la surface, cubiques dans la profondeur, reposant sur une paroi conjonctive. Dans sa masse principale, la couche la plus interne de cette paroi est formée de tissu conjonctif adulte; mais par place, elle présente des fibres musculaires lisses; et elle se continuait en dehors, par une transition insensible, avec une véritable couche de tissu lymphoïde, entourée elle-même d'une couche fibreuse.

C'est sur cette couche lymphoïde, sur sa rareté, sur l'explication de son origine qu'insistent MM. Auché et Chavannaz.

Cette rareté n'est-elle pas exagérée par eux? Je serais porté à le croire. Certes, si l'on se rapporte aux observations publiées jusqu'à ses dernières années, on adoptera volontiers l'opinion de nos distingués confrères. Au début des recherches histologiques, on n'aurait jamais songé à faire des constatations aussi délicates. Mais on n'a pas tardé à rencontrer des kystes du cou dans lesquels, même avec les moyens primitifs dont on disposait alors, on a reconnu une structure assez nettement lymphoïde pour être appelé ganglionnaire. Puis on a su déceler histologiquement dans ces parois des couches lymphoïdes moins nettes, mais encore relativement grossières. Et dans les cas les plus récents, grâce à une technique perfectionnée, on constate, je crois, que les fibres musculaires lisses et le tissu lymphoïde sont des éléments normaux dans la paroi sous-épithéliale des kystes et fistules congénitaux et latéraux du cou.

De ceci, mon ami Darier a fourni un examen histologique très net dans une pièce que je lui ai remise et dont on trouvera la description dans la thèse de mon élève, Mlle Sulicka. Or, je crois, avec M. Darier, qu'entre ce rudiment et la structure proprement ganglionnaire tous les intermédiaires existent; que, dès lors, bien probablement, les prétendus « kystes ganglionnaires du cou » sont seulement des kystes congénitaux dermoïdes, à paroi réticulée particulièrement développée.

Je me borne à ce rapide résumé : on trouvera l'indication des observations récentes auxquelles je fais allusion dans l'article — qui va paraître incessamment — où j'ai étudié, dans le *Traité de chirurgie*, les kystes dermoïdes du cou.

Reste l'explication. Ici, je suis parfaitement d'accord avec MM. Auché et Chavannaz pour rejeter l'hypothèse de Max Schede, qu'un ganglion aurait été accolé à la paroi et enlevé avec elle. A une structure constante, au degré près, il faut, pour les kystes congénitaux, une explication d'ordre embryologique. D'autre part, je ne me sens guère porté à admettre deux autres hypothèses émises par les auteurs : que ce tissu réticulé pourrait provenir d'une transformation soit du tissu fibreux, soit même du tissu épithélial. Je crois que la vraie doctrine a été soutenue par Pilliet.

On sait que ces kystes latéraux se développent soit aux dépens du canal de Rabl, soit aux dépens d'invaginations thyroïdienne latérale, thymique ou de leurs formations accessoires. Mais quelle que soit cette origine précise, ils la tirent d'une poche pharyngienne, c'est-à-dire d'une région où la muqueuse définitive sera, à l'état normal, remarquable précisément par l'abondance du tissu lymphoïde sous-muqueux.

1. A. Broca, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e édit., Paris, 1898, t. XI.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Mathieu. *De la gangrène diabétique.* N° 87. (H. Jouve.)

M. Mendelssohn (Bernard). *La rougeole à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1896.* N° 78. (P. Delmar.)

M. Eyraud (Jules). *De l'organisation hospitalière du service des prompts secours.* N° 71.

M. Penot (Alexandre). *Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale.* N° 65. (H. Jouve.)

M. Pellerin (M.). *Contribution à l'étude de quelques hémorrhagies chez le vieillard.* N° 85. (H. Jouve).

M. Langlois (Georges). *Réflexions sur 28 observations d'arthrotomie.* N° 88. (H. Jouve).

M. Portier (Paul). *Les oxydases dans la série animale. Leur rôle physiologique.* N° 63. (G. Steinheil.)

M. Bosc (Louis). *La responsabilité médicale au point de vue judiciaire.* N° 56. (Carré et Naud.)

M. Lamotte (Th.). — *Contribution à l'étude des kystes du creux poplité.* N° 13. (Carré et Naud.)

M. Decrette (E.). *Déformation des narines dans le bec-de-lièvre.* N° 30. (H. Jouve.)

M. Brès (M.). *De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique.* N° 5. (H. Jouve.)

M. Mac Guffie (F.). *Tuberculose testiculaire et son traitement.* N° 6. (P. Delmar.)

M. Pompéani (P.). *Le climat d'Ajaccio et le traitement de la tuberculose pulmonaire.* N° 26. (P. Delmar.)

Les accidents gangréneux auxquels M. A. Mathieu consacre sa thèse sont assez fréquent; ils s'observent quelquefois au début du diabète mais la plupart du temps ils surviennent chez des individus diabétiques depuis plusieurs années. L'âge surtout,

puis l'alcoolisme, le sexe, le climat ont une influence sur leur apparition et leur gravité. C'est que le diabète compromet gravement la vitalité des différents tissus. A cette cause d'ordre général viennent s'ajouter des causes spéciales qui peuvent se trouver réunies chez le même individu. La gangrène septique est la variété la plus fréquente : son extension rapide tient au peu de résistance de l'organisme et à la facilité du développement des germes pyogènes dans les milieux sucrés. L'artérite et la névrite jouent un rôle important dans la genèse des gangrènes diabétiques. La gangrène diabétique spontanée est humide ou sèche; on ne pourra la distinguer sûrement des formes analogues de la gangrène sénile que par la présence du sucre dans les urines. Le pronostic sera basé sur l'état général d'abord et sur la nature de la gangrène. L'incision des anthrax et des phlegmons présente de nombreux avantages. La gangrène sèche limitée aux extrémités ne compromettant pas la vie du malade, l'expectation est de règle. Dans certains cas graves et lorsque la gangrène a une marche rapidement envahissante, l'intervention chirurgicale dans des conditions d'antisepsie rigoureuse peut seule sauver le malade.

Pendant l'année 1896, on a traité à l'hôpital Trousseau 533 cas de rougeole, 118 malades sont morts. La mortalité a donc été de 22,14 p. 100. Le plus grand nombre des décès est dû à la broncho-pneumonie (66 cas) et à la diphthérie (38). Presque toutes les infections secondaires étaient à streptocoques. M. B. Mendelssohn constate que le sérum de M. Marmorek, comme agent thérapeutique contre la broncho-pneumonie est nul. On a observé des abcès, le plus souvent contenant des streptocoques et une tendance vers la suppuration à la suite des injections faites avec ce sérum. Les bains chauds systématiques, d'après les indications du Dr Renaut (de Lyon), sont un agent thérapeutique très efficace dans le traitement de la broncho-pneumonie, suite de rougeole. Ils ont toujours réussi comme agent préventif, prophylactique et dans la majorité des cas comme agent thérapeutique curatif. L'intubation du larynx, pour le croup, complication de la rougeole, a été toujours suivie d'insuccès. Le tube provoque, par sa présence, et surtout par sa partie enflée ou ventre, des ulcérations de la face postérieure du cartilage cricoïde. Dans deux cas, le tube a perforé la membrane crico-thyroïdienne et a donné naissance à des abcès périlaryngiens provoquant la mort de l'enfant. La trachéotomie a donné le meilleur moyen pour le traitement du croup, associée au sérum antidiphthérique du Dr Roux.

M. J. Eyraud croit absolument nécessaire d'instituer dans les villes une organisation qui tende le plus possible à assurer l'instantanéité des secours. Il faut que cette organisation comprenne un poste central, où la victime d'un accident puisse trouver tous les secours réclamés par son état, quel que soit cet état. Pour les grandes capitales, l'idéal de l'organisation est l'Hôpital de Prompts Secours autonome, avec demeure permanente du chirurgien. Pour les villes plus modestes, il est nécessaire de construire, dans l'hôpital même, un Pavillon dit de Prompts Secours, relié téléphoniquement avec le domicile particulier de chacun des chirurgiens qui peuvent être de garde. L'Hôpital de Prompts Secours doit pouvoir donner tous les secours possibles, médicaux ou chirurgicaux. On aurait grand intérêt à posséder l'installation nécessaire à la radioscopie, qui rendrait de signalés services dans bien des cas. A un double point de vue, pour diminuer les frais que nécessiterait l'entretien du service des Prompts Secours et pour combler une lacune dans l'enseignement, dans tous les centres d'Ecole ou de Faculté, on imposerait aux étudiants en médecine un stage chirurgical dans les postes-ambulances et les hôpitaux d'urgences. Les Compagnies d'Assurances contre les Accidents devant retirer de grands bénéfices de l'installation d'un Service de Prompts Secours, il serait juste de leur demander une contribution qui serait affectée intégralement à ce service.

Le délire chez les paralytiques généraux peut disparaître en même temps que les symptômes généraux semblent s'atténuer; on peut penser à la guérison, tout au moins à une rémission; ce n'est qu'une pseudo-rémission.

Pour M. Penot, il y a moins de délirants qu'on ne le croit et la démence paralytique simple se retrouve assez souvent à côté de la paralysie avec délire. Les délires revêtent parfois, rarement, il est vrai, un caractère de fixité ayant beaucoup de rapport avec le délire systématisé.

Outre l'hémorrhagie cérébrale, il est fréquent d'observer chez les vieillards, certaines hémorrhagies spontanées (épistaxis, ecchymoses sous-conjonctivales, ecchymoses sous-cutanées, hémorrhagies hémorrhoïdaires, entérorrhagies). Pour M. M. Pellerin, ces hémorrhagies reconnaissent deux causes distinctes. 1° Chez les artério-scléreux : *a*) diminution de résistance du système artériel (anévrysme artériel (anévrysme miliaire, athérome; *b*) augmentation de la tension sanguine par suite de l'hypertrophie du cœur — rupture d'une artériole. 2° Chez les asystoliques : *a*) altération du système veineux (phlébo-sclérose); *b*) augmentation de la tension intra-veineuse — rupture d'une veine.

L'importance pronostique de ces hémorrhagies est grande, car elles révèlent d'une façon tangible un état pathologique du système vasculaire et sont souvent le signe avant-coureur d'un trouble plus profond qui emportera le malade (hémorrhagie cérébrale, thrombose). *a*) L'épistaxis est la plus fréquente des hémorrhagies chez le vieillard. Elle s'accompagne souvent d'une anémie grave. *b*) Les hémorrhagies sous-conjonctivales, bénignes en elles-mêmes, peuvent être suivies d'attaques d'apoplexie avec hémiplégie. Elles indiquent un trouble profond de la circulation encéphalique. *c*) Les hémorrhagies sous-cutanées apparaissent au niveau d'une peau sèche, écailleuse, déjà troublée dans sa nutrition. Elles ne présentent d'intérêt que par leur fréquence et par les renseignements qu'elles fournissent sur l'état vasculaire en général. *d*) Les hémorrhoïdes donnent quelquefois naissance chez les vieillards à des hémorrhagies graves qui l'anémient et font penser à un cancer. Il faut attribuer ces troubles profonds à la phlébo-sclérose qui, au point de vue de l'hémostase spontanée, rapproche les veines des artères. *e*) Les entérorrhagies, sans lésion de l'intestin, ont la même valeur pronostique.

Le traitement de ces hémorrhagies sera local et général. Pour l'épistaxis en particulier, il faudra se rappeler qu'un essai brusque de suppression pourra être la cause de graves accidents.

De ses observations, dues à la pratique de M. Hartmann, M. Langlois conclut que l'arthrotomie est absolument indispensable, urgente dans les arthrites suppurées. Dans les arthrites aiguës avec épanchement purulent, elle amène un soulagement immédiat, considérable de la douleur et accélère la guérison, qui se fait sans ankylose, en général. Dans les hémarthroses, il est utile de la pratiquer rapidement, d'une façon précoce; elle y donne des résultats splendides et il est fort probable que l'anesthésie à la cocaïne pourrait la rendre d'une innocuité parfaite.

Enfin, dans les hydarthroses, elle est absolument nécessaire lorsque le malade ne peut plus se servir de son articulation pour travailler; même dans ces cas pitoyables elle donne des résultats inespérés.

Il existe chez les animaux et dans les différents groupes de la série animale des ferments solubles oxydants. Ces ferments, auxquels M. Portier consacre sa thèse, ont les mêmes propriétés générales que les mêmes agents chimiques isolés chez les végétaux. Ils s'en distinguent cependant par une moins grande puissance d'action. Ils n'existent pas dans le sang ou les tissus des animaux vivants (excepté dans la bile de la vésicule et dans certaines conditions). Ils proviennent de la destruction des leucocytes. Les oxydases jusqu'ici isolées des tissus animaux et végétaux ne sont pas capables de produire les oxydations, sources principales de l'énergie vitale. Le rôle physiologique de ces oxydases aussi bien chez les végétaux que chez les animaux est un rôle de défense de l'organisme contre l'envahissement des microorganismes. Il existe probablement d'autres oxydases. Elles n'ont pu être extraites de la cellule animale par les moyens employés jusqu'ici. Elles le seront peut-être par certains procédés employés récemment pour obtenir le ferment alcoolique des saccharomyces.

Les médecins sont responsables devant les tribunaux, même

en dehors du droit commun, et M. L. Bosc trouve juste qu'ils le soient; mais cette responsabilité doit être établie par les juges compétents, c'est-à-dire établie sur les éléments scientifiques. Dans l'état actuel de la responsabilité médicale il serait à souhaiter : *a*) soit qu'on fît une loi tendant à limiter la responsabilité des médecins (ce qui nous paraît difficile); *b*) soit qu'un tribunal composé de médecins fût chargé de juger les questions scientifiques en cause dans un procès, ou les médecins eux-mêmes; *c*) soit qu'étant donnée l'insuffisance de l'expertise unique il fût institué une double expertise contradictoire, c'est-à-dire qu'un des experts serait nommé par le juge, l'autre par l'inculpé (avocat général Jean Cruppi); pour les médecins, comme pour tous, le doute doit profiter au prévenu.

La pathogénie des kystes articulaires du jarret est liée, d'après M. Th. Lamotte, à l'hydarthrose du genou dont ils sont une dépendance. La synoviale, distendue par l'épanchement liquide, fait hernie à travers une éraillure du ligament postérieur du genou, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traumatisme direct ou indirect amenant une rupture des fibres ligamenteuses. C'est là l'origine des *kystes médians*.

Les kystes mixtes, à la fois articulaires et tendineux, résultent de la propagation aux bourses séreuses de l'hydropisie de la synoviale.

Quant aux kystes purement tendineux, ils doivent être rangés dans la catégorie des synovites séreuses.

Ces kystes doivent être traités par l'extirpation, et la cautérisation au chlorure de zinc (1 p. 20).

On sait, dit M. Decrette, que les déformations de la narine existent à des degrés divers dans tous les cas de bec-de-lièvre, simple ou complexe.

Les lésions les plus marquées et les plus générales sont : l'affaissement de l'aile du nez et l'élargissement de la narine du côté malade, en même temps que la déviation de la cloison.

Ces déformations reconnaissent pour cause un défaut de développement de la face, auquel s'ajoute l'action des muscles qui s'insèrent aux narines.

Tant au point de vue utilitaire qu'au point de vue esthétique, ces déformations doivent être corrigées. Dans ce but, le chirurgien se servira, suivant les cas, de l'un des procédés indiqués par MM. Berger, Kirmisson, Le Dentu et Campenon.

M. Brès est partisan résolu de l'arthrotomie dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique. Les principaux avantages de cette thérapeutique sont la suppression rapide de la douleur, la chute immédiate de la température, l'amélioration de l'état général, l'absence de complication à distance, la courte durée de la convalescence, le retour de la mobilité intégrale de l'article malgré un très léger degré d'atrophie musculaire.

Elle est indiquée :

1° Dans la forme aiguë, avec épanchement séreux, dès la fin de la première semaine, après échec du traitement médical.

2° Dans la forme chronique, on a répétition avec hydarthrose.

3° *Dans l'arthrite blennorrhagique aiguë.* — Dans cette forme dite plastique ankylosante les résultats seront d'autant plus satisfaisants que l'opération aura été précoce.

4° *Dans l'arthrite suppurée.* — Dans cette forme l'ouverture large et immédiate de l'articulation s'impose. L'arthrotomie n'est plus une opération de choix, mais d'urgence.

Le nombre d'articulations atteintes n'est pas une contre-indication à l'arthrotomie.

Appliquée au poignet, bien qu'elle ne paraisse pas donner d'aussi beaux résultats que pour les autres grandes articulations, l'amélioration très évidente qu'elle procure dans le cas d'arthrite aiguë, autorise l'intervention chirurgicale.

L'arthrite blennorrhagique évoluant d'après les auteurs vers une résolution rapide, sans ankylose, chez l'enfant, l'arthrotomie ne paraît pas dans ce cas être indiquée.

Le massage et la mobilisation devrent être commencés dès la réunion de la plaie opératoire.

On a renoncé aujourd'hui d'une façon à peu près complète à la castration dans la tuberculose testiculaire et l'on s'en tient généralement au traitement médical. Néanmoins il est fréquemment insuffisant et lorsqu'il y a des foyers purulents et des fistules il faut intervenir. C'est cette intervention palliative, pour laquelle il est difficile de faire choix d'un prodédé. La plupart des chirurgiens ont adopté l'épididymectomie. M. F. Mac-Guffie préfère la méthode de M. Duplay, qui consiste à enlever au bistouri les foyers tuberculeux de l'épididyme et du testicule, comme de véritables néoplasmes. En procédant ainsi, on peut opérer de bonne heure et limiter la dissimination des bacilles et l'augmentation de leur virulence. Cette opération a un heureux retentissement sur la prostate et les vésicules séminales dans lesquelles les lésions rétrocèdent fréquemment.

D'une étude approfondie du climat d'Ajaccio, M. P. Pompéan arrive aux constatations suivantes :

La moyenne de température hivernale à Ajaccio étant de 13° avec un écart maximum de 2°,

L'état hygrométrique avoisinant à quelques dixièmes près 70°,

La pression baarométrique étant élevée (760°) et uniforme,

La ville étant abritée des vents,

Le sol étant granitique et, par suite, ne produisant aucune poussière,

Les pluies étant rares, et le ciel presque toujours serein, on est autorisé à conclure que :

1° Le climat d'Ajaccio est salutaire pour les tuberculeux, depuis le mois de novembre jusqu'au mois de mars.

2° Qu'il réunit toutes les conditions voulues de préservation locale.

3° Qu'il est tonique et légèrement sédatif.

4° Que facilitant la cure d'air, la cure de repos et stimulant la nutrition, il fait d'Ajaccio le lieu de prédilection pour un sanatorium.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Les bases physiques du traitement anti-parasitaire des plaies, par J. Préobajensky (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, septembre 1897, p. 699). — De ses expériences sur les objets de pansement, l'auteur conclut qu'on a trop négligé l'étude des conditions d'osmose et de capillarité, pour ne considérer que la plaie et le terrain. Si Lister, dit-il, a fait faire un pas énorme à la chirurgie, ce n'est pas par son *protective*, dont l'abandon a été un progrès, mais en propageant l'emploi de la gaze pour les pansements. La gaze est le tissu le plus absorbant et le plus évaporateur. Les corps gras qui servaient d'excipient aux antiseptiques gênent l'absorption sous le pansement. Pirogoff avait bien vu les avantages des irrigations à l'eau, mais, en les faisant trop abondantes et trop continues, il neutralisait les effets des pansements et de l'évaporation.

Quant au drainage, notre pansement moderne est une réunion de drains. Les 139 ovariotomies faites avec succès par Lawson-Tait qui n'emploie pas d'antiseptiques, opère dans les salles des malades, lave les plaies à l'eau de rivière non stérilisée, mais se sert de pansements modernes, montrent bien le rôle important des matériaux de pansement dans les succès chirurgicaux.

Etiologie et pathogénie de la fièvre jaune, par J. Sanarelli (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, septembre 1897, p. 673). — Dans ce second mémoire, l'auteur confirme et précise les faits qu'il a avancés précédemment. La toxine amarile, obtenue par filtration des cultures du bacille ictéroïde, produit des effets pathogènes sur les petits rongeurs; mais son action est surtout remarquable sur les grands animaux (chèvre, chien, cheval, âne), chez lesquels elle reproduit les lésions et les symptômes de la maladie humaine : hématémèses et mélœna, dégénérescences et stéatoses du foie et des reins, intoxication urémique, envahissement secondaire de l'organisme par des microbes intestinaux (staphylocoques, streptocoques, coli-bacille, proteus). Les lésions rénales et les phénomènes urémiques font défaut chez les petits rongeurs, ainsi que la dégénérescence hépatique et l'invasion des microbes intestinaux qui paraît liée à la lésion du foie,

Un fait très curieux et fort intéressant pour l'étiologie, consiste dans l'action favorable que les moisissures exercent sur la croissance du bacille ictéroïde. On sait que la fièvre jaune affecte une prédilection marquée pour certains navires, vieux et usés, mal ventilés, mal éclairés, réunissant les conditions les plus favorables au développement des moisissures.

Le bacille résiste peu à la chaleur humide; il est détruit à 60°; par la chaleur sèche, à 120° il est tué. Il résiste à la dessication et conserve longtemps sa vitalité dans l'eau de mer. La transmission par l'air paraît jouer un rôle important dans la propagation de la maladie.

Immunité et sérothérapie contre la fièvre jaune, par J. SANARELLI (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* octobre 1897, p. 753). — Ce troisième mémoire est consacré à l'étude des propriétés agglutinantes du sang recueilli sur les cadavres et chez les convalescents. Le sérum antityphique et le sérum antidiphthérique produisent aussi une agglutination partielle du bacille ictéroïde.

On peut obtenir lentement l'immunisation des animaux, au moyen d'injections de petites quantités de toxine filtrée. Le sérum de ces animaux vaccinés possède des propriétés préventives et curatives. Mais la lenteur de l'immunisation des chevaux n'a pas encore permis d'obtenir la quantité de sérum nécessaire pour faire des tentatives de sérothérapie chez l'homme.

Recherches sur le bouton d'Alep, par M. NICOLLE et NOURY-BEY (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* octobre 1897, p. 777). — Le microbe pathogène du bouton d'Alep paraît être un type particulier de streptocoque, non influencé par le sérum de Marmorek, coagulant le lait, ordinairement plus virulent pour le cobaye que pour le lapin.

Microbiologie de l'ulcère de l'Yémen, par M. CRENDIROPOULO (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* octobre 1897, p. 784). — Description d'un bacille en chaînettes, aérobie, liquéfiant la gélatine, pathogène pour les lapins et les pigeons, et qui serait le principal agent de l'ulcère des pays chauds.

Culture pure du smegma (Ueber Reinculturen der Smegmabacillen) par LASER (*München. med. Wochenschr.,* 1897, n° 43, p. 1191). — L'auteur a constaté que les bacilles du smegma, qu'on trouve à la surface des chancres indurés et des condylomes plats, et qui ne poussent pas sur les milieux de cultures ordinaires, se développent fort bien quand l'ensemencement est fait sur de l'agar additionné de sang. Sur ces plaques ou tubes d'agar, on trouve déjà, au bout de 24 heures, des colonies analogues à celles des streptocoques ou des bacilles diphthériques. Coloré par le procédé indiqué par Koch pour les bacilles tuberculeux, les bacilles du smegma présentent sous le microscope une coloration rose.

Une culture pure des bacilles du smegma, transportée sur gélatine ne se développe pas. Elle pousse à peine sur agar simple, sur une solution aqueuse de peptone, dans du bouillon de viande, un peu mieux dans du bouillon additionné de glycose et sur de l'agar glycériné. Sur la pomme de terre, son développement est presque nul.

Les expériences d'inoculation de cultures pures sous la peau ou dans le péritoine des cobayes et des lapins ont montré que le bacille du smegma n'était pas virulent.

Du pouvoir agglutinatif du sérum typhique (Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Agglutinationswirkung der Typhusserums) par FRANKEL et OTTO (*Münch. med. Wochenschr.,* 1897, n° 39 p. 1065.) — Ces recherches, faites sur des chiens, ont donné les résultats suivants :

1° L'injection intrapéritonéale de bacilles typhiques provoque des troubles graves chez de jeunes chiens, des troubles moins accentués chez de vieux chiens. Dans les deux cas, le sérum des animaux acquiert des propriétés agglutinantes et des propriétés immunisantes;

2° L'administration des bacilles typhiques par la voie buccale ne provoque, chez les chiens, aucun trouble appréciable de la santé. Le sérum de ces animaux offre des propriétés agglutinantes entre le 3° et le 6° jour après l'administration des bacilles. Quant aux propriétés immunisantes, elles n'apparaissent ordinairement pas ou ne se manifestent que dans des cas tout à fait isolés;

3° Ces expériences montrent donc que le pouvoir d'agglutination et le pouvoir d'immunisation du sérum sont deux propriétés tout à fait distinctes.

CHIRURGIE

Mort après le redressement forcé de la gibbosité pottique (Zum redressement des Gibbus), par VULPIUS (*Centralb. f. Chir.,* 1897, n° 49, p. 1257. — Le cas se rapporte à un garçon de 5 ans 1/2 dont la gibbosité datant de 6 mois, augmentait de volume malgré le corset et occasionnait des douleurs intolérables dans les membres inférieurs. Après le redressement et l'application du corset il est survenu des convulsions cloniques dans les membres inférieurs et le bras gauche, des grincements de dents et un rétrécissement des pupilles. Malgré l'ablation du corset et la reproduction de la gibbosité; l'enfant succomba 48 heures après l'opération.

L'autopsie incomplète a montré qu'à la place du 10° et 11° corps vertébraux presque complètement détruits, existait une cavité, ce qui permettait d'exclure l'idée d'une lésion de la moelle ou de ses enveloppes pendant l'opération. Dans la gaine du psoas se trouvait un abcès rempli de pus caséeux. Les deux plèvres contenaient un exsudat séro-sanguinolent.

Rétrécissement acquis de l'orifice externe et de la partie antérieure de l'urèthre pénien (Ueber erworbene Verengerung des Orif. ext. Urethrae und des vordern Theiles der Harnröhre), par HOTTINGER (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.-u. Sex.-Org.,* 1897, vol. VIII, p. 525). — L'auteur publie dans son travail trois observations où le rétrécissement acquis du méat se continuait sur une étendue plus ou moins grande dans l'urèthre. Il existait en outre un épaississement scléreux de la muqueuse uréthrale et de la face externe du gland et du prépuce.

Traumatismes de la colonne vertébrale (Experimentelle Studien über Wirbelverletzungen), par KRYGER (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.,* 1897, vol. XLV, p. 28). — Ces recherches expérimentales faites, sur un grand nombre de cadavres, ont donné les résultats suivants :

Colonne cervicale. — Dans les distorsions ou les subluxations à la suite d'une torsion violente de la colonne cervicale, on trouve principalement des lésions au niveau des articulations, entre les apophyses transverses; ces dernières sont ordinairement fracturées. La luxation par rotation, avec engrènement des apophyses transverses d'un côté, se produit par abduction, rotation et flexion en avant de la colonne cervicale; dans ces cas, les ligaments longitudinaux, tout en étant en grande partie conservés, sont décollés sur une étendue considérable.

La luxation complète d'une vertèbre se produit à la suite d'une forte flexion en avant, combinée ou non avec un mouvement de rotation; dans ce cas, les ligaments longitudinaux sont, ordinairement, complètement arrachés.

La flexion en arrière détermine une subluxation; les bords des surfaces articulaires des deux vertèbres se trouvent les uns sur les autres.

Dans tous ces cas, l'artère et la veine vertébrales ne présentent pas des lésions notables.

Colonne dorsale et colonne lombaire. — La flexion forcée en avant produit, tout d'abord, des lésions du côté des ligaments, entre les arcs vertébraux et les apophyses épineuses, ou du côté de ces parties osseuses; les lésions des corps vertébraux eux-mêmes ne surviennent qu'ensuite; par contre, en cas de pression agissant de haut en bas, les vertèbres sans atteintes avant les arcs et les apophyses épineuses.

La distorsion peut être obtenue par une flexion en avant (entre les 8° et 10° vertèbres dorsales) ou par une flexion en arrière (entre la 1re et la 4° vertèbres lombaires). Dans le premier cas, la distorsion se manifeste par une cyphose légère et une diastasis de deux apophyses épineuses; dans le second cas,

l'apophyse supérieure chevauche sur l'inférieure; le plus souvent, il existe, en même temps, une fracture de l'apophyse épineuse. La luxation simple est extrêmement rare, et, ordinairement, il existe en même temps une fracture.

Les fractures par flexion en avant sont ordinairement obliques; elles se dirigent d'arrière en avant et de haut en bas et se trouvent au voisinage de la surface articulaire supérieure du corps vertébral. Les fractures par flexion en arrière occupent la même place, mais se dirigent d'avant en arrière et de haut en bas. Les fractures par compression sont ordinairement esquilleuses; quelquefois, il survient un broiement complet de la vertèbre. Dans les fractures par flexion en avant et dans celles par flexion en arrière, le fragment supérieur, avec les vertèbres sus-jacentes, glisse en avant et en bas; en cas de broiement complet d'un corps vertébral, la vertèbre sus-jacente peut exceptionnellement glisser en bas et en arrière.

Dans les traumatismes des vertèbres dorsales supérieures, il existe presque toujours une fracture concomitante des côtes.

Moelle épinière. — La dure-mère est rarement atteinte dans ces cas. Les hémorrhagies abondantes dans le canal médullaire ne sont pas rares. Dans toutes ces dislocations, la moelle épinière est très tendue et aplatie.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique,

D'après M. le Dr Aubert.

Les topiques utilisés dans le traitement de l'eczéma sont innombrables. Mais leur efficacité est très variable. Tel sujet se trouve bien d'une pommade qui est au contraire irritante pour le voisin. Tel pansement fait merveille pendant une certaine période et au bout de quelque temps demeure sans action. Dans cette ordre d'idées le praticien ne peut qu'accueillir avec faveur toute médication nouvelle qui vient enrichir sa thérapeutique, souvent désarmée dans ces cas, lorsque surtout le traitement qui lui est proposé repose sur des faits bien observés, qu'il est facile à prescrire et à appliquer et qu'enfin son prix de revient est peu élevé. La plupart de ces desiderata se trouvent réalisés par l'emploi de l'acide picrique, préconisé contre l'eczéma par le Dr Aubert (1), après Gaucher, Leredde, Brousse (de Montpellier) et Mac Lennan (de Glasow).

L'acide picrique est un topique analgésique, antiseptique et kératoplastique qui trouve ses applications les plus heureuses :

1° Dans l'eczéma aigu, vésiculeux, suintant ou au moins rouge et humide, pour fixer l'épiderme altéré, favoriser sa kératinisation et sa reconstitution. C'est du reste, ce qu'on pouvait supposer *a priori*, étant donné les analogies que présentent ces formes de dermites eczémateuses avec les brûlures superficielles;

2° Dans toutes les poussées aiguës au cours d'un eczéma chronique;

3° Dans l'eczéma impétigineux des enfants, qui, comme on le sait, oppose une grande résistance aux moyens thérapeutiques habituels; Cerasi, Mac Lennan et le Dr Brousse ont signalé son efficacité dans cette forme;

4° Dans l'eczéma chronique, pour calmer les démangeaisons, mais où il est impuissant à modifier l'induration de la peau, l'épaississement de l'épiderme qui caractérisent les eczémas chroniques lichénoïdes.

Voici comment se fait le pansement à l'acide picrique : il est simple, commode à appliquer par les malades eux-mêmes :

On sert de la solution saturée suivante :

Acide picrique	12 gr.
Eau bouillie tiède	1 litre.

Mêlez, laissez refroidir et décantez. — Usage externe.

1. Aubert, Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (thèse de Paris, 1867, n° 34).

Cette solution est facile à préparer, sans aucune pesée, puisqu'elle se fait par décantation. — Elle ne s'altère pas.

Avec cette solution, on badigeonne au pinceau les parties malades, en ayant soin de dépasser légèrement les limites du mal. Ensuite, on enveloppe les surfaces badigeonnées avec du coton hydrophile ou des compresses de tarlatane imbibées de la même solution et bien exprimées (les compresses de tarlatane auront été préalablement bouillies et débarrassées de leur apprêt). — Par-dessus, on étend une couche d'ouate. La chose essentielle, comme pour les brûlures, est de ne pas mettre de taffetas gommé qui agit en maintenant continuellement l'humidité des compresses, ce qui expose l'épiderme à se ramollir, à macérer et a pour conséquence de ralentir la cicatrisation. Pendant les heures qui suivent, le pansement humide se transforme en pansement sec par évaporation de l'eau, pendant que l'acide picrique se fixe sur les compresses et l'épiderme : on a un pansement sec.

Le pansement doit être renouvelé tous les deux ou trois jours.

Quand on renouvelle le pansement, on trouve souvent la gaze picriquée adhérente à la couche superficielle : il faut agir avec prudence et bien séparer la couche épidermique du pansement, par l'imprégnation au moyen de tampons imbibés de solution picriquée ou boriquée.

A la fin du traitement, on trouve souvent la peau rude et dure, il suffit de l'assouplir et la ramollir avec quelques applications de vaseline boriquée. Après la guérison, on constate souvent de la desquamation, il est préférable de ne pas intervenir et de laisser faire, de peur de blesser le nouvel épiderme fin et fragile qui vient de se former.

M. Brousse conseille en outre de faire précéder l'application de l'acide picrique par un lavage très soigné et très large des surfaces à l'eau boriquée chaude.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Chlorhydrate de quinine.

Variétés. — 1° Chlorhydrate basique contenant 81,71 p. 100 de quinine. — Syn. : Monochlorhydrate, ancien chlorhydrate neutre.

2° Chlorhydrate neutre contenant 79,91 p. 100 de quinine. — Syn. Bichlorhydrate, ancien chlorhydrate acide.

Solubilité. — 1° Chlorhydrate basique : 46 milligrammes se dissolvent dans 1 gramme d'eau. En d'autres termes, 1 gramme de chlorhydrate basique se dissout dans 20,73 parties d'eau.

2° Chlorhydrate neutre : 540 milligrammes se dissolvent dans 1 gramme d'eau. En d'autres termes, 1 gramme de chlorhydrate neutre se dissout dans 1 gramme 66 d'eau.

Cette solubilité est augmentée par l'addition d'alcool ou l'association à l'antipyrine.

Applications particulières. — Le chlorhydrate neutre de quinine, en raison de sa grande solubilité et de sa teneur élevée en quinine, est le plus employé des sels de quinine en hypodermie. C'est donc la préparation de choix à utiliser dans les manifestations aiguës ou suraiguës du paludisme. C'est celle dont se servent presque exclusivement les armées en campagne.

Le chlorhydrate de quinine convient tout particulièrement à l'injection intra-veineuse suivant la méthode de Bacelli; dans ce cas il y a intérêt à l'associer au sérum physiologique.

En dehors du paludisme on emploie couramment le chlorhydrate comme antipyrétique dans toutes les maladies fébriles. R. Saint-Philippe s'en serait particulièrement bien trouvé dans la broncho-pneumonie des enfants. Binz l'a préconisé dans les accidents de l'insolation.

Le chlorhydrate de quinine a été en outre administré avec succès en injections sous-conjonctivales au titre de 0,25 p. 100 dans 20 cas d'ulcères ou abcès de la cornée par Bossalino. La quinine amènerait dans ces cas la guérison par action directe sur les phagocytes.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* : de 1 à 2 ans une seule injection de 5 centigrammes; de 2 à 5 ans, 5 centigrammes par injection, jusqu'à 20 centigrammes en 24 heures; de 5 à 10 ans, 10 centigrammes par injection, 20 à 40 centigrammes en 24 heures; de 10 à 15 ans, 15 à 20 centigrammes par injection,

30 à 60 centigrammes par 24 heures. — Au-dessus de 15 ans et *chez l'adulte*, jusqu'à 1 gramme à 1 gramme 20, au moins dans les cas ordinaires et pour une injection.

Ces doses sont regardées comme trop faibles pour les enfants par M. COMBY. Cet auteur professe comme règle de donner 5 centigrammes par année d'âge et, dans les cas pressants, invite à doubler la dose : les enfants ont en effet une tolérance remarquable pour la quinine.

Voici maintenant comment on doit traiter l'accès pernicieux d'après M. LAVERAN. On injectera tout d'abord 1 gramme de chlorhydrate de quinine, et si au bout de quelques heures (3 à 6 heures) il n'y a pas d'amélioration on renouvellera l'injection. Il ne croit pas qu'on doive dépasser dans aucune circonstance la dose de 3 grammes par jour. Il considère la dose de 2 grammes comme généralement suffisante même dans les cas les plus graves. Mais alors et dans l'insuccès il vaut mieux l'adresser à l'injection intra-veineuse.

Que penser de l'association à l'antipyrine ?

Elle est inutile dans le but d'augmenter la solubilité du chlorhydrate de quinine avec lequel on est déjà exposé à se servir de solutions trop concentrées. Elle peut être dangereuse dans la fièvre pernicieuse. A notre avis, cette association n'est autorisée que lorsqu'on veut exalter les propriétés analgésiques de la quinine, spécialement lorsqu'on veut combattre des manifestations névralgiques chez des paludiques.

Nous devons dire néanmoins que cette manière de voir n'est pas partagée par tous les auteurs ; KELSCH, MARTY pensent qu'il y a intérêt à obtenir, grâce à l'antipyrine, des solutions concentrées permettant d'avoir sous le plus petit volume les provisions les plus grandes de quinine injectable, c'est-à-dire dissoute.

EFFETS DE L'INJECTION.

a) Immédiats. — L'injection sous-cutanée n'est pas très douloureuse si le titre de la solution ne dépasse pas 2 grammes à 2 gr. 50 p. 10 grammes. C'est là, selon nous, une concentration maxima, au-dessus de laquelle des accidents locaux sont toujours possibles. L'absorption d'un gramme de quinine diluée dans 5 centim. cubes d'eau bouillie est plus rapide que celle d'une quantité égale dans un volume de véhicule deux fois moindre.

L'injection intra-veineuse est absolument indolore : mais il ne faut pas aller au-delà du titre de 1 gramme p. 10 grammes de solution.

b) Eloignés. — L'élimination du chlorhydrate est assez rapide : pour cette raison l'injection peut être plus aisément renouvelée qu'avec tout autre sel. L'action antipyrétique se manifeste généralement dans l'heure et demie qui suit l'injection.

FORMULES

Chlorhydrate neutre de quinine. 2 gr. à 2 gr. 50
Eau stérilisée . . . . q. s. p. 10 centim. cubes
(Solution pour tous usages.)

Chlorhydrate basique de quinine. 2 gr. à 2 gr. 50
Antipyrine. . . . . 2 gr.
Eau stérilisée. . . . q. s. p. 10 centim. cubes
1 à 2 centimètres cubes à employer comme analgésique.

Chlorhydrate basique de quinine. . . . 3 gr.
Antipyrine . . . . 2 gr.
Eau stérilisée. . . . . 6 gr.
(Solution concentrée de KELSCH, MARTY.)

Chlorhydrate neutre de quinine . . . 0 gr. 25
Eau bouillie . . . . 100 gr.
(Solution pour injections sous-conjonctivales).
(BOSSALINO.)

Chlorhydrate neutre de quinine . . . . 1 gr.
Chlorure de sodium . . . . 0 gr. 75
Eau stérilisée . . . . 10 gr.
(Solution pour injection intra-veineuse).
(BACELLI.)

G. MAURANGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Concours des hôpitaux.

La Société médicale des hôpitaux a terminé dans sa dernière séance le vote du projet de réforme dont elle a chargé son bureau et son représentant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de demander l'adoption par l'Administration. Elle a accepté, avec quelques légères modifications de détail, les conclusions du remarquable rapport présenté par M. Dreyfus-Brisac au nom de la commission spécialement nommée à cet effet. Le projet comporte deux points d'une importance capitale : l'augmentation du nombre des juges et le secret du vote.

Nous avions souhaité ici même qu'il y eût moins de concours et plus de juges : le projet réalise et au delà ce désir, puisqu'il réduit le concours à un seul par année et que non seulement il élève le nombre des juges à 14 comme nous le demandions, mais qu'il prévoit le renouvellement complet du jury au milieu du concours, le premier jury présidant aux épreuves d'admissibilité, le second à celles du nomination. Ainsi 28 juges prendront part au concours et les concurrents, pour être nommés, devront réunir deux fois de suite une majorité de 8 voix. Il serait difficile, on en conviendra, de reprocher aux nominations ainsi faites d'être dues à des coalitions intéressées et à la faveur.

Quant au secret du vote, il doit être appliqué suivant le mode usité depuis 14 ans à Lyon, où il fonctionne, paraît-il, à la satisfaction de tous.

Les épreuves d'admissibilité ne sont point modifiées, mais, dans les épreuves de nomination, l'épreuve clinique de 2 malades est remplacée par deux autres : 1° une épreuve clinique orale sur un malade, ayant une durée de 20 minutes, après 20 minutes d'examen et de réflexion, 2° l'ancienne épreuve écrite de consultation, rétablie avec 20 minutes d'examen et 1 heure pour la réflexion et la rédaction.

La question de l'épreuve des titres a provoqué dans la commission et dans la Société des discussions vives et intéressantes. Cette innovation a été repoussée, en raison surtout des difficultés pratiques que rencontrerait son application. Toutefois la Société a admis que les candidats seraient invités à déposer, en s'inscrivant, un exposé de leurs travaux qui serait distribué à tous les juges.

Signalons enfin, parmi les modifications introduites par le projet : les précautions prises pour assurer équitablement la constitution du jury le plus important, celui du concours de nomination, — l'absence de chirurgien parmi les juges des deux concours, — la publicité donnée, après chaque épreuve clinique, au diagnostic formulé par le jury.

On voit que la Société médicale des hôpitaux n'a point reculé devant les réformes. Le projet qu'elle a voté renouvelle, on peut le dire, le mécanisme du concours et donne satisfaction aux critiques de plus en vives qui risquaient fort de compromettre le bon renom du corps médical des hôpitaux.

C. A.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Castration abdominale utéro-annexielle.

Communication à la *Société de chirurgie* (1)

Par M. E. Doyen.

M. Doyen vient apporter quelques documents relatifs à la question de la castration abdominale utéro-annexielle dans les cas d'inflammation du parametrium. Cette opération doit être envisagée :

1° Au point de vue des indications opératoires, parmi lesquelles M. Doyen veut signaler l'une des plus importantes, qui n'a pas été encore envisagée dans les discussions actuelles, *la tuberculose* ;

2° Au point de vue du manuel opératoire.

1° *Indications opératoires.* — Les indications relatives de la voie vaginale et de la laparotomie dans les cas de lésions quelconques de l'utérus et des annexes doivent être subordonnées, comme M. Doyen l'a signalé en 1895 au Congrès de chirurgie de Berlin, à une seule considération qui prime toutes les autres : la sécurité de la malade. Il ne peut donc y avoir d'hésitation que pour les « cas limites », c'est-à-dire par ceux où les lésions, primitivement pelviennes, commencent à affecter une évolution nettement abdominale.

Tant que l'affection demeure intra-pelvienne, il est, à moins d'indication exceptionnelle, aussi défectueux de vouloir de parti pris faire la laparotomie, qu'il est dangereux de vouloir tenter l'hystérectomie vaginale pour des doubles salpingites purulentes adhérentes et dépassant le détroit supérieur dans les cas où le vagin est étroit, profond, et où les poches ne sont pas facilement accessibles par cette voie.

Les lésions localisées au cul-de-sac de Douglas sont presque exclusivement justiciables de l'intervention vaginale.

Les salpingites énormes exigent la laparotomie. Dans les cas où le chirurgien hésite sur la voie la plus favorable, le Dr Doyen lui conseille d'agir exclusivement d'après son inspiration, ses aptitudes, et d'adopter non pas une « prétendue méthode » mais bien la voie qui, entre ses mains, lui paraît comporter pour la patiente le plus de chances de guérison.

L'*une* ou l'*autre* voie, abdominale ou vaginale, comprend d'ailleurs plusieurs modes d'intervention bien différents et il est à noter que, depuis la communication de Péan au Congrès de Berlin en 1890 sur la castration utérine par le vagin, dans les cas de suppuration pelvienne, l'*hystérectomie d'emblée* a perdu du terrain à l'avantage des opérations conservatrices et en particulier de l'incision simple des foyers purulents par la colpotomie.

La simple incision des poches pelviennes par le vagin est en effet, dans certain cas, beaucoup moins grave que l'hystérectomie d'emblée, et se trouve d'autant plus recommandable qu'elle est fréquemment suivie d'une guérison définitive. Persiste-t-il une fistule, ou, après cicatrisation complète, des douleurs pelviennes, l'hystérectomie est pratiquée au bout de quelques semaines ou de quelques mois, avec une sécurité qu'elle ne pouvait comporter « d'emblée ».

La prédilection actuelle de quelques collègues pour la castration abdominale totale dans les cas de lésions périutérine inflammatoire porte M. Doyen à formuler, à propos de la laparotomie, les mêmes observations que pour l'intervention par le vagin. Il est d'avis que l'on a, dans ces derniers temps, trop sacrifié l'intérêt des malades au désir de voir triompher une *méthode*, qui se trouvait ainsi appliquée aux cas les plus disparates.

« Il m'appartient d'autant mieux de défendre la *castration abdoimnale totale dans les cas de suppuration pelvienne*, ajoute le Dr Doyen, que ma première opération faite dans ce but, le 27 juillet 1892, et dont j'ai communiqué les suites favorables au Congrès de gynécologie de Bruxelles, en la proposant comme applicable aux cas inopérables par le vagin, me paraît assurer à la *chirurgie française* la priorité de la nouvelle méthode. » (*Comptes rendus du Congrès de Bruxelles*, p. 207 et 208.) Les conclusions qui terminent la page 113 de la 2e édition de cette communication sont plus formelles encore :

« La seule opération vraiment logique dans les cas d'in-
« flammation pelvienne étendue... est la castration
« totale... Ajoutons que l'ablation totale de l'utérus et des
« annexes ou *castration totale* peut toujours être faite,
« quelle que soient la gravité du cas et l'étendue de la
« suppuration et des adhérences. Car, si la voie vagi-
« nale semble impraticable dans certains cas compliqués,
« il est tout aussi inoffensif de pratiquer la *castration*
« *totale* par la laparotomie, d'après le nouveau procédé
« d'hystérectomie totale que nous avons décrit à Bruxelles,
« et appliqué avec succès à un cas de suppuration pel-
« vienne. (Deux procédés inédits d'hystérectomie abdo-
« minale et vaginale, p. 113, février 1893.)

« J'ai donc envisagé la *castration abdominale utéro-*
« *annexielle* dès mes premières opérations, et j'insiste

1. Séance du 10 novembre 1897.

« sur ce point, non pas comme une *méthode générale*, « mais bien comme une opération *utile et précieuse* dans « des cas bien déterminés, où l'ablation simultanée de « l'utérus et des annexes est préférable, au point de vue « du résultat immédiat de l'opération, à toute autre « intervention. »

La complexité des lésions inflammatoires péri-utérines ne comporte pas plus, dans les cas où l'on choisit pour l'intervention la *voie abdominale* que pour la *voie vaginale*, la possibilité d'adopter une méthode unique :

L'intérêt direct de la patiente, qui demande avant tout *la guérison*, ce qui pour moi prime sans conteste toute autre considération, m'a toujours porté à déterminer ainsi l'*indication opératoire*.

α) Choix de la voie *sus-* ou *sous-pubienne*.

β) Exploration du champ opératoire, soit par la laparotomie, soit par la colpotomie, et adoption de la méthode que mon expérience me donne pour la plus sûre.

Si donc je choisis, dans des cas graves de suppuration pelvienne, la laparotomie, je n'hésite pas, lorsque l'ablation des annexes et de l'utérus paraît comporter des dégâts incompatibles avec la résistance vitale de l'opérée, à me contenter soit de l'*incision simple* et du *tamponnement des poches*, soit de la *castration tubo-ovarienne*. Le corps de l'utérus me semble même très précieux, dans certains cas où la cavité pelvienne se trouve, après l'extirpation des annexes adhérentes, saignante et presque totalement dépouillée de son revêtement séreux, pour la fermer en haut et isoler d'elle, s'il se produit quelque complication inflammatoire dans le cul-de-sac de Douglas, le reste du péritoine.

Ce point bien déterminé, que la castration *abdominale totale* ne convient qu'à des cas précis, où l'*opération radicale* est, sans aucun doute, la méthode la plus sûre, je veux insister sur une indication nouvelle de cette opération, indication d'autant plus précise à mes yeux, que je l'ai déterminée dès le 21 mars 1893, je veux dire la *tuberculose utéro-annexielle*.

La disparition souvent étonnante des lésions tuberculeuses après la laparotomie est un fait bien connu. Je l'ai constatée directement avec le professeur Simpson (d'Edimbourg), et les Drs Bourcart (de Cannes) et Vivant (de Monte-Carlo), sur une jeune malade qui a dû subir, à une année d'intervalle, deux laparotomies nécessitées par deux lésions tuberculeuses bien distinctes : *tuberculose annexielle* et *tuberculose vertébrale avec abcès pelvien*.

Lors de la première opération, les trompes, qui contenaient chacune près d'un litre de pus et remontaient bien au-dessus de l'ombilic, avaient été enlevées avec les ovaires. L'utérus était sain, très petit. Il fut laissé, bien que nous ayons déjà à plusieurs reprises pratiqué, en pareil cas, la castration totale, parce que la malade était d'une faiblesse extrême et qu'il importait de ne pas prolonger et aggraver l'opération.

Malgré une résection assez étendue de lambeaux péritonéaux tuberculeux de 8 à 10 millimètres d'épaisseur, de nombreux foyers séreux durent échapper à l'instrument tranchant et au thermo-cautère, et le ventre fut refermé.

Obligés un an plus tard de pratiquer une nouvelle laparotomie pour aller ouvrir un foyer purulent profond, dont l'origine était incertaine, quel ne fut pas notre étonnement de ne plus trouver aucune trace des lésions tuberculeuses que nous avions laissées lors de la première intervention et qui, notamment du côté du cæcum, étaient alors très étendues ! Il ne s'était produit aucune récidive du côté des moignons tubo-ovariens.

L'utérus, petit et atrophié, était sain. Cette résorption remarquable de foyers tuberculeux, qui a été observée non seulement pour le péritoine mais aussi pour d'autres grandes séreuses, n'est possible que lorsque la muqueuse utérine est hors de cause.

Or, les observations de tuberculose annexielle d'origine utérine, avec lésions de la muqueuse et du parenchyme utérin, sont loin d'être rares. Nous avons même observé un de ces cas chez une femme absolument saine antérieurement et indemne de tuberculose, chez laquelle la contagion s'est produite directement, vers l'âge de 40 ans, par suite de cohabitation avec un homme atteint de tuberculose des épididymes. La castration totale fut suivie d'une guérison complète.

La castration totale pour tuberculose des organes génitaux internes de la femme s'impose donc chaque fois que l'utérus est en cause. La voie abdominale est alors sans conteste la meilleure dès que les lésions se sont étendues aux annexes et à la cavité pelvienne.

Les résultats éloignés de l'opération sont très remarquables et nous sommes particulièrement heureux de pouvoir constater aujourd'hui parmi d'autres cas, la guérison, sans trace de récidive, de notre première opérée, celle du 21 mars 1893, dont les lésions étaient extrêmement étendues.

Cette nouvelle application de la « castration abdominale totale », confirmée par des résultats satisfaisants qui datent de plus de 4 ans est, croyons-nous, un excellent appoint à la cure opératoire de la tuberculose péritonéale d'origine utéro-annexielle.

2° *Le manuel opératoire* ne nous arrêtera que quelques instants.

En effet, il ressort de mes communications successives à Bruxelles (1892), à Anvers (1894), à Berlin (1895), à Genève (1896), que dès la détermination, en septembre 1891, de mon premier procédé d'hystérectomie abdominale totale, par décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus, ce procédé a été appliqué, non pas aux fibromes seuls, mais particulièrement aux cas difficiles et compliqués de tumeurs utérines et juxta-utérines, y compris les lésions suppurées simples ou tuberculeuses.

J'ai insisté dès septembre 1892 sur ce point capital, que le nouveau procédé était particulièrement remarquable dans les cas où l'ablation de l'utérus était sinon impraticable, du moins difficile et dangereuse par les autres procédés.

Il est évident que mes figures, schématiques et destinées à démontrer les grandes lignes du nouveau procédé, représentaient des cas simples. Mais j'ai toujours signalé, en discutant les cas difficiles, que l'ouverture du cul-de-sac postérieur, dès le début de l'opération, n'était pas indispensable, et que dans les opérations très compliquées, on ne l'atteignait qu'au cours de l'isolement de l'utérus.

Le ligament large gauche se trouvant isolé et lié au-dessous des annexes, je pratiquais la décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus, que j'ai le premier exécutée et proposée, comme tous les confrères présents au Congrès de gynécologie de Bruxelles ont bien voulu le reconnaître, en arrière puis en avant, je renversais la tumeur vers moi, je pinçais, si elle se trouvait blessée, l'artère utérine, et je terminais par l'isolement et la ligature du ligament large droit, au-dessous de l'ovaire. Je détachais donc l'utérus d'un côté à l'autre en le renversant latéralement et en faisant en temps et lieu l'hémostase des vaisseaux de quelque importance, à mesure qu'ils saignaient.

Les modifications que j'ai proposées à ce premier procédé sont particulièrement applicables aux cas de fibromes. Dans les opérations pour suppuration pelvienne, pour tumeurs annexielles végétantes, il faut s'inspirer de chaque cas particulier.

Je ne pouvais donc décrire que les grandes lignes de la nouvelle méthode d'hystérectomie et il m'était impossible d'envisager l'un après l'autre et en détail tous les cas exceptionnels que j'avais rencontrés.

J'ai démontré avec soin, à propos de chaque opération, aux nombreux collègues, presque tous étrangers, qui m'ont fait l'honneur d'assister à mes séances chirurgicales depuis septembre 1892, d'abord à Reims, puis à Paris, tous les artifices opératoires qui pouvaient se montrer utiles.

Ces chirurgiens, qui ont adopté, presque *sans exception*, mon procédé d'hystérectomie abdominale totale, non seulement dans les cas simples de fibromes, mais dans les cas les plus compliqués de tumeurs utérines ou juxta-utérines suppurées ou non suppurées, ont donc pu étudier, depuis 5 ans, en France, cette méthode bien française quoiqu'on l'appelle parfois américaine.

REVUE DES CONGRÈS

63e REUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE,

Tenue à Montréal les 31 août, 1er, 2 et 3 Septembre 1897.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Traitement des fibromes utérins par la ligature de la base des ligaments larges par la voie vaginale.

M. Martin. — C'est le 15 novembre 1892 que j'ai conseillé pour la première fois la ligature de la base des ligaments larges par la voie vaginale, comme mode de traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Après avoir endormi mes malades à l'éther, je les place sur la table à opération dans la position de la taille exagérée, les fesses ramenées au bout de la table; des aides soutiennent les membres et prennent les rétracteurs vaginaux. Je place en avant et en arrière un rétracteur court et large pour découvrir le col, que je transfixe à l'aide d'un fort fil de soie; je dilate le canal utérin et je fais un curettage et un lavage avec la solution de sublimé au 1/1000; puis je bourre mollement de gaze iodoformée. J'empêche ainsi toute infection possible d'origine utérine. J'abaisse ensuite l'utérus et je l'attire vers la droite; je saisis avec un tenaculum la muqueuse du cul-de-sac utéro-vaginal gauche et je l'incise avec des ciseaux courbes; j'isole avec soin le ligament large, surtout du côté de la vessie; on peut alors saisir toute la base de ce ligament; on passe une forte aiguille courbe pourvue d'un catgut solide à travers cette base, qu'on ligature; on place une seconde ligature près de l'utérus. On coupe le ligament entre les deux ligatures. On traite de même l'autre ligament large; on enlève alors la ligature qu'on avait passée dans le col utérin et qui servait à la maintenir. On place un drain dans le vagin. Cette opération présente de nombreux avantages : elle est inoffensive; elle ne s'accompagne pas ultérieurement des troubles qu'entraîne la castration; elle est applicable dans des cas où des hémorrhagies effroyables semblaient mettre la malade au-dessus des ressources de l'art : elle est encore applicable dans des cas où des complications rendraient impossible ou fort dangereuse une intervention plus radicale.

Traitement des flexions et déplacements de l'utérus.

M. Smith. — Dans tous les cas où il y a un simple renversement de la matrice en arrière, sans maladie des trompes ou des ovaires et sans adhérences, il faut recourir à l'opération d'Alexander qui est tout à fait inoffensive. Dans ces cas, l'hystéropexie est contre-indiquée, car c'est une opération plus dangereuse.

Au contraire toutes les fois que l'utérus est adhérent l'opération d'Alexander est contre-indiquée; or dans beaucoup de cas l'utérus renversé paraît encore mobile, car on peut soit à l'aide de la sonde, soit par la simple palpation manuelle l'amener au niveau de la symphyse; mais s'il y a des adhérences, dès qu'on retire la sonde ou les doigts, l'utérus retombe aussitôt dans sa situation anormale. Dans ce cas l'opération d'Alexander est contre-indiquée. Au contraire cette opération rend des services dans les prolapsus utérins, surtout si on la combine avec des résections du col et des interventions sur le périnée. Dans l'opération d'Alexander, la recherche des ligaments ronds présente quelquefois des difficultés insurmontables; pour éviter tout échec à ce point de vue, je propose la méthode suivante : incision partant de l'épine du pubis, faisant avec le ligament de Poupart un angle de 35° à 50°, comprenant la peau, le fascia superficiel et le fascia profond; on verra alors les fibres du grand oblique et les fibres inter-columnaires; de la graisse fait hernie entre les piliers; on dépose alors le bistouri, on prend une pince de Péan qu'on introduit dans le canal où elle saisit le ligament rond; on sépare avec avec les doigts ce ligament du nerf et du fascia et on le tire hors du canal jusqu'à que le péritoine apparaisse; on refoule ce dernier avec les doigts. Par cette méthode on est toujours sûr de trouver le ligament et la production de la hernie est impossible.

L'hystéropexie est indiquée quand l'utérus est maintenu par des adhérences; quand les ovaires et les trompes sont très malades, il est bon de les enlever en même temps. Pour fixer l'utérus à la paroi abdominale je me sers d'une soie très fine, qui risque bien moins d'amener de la suppuration. J'ai vu plusieurs fois des grossesses survenir et se passer jusques et y compris l'accouchement d'une façon absolument normale chez des femmes qui avaient subi cette opération.

SECTION DE MÉDECINE

Tumeurs cérébrales.

M. Allen Starr. — La fréquence des tumeurs cérébrales est difficile à évoluer : Byrom-Bramwell en a vu 82 fois sur 10 115 malades. Le diagnostic est le plus souvent facile et se fonde sur la coexistence d'une céphalée intense et persistante, du vertige, des bourdonnements d'oreille, des vomissements, de la névrite optique et de convulsions généralisées; quand la tumeur est située dans l'écorce, dans les régions motrice ou sensitive ou au niveau du centre du langage, ou encore quand elle est sur le trajet des fibres se rendant à ces régions, on peut diagnostiquer sa situation.

Un spasme localisé, associé à un engourdissement ayant son point de départ dans un membre et s'étendant ensuite dans les autres suivant un cycle défini, le tout suivi d'ordinaire d'une paralysie temporaire, constitue le syndrome de l'épilepsie jacksonienne, qui a une grande importance pour ces diagnostics. L'épilepsie jacksonienne indique que la tumeur occupe la région circumrolandrique. Les troubles de la parole ont une grande signification et pourront, suivant leur nature, permettre de localiser la tumeur dans la 3e circonvolution frontale ou la 1re temporale.

L'hémianopsie est en rapport avec une lésion du lobe occi-

pital. Les tumeurs du cervelet s'accompagnent d'une démarche chancelante caractéristique et de troubles dans la sphère des nerfs crâniens. Mais les tumeurs du cervelet sont très difficiles à atteindre, et, sur 34 opérations entreprises pour des tumeurs du cervelet, 19 seulement ont permis d'enlever la tumeur, et 10 malades seulement ont guéri de l'opération. On ne peut pas toujours faire le diagnostic de la position de la tumeur et alors on ne peut pas intervenir. Sur 80 cas que j'ai observés, j'ai pu localiser 65 fois la tumeur; elle siégeait 26 fois dans le cervelet, 14 fois dans l'aire motrice, 10 fois dans les ganglions de la base, 7 fois dans la région frontale, 4 fois dans la région pariétale, 3 fois dans la protubérance, une fois dans le lobe occipital. On peut admettre qu'en moyenne une tumeur sur 10 est accessible au chirurgien. Un certain nombre de conditions peuvent être le point de départ d'un échec : quelquefois le volume de la tumeur ou sa nature vasculaire, ou encore une syncope survenant subitement peuvent compliquer l'opération et l'empêcher d'aboutir. D'autres fois les symptômes ont induit le chirurgien en erreur : c'est ainsi qu'on peut trouver à l'autopsie certaines tumeurs sous-corticales ou siégeant au niveau de la base, alors que des symptômes d'épilepsie jacksonienne des plus nets avaient conduit à un diagnostic de tumeur corticale. Dans certains cas il est impossible de diagnostiquer la position corticale ou sous-corticale de la tumeur. Comme l'a dit Bruns, les tumeurs les plus faciles à diagnostiquer sont celles qui sont le plus accessibles. Tous les cas où on arrive à enlever la tumeur ne guérissent pas; la mort peut survenir par shock, par hémorrhagie, par complications septiques. Quant aux résultats définitifs, ils ne sont pas encore très connus, cependant des chirurgiens de valeur ont cité des guérisons durant depuis 6 et 8 ans. Le pronostic est plus favorable dans les tumeurs solides et bien encapsulées; la mortalité est au contraire très grande dans les gliomes infiltrés ou les tumeurs kystiques. Mais on ne peut, avant l'intervention, faire le diagnostic de ces diverses variétés. Pour la technique opératoire je donne la préférence à l'opération à lambeau de Wagner dans laquelle on taille un lambeau en fer à cheval comprenant le cuir chevelu et l'os qu'on relève ensemble; on a ainsi un champ opératoire largement ouvert, et d'autre part, dans la suite la plaie est parfaitement protégée quand on a rabattu le lambeau. Pour couper le crâne il faut se servir d'abord d'une gouge tranchante, puis on achève avec le ciseau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Janvier 1897.

Le protargol en thérapeutique oculaire.

M. Darier. — Dans l'ophthalmie purulente, comme en général dans toutes les affections sécrétantes de la conjonctive, le nitrate d'argent est aujourd'hui reconnu, pour ainsi dire, comme un spécifique; mais sur un organe aussi sensible et aussi délicat que l'œil, cet agent a une action trop caustique, trop brutale; aussi, M. Darier propose-t-il de le remplacer par des combinaisons organiques d'argent, qui, grâce à leur pouvoir pénétrant et à leur action antiseptique puissante, donnent des résultats thérapeutiques aussi bons, sans provoquer la douleur et la réaction violentes qui accompagnent toujours les cautérisations par le nitrate d'argent. Depuis 18 mois, M. Darier emploie l'éthylène-diamine-phosphate d'argent avec un tel succès qu'il a abandonné, pour ainsi dire, le nitrate d'argent.

Mais un nouveau produit, le *protargol*, combinaison de protéine et d'argent, paraît devoir remplacer très avantageusement tous les autres sels d'argent, parce que, avec un pouvoir pénétrant et une action bactéricide puissants, il n'est pas du tout irritant, peut se conserver longtemps en solutions sans s'altérer. Le *protargol* a, en outre, l'avantage de ne pas être précipité de ses solutions par les albumines, les alcalins, les sulfures, etc. Il peut se combiner également avec la cocaïne, ce qui ouvre tout un horizon nouveau à la thérapeutique des affections conjonctivales.

Sérothérapie de la lèpre.

M. Hallopeau communique un rapport sur un travail de **M. Olaya Laverde** relatif à un nouveau mode de traitement sérothérapique de la lèpre. L'auteur prépare son nouveau sérum en triturant des tumeurs lépreuses; c'est le liquide ainsi obtenu qu'il a injecté après l'avoir additionné d'eau stérilisée. Il résulte des observations annexées par l'auteur à son travail que les résultats ainsi obtenus ont été excellents.

L'Académie n'ayant pas à sa disposition les matériaux nécessaires pour reproduire les expériences de M. Olaya Laverde ne peut qu'enregistrer les faits qu'il énonce et l'encourager à en poursuivre la démonstration par des observations nouvelles, en formulant l'espérance qu'il ne s'agit pas là d'illusions thérapeutiques telles qu'il s'en est produit souvent à l'occasion de cette maladie.

Sur la biomécanique.

M. Benedikt (de Vienne) désirerait vous exposer quelques idées sur la transmission mécanique des excitations dans les centres nerveux.

Chaque excitation de développement de croissance se répercute du cerveau à l'enveloppe, au crâne. En pathologie la céphalalgie se trouve en corrélation avec l'excitation cérébrale.

Inversement, toute excitation crânienne se répercute sur le cerveau, suivant un mécanisme analogue à celui de l'action produite sur les organes internes par les excitations cutanées.

La loi de transmission des excitations externes dans le milieu interne montre que, tandis que certaines fibres conduisent certaines excitations, elles sont fermées pour d'autres excitations.

Les transmissions ressemblent aux processus d'électrolyse; elles ne se font pas directement, mais par voie interrompue. Il y a là un mécanisme analogue à celui des accumulateurs. Les mêmes relations de consonnance existant pour les transmissions nerveuses physiologiques, existent-elles pour les excitations pathologiques? Evidemment, mais elles ne sont pas identiques.

Ainsi l'excitation produite par les névrites détermine de la douleur, il y a donc consonnance avec le sensorium; au contraire ces excitations déterminent peu de réflexes, elles n'ont donc pas de consonnance avec les centres moteurs.

Inversement certaines excitations, celle, par exemple, de l'utérus ont une consonnance sur les centres moteurs sans agir souvent sur le sensorium.

Les excitations nerveuses d'un côté retentissent sur les deux côtés.

Les excitations pathologiques se comportent de même mais elles ont des lois de consonnance plus grandes que les excitations physiologiques.

Il y a des formes suivant lesquelles les excitations pathologiques se transportent de la périphérie vers les centres nerveux.

1° Elles se dirigent vers le sensorium.

Dans un 2e type le processus d'irritation se propage suivant les voies physiologiques. Dans un 3e type, celui réalisé, par exemple, par le cancer, il se propage de façon incohérente. Il en est de même dans l'ataxie, dans la démence.

Les dégénérescences secondaires ne suivent pas les voies physiologiques. Il faut, dans chaque cas, étudier ce qui est dû au foyer morbide se diffusant suivant des voies divergentes et anormales et ce qui se propage suivant les voies normales.

Destruction rapide du tissu des rétrécissements par des courants faibles.

M. Fort. — 1° C'est une erreur de croire qu'on ne peut pas détruire le tissu pathologique des sténoses uréthrales et œsophagiennes dans un laps de temps très court et avec de faibles courants, sans faire de divulsion.

2° Parmi les 100 cas de rétrécissements présentés à l'Académie

pour combattre ces erreurs, il y en a 25 qui ont été opérés en 1/3 de minute (20 secondes), 16 en 25 secondes et 15 en 30 secondes. Ce sont des exemples de rétrécissements multiples qui ne peuvent être pris pour des rétrécissements spasmodiques.

3° Un courant d'une force de 10 milliampères est suffisant pour détruire la sténose.

4° D'après l'absence d'eschare, la lenteur de la décomposition de l'eau par l'électrolyse et la rapidité de l'opération, je ne crois pas pouvoir admettre la théorie chimique de Ciniselli. L'électrolyseur ramène des détritus rosés dans lesquels on trouve souvent des globules sanguins et des cellules épithéliales souvent déformées.

5° La cause des résultats différents obtenus par les expérimentateurs réside dans la forme de l'instrument électrolyseur. Le fluide, dans l'électrolyseur Fort, s'accumule sur le bord de la lame et opère en formant rapidement un sillon linéaire. C'est une uréthrotomie sans incision.

6° La preuve de la rapidité est fournie aussi par les rétrécissements œsophagiens, les malades ne pouvant pas supporter au delà de quelques secondes la présence de l'électrolyseur œsophagien. Cinq guérisons complètes de rétrécissements de l'œsophage à l'appui.

L'électrothérapie dans quelques formes de neurasthénie.

M. Apostoli. — La neurasthénie, malgré les travaux importants de ces dernières années, reste encore une maladie souvent difficile à diagnostiquer et d'une thérapeutique encore plus malaisée.

L'électrothérapie, avec les récents progrès dont vient de la doter le professeur d'Arsonval, va être une précieuse ressource que nous pourrons utiliser dans le diagnostic et le traitement de cette maladie si rebelle.

Voici, brièvement exposées, sous formes de conclusions générales et sommaires, les contributions que je viens apporter à ce sujet :

1° La neurasthénie constitue un syndrome clinique dont il importe avant tout de dégager la notion pathogénique pour mieux en apprécier l'évolution clinique et lui appliquer le traitement le mieux approprié.

2° Parmi les neurasthéniques, il importe de connaître les formes qui évoluent sur un terrain *hystérique* ou sur un terrain *arthritique*, qui impriment à la neurasthénie une physionomie différente et peuvent réclamer une thérapeutique complémentaire spéciale.

3° L'électrothérapie bien administrée sera, en dehors de son influence curative, une précieuse ressource comme *pierre de touche* destinée à éclairer notre diagnostic et à nous fixer rapidement sur la nature et l'évolution de telle ou telle neurasthénie.

4° La médication électrique ne saurait être considérée comme un traitement uniforme qui, pris en bloc, est applicable à tous les cas indistinctement.

Chaque mode électrique qui utilise, en effet, l'énergie électrique avec une tension, une localisation et une courbe d'excitation différentes, trouvera dans chaque cas particulier son utilisation propre et variable, avec ses indications et contre-indications.

5° D'une façon générale, les applications partielles et localisées, soit faradiques, soit galvaniques, doivent céder le pas, surtout au début de la cure de la neurasthénie, aux applications générales et en particulier soit aux bains statiques, soit aux bains alternatifs des courants à haute fréquence.

6° Plus la neurasthénie se compliquera de troubles nerveux périphériques (tels que l'hémianesthésie d'origine hystérique), plus elle sera justiciable du mode électrique dont la localisation périphérique atteint le maximum de tension (statique ou franklinisation).

7° Dans les formes arthritiques, au contraire, où le processus nutritif est manifestement en souffrance, après la statique, ce sont les courants cellulaires ou courants de haute fréquence qui trouveront leur meilleure indication.

8° L'appropriation à tel ou tel cas de tel ou tel mode électrique trouve sa première justification dans la tolérance ou l'intolérance des malades révélée par la clinique.

Ainsi les *hystériques en état d'anesthésie* plus ou moins complète ou d'hypo-excitabilité cutanée (hémianesthésiques) ne sont généralement justiciables que de la statique. Le bain statique simple, aidé du souffle, peut suffire à la cure de certains cas, mais il faut généralement lui associer la révulsion par des *étincelles* qui, localisées sur la colonne vertébrale et d'ailleurs bien supportées, procurent à la plupart de ces malades une amélioration presque constante.

Il convient d'autre part, chez les *hystériques hypéresthésiques*, d'appliquer le même traitement statique, mais à doses très modérées, à l'aide de séances courtes avec le bain simple et sans révulsion par des étincelles.

Or, les mêmes malades *hystéro-anesthésiques*, sont généralement peu ou pas justiciables des hautes fréquences et dans tous les cas supportent souvent moins bien *l'auto-conduction* par le grand solénoïde ou n'en retirent qu'un bénéfice peu sensible.

9° *Les arthritiques*, au contraire, et en général tous les ralentis de la nutrition, non entachés d'hystérie, seront généralement très sensibles au choc des étincelles statiques qu'ils supportent mal et retireront un plus grand bénéfice clinique du traitement par les hautes fréquences.

10° Dans plusieurs circonstances, chez beaucoup de neuro-arthritiques, il y aura lieu d'associer soit successivement, soit simultanément les deux traitements (statique et haute fréquence) pour activer et compléter la cure de la neurasthénie.



SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 Janvier 1898.

Excitation motrice chez les sourds-muets soumis aux exercices acoustiques.

M. Gellé. — J'ai communiqué à la Société, dans une séance précédente, les résultats encourageants obtenus en soumettant les enfants atteints de surdi-mutité à l'action des exercices acoustiques au moyen du microphonographe de Dussaud.

Au cours de ces leçons, en plus de l'éveil de l'ouïe, j'ai constaté et les parents ont observé des modifications complètes dans la manière d'être des enfants. Ils deviennent rapidement bruyants, tapageurs, agités, très turbulents, criant, gesticulant, remuant sans cesse, faisant et recherchant le bruit.

Cette excitation motrice est des plus remarquables; et les parents en font spontanément la confidence au bout de quelques leçons; tant la chose leur semble étrange et peu habituelle; la coïncidence avec les excitations auditives est évidente.

Le physiologiste assiste là à une expérience sur les sourds-muets, qui vient corroborer tout ce que les expérimentateurs ont reconnu au moyen des lésions des canaux semi-circulaires.

L'influence excito-motrice, ou mieux l'action de la branche vestibulaire de l'acoustique sur les mouvements, que les vivisecteurs ont isolé de celle de l'ouïe, apparaît très clairement, commandée par les excitations de ce sens; et la coïncidence de l'éveil de l'ouïe et de la suractivité motrice des jeunes enfants est à ce point de vue démonstrative.

Au reste, toutes les facultés des enfants subissent une exaltation sensible, la mémoire, l'imitation, l'expression se développent, et les efforts, les mouvements d'articulation ne sont pas les derniers à apparaître, sous l'influence de cette dynamogénie par les sensations auditives : c'est l'explication des progrès obtenus chez d'aussi jeunes enfants (3 ans, 3 ans 1/2, 4, 5 et 7 ans) par une action toute mécanique.

Modification de la nutrition chez les animaux vaccinés.

M. Desprez. — Avec M. Charrin, j'ai établi que, dans des conditions spéciales, la nutrition des sujets vaccinés est modifiée dans le sens d'un retard; la dose quotidienne de l'urée diminue plus ou moins.

Si on poursuit ces observations, on constate, après 4 ou 5 mois, période équivalente pour l'homme à plusieurs années, que cette modification s'atténue pour disparaître parfois com-

plètement. Pourtant, d'un autre côté, il y a persistance au moins partielle de l'accroissement de résistance.

Ces résultats rapprochés prouvent que cette immunité ne dépend pas uniquement de cette modification.

Il y a même lieu de remarquer que, durant la vaccination, à un moment où les animaux reçoivent chaque jour des toxines, ce changement, suivant Marenghi, correspond à une accélération dans les échanges; nos recherches conduisent à prévoir ces effets. Puis, cette immunisation achevée, cette accélération cesse pour faire place à l'état normal ou à un retard.

En tout cas, ces données indiquent, une fois de plus, que, dans le mécanisme de l'immunité, les toxines n'interviennent pas directement.

Bacilles pseudo-diphthériques.

MM. Simonin et **Benoit**, au cours d'une récente épidémie de diphthérie observée sur un régiment de la garnison de Lyon, ont essayé de déterminer la signification d'un certain nombre d'échantillons de bacilles douteux recueillis dans la gorge de sujets vivant dans le milieu épidémique, mais ne présentant pas d'angine pseudo-membraneuse.

Ces observateurs ont prélevé dans ces conditions douze échantillons de bacilles pris au niveau de la gorge dans des cas d'angine simple, ou dans des gorges normales.

Sur ces douze échantillons cinq ne provoquaient chez le cobaye qu'un simple œdème passager, mais firent périr invariablement des calfats, oiseaux qui, d'après ces expériences, semblent encore plus sensibles que le moineau au poison diphthéritique. Les calfats immunisés avec le sérum ne mouraient pas ou ne mouraient qu'avec un retard considérable sur les témoins.

Comme forme, les bacilles en expérience appartenaient presque tous (9 sur 10) à la forme courte.

MM. Simonin et Benoit, d'après leurs expériences se rallient donc à l'opinion de MM. Roux et Martin qui admettent l'identité des bacilles diphthéritiques et pseudo-diphthéritiques.

État de la virulence de la tuberculose humaine après son passage sur la grenouille.

MM. B. Auché et **J. Hobbs** (de Bordeaux). — Les auteurs ont inoculé des cobayes avec des granulations tuberculeuses, prises soit sur le foie soit sur le mésentère des grenouilles inoculées dans la cavité péritonéale avec la tuberculose humaine depuis 20, 43 et 60 jours. Ils ont constaté :

1° Que la tumeur humaine, après un séjour de 20, 43 et 60 jours chez la grenouille, a déterminé chez les cobayes une tuberculose généralisée;

2° Que les bacilles restent par conséquent vivants chez la grenouille pendant au moins 60 jours;

3° Mais que leur virulence s'est sensiblement atténuée puisque le cobaye inoculé avec des bacilles n'ayant séjourné que 20 jours chez la grenouille et tué 38 jours après l'inoculation présente des lésions plus avancées et plus riches en bacilles que les cobayes sacrifiés plus longtemps après l'inoculation mais infectés avec des bacilles qui étaient restés 43 et 60 jours chez ces batraciens.

Myosite expérimentale pyocyanique.

M. Hobbs (de Bordeaux). — Après avoir traumatisé la cuisse d'un cobaye, nous inoculons la jambe du même côté avec une culture de bacille pyocyanique, dont M. Charrin a vérifié la virulence. Le cobaye meurt 50 heures après avec un œdème généralisé à tout le membre inférieur et à la paroi abdominale. L'examen microscopique révèle des lésions importantes des muscles caractérisées d'abord par la multiplication des noyaux, puis par la disparition des striations transversale et longitudinale et enfin par la fragmentation du tissu musculaire qui se réduit insensiblement à l'état de gouttelettes amorphes jusqu'à ce que la fibre soit complètement vidée. Ce sont là des lésions comparables à celles que nous avions déjà observées en clinique dans un cas de myosite après grand traumatisme et où le streptocoque jouait le rôle d'agent infectieux.

M. Féré fait une communication sur la fréquence chez les épileptiques du réflexe fémoral croisé qu'il a trouvé 24 fois sur 144 épileptiques examinés.

M. Dastre fait une communication sur une méthode de digestion papaïnique pour isoler les substances contenues dans les tissus.

Sur les myélites expérimentales par toxines microbiennes.

MM. Enriquez et Hallion. — MM. Charrin et Claude ont récemment rapporté à l'Académie des sciences et à la Société de biologie un cas d'intoxication pyocyanique chez le lapin, suivi de lésions spinales et d'atrophie musculaire. La provocation expérimentale des myélites à l'aide de toxines microbiennes n'est pas une notion nouvelle; nous l'avons établie les premiers, croyons-nous, en 1894. Nous avons vu en effet la toxine diphthérique déterminer chez des chiens des foyers de myélite, et chez un singe une poliomyélite chronique des plus caractérisées, avec parésie et atrophie musculaires des membres. Aux lésions centrales répondaient des altérations radiculaires.

Tandis que dans le cas de MM. Charrin et Claude les lésions de la moelle étaient très variées, ce qui gêne forcément la dissociation nette des divers processus, nous avons au contraire obtenu à l'état de pureté, chez des sujets distincts, d'une part une myélite en foyers, d'autre part une poliomyélite; celle-ci n'était pas seulement analogue, mais on pourrait dire identique à la même lésion observée chez l'homme.

M. Charrin. — Je reconnais bien volontiers la légitime remarque de MM. Hallion et Enriquez; dans la bibliographie du mémoire de M. Claude, il en sera question. Le point auquel je tiens davantage, c'est d'avoir établi le rôle des toxines, en particulier sur le système nerveux; j'ajoute que le travail de M. Claude comporte en dehors des lésions médullaires des lésions périphériques musculaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Janvier 1897.

Calculs creux du rein.

M. Tuffier résume brièvement une observation de **M. Bégoin** (de Bordeaux) ayant trait à un homme de 62 ans qui a succombé dans le service du professeur Demons à une cystite compliquée de pyélonéphrite. A l'autopsie on trouva dans le rein droit deux calculs creux, formant une véritable coque qui renfermait à son intérieur de l'urine purulente. Les calculs, composés surtout de phosphate de chaux et de magnésie, avaient les dimensions d'un œuf de poule.

Pour expliquer la formation de ces calculs creux, M. Tuffier admet que les sels se sont d'abord déposés sur la muqueuse du bassinet, comme c'est habituellement le cas; mais qu'à un moment donné, après formation de la coque creuse, l'urine ne dépose plus et se trouva enfermée dans le calcul creux.

Fibrosarcome du vagin.

M. Ricard analyse une observation de **M. Huguet** (d'Aumale) concernant une fillette de 8 ans amenée pour une tumeur dure, irrégulière, des dimensions d'un œuf de poule, qui s'est développée depuis six mois et pendait entre les grandes lèvres. Cette tumeur s'insérait par un pédicule à 3 centimètres de l'entrée du vagin. M. Huguet enleva la tumeur au bistouri, réséqua le pédicule et sutura la muqueuse vaginale à la soie. L'enfant guérit. L'examen microscopique montra que la tumeur était un fibro-sarcome.

M. Ricard approuve la conduite de M. Huguet, sauf pour ce qui est de la suture à la soie dont l'élimination peut donner lieu à de la suppuration. Il aurait préféré que la suture fût faite au catgut.

Ulcères perforés du duodénum.

M. Schwartz fait un rapport d'ensemble sur quatre obser-

vations d'ulcère perforé du duodénum, envoyées par MM. Rochard, Guinard, Sieur et Loison. Les trois premières sont superposables. Il s'y agit notamment d'individus qui sont pris brusquement de phénomènes d'obstruction intestinale ou de péritonite par perforation. On fait la laparotomie et après quelques recherches on trouve ordinairement la perforation du duodénum qu'on suture ou qu'on draine, et les opérés succombent dans l'espace de 2 à 24 heures après l'opération. Dans la dernière observation, les symptômes de péritonite étaient d'emblée tellement graves que toute intervention fut jugé inutile, et la perforation du duodénum ne fut découverte qu'à l'autopsie.

En analysant ces observations et celles qui ont été publiées dans la littérature, on voit que dans les ulcères du duodénum, la perforation est fréquente, et siège le plus souvent sur la paroi antérieure de l'intestin; le diagnostic d'ulcère du duodénum est difficile, d'autant que souvent il évolue d'une façon latente ou ne se manifeste que par une dyspepsie de nature indéterminée.

Comme conclusion pratique, M. Schwartz insiste sur ce point : que dans les péritonites par perforation de nature indéterminée, il faut au cours de la laparotomie ne pas oublier d'explorer le duodénum.

M. Routier a eu l'occasion d'intervenir chez un homme de 35 ans, dyspeptique depuis plusieurs années, qui fut pris brusquement de phénomènes de péritonite. La laparotomie faite 24 heures après la début des accidents montra que la fosse iliaque droite était remplie de pus. Le malade succomba au bout de trois jours. A l'autopsie on constata que le pus de la fosse iliaque droite venait d'un abcès péri-hépatique rompu, qui s'était développé à la suite d'une perforation du duodénum.

M. Hartmann est intervenu dans les mêmes conditions chez une femme. La laparotomie faite et l'exploration ayant montré que l'appendice, la vésicule biliaire et l'estomac étaient sains, M. Hartmann explora le duodénum et découvrit ainsi un ulcère perforé. La situation de ce dernier rendant la suture impossible, M. Hartmann le draina. Au bout de trois semaines se forma un abcès qui fut ouvert. La malade alla bien bien pendant quelques temps, puis finit par succomber au bout de trois mois à une septicémie subaiguë. A l'autopsie on constata que l'ulcère n'était pas cicatrisé et avait donné lieu à la formation des traînées purulentes rétro-péritonéales.

M. Schwartz présente une radiographie d'une aiguille implantée dans le genou.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 4 Janvier 1897.

Glaucome chronique simple.

M. Abadie estime que le glaucome chronique simple peut être enrayé, peut-être guéri, par un traitement basé sur la connaissance de la nature du processus glaucomateux.

Le glaucome est dû à l'excitation permanente des nerfs vaso-dilatateurs de l'œil. L'atropine, vaso-dilatatrice, aggrave toujours l'état glaucomateux; au contraire, l'ésérine et la pilocarpine, vaso-constrictives, exercent toujours une action favorable.

M. Abadie a employé alternativement ces deux médicaments et a constaté que, tout en ralentissant ainsi la marche de l'affection, on perdait cependant constamment du terrain. En revanche, chez le plus grand nombre de ses malades, il a obtenu un arrêt complet dans la progression de leur affection par l'association de ces deux myotiques, en instillant deux fois par 24 heures deux gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine	0 gr. 05
Chlorhydrate de pilocarpine. . . .	0 gr. 05
Eau distillée stérilisée	20 gr.

Toutefois cette médication a un côté faible; l'obligation de mettre deux fois par jour ce collyre dans l'œil reste indéfinie, son action vaso-constrictive étant régulièrement épuisée au bout de 12 heures.

Aussi M. Abadie a-t-il pensé qu'on pourrait faire mieux et chercher la guérison par d'autres moyens, en agissant sur les nerfs vaso-dilatateurs de l'œil, en coupant le grand sympathique qui les renferme.

Il vient d'avoir l'occasion de vérifier l'exactitude de ses prévisions. Sur une de ses malades, atteinte de glaucome chronique simple à une période avancée, M. Gérard-Marchand a enlevé, le 15 décembre 1896, le ganglion cervical supérieur de chaque côté. La tension intra-oculaire s'est aussitôt abaissée jusqu'à la normale, et depuis, bien qu'on ait cessé les instillations d'ésérine et de pilocarpine, elle ne s'est plus élevée.

Il est donc permis d'espérer que le glaucome chronique simple, affection jusqu'ici incurable, pourra être guéri par l'ablation du ganglion cervical supérieur d'où émanent les filets vaso-dilatateurs de l'œil.

Les résultats obtenus par cette méthode de traitement auront de plus l'avantage de mettre fin aux théories aussi nombreuses que dissemblables émises dans ces derniers temps sur cette maladie si fréquente et si grave.

M. Parent serait désireux de savoir quel est le degré de gravité que comporte la section du grand sympathique et si cette opération doit être pour M. Abadie le traitement normal du glaucome chronique simple ou une intervention d'exception. En second lieu il demande à ses collègues s'ils ont constaté dans leur pratique l'influence fâcheuse de la lecture sur le glaucome.

M. Vignes s'élève avec M. Abadie contre toute intervention opératoire dans le glaucome chronique, car le résultat le plus net est la cécité à bref délai. On ne saurait assez proclamer cette vérité.

M. Chevallereau aussi a constaté les désastres qui suivent les opérations pratiquées sur les yeux atteints de glaucome chronique simple; chez ces malades il faut proscrire toute intervention.

Dans ces cas on doit employer, comme l'a dit M. Abadie, l'ésérine et la pilocarpine associées quoique ce traitement ait des insuccès à son actif. Le traitement général a une grande importance.

M. Antonelli croit, comme M. Chevallereau, que l'association de l'ésérine et de la pilocarpine ne réussit pas dans tous les cas. Chez un de ses malades, tout écart de régime, toute lecture un peu trop prolongée étaient suivis d'une poussée de glaucome; à son avis, l'état des voies digestives de ces malades doit être surveillée avec soin.

M. Sulzer s'est mieux trouvé de l'emploi successif de l'ésérine et de la pilocarpine que de leur association.

M. Abadie estime que la lecture doit être l'objet de réserves chez les glaucomateux.

Quant à la section du grand sympathique, elle se présente comme étant sans dangers; ceux-ci ne commencent que quand on veut, comme Jonnesco, enlever tout le sympathique cervical; c'est ainsi que M. Faure a eu une mort sous le chloroforme, par syncope.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 29 Décembre 1897.

Kyste du cerveau.

M. Martin présente une malade âgée de 19 ans, du service de M. Renaut. Syphilis certaine chez les parents, mais aucun stigmate chez elle-même. Dans la première enfance, son développement physique et intellectuel fut normal, elle apprit à lire et à écrire sans difficulté.

A 9 ans, elle fit une chute dans une cave d'une hauteur de 4 mètres environ. Elle tomba sur la tête, mais on ne remarqua aucune blessure. Il n'y eut pas de perte de connaissance, pas de délire; mais le lendemain, l'enfant ne parlait plus. Il y avait de l'asymétrie du visage; les yeux étaient fixes; pas de strabisme. Impotence fonctionnelle des membres droits. A partir de ce moment, il y eut un arrêt complet dans le développement des facultés intellectuelles de l'enfant. La mémoire disparut, le caractère devint désagréable et l'hémiplégie s'accentua, s'accompagnant de contracture.

Il y a 18 mois, elle prit une première crise épileptiforme, suivie d'une seconde un mois après et de beaucoup d'autres depuis ce moment.

Il y a un mois, elle entra pour la 2e fois dans le service de M. Renaut, dans un état voisin de l'idiotie, répondant à peine aux questions et ne sachant que demander à manger. Trois ou quatre fois par heure, elle prenait des crises très courtes, de 30 secondes environ, caractérisées par la fixité du regard, la contraction des pupilles et des mouvements dans les membres droits.

On fit le diagnostic de foyer hémorrhagique ancien, devenu kystique, et une intervention fut décidée. Elle fut pratiquée par M. Jaboulay au niveau de la 3e frontale gauche.

Les méninges étaient épaisses, et, après l'incision de la dure-mère, on aperçut une membrane nacrée et laiteuse semblable à l'enveloppe d'un kyste hydatique. A l'ouverture, on constata qu'il s'agissait d'une cavité kystique du volume d'une mandarine et remplie de liquide. Les suites furent simples; les crises convulsives disparurent et depuis un mois, on peut noter déjà des modifications du caractère. L'état de l'hémiplégie n'a pas changé.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 27 Décembre 1897.

Epilepsie. Trépanation.

M. Vignard présente un malade du service de M. Vinay. Cet homme, âgé de 23 ans, fut, il y a 6 ans, précipité la tête la première sur le pavé, en arrêtant un cheval emporté. A la suite de cet accident, il serait resté plusieurs jours sans connaissance; puis, revenu à lui il se mit à prendre des crises, dont le nombre devint progressivement croissant. Il y a un mois, quand il entra dans le service, il présenta, en quelques jours, plusieurs crises d'épilepsie absolument classiques, auxquelles il ne manquait que la morsure de la langue L'absence de ce signe s'explique par le fait que le malade a un palais extrêmement ogival, et que, en aucun cas, les incisives antérieures des deux mâchoires ne peuvent se réunir. Devant l'insuccès de toutes les médications, et sur les instances du malade, on se décida à la trépanation. Celle-ci fut faite par M. Jaboulay, sur la partie supérieure de la région pariétale gauche. Les os étaient très friables et la tension intra-crânienne au-dessous de la normale, car le cerveau s'affaissait, au lieu de faire hernie par l'incision de la dure-mère. Le lendemain, le malade qui, de nationalité anglaise, ne répondait qu'en anglais avant l'opération, se mit à parler français, à l'étonnement général.

Depuis l'opération, il n'y a eu aucune crise.

Il ne semble pas que l'on ait été en présence d'un hystérique, car les stigmates de l'hystérie furent cherchés avec soin et sans succès. A peine y avait-il une légère diminution de la sensibilité du côté droit. Les antécédents héréditaires du malade (mère paralytique générale), les déformations marquées des mâchoires et de la voûte palatine ont fait penser qu'il s'agissait plutôt d'un dégénéré, chez lequel le traumatisme avait été pour l'épilepsie, une cause d'appel.

M. Lépine pense qu'il est très difficile de savoir si dans ce cas, on est en présence d'hystérie ou d'épilepsie. Il a vu un cas assez analogue dans lequel un individu évidemment hystérique, prenait des crises épileptiformes de plus en plus fréquentes. Il fut trépané étant en état de mal; et l'opération, au cours de laquelle on ne découvrit rien d'anormal, fut suivie d'une guérison complète.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 10 Novembre 1897.

Etude rétrospective de l'épidémie de fièvre typhoïde de juillet-août 1896.

M. G. Etienne. — **M. Pichon**, interne des hôpitaux, a dressé, sur mes indications, un plan relatif à cette épidémie. Il a relevé les adresses de tous les typhoïdiques entrés au cours de cette épidémie dans les différents services de l'hôpital civil; puis, après avoir parcouru toutes les rues du foyer infecté, il a fixé sur un plan de Nancy, avec une très rigoureuse approximation, chaque maison contaminée. Si l'on compare ce plan à cette autre carte de distribution des eaux de la ville de Nancy, contenue dans la très intéressante thèse de doctorat en médecine de M. Imbeaux, ingénieur des services municipaux, on constate l'évidente corrélation du foyer épidémique avec la distribution des eaux de l'Asnée. Sur 175 cas relevés, 142 sont pour ainsi dire immergés dans cette zone, 18 sont sur les bords et peuvent très facilement s'y rattacher, 15 seulement en paraissent indépendants. Deux établissements très peuplés, le Lycée et le couvent-ouvroir des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul de la rue de la Charité, situés au milieu de cette zone, sont cependant restés indemnes, étant entourés de cas de fièvre typhoïde; or, ces deux établissements reçoivent exceptionnellement l'eau des sources de Boudonville. Enfin, on ne peut incriminer la population ouvrière des quartiers infectés, des quartiers ouvriers voisins (rue des Fabriques, rue Sainte-Anne, rue Ville-Vieille, etc.) mais recevant l'eau d'autres sources, étant restés à peu près totalement ndemnes.

M. Stœber. — Le Conseil municipal de Nancy sera probablement appelé à voter les fonds nécessaires au captage des eaux du sous-sol de la forêt de Haye et l'on peut attendre les meilleurs sésultats de la réalisation des avant-projets élaborés par le service de la voirie.

Etiologie, symptomatologie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. de Langenhagen. — Après avoir étudié les symptômes habituels de cette affection, l'auteur énumère quelques complications rares qu'il a été à même d'observer, en particulier des accidents d'acholie passagère et des troubles nerveux réflexes variés. Puis il examine successivement l'entéro-colite muco-membraneuse dans ses rapports avec l'entéroptose, la lithiase intestinale, l'appendicite, la neurasthénie, les maladies utérines et il conclut que ces différentes affections n'ont pas avec l'entérite membraneuse, comme certains auteurs l'ont avancé, des rapports de cause à effet, mais qu'il faut les considérer comme des manifestations diverses, pouvant exister isolément, ou simultanément, ou successivement, d'une même cause supérieure qui les tient toutes sous sa dépendance.

Au point de vue étiologique, M. de Langenhagen se rallie à la théorie qui fait de la constipation prolongée l'origine et la cause du du catarrhe de la muqueuse intestinale. Cette constipation opiniâtre, due à une atonie particulière des parois intestinales, se rencontre exclusivement chez les neuro-arthritiques.

L'auteur termine par des considérations assez étendues sur le traitement, qui doit comprendre surtout un régime très sévère, l'emploi raisonné des laxatifs et de grandes irrigations intestinales.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 16 Novembre 1897.

Coxa vara et atrophie musculaire.

M. Brauer présente un garçon de 5 ans atteint de coxa vara unilatérale. Jusqu'en juin 1896, l'enfant présentait seulement de la claudication à gauche avec douleurs d'intensité variable dans le membre inférieur du côté correspondant. En

janvier 1897 survint une atrophie et un affaiblissement des muscles de la cuisse gauche.

L'enfant est solidement bâti, bien nourri et présente seulement des signes à peine appréciables de rachitisme léger. Rien du côté des viscères thoraciques ou abdominaux. Les muscles de la cuisse et de la fesse gauches sont légèrement atrophiés. A la suite de l'ascension du grand trochanter, le membre inférieur est raccourci. Quand le malade est couché sur le dos, le bassin semble un peu élevé à gauche. Le membre inférieur gauche se trouve dans une position intermédiaire. Du côté de la hanche, les phénomènes inflammatoires manquent. Les mouvements d'abduction du membre inférieur gauche sont fortement gênés. Pendant la marche, on constate une claudication très accusée à gauche avec rotation normale, mais adduction forcée du membre.

Une radiographie de la hanche a permis de constater l'incurvation caractéristique du col du fémur.

Paralysie bulbaire apoplectiforme.

M. Hoffmann présente un homme de 73 ans qui, le 31 octobre 1896, a été pris de vomissements, de vertiges et finalement de paralysie bulbaire apoplectiforme. Depuis ce moment, il présente, sans modifications, les symptômes suivants : une paralysie complète des muscles de la déglutition; une voix nasillarde à la suite de la paralysie de la moitié gauche du voile du palais; une abolition des réflexes palatins du côté gauche; un rétrécissement de la fente palpébrale et de la pupille gauche avec léger enfoncement du globe oculaire gauche; une diminution du réflexe cornéen gauche; une hémianopsie gauche survenue ultérieurement.

Du côté droit, on note, depuis la clavicule jusqu'à la plante du pied, une diminution de la sensibilité à la douleur et à la température.

M. Hoffmann pense que, d'un côté, l'existence d'une paralysie de la déglutition avec hémianesthésie croisée partielle, et de l'autre l'existence d'une hémianopsie gauche doivent faire admettre l'existence de deux foyers distincts d'hémorrhagie, situés l'un dans l'hémisphère droit, l'autre dans la moitié gauche du bulbe gauche. La cause de ces hémorrhagies doit être attribuée à l'artério-sclérose que le malade présente à un très haut degré. Pour ce qui est plus spécialement de la paralysie bulbaire, il faut l'attribuer à l'oblitération de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure.

Ascite chyleuse.

M. Czerny a communiqué l observation d'une jeune fille de 18 ans qui est entrée à l'hôpital pour une ascite chyleuse avec anasarque. Comme le liquide se reproduisait après chaque ponction, on fit la laparotomie que montra l'existence des tumeurs sarcomateuses au niveau des ovaires, situées de telle façon qu'elles comprimaient la veine iliaque, ce qui expliquait l'œdème des membres inférieurs.

L'examen chimique du liquide chyleux montra qu'il avait un poids spécifique de 1 023 et qu'il contenait 3 p. 100 d'albumine, 0,25 p. 100 de graisse, des traces de fibrine et de pigments biliaires; il ne renfermait pas de sucre.

L'examen bactériologique des tumeurs montra qu'il s'agissait d'angio-sarcomes qui, comme on sait, provoquent de bonne heure des métastases dans les ganglions lymphatiques, lesquelles métastases produisent sa stase dans les vaisseaux lymphatiques et la rupture de ces derniers. Tout porte donc à croire que l'ascite chyleuse ne tardera pas à se reproduire chez la malade.

Modifications de la moelle des os en cas de suppuration.

M. Marwedel a fait sur des jeunes lapins une série d'expériences qui ont consisté à leur injecter dans la moelle rouge des os des staphylocoques et à l'examiner ensuite à divers intervalles après l'infection. Ces recherches ont donné les résultats suivants.

Tout d'abord on voit apparaître au niveau du point d'inoculation et plus tard à la limite du tissu sain et du tissu nécrosé, des cellules polynucléaires qui proviennent de la dégénérescence des cellules éosinophiles. Jamais on ne voit se former, au niveau des foyers suppurés, des cellules à noyaux polymorphes dont par conséquent les cellules polynucléaires ne peuvent dériver. Ces deux formes de cellules doivent donc être nettement différenciées. Les grandes cellules de la moelle, après avoir perdu leurs granulations, passent dans la zone d'infiltration inflammatoire et forment avec les leucocytes une zone circulaire de cellules non granuleuses.

Les staphylocoques, d'abord uniformément répandus dans toute la moelle, dégénèrent ensuite en dehors de la zone d'infiltration réactionnelle où ils se localisent. Ce sont principalement les grosses cellules éosinophiles de la moelle et les cellules éosinophiles à noyaux polymorphes qui agissent comme des phagocytes. Les cellules géantes ne fonctionnent comme phagocytes que d'une façon très limitée.

En dehors de la zone de suppuration, les cellules éosinophiles et les cellules géantes augmentent de nombre, les cellules sessiles le plus souvent par voie de esoıtıш bipolaire.

La moelle rouge peut se transformer directement en moelle gélatineuse à la suite des troubles de nutrition locale, sans dépendre en aucune façon de la suppuration proprement dite. Les cellules éosinophiles de la moelle, les leucocytes à noyaux polymorphes, les lymphocytes et les cellules géantes disparaissent alors. Les cellules éosinophiles deviennent fusiformes et ramifiées et perdent leurs granulations.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 9 Novembre 1897.

Cancer primitif du poumon et cancer primitif de la plèvre.

M. Lenhartz a observé dans le courant des six dernières années 11 cas de carcinomes primitifs du poumon et dans 8 d'entre eux il a pu établir que le point de départ du néoplasme a été la muqueuse bronchique. Il faut donc admettre que le cancer primitif du poumon est bien plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. Le diagnostic est très difficile surtout quand il faut établir le diagnostic différentiel avec les infiltrations tuberculeuses, les processus bronchectasiques, la pleurésie fibreuse. Le diagnostic différentiel avec la tuberculose est quelquefois rendu particulièrement difficile par la coexistence des lésions tuberculeuses et des lésions carcinomateuses. Cette coexistence n'est pas rare, car sur 31 cas de carcinome réunis par Wolff, il existait 13 fois des lésions tuberculeuses concomitantes.

D'après M. Lenhartz, les éléments pouvant aider au diagnostic sont les suivants :

Le cancer du poumon se rencontre généralement chez les hommes ayant dépassé la cinquantaine. Comme à cet âge la tuberculose est relativement rare, l'aspect cachectique des malades doit faire penser à la possibilité du cancer. Au point de vue stéthoscopique, ce qui doit frapper le médecin c'est la disposition particulière des zones de matité et l'affaiblissement ou l'absence totale du murmure vésiculaire. L'examen des crachats dans lesquels on trouve des amas sphériques de granulations graisseuses est fort important. Ce qui les distingue des gouttelettes de myéline, ce sont les grandes dimensions des cellules dégénérées et la présence à l'intérieur de ces cellules de corpuscules sphériques fortement réfringeants. D'après M. Lenhartz ces cellules doivent être considérées comme des cellules cancéreuses dégénérées.

En terminant, M. Lenhartz communique encore un cas d'endothéliome primitif de la plèvre qu'il a observé avec M. Lochte.

Il s'agit dans ce cas d'une femme de 58 ans qui, en novembre 1895, fut prise d'une bronchite aiguë qui guérit, mais en laissant persister un petit épanchement pleural. Cet épanchement, après être resté pendant longtemps stationnaire, augmenta ensuite de volume, si bien qu'en décembre 1896 on fit une ponction et on retira 600 cm. cubes d'un liquide hémorrhagique, couleur chocolat, dans lequel l'examen microscopique fit constater la présence d'un grand nombre de cellules et d'amas sphériques

de granulations graisseuses. Le résultat de cet examen, joint à l'aspect cachectique de la malade, fit diagnostiquer un cancer de la plèvre.

La malade continua à se cachectiser; en juillet 1897 il se développa une série de tumeurs dans l'abdomen. A ce moment on a été amené à faire une nouvelle ponction de la plèvre et on retira 750 cm. cubes de liquide hémorrhagique. La malade succomba 8 jours après cette seconde ponction.

A l'autopsie on trouva la plèvre gauche considérablement épaissie et contenant environ 2 litres de liquide hémorrhagique au milieu duquel flottaient des flocons de fibrine. Après évacuation du liquide on constata qu'au niveau du cul-de-sac diaphragmatique la plèvre était couverte d'une série d'excroissances papillaires analogues à des condylomes. Le poumon gauche refoulé par le liquide était atélectasié et parcouru par des bandes fibreuses. Le poumon droit présentait à sa surface plusieurs noyaux blanchâtres. Des noyaux analogues se trouvaient aussi sur le péricarde. Dans la cavité abdominale le grand épiploon était transformé en une tumeur dure et irrégulière; des noyaux isolés se trouvaient dans le péritoine. Les autres organes étaient normaux.

L'examen histologique de la plèvre montra qu'elle était parcourue par des cavités et canaux irréguliers tapissés de cellules cubiques plus ou moins plates qui, par places, avaient tous les caractères des cellules endothéliales. La prolifération de l'endothélium était particulièrement accusée dans la plèvre viscérale et dans les parties adjacentes du poumon. Le grand épiploon et la capsule de la rate présentaient les mêmes lésions que celles de la plèvre.

M. Werner qui, dans une année, a observé 2 cas de cancer du poumon, ne croit pas que cette affection soit plus fréquente qu'on ne le dit. Dans le dernier cas qu'il a observé et qui se rapporte à une femme de 49 ans, l'affection a débuté sous forme d'une pleurésie exsudative. Après la ponction il s'est produit une symphyse des deux feuillets de la plèvre. La malade, sans être trop cachectique, succomba brusquement avec des symptômes d'embolie pulmonaire. A l'autopsie on trouva un énorme carcinome de la muqueuse bronchique des lobes moyen et inférieur du poumon droit.

Coxa vara.

M. Lauenstein a communiqué l'observation d'un garçon de 17 ans qui, en juillet 1895, commença à éprouver des douleurs dans la hanche gauche, pour lesquelles il fut mis pendant 2 mois dans un appareil à extension. Au bout de ce temps les douleurs disparurent, mais l'articulation de la hanche resta raide. En octobre 1896 il revint à l'hôpital dans un fort mauvais état. Il ne pouvait marcher qu'avec un bâton. A l'examen on trouva le membre inférieur gauche raccourci, en adduction et rotation en dedans, le grand trochanter dépassant de plusieurs centimètres la ligne de Nélaton. Du côté de la hanche droite les mouvements étaient aussi très limités et, comme dans la hanche gauche, des craquements se produisaient à chaque mouvement.

L'état était tel qu'on décida de pratiquer la résection de la hanche gauche. Le fémur a été scié au-dessous du grand trochanter, et la tête enlevée avec le col. La tête, qui présentait deux plaques éburnées, était recouverte de cartilage et de tissu fibreux. La cavité cotyloïde ne présentait ni pus ni granulations. Bien que la plaie ne fût pas fermée, le malade fut pris de fièvre et mourut au 6e jour de septicémie.

A l'autopsie on trouva l'articulation coxo-fémorale droite remplie de pus.

Les deux pièces présentaient l'incurvation caractéristique de la coxa vara. Du côté gauche, l'angle entre le col et le corps du fémur ne mesurait que 84°, du côté droit, par contre, cet angle était plus grand qu'à l'état normal et mesurait 151°. Dans les deux, le col était en même temps incurvé et présentait une convexité regardant en avant.

D'après M. Lauenstein, il s'agissait dans ce cas d'une coxa vara ancienne avec lésions accidentelles n'ayant aucun rapport avec l'incurvation caractéristique du col.

Dans un troisième cas se rapportant à un homme de 26 ans, M. Lauenstein trouva une diminution de l'angle, qui ne mesurait que 109°, mais sans incurvation concomitante du col. Dans ce cas le membre était raccourci et le grand trochanter dépassait de 3 centimètres la ligne de Nélaton.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 20 Novembre 1897.

Ostéomyélite aiguë sans suppuration.

M. Lavisé. — J'ai observé un enfant de 10 à 12 ans qui présenta tous les symptômes d'une ostéomyélite aiguë du fémur : fièvre, douleur locale, gonflement de l'os, œdème; mais à aucun moment il n'y eut apparence de suppuration. Les phénomènes évoluèrent d'une façon normale et peu à peu les symptômes aigus de l'ostéomyélite firent place aux signes d'une inflammation chronique. Je suis intervenu plusieurs mois après la période aiguë; le fémur était entouré d'un tissu lardacé; l'os était gonflé et par la trépanation on découvrit l'existence de plusieurs petits séquestres; il n'y avait trace de suppuration récente ni ancienne.

Hystérectomie par la voie abdominale.

M. Jacobs communique un nouveau procédé opératoire d'hystérectomie par la voie abdominale.

Voici en quoi il consiste :

1° Ouverture du ventre dans la position de Trendelenburg;

2° Section du ligament large et placement de deux pinces, l'une sur l'artère utéro-ovarienne, l'autre sur le ligament rond; section de l'artère utérine, sur laquelle on place également une pince de Péan;

3° Décollement de la vessie s'il y a lieu;

4° Section transversale du col;

5° Saisissant alors la portion sus-vaginale au moyen de deux pinces à traction, on isole complètement l'artère utérine par quelques coups de ciseau et on met les uretères à l'abri;

6° La vessie étant bien écartée, on introduit une des lames des ciseaux dans la lumière du col et on l'incise de haut en bas de façon à ouvrir le vagin. On poursuit l'incision de la muqueuse vaginale au niveau des insertions du col en guidant les ciseaux sur l'index gauche. Le col est ainsi enlevé dans son entier;

7° Surjet sur la muqueuse vaginale, de façon à fermer le conduit;

8° Ligature des différentes artères sectionnées;

9° Surjet sur les deux feuillets du ligament large, de façon à immerger sous le péritoine les pédicules des artères liées; au niveau du vagin, le tissu cellulaire sous-vaginal est compris dans le surjet;

10° Troisième surjet sur le péritoine.

M. Jacobs a pratiqué cette opération 80 fois :

13 fois pour affection annexielle bilatérale;
4 — épithélioma;
45 — fibrome;
13 — prolapsus;
5 — grossesse ectopique.

Sur ces 80 cas, il a eu 2 décès, dont l'un, consécutif à une hémorrhagie cérébrale, ne peut être imputé au procédé opératoire.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 7 Novembre 1897.

Thyrotomie dans le traitement de la tuberculose laryngée.

M. Goris. — Les deux opérés que j'ai présentés à la séance de juillet dernier continuent à se porter très bien. L'un d'eux a dû être opéré une seconde fois à cause de la tuberculisation ulté-

rieure de la cicatrice opératoire, laquelle était devenue lupeuse. Néanmoins il garde les 7 kilogrammes qu'il a gagnés à la suite de la première intervention.

Un troisième opéré a trouvé les mêmes avantages du fait de son opération; chez celui-ci, j'ai dû intervenir à 3 reprises différentes, également à cause de l'extension de la tuberculose à la plaie opératoire. J'attribue cet accident à la canule laryngée que je laissais à demeure pendant un certain temps, par crainte d'un œdème possible. Aujourd'hui je renonce à cette précaution que l'expérience m'a montrée être inutile, l'œdème ne se produisant pas; je ferme directement la plaie. Ce dernier malade, atteint d'une tuberculose avancée des sommets, avait été condamné par un praticien du plus haut mérite; or, depuis l'opération, qui date de juillet dernier, il a gagné 10 kilogrammes. Ce fait vient confirmer une fois de plus la réelle utilité de l'opération que j'ai préconisée et à laquelle il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indications. A moins d'un état général irréparable, comme la cachexie de la période ultime des tuberculoses pulmonaires, l'opération s'impose dans tous les cas. En effet, jusqu'ici, aucun traitement n'a jamais eu raison de la tuberculose laryngée. Ni l'acide lactique, ni le menthol, ni la teinture d'iode n'ont jamais guéri un ulcère, à ma connaissance du moins. Or, je vous présente 3 malades qui, depuis leur opération, ont retrouvé la force et la santé et demeurent bien portants après plusieurs mois. Sans préjuger de l'avenir et m'en tenant aux faits constatés, je me crois en droit de recommander un traitement qui ne présente aucun danger et qui donne des résultats qui n'ont point été obtenus jusqu'ici par d'autres médications.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 5 Novembre 1897.

Un cas de paralysie aiguë de Landry.

M. Dufour. — Un homme de 58 ans, sans antécédents morbides spéciaux, ressentit, il y a 6 semaines, une douleur subite dans le mollet gauche, suivie de chute sans perte de connaissance. Deux jours plus tard, il se plaignait de lourdeur dans les jambes et le bras droit, la marche était difficile. Quelques jours après, la marche était devenue impossible, il y avait des douleurs à la pression du nerf tibial postérieur, ainsi que du nerf sciatique au niveau de la fesse. La pression des apophyses épineuses était indolore; les divers modes de la sensibilité étaient conservés, le réflexe rotulien aboli. Il existait un léger état fébrile; l'appareil visuel était intact et les sphincters fonctionnaien normalement.

La paralysie s'accentua de plus en plus, et, sous l'influence d'une nouvelle poussée fébrile, elle envahit le bras droit, puis le gauche, après être restée stationnaire pendant 15 jours. Puis les orteils et les doigts du côté droit se tuméfièrent, sans œdème. Enfin, il y a 4 jours, le malade fut pris d'oppression, la respiration de Cheynes-Stokes s'établit bientôt et le sujet succomba.

Fracture de cartilage costal.

M. Crickx. — J'ai soigné un homme de 40 ans, qui, ayant été renversé par le tram électrique, garda une tuméfaction au niveau du cartilage de la 7e côte droite, ainsi que de la crépitation rude, qui fit diagnostiquer une fracture cartilagineuse ou une luxation chondro-sternale. La douleur persistant malgré le traitement appliqué, une incision fit découvrir une fracture du cartilage, dont une partie dut être réséquée; le bout costal fut réuni au cartilage supérieur, puis les muscles suturés au-dessus.

Un cas d'atrophie optique familiale.

M. Lor. — J'ai observé, à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Jean, une jeune fille de 28 ans, atteinte d'une névrite optique double, diagnostiquée comme telle, et remontant à 1 mois environ. L'œil droit a une vision de 1/32; l'œil gauche compte les doigts à 50 centimètres. Il existe un scotome central total à gauche, complet pour les couleurs à droite. La malade se plaint de douleurs céphaliques fréquentes, mal localisées. En réalité, il s'agit ici d'une affection oculaire familiale, qu'on ne rencontre pas souvent et dont l'évolution peut être prévue.

Le frère de cette femme, âgé de 34 ans, a présenté en effet les mêmes symptômes il y a une douzaine d'années. Sa vision est actuellement de 1/20 à droite, de 1/15 à gauche; les papilles sont atrophiées. Une sœur de la même malade est aussi atteinte d'une cécité partielle, qui débuta à l'âge de 8 ans. Ces 3 personnes, avec une autre sœur indemne d'affection oculaire, sont enfants du second lit; le père a eu de sa première femme une fille qui ne présente aucune maladie de l'œil.

On voit qu'il est téméraire d'assigner au début de ce mal, comme on l'a fait, la limite d'âge de 13 ans.

Des prolapsus génitaux.

M. Van Engelen. — Le facteur de beaucoup le plus fréquent des prolapsus génitaux est l'involution utérine imparfaite après l'accouchement.

Dans ce cas, le prolapsus se développe lentement; après la parturition, l'appareil de soutien de l'utérus est affaibli, le périnée parfois déchiré, et le premier degré de la ptose s'établit. C'est généralement la rétroversion, qui s'accompagne, non d'annexites, mais de chute des organes voisins (cystocèle, rectocèle, entérocèle). La matrice elle-même, souvent malade antérieurement à la suite de processus inflammatoires d'origine ordinairement blennorrhagique (Henrotay), voit sa circulation entravée, le col surtout, qui, exposé aux irritations, aux tiraillements, ne tarde pas à présenter l'allongement hypertrophique. Enfin, il est fréquent de rencontrer, à une période plus ou moins avancée, une ptose viscérale pelvienne et abdominale plus ou moins complète (hépatoptose, néphroptose, etc.).

Cette affection est fatalement progressive et une grossesse ultérieure ne peut arrêter l'évolution que d'une façon momentanée, contrairement à une opinion assez répandue.

Les pessaires, les bains chauds ont rendu et rendent des services dans les cas légers, si le périnée est résistant ou s'il a été reconstitué. La ceinture abdominale, en aidant la statique générale de l'abdomen, peut enrayer la marche du mal. Enfin la tonicité des tissus peut être récupérée par le massage utérin, qui aurait donné à certains praticiens des résultats excellents.

Au point de vue opératoire, la conduite est variable, si les annexes sont malades, il faut d'abord les extirper, puis faire l'hystéropexie, mais l'idée dominante doit être le renforcement du périnée affaibli, facteur principal du prolapsus. Les colporrhaphies, l'opération d'Alexander suffisent dans certains cas, quand le plancher périnéal est assez solide, sinon, elles exigent en plus une large périnéorrhaphie, qui seule parfois ramène l'utérus à sa place normale.

Tous les moyens d'édification vaginale sont défectueux. L'hystéropexie, qui a eu des succès, donne à l'utérus une position anormale, dangereuse pour la grossesse; elle cause de la cystalgie opiniâtre, du catarrhe vésical, des tiraillements de la cicatrice et des reins, menace la malade d'une éventration, et surtout l'expose à l'obstruction d'une façon permanente.

Il faut ne pas oublier que l'utérus est ordinairement malade. S'il est gros, métritique, le curetage s'impose, et l'amputation sus-vaginale du col est souvent indiquée. Cette opération, proposée déjà par Huguier et abandonnée un certain temps, retrouve une vogue méritée; elle supprime les parties les plus malades, réveille l'activité de l'organe et est toujours suivie de l'utérus prolabé.

Enfin, l'hystérectomie vaginale est indiquée chez les femmes âgées, quand l'utérus a perdu droit de domicile dans le petit bassin; encore faut-il pratiquer ici une périnéorrhaphie et une large colpectomie auxiliaires.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 26 Novembre 1897.

Anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.

M. Pierre. — La pièce présentée provient d'un malade de

67 ans, décédé dans le service de M. Dantz, d'une broncho-pneumonie.

A l'autopsie le cœur présente une synéchie péricardique partielle. Le ventricule droit est dilaté. Le ventricule gauche, ainsi que le myocarde, est flasque, grisâtre, friable; la musculature est plutôt affaiblie. L'orifice mitral est fortement dilaté. L'orifice aortique mesure 9 centim. 1/2; les valvules sygmoïdes sont souples, mais épaissies et opacifiées.

L'aorte, dans toute son étendue, présente une épaisseur double de l'épaisseur normale. La surface interne est mamelonnée et présente de nombreuses plaques d'athérome. Au-dessus des valvules on constate de petites dépressions anévrismales correspondant à l'origine des coronaires qui sont dilatées. La coronaire droite est double. Toute la partie ascendante de l'aorte est le siège d'un anévrisme diffus.

A 8 centimètres environ au-dessus des sygmoïdes, l'endartère est décollée sur toute l'étendue du vaisseau. Les tuniques sous-jacentes sont excavées; il existe de la sorte un anévrisme disséquant. Quoique l'anévrisme disséquant soit une rareté pathologique, la disposition visible des tuniques au niveau de la fente qui fait communiquer le sac et l'aorte, l'aplatissement du sac contre l'artère qu'il ne déborde d'aucun côté, les limites peu précises de la poche semblent autoriser cette qualification de disséquant.

Du côté interne, toute la largeur du vaisseau est occupée par une large boutonnière. Les bords de celle-ci présentent des sinuosités en sens inverse, de sorte qu'il en résulte un engrènement parfait. Par cette fente, on voit que l'intérieur du sac, qui mesure à peine 1 centimètre de profondeur, est occupé par des caillots fibrineux durs, très adhérents.

Le cerveau présente à la partie postérieure du noyau lenticulaire droit un petit foyer ocreux ayant le volume d'une lentille et qui touche sans l'altérer la partie postérieure de la branche postérieure de la capsule interne.

Il est difficile de décider si ce foyer est d'origine hémorrhagique ou s'il provient d'une embolie de l'artère lenticulo-optique.

Sclérose et hypertrophie de la paroi gastrique chez un chien.

M. Liénaux montre l'estomac d'un chien de 4 ans qui, avec une dilatation considérable, présente une paroi très épaisse, surtout au niveau de la grande courbure, où elle mesure 3 centimètres.

On ne trouve au pylore aucun obstacle de nature à justifier cette dilatation et cette hypertrophie. A l'examen microscopique, on constate que la muqueuse est intacte. Tout le tissu compris entre la sous-muqueuse et le péritoine est sclérosé, très épais et ne renferme que peu d'éléments musculaires. Le feuillet viscéral du péritoine paraît normal.

M. Stiénon. — Il existe une maladie semblable chez l'homme, avec cette différence que l'hypertrophie de la paroi s'accompagne toujours d'une réduction très sensible de la capacité de l'estomac. En outre, chez l'homme, la lésion est le plus accusée au niveau du cardia. Cette maladie, dont MM. Le Bœuf et Vandervelde ont publié récemment une monographie, frappe les sujets dans la première moitié de l'âge adulte. Les principaux symptômes chez l'homme sont l'inappétence, l'amaigrissement, la déperdition des forces.

M. Gratia. — Il existe également chez l'homme des cas de sclérose de l'estomac avec dilatation; ces cas ont été décrits par Brinton sous le nom de *linitis plastique*. On peut jusqu'à un certain point comparer cette maladie à l'épaississement que présente la paroi de la vessie chez les individus qui, comme les prostatiques, présentent des obstacles des voies urinaires inférieures.

M. Vandervelde. — La linitis plastique, telle que l'a décrite Brinton, comporte deux caractères essentiels : l'hypertrophie de la paroi gastrique et la réduction de la cavité. Les cas signalés par M. Gratia, où la cavité de l'estomac est dilatée, sortent du cadre de la linitis.

MÉDECINE PRATIQUE

Extraction des corps étrangers de la cornée.

La *Gazette* du 2 janvier publie au chapitre *Médecine pratique* un article venant d'un journal de médecine de Bruxelles, n° 45, sur l'*extraction des corps étrangers de la cornée*.

L'auteur recommande l'instillation de la *fluorescine* à 40 centigrammes pour rendre visible la perte de substance de la cornée — laquelle se teint en vert. C'est un moyen élégant dans une clinique, et inoffensif; mais il est superflu, car en plaçant convenablement le blessé devant une fenêtre, surtout avec le secours d'une lentille + 6, toute lésion de la cornée est facile à voir, même à analyser : mais j'accorde que quelquefois, le fond de rouillé de ces blessures se distingue mal de la couleur de l'iris, et que la fluorescine peut servir au diagnostic en donnant une couleur anormale à la perte de substance.

Pour extraire les corps étrangers, l'auteur recommande « l'instillation de la cocaïne à 2 p. 100, une goutte de 3 en 3 minutes pendant 1/4 d'heure, puis, avec une aiguille spéciale ou une *petite gouge*, il détache sûrement et légèrement la particule, sans éroder l'épithélium. Il faut énucléer du premier coup. Si c'est un éclat de fer, il se forme rapidement un anneau brunâtre qu'il convient de gratter jusqu'à complète disparition ».

C'est contre de tels principes, auxquels vous donnez la grande publicité de la *Gazette*, que je crois devoir m'élever.

1° Pourquoi perdre 15 minutes, à instiller de la cocaïne de 3 en 3 minutes? mais instillez 4 à 5 gouttes, en abaissant la paupière inférieure, en lavant bien l'œil la tête en arrière et en 3 minutes la cornée est insensible.

Du reste, nous soutenons que l'extirpation de la paillette est une méthode dangereuse, qui allonge l'indisposition.

Dans les grandes fabriques où on travaille les métaux au ciseau froid ou à la meule, les corps étrangers entraînés à une grande vitesse agissent surtout suivant leur masse et pénètrent plus ou moins bas dans la cornée. Les paillettes minimes restent dans l'épithélium; les plus fortes passent dans les lames. Aussi elles sont presque toujours implantées solidement, et si le malade arrive de suite après l'accident, la mobilisation est difficile. Mais les enlever à l'aiguille, *à la gouge*, c'est s'exposer à aller bien près de la membrane de Descemet, et même à crever l'œil, d'où fistule et taie!

Oui, le corps étranger tient solidement, de suite après l'accident, mais dites au malade de s'instiller la cocaïne toutes les 1/2 heures, de laver à l'eau boriquée tiède, 5 à 6 fois en 24 heures et de couvrir son œil; qu'il revienne le lendemain ou le sur lendemain. Il n'aura pas souffert et vous serez tout étonné de voir cette paillette, si solide hier, s'enlever par un simple frottement avec un très fin bourdonnet de coton trempé dans la cocaïne, tenu par la pince, et qui déterge le fond de la plaie. C'est bien simple, et depuis 10 ans que je soigne les ouvriers d'une grande fabrique où ces accidents sont très fréquents, j'agis de cette façon. Ni aiguille, ni gouge, ne grattez pas non plus le cercle oxyde de fer du fond ou gris du bord de la plaie — ce serait une nouvelle erreur. Instillez la cocaïne, lavez à l'eau boriquée, couvrez l'œil, et, le plus souvent, le 3e jour, l'ouvrier reprend son travail.

La cicatrisation de ces minimes plaies — Ranvier vient de le prouver — est très rapide.

Il est certains cas où il faut savoir s'abstenir : les paillettes de la cornée en sont un, mais il est évident que ce principe ne s'applique pas aux fragments déjà gros, susceptibles d'être pris à la pince, ou à l'aimant.

Dr PONCET (de Cluny).

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

De la fistule gastro-colique,

Par le Dr François Bec.

Les rapports étroits qui, à l'état normal, unissent la grande courbure de l'estomac au côlon transverse expliquent que, dans les gastropathies graves, les deux organes contractent facilement des adhérences qui les fixent solidement l'un à l'autre. Le processus ulcéreux, qui a provoqué la péritonite locale, peut, après avoir perforé la paroi gastrique, continuer son travail de destruction en attaquant la paroi intestinale et arriver à faire communiquer librement la cavité de l'estomac avec celle du côlon. Telle est l'origine la plus fréquente de la fistule gastro-colique. Malgré les tendances envahissantes de l'ulcère et du cancer de l'estomac, cette complication est extrêmement rare. Aussi, dans la grande majorité des cas, est-elle une trouvaille d'autopsie.

Le seul travail d'ensemble publié sur la fistule gastro-colique est celui de Ch. Murchinson, publié dans l'*Edimburg medical Journal* de 1857. L'auteur, qui avait observé lui-même un malade porteur de cette affection, a recueilli 33 observations de ce genre. Depuis cette époque, on trouve çà et là des cas isolés, parmi lesquels un certain nombre ont été bien étudiés; quelques-uns même ont pu être reconnus pendant la vie. Nous avons réuni ainsi 35 cas de fistule gastro-colique. Notre étude portera donc sur 68 observations (1), dont une des plus importantes est celle de M. Bouveret parue dans le *Lyon médical* de 1896. Notre but a été de chercher à établir quels sont les symptômes essentiels de l'affection et de quelle façon on peut la reconnaître au lit du malade. Le diagnostic précoce est important; car, si la maladie n'est pas d'origine cancéreuse, il est très légitime d'espérer la guérison au moyen d'une intervention chirurgicale.

1. F. Bec, Thèse de Lyon 1896-97.

I. Étiologie. Anatomie pathologique. — Les affections gastriques sont évidemment les causes les plus fréquentes de la fistule gastro-colique. Cependant la maladie peut débuter ailleurs que dans l'estomac et la cavité gastrique peut se trouver perforée de dehors en dedans. Ainsi, dans 8 observations, il ne paraît pas douteux que l'origine de la fistule est un cancer du côlon. La marche de la maladie, et surtout l'examen anatomique montrant la présence de bourgeons cancéreux dans l'intestin, et surtout l'absence de lésion gastrique en dehors de l'ouverture fistuleuse, sont concluants à ce point de vue.

D'autres fois, il s'agit d'un abcès de la cavité abdominale de cause quelconque et venant s'ouvrir à la fois dans l'estomac et le côlon, constituant ainsi une libre communication entre les deux viscères (5 cas). L'origine de l'abcès est très variable : traumatisme, tuberculose du rein, abcès sous-phrénique, péritonite tuberculeuse, etc. Les causes les plus diverses peuvent, dans ces cas, donner lieu à la fistule. Dans quelques cas, l'abcès a pour origine une périgastrite, dont le point de départ n'est autre qu'un cancer de l'estomac.

Dans un cas publié par Tosi (1), l'affection est donnée comme congénitale.

Parmi les observations où l'estomac est le point d'origine du mal, le plus grand nombre de cas ont pour cause le cancer; quelques-uns l'ulcère simple; enfin un seul la tuberculose. Ce dernier cas est celui d'Oppolzer (2) (1867).

Le cancer de l'estomac est sans contredit la cause la plus commune de la fistule gastro-colique. Sur 48 observations où la maladie a débuté dans l'estomac, 35 fois il s'agit d'un cancer et 12 fois seulement d'un ulcère. Il y a donc trois fois plus de fistules d'origine cancéreuse que d'origine ulcéreuse et comme, d'après Brinton, il y a cinq fois plus d'ulcères que de cancers, on voit que la fistule se rencontre bien plus souvent dans le cancer, dans la proportion de 15 à 1.

La fréquence absolue de cette complication dans le cancer est diversement appréciée par les auteurs. Dittrich (3) a rencontré, sur 160 cancers de l'estomac, 6 fistules gastro-coliques, ce qui donne comme fréquence 3,75 p. 100. Brinton (4), dont la statistique porte 507 cas, n'a vu que 11 fois cette complication, ce qui donne seulement 2,77 p. 100. D'autre part, M. le professeur Lépine nous a déclaré ne l'avoir jamais rencontrée et il possède plus de 100 observations de cancers de l'estomac.

Plusieurs causes expliquent que la fistule complique moins souvent l'ulcère simple. Tout d'abord, l'ulcère se voit beaucoup moins souvent au niveau de la grande courbure et de la face antérieure qui sont en rapport avec le côlon. D'autre part, il semble que le cancer ait plus de tendance à provoquer des adhérences avec les viscères voisins. Mais la fistule gastro-colique se rencontre-t-elle surtout pour les cancers développés sur un ulcère antérieur ? M. Bouveret croit que, dans son cas, il s'agit d'un cancer greffé sur un ulcère. Il s'appuie sur la durée de l'affection chez son malade (3 ans 1/2) et sur les caractères de son anémie qui s'amendait beaucoup sous l'influence de la médication ferrugineuse. Dans beaucoup d'autres observations, on retrouve chez les ma-

1. Tosi, *Gaz. lomb.*, Milan., n° 31, 1855.
2. Oppolzer, *Wiener mediz. Presse*, n° 50, 1867.
3. *Prag. Vierteljahrschrift*, 1, XXVI, 1848.
4. *Brit. and For. med.-chir. Rev.*, 17, p. 162.

lades un passé gastrique antérieur à l'affection cancéreuse, et qui peut s'expliquer par l'existence d'un ulcère simple.

M. Tournier, étudiant la périgastrite suppurée dans le cancer de l'estomac (1), est également persuadé que, dans le cas qu'il a observé, il s'agissait d'un ulcère sur lequel s'était greffé un cancer, et ses recherches personnelles l'ont conduit à penser que « les ulcérations néoplasiques qui, après destruction de toutes les parois de l'estomac, se creusent dans les organes voisins, foie, rate, ou perforent le côlon, sont entées sur des ulcères dans la grande majorité des cas ».

Le cancer a donc d'autant moins de peine à perforer la paroi gastrique qu'il attaque en un point déjà rongé par l'ulcère.

Les caractères anatomiques de la lésion sont éminemment variables suivant la cause qui l'a produite.

Le plus souvent, l'estomac et le côlon sont intimement unis sur une surface assez étendue, et au centre des adhérences se trouve l'orifice de communication. Dans ce cas, la symphyse gastro-colique a précédé la fistule et c'est ce qui se produit le plus souvent quand l'affection est consécutive à un ulcère simple ou à un néoplasme de l'estomac ou du côlon.

D'autres fois, il existe entre les deux viscères une poche intermédiaire de dimensions variables et communiquant à la fois avec leurs deux cavités. C'est la lésion produite habituellement par les abcès abdominaux.

Toutes les formes et toutes les dimensions peuvent donc se rencontrer. Tantôt la communication est directe, tantôt il existe un trajet long et tortueux. Tantôt l'orifice est très étroit, laissant juste passer un stylet, tantôt la perte de substance est énorme, suffisante pour admettre le poing. Dans la grande majorité des cas, l'orifice est arrondi et assez large pour permettre au contenu des deux cavités de passer facilement de l'une à l'autre.

On rencontre quelquefois des formations cancéreuses obstruant plus ou moins la lumière de l'orifice ou flottant en forme de valve qui peuvent gêner le passage du contenu gastrique ou intestinal et modifier ainsi la symptomatologie.

Le siège de l'ouverture colique se trouve à peu près toujours sur la portion transverse du côlon, vers son milieu et plus rarement au niveau des coudes ou de l'origine du côlon descendant.

Dans l'estomac, l'ouverture est située le plus souvent, soit près du pylore, soit au niveau de la grande courbure, plus rarement vers le fond.

Dans quelques observations, il existe, en outre, une ou même plusieurs fistules gastro-cutanées. Ce sont particulièrement les cas consécutifs aux périgastrites et aux abcès.

Les lésions présentées par l'estomac et le gros intestin n'ont rien de spécial et dépendent uniquement de l'affection originelle. Le pylore est tantôt libre, tantôt sténosé.

Les dimensions de l'estomac ne paraissent pas changer par le fait de la communication avec l'intestin; mais le côlon est généralement dilaté dans sa portion située au-dessous.

Un autre détail fort curieux est l'état de l'intestin grêle dans les cas où, par suite de la sténose pylorique ou bien de l'énorme diamètre de la fistule, les aliments ne pénètrent plus du tout dans le duodénum. L'intestin grêle se trouve alors considérablement réduit de calibre et de longueur. Dans le cas de M. Bouveret, il présentait à peine le volume du petit doigt et, dans celui de Jones de Cornavon (1) (il s'agissait d'un enfant), il avait une longueur de 3 pieds.

II. Symptômes. — Les symptômes présentés par les malades avant l'établissement de la fistule sont infiniment variables et dépendent uniquement de l'affection causale. Parfois, cette période de début manque absolument, le cancer initial évoluant d'une façon latente et la maladie a semblé débuter brusquement le jour où s'est ouverte la communication entre l'estomac et l'intestin. D'autres fois, on observe les signes classiques du néoplasme ou de l'ulcère de l'estomac, ou bien on assiste à l'évolution d'un abcès abdominal. Aucun symptôme, pendant cette première période, ne peut faire prévoir l'établissement d'une fistule gastro-colique.

Le moment précis de la perforation n'a pu être déterminé que rarement. Dans quelques cas, les douleurs ont été plus vives; dans une observation même, le malade éprouva tout à coup une sensation atroce, « comme si quelque chose s'était déchiré dans son ventre ». Ailleurs, on trouve dans les selles un lambeau de muqueuse. Enfin, d'autres fois, le malade eut d'abord des symptômes de péritonisme ou un malaise général : prostration, troubles cardiaques, etc.

Quel que soit le début, la communication, une fois établie, se manifeste par un ensemble de troubles fonctionnels et de signes physiques.

I. *Signes fonctionnels.* — La fistule gastro-colique se manifeste par 3 symptômes essentiels qui, réunis, sont caractéristiques de l'affection, mais qui se présentent rarement à la fois. Ce sont : 1° *le vomissement fécal;* 2° *la lientérie;* 3° *la similitude des vomissements et des selles.*

1° *Vomissement fécal.* — Ce symptôme est très fréquemment observé. Sur 45 cas où l'observation est suffisamment complète, on trouve le vomissement fécal dans 29; le vomissement est noté comme non fécaloïde dans 4, et il manque complètement dans 12 : c'est donc un signe de grande valeur. Les matières vomies sont constituées, non pas par un liquide jaunâtre, d'odeur et de goût fécaloïdes, comme dans la péritonite aiguë et l'occlusion intestinale, mais par une bouillie brunâtre, mélangée à des boulettes solides qui rappellent tout à fait les matières fécales du gros intestin. La plupart des auteurs insistent beaucoup sur cet aspect des vomissements et les malades eux-mêmes, dans plusieurs observations, racontent qu'ils croient avoir vomi des excréments.

Ce symptôme est souvent le premier accusé par les malades et il persiste généralement jusqu'à la fin, revenant à intervalles variables et disparaissant quelquefois pendant plusieurs jours ou même un temps assez long. Ces bizarreries sont sous la dépendance de l'état anatomique de la fistule. Si l'ouverture stomacale se trouve située assez haut sur la grande courbure, et si le pylore est libre, une fois le contenu du gros intestin complètement évacué par le vomissement ou les selles, il peut s'écouler quelques jours avant que l'estomac ne soit à nouveau rempli par les matières fécales.

Dans quelques cas, le vomissement existe, mais non fécaloïde et, d'autres fois, il fait complètement défaut. Pour expliquer ce fait, Murchison fait jouer au pylore un rôle très important : si le pylore est libre, le vomissement stercoral fait défaut dans le cas où l'ouverture gastro-colique, de dimensions énormes, ne permet pas aux aliments de suivre leur voie naturelle et les fait passer

1. Tournier, *Lyon médical*, 27 janvier 1897.

1. Cornavon, *the Lancet*, 1851 (Obs. XXI de Murchison).

aussitôt dans le gros intestin. Si le pylore est le siège d'une sténose complète, le vomissement stercoral n'a plus de raison d'être et dans le second cas, le vomissement est alimentaire s'il existe ; dans le premier, il est remplacé par une diarrhée intense; « le malade, dit M. Bouveret, vomit dans son gros intestin ».

2° *La lientérie.* — La fistule gastro-colique, de diamètre suffisant, est la cause la plus naturelle de lientérie, puisque les aliments, arrivés dans l'estomac, trouvent un passage direct pour tomber dans le gros intestin. Toutefois, il faut remarquer que ce symptôme, pour être très manifeste, exige deux conditions : un diamètre suffisant de la fistule et sa situation près du pylore ou dans le voisinage du fond. Dans les autres cas, la lientérie peut se montrer par hasard et non d'une façon constante, et passer inaperçue. Cela explique pourquoi ce symptôme est si rarement noté dans les observations. Elle doit se rencontrer fréquemment dans la fistule gastro-colique; mais elle doit être recherchée soigneusement par le clinicien.

3° *La similitude des vomissements et des selles.* — Ce symptôme est peut-être celui qui a été le plus souvent constaté. Le malade a un vomissement fécal et presque aussitôt une selle généralement diarrhéique, et il constate que les matières vomies sont tout à fait identiques à celles expulsées par l'anus. Le malade de M. Bouveret, qui n'avait pas de vomissement fécal, vomit une seule fois une petite quantité de bouillie blanc jaunâtre, tout à fait semblable à la bouillie des selles diarrhéiques. Il est probable que le contenu stomacal, pressé par les contractions péristaltiques de l'organe, est chassé par les deux voies qui lui sont ouvertes : le cardia et l'œsophage d'une part, et, d'autre part, le côlon descendant et le rectum. D'où la similitude et souvent la simultanéité des vomissements et des selles, qui constituent sans contredit le symptôme capital de cette affection.

4° *Symptômes accessoires.* — La *diarrhée* est quelquefois extrêmement abondante, permanente, rebelle à toute médication. D'ailleurs, elle n'est, dans ces cas, qu'une forme de la lientérie, car elle est très influencée par l'ingestion des boissons et des aliments.

Par conséquent, l'existence d'une diarrhée incoercible, durant depuis longtemps, chez un malade porteur d'un néoplasme gastrique, doit faire songer à la fistule gastro-colique.

La *soif* est souvent très intense et tourmente les malades qui ne cessent de demander à boire.

L'*amaigrissement* est signalé par Murchinson comme un symptôme de grande valeur. Dans la majorité des cas, en effet, on signale la maigreur extrême du patient.

L'*odeur fécale de l'haleine et des renvois* est également un signe de probabilité.

La cessation brusque des vomissements existant depuis longtemps peut également mettre sur la voie du diagnostic. Dans les cas d'ancienne sténose du pylore, s'accompagnant de vomissements périodiques, la formation de la fistule peut brusquement supprimer le vomissement, car alors le malade vomit dans son gros intestin.

La disparition soudaine d'une douleur épigastrique déjà ancienne est un signe un peu analogue, mais de moindre importance.

Signalons enfin l'état de malaise dans lequel se trouve le malade pendant les crises de vomissements stercoraux : pouls petit, rapide, affaiblissement extrême, etc. Mais ce malaise, quelquefois très alarmant, ne dure pas plus que le symptôme qui lui a donné naissance, et, une fois le vomissement disparu, les symptômes, qui paraissaient très graves, s'évanouissent rapidement; quelquefois même, le malade paraît se rétablir complètement, reprend de l'appétit, se remet à manger, jusqu'à l'apparition de nouvelles crises semblables, mais de plus en plus alarmantes.

II. *Signes physiques.* — L'examen attentif du malade et l'exploration de l'estomac peuvent et doivent confirmer le diagnostic.

Les signes physiques sont fournis par l'examen chimique des selles, la palpation de l'estomac, le lavage et surtout l'insufflation de l'estomac et de l'intestin.

L'*examen chimique des selles* a été très rarement pratiqué. Et pourtant il peut donner des renseignements utiles. La présence d'acide chlorhydrique dans le liquide des selles montrerait, en toute évidence, que ce liquide vient directement de l'estomac.

La palpation de l'estomac a montré à M. Bouveret l'absence de clapotage gastrique chez son malade. Ce signe a une certaine importance, surtout si on le constate chez un malade qui a présenté un clapotage manifeste à des examens antérieurs. D'autre part, on constate quelquefois du clapotage au niveau du côlon transverse ou de l'S iliaque.

Le lavage de l'estomac a mis le médecin sur la voie du diagnostic dans le cas de May (1). Pendant le lavage, on s'aperçut que la quantité de liquide qui sortait de l'estomac était notablement inférieure à celle qu'on avait introduite, et, aussitôt après, le malade, pris d'un besoin subit d'aller à la selle, rejeta par l'anus le restant du liquide.

Le lavage peut présenter un autre caractère signalé par Edmunds (2). Malgré l'emploi de plusieurs litres d'eau, le liquide qui sort de l'estomac est aussi sale à la fin qu'au commencement.

Le vomissement des lavements. — Dans deux cas, un lavement introduit dans le rectum avec une certaine pression pénétra dans l'estomac et fut vomi quelques instants après. Il est facile de répéter cette expérience, en donnant au malade un lavement coloré : la présence du colorant dans les vomissements qui suivent serait une preuve de plus. Ce symptôme a été cherché dans le cas rapporté par Scholz (3) et il a fait défaut. Cela s'explique, dans ce cas, par la présence au niveau de la fistule d'une sorte de valve qui permettait très bien le passage du contenu gastrique dans l'intestin, mais qui pouvait s'opposer au reflux du contenu du côlon descendant dans l'estomac.

L'insufflation de l'estomac n'a, croyons-nous, jamais été pratiquée dans le cas de fistule gastro-colique; on est en droit de croire que cette insufflation fournirait des données utiles pour le diagnostic. Le gaz insufflé passant aussitôt dans le côlon, on n'arriverait pas à obtenir la tension stomacale si facile à produire d'ordinaire, et la distension gazeuse irait intéresser le côlon descendant et le rectum.

L'insufflation de l'intestin, en revanche, a été pratiquée plusieurs fois et a servi, dans ces cas, à assurer le diagnostic d'une façon indiscutable. Ce mode d'exploration a été surtout vanté par Ziemssen, qui le préconise pour établir le diagnostic dans tous les cas d'obstruction intestinale ou de communication anormale des différentes portions du tube digestif entre elles. Ziemssen pratiquait au début une insufflation par la formation d'acide carbonique dans l'intérieur du gros intestin, au moyen de deux injections rectales consécutives : l'une contenant une solution de bicarbonate de soude et l'autre une solution

1. May, *Münch. med. Woch.*, p. 368, 1890.
2. Edmunds, *St.-Thomas's Hosp. Rep.*, p. 91, 1884.
3. Scholz, *Wiener med. Blätter*, n° 16, 1896.

d'acide tartrique. Plus tard, il conseilla simplement l'injection d'air. Un tube, muni d'un robinet, est introduit dans le rectum et l'on insuffle de l'air progressivement. On voit bientôt se dessiner, sous la peau de l'abdomen, les contours de l'S iliaque du côlon, puis, l'air pénétrant dans l'estomac par la fistule, cet organe acquiert rapidement un certain degré de distension, tandis que le côlon ascendant et le cæcum conservent leur flaccidité. Ce phénomène fut constaté dans les cas de Scholz, de May et de Fremdenberger. Cette exploration est certainement d'une importance capitale pour affirmer le diagnostic. Elle peut même jusqu'à un certain point, renseigner le clinicien sur le siège précis de la fistule. En effet, dans les cas de Scholz et de May, l'air, en passant de l'intestin dans l'estomac, produisait un bruit de glou-glou très facilement perceptible et dont on pouvait préciser le point d'origine par l'auscultation. Dans le cas de Scholz, le bruit produit par l'air était si intense qu'il était entendu dans la salle par tous les assistants.

Le ventre est souple, *sans météorisme*, et l'on sent quelquefois une tumeur de la région stomacale, où l'on constate un point douloureux localisé.

Enfin, les urines sont le plus souvent normales en qualité, mais très peu abondantes.

La température est à peu près normale, sauf dans les cas où la cause de la maladie est un abcès abdominal.

III. Formes cliniques. Diagnostic. — Il serait aisé de faire le diagnostic de fistule gastro-colique chez un malade qui présenterait la plupart des symptômes que nous venons de passer en revue. Mais dans la grande majorité des cas, les signes accusés sont peu nombreux et groupés de façon variable. L'affection se présente la plupart du temps sous l'une des deux formes cliniques suivantes :

Première forme, avec *vomissement fécal;*

Deuxième forme, avec *diarrhée lientérique*.

I. *Première forme clinique avec vomissement fécal.* — Un malade, souffrant depuis quelque temps déjà de troubles gastriques plus ou moins précis, a été pris subitement, soit sans cause, soit à l'occasion d'un excès ou d'un incident quelconque, de vomissements d'odeur et de goût infects. Les matières vomies, examinées, n'ont pu être comparées qu'à des matières fécales. En même temps sont survenus des troubles généraux : prostration, pouls petit et rapide, sueurs, quelquefois même du refroidissement des extrémités et de la tendance au collapsus. On songe tout d'abord à une *occlusion intestinale aiguë*. Mais l'examen du malade est tout de suite contraire à cette manière de voir. En effet, nous avons dit qu'une selle diarrhéique accompagnait presque toujours ou suivait de très près le vomissement. Ceci n'est déjà pas en faveur de l'occlusion, mais peut s'expliquer, même dans ce cas, par l'expulsion des matières contenues dans la partie de l'intestin située au-dessous de l'obstacle. Mais, d'autre part, l'abdomen n'est pas distendu; il n'y a *jamais de météorisme;* on ne voit pas les contractions anti-péristaltiques de l'intestin grêle se dessiner en ondulations sous la peau. Or, ce sont là les symptômes constants de l'occlusion intestinale.

D'autre part, la marche des deux affections est différente : dans la fistule, le vomissement fécal survient brusquement et atteint du premier coup son caractère définitif. Dans l'occlusion intestinale, une période quelquefois assez longue, marquée par les douleurs abdominales, les nausées, les vomissements alimentaires, puis bilieux, précède l'établissement des vomissements fécaloïdes.

Les matières vomies ne sont pas non plus tout à fait semblables. Nous avons déjà insisté sur le caractère fécal des vomissements dans la fistule gastro-colique, caractère que l'on ne rencontre que rarement dans l'occlusion intestinale et seulement à une période avancée.

Enfin, la marche ultérieure est également différente. Dans la fistule gastro-colique, les symptômes généraux, la tendance au collapsus, disparaissent vite, pour revenir, il est vrai, brusquement et sans prodromes.

Dans l'occlusion, la marche est progressive et les troubles généraux vont sans cesse en croissant; si l'obstacle est levé, la rémission se produit brusquement, mais elle est durable.

Il est donc assez facile de distinguer la fistule gastro-colique de l'occlusion intestinale aiguë. Mais il est plus délicat de la différencier de la forme chronique de l'obstruction dans laquelle se produisent des rémissions comparables à celles observées dans la fistule. Murchinson fait allusion à un cas de Holmes (1), où un cancer de l'estomac avait provoqué un rétrécissement du côlon par symphyse gastro-colique et où la maladie avait une allure assez analogue à celle de la fistule. Nous avons trouvé, en outre (2), deux observations où un ulcère de l'estomac perforé avait provoqué la formation d'une poche purulente qui comprimait le côlon. Dans ces deux cas, le tableau clinique était à peu près semblable au précédent et les vomissements avaient un caractère fécaloïde très accusé. Dans ces conditions, le diagnostic demande la recherche des autres signes : la similitude des vomissements et des selles, la lientérie, et surtout les résultats de l'insufflation qui sont en quelque sorte le critérium.

La *péritonite aiguë* se distingue plus aisément par les douleurs, les phénomènes abdominaux, l'élévation de la température, la nature des vomissements surtout bilieux, porracés, et la marche des symptômes généraux.

La *hernie étranglée* est encore plus simple à reconnaître.

Ce syndrome, où domine le vomissement fécal, peut se rencontrer dans les cas où il existe une communication entre l'estomac et un point de l'intestin grêle, surtout la partie terminale de l'iléon. Mais cette anastomose gastro-iléale et d'une rareté excessive, et le seul moyen d'établir le diagnostic serait, d'après Ziemssen, l'insufflation de l'intestin.

Enfin, on ne se laissera pas tromper par l'*hystérie*. On voit en effet des hystériques atteintes de vomissements stercoraux absolument caractéristiques et, s'il s'en rapportait à ce seul symptôme, le clinicien pourrait être très embarrassé. Aussi, si l'on soupçonne l'hystérie, faut-il chercher avec soin d'une part les stigmates de cette affection, d'autre part les signes physiques de la fistule gastro-colique.

II. *Deuxième forme clinique, avec diarrhée lientérique.* — Cette forme a été plus rarement observée que la précédente. Le vomissement fécal peut ici faire complètement défaut, comme dans le cas de M. Bouveret. La maladie débute presque toujours brusquement, par une diarrhée à caractère lientérique qui s'accroît et persiste malgré tous les traitements.

Mais la diarrhée n'est pas rare dans le cancer de l'estomac (3). Elle peut devenir très abondante dans les derniers temps de la maladie. Cependant elle peut acquérir dans la fistule gastro-colique une intensité et une téna-

1. *Edinburg med. and. surg. Journal*, 1812.
2. Delpech, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881; Bourcy, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882.
3. R. Tripier, Étude clinique de la diarrhée dans le cancer de l'estomac (*Lyon médical*, 1881).

cité que l'on ne rencontre pas ailleurs et qui doivent donner l'éveil. La diarrhée de la fistule gastro-colique est généralement influencée par l'ingestion des aliments et des boissons. Ce phénomène se rencontre quelquefois à l'état normal; mais, dans ces cas, l'évacuation n'est pas fatalement diarrhéique et ne présente pas le caractère lientérique.

La lientérie se rencontre également dans d'autres affections; mais elle est fort rare. On a signalé des lientéries nerveuses, d'autres provoquées par la dilatation ou l'insuffisance du pylore. Il existe une lientérie de cause intestinale, due aux catarrhes et aux fermentations anormales. Murchinson signale ce symptôme dans les ulcérations pyloriques qui détruisent en partie le sphincter et empêchent son action.

Mais l'anastomose gastro-colique donne à la lientérie un caractère permanent qu'elle n'a généralement pas dans les autres cas. Elle seule aussi est peut-être capable de produire la véritable lientérie, la présence dans les selles d'aliments intacts; dans les autres cas, ils ont presque toujours subi un commencement de digestion. Schönlein (1) indique un moyen de distinguer la lientérie gastro-colique : on donne un repas coloré à la cochenille et l'on remarque le moment de l'apparition de la coloration dans les fèces. Dans la fistule gastro-colique, cette apparition est très rapide, on trouve le colorant dans la première selle et très peu de temps après l'ingestion des aliments. Dans le cas de dilatation du pylore, la couleur n'apparaît que 12 heures environ après le repas et vers la septième selle.

Avant de terminer l'étude du diagnostic, nous ferons remarquer que le *vomissement des lavements*, qui est un symptôme de grande importance, peut induire le médecin en erreur. Ce phénomène s'observe, en effet, chez les hystériques. M. Pic (2) a publié le cas d'une malade qui avait été mise à la diète absolue à cause d'hématémèses très abondantes, et qu'on nourrissait avec des lavements alimentaires. On s'aperçut bientôt qu'elle vomissait ses lavements quelques instants après leur pénétration dans le rectum. M. Pic fit donner à la malade, à plusieurs reprises, des lavements contenant de la poudre de lycopode colorée au bleu de Lyon et constata la présence du lycopode dans le vomissement qui suivait le lavement à 8 ou 10 minutes d'intervalle. M. Pic n'admit pas l'existence d'une fistule gastro-colique; il donna comme explication à ce phénomène un antipéristaltisme exagéré avec insuffisance de la valvule de Bauhin.

Tout récemment (3), M. Pic a donné de nouveaux renseignements sur cette malade. Elle eut à plusieurs reprises des vomissements sanguinolents, et le fait de la non-existence d'une fistule ne parut pas à tout le monde aussi certain que le pensait M. Pic. Aussi, en présence de la persistance des troubles gastriques, la malade accepta-t-elle la laparotomie qui ne fit rien découvrir. Il n'y avait donc pas de fistule. Il s'agissait de troubles nerveux, car l'intervention, qui avait été uniquement exploratrice, suffit à supprimer les vomissements pendant plusieurs mois.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares : les traités de l'hystérie mentionnent ce fait et nous en trouvons deux observations typiques dans la thèse d'Angerant (4).

Il importe donc de ne pas considérer le vomissement des lavements comme un signe caractéristique de la fistule gastro-colique, ainsi qu'il semblerait rationnel de penser à première vue.

1. *Klinische Vorträge*, p. 365, 1842.
2. *Province médicale*, octobre 1895.
3. *Province médicale*, 5 juin 1897.
4. Thèse de Paris, 1894.

En résumé, il nous paraît certain que, dans la majorité des cas, le diagnostic de l'anastomose gastro-colique peut être établi par l'examen des troubles fonctionnels pour peu que le clinicien ait l'attention éveillée sur cette complication. L'exploration de l'estomac et du gros intestin par l'insufflation doit, dans tous les cas fixer le diagnostic d'une façon définitive.

Quelquefois, très rarement il est vrai, la fistule gastro-colique peut évoluer d'une façon tout à fait latente. Ce fait est rapporté dans deux observations et s'explique par l'état anatomique de l'anastomose, constituée dans ces cas par un trajet étroit, long et tortueux.

Marche. Pronostic. Traitement. — Le malade atteint de fistule gastro-colique ne tarde pas à perdre rapidement ses forces, à s'affaiblir progressivement et à tomber en quelques jours dans un état d'amaigrissement et de cachexie que l'on rencontre rarement ailleurs. La mort survient dans un délai le plus souvent assez court. Beaucoup de malades meurent dans les 3 ou 4 semaines qui suivent l'établissement de la fistule.

Cependant la survie atteint et dépasse quelquefois plusieurs mois. Dans l'observation de Davies (1), le malade paraît avoir vécu plus de 2 ans après l'établissement de l'anastomose gastro-intestinale. Il s'agissait, dans ce cas, d'un ulcère simple, et le pylore n'était pas sténosé.

Dans deux observations le malade a guéri. Dans l'une, celle de Bogolepow (2), il s'agit d'une fistule consécutive à un abcès sous-phrénique ouvert à la fois dans l'estomac et le côlon. Le malade fut opéré et guérit.

Dans l'autre (3), rapportée par Murchison, il s'agit d'une jeune fille paraissant atteinte d'un ulcère de l'estomac et qui eut pendant plusieurs années des signes non douteux de fistule gastro-colique : vomissement fécal et lientérie très manifeste.

Le diagnostic paraît certain, et il est probable que, dans ce cas, la cicatrisation de l'ulcère rond s'est produite longtemps après la formation de la fistule et que cette cicatrisation entraîna progressivement l'oblitération de l'anastomose.

La mort n'est donc pas la conséquence absolument fatale de la fistule gastro-colique. Elle n'en est pas moins la terminaison la plus ordinaire.

Le traitement institué dans la plupart des cas s'est borné à chercher à calmer les vomissements et la diarrhée par les moyens ordinaires et à soulager le patient avec l'opium et les autres calmants.

Dans un seul cas, celui d'Edmunds (4), où l'affection fut reconnue pendant la vie du malade, on proposa une intervention palliative, la colotomie sur le côlon ascendant, dans le but de supprimer le vomissement fécal. Cette opération fut pratiquée, mais le malade n'en retira aucun bénéfice, car rien ne sortit par la plaie et il mourut 3 jours plus tard.

Néanmoins, cette conduite était rationnelle; dans les cas où il est avéré que l'on est en présence d'une fistule cancéreuse, et lorsque le principal symptôme est le vomissement fécal, il semble indiqué de pratiquer un anus contre nature au niveau du côlon ascendant. C'est le seul moyen de supprimer le symptôme répugnant qu'est

1. Davies, *Trans. path. Soc. London*, vol. I et Lancet, 1848.
2. Bogolepow *in* thèse de Lang (Les abcès sous-phréniques, Moscou, 1893).
3. Murchison, *the Lancet*, 27 février 1864.
4. Edmunds, *St.-Thomas's Hospital Reports*, p. 91, 1884.

le vomissement fécal et de procurer au malade un véritable soulagement.

L'intervention curative n'a, croyons-nous, été pratiquée qu'une seule fois : c'est dans le cas rapporté par Hentschel (1), où l'on avait diagnostiqué une tumeur abdominale probablement de l'intestin. Ce n'est que pendant l'intervention, que l'on s'aperçut que la tumeur dépendait à la fois de l'estomac et du côlon. On dut enlever le tout en faisant une résection partielle de l'estomac et du côlon. L'intervention dura 3 h. 1/2 et la malade mourut le lendemain.

On ne saurait conseiller une opération semblable quand la maladie est d'origine cancéreuse. Mais il n'en est pas de même quand la fistule reconnaît pour cause un abcès abdominal ou un ulcère de l'estomac.

L'abcès reconnu par ses symptômes spéciaux et en particulier par la fièvre et la marche de la température, demande à être ouvert dans le plus bref délai. C'est le meilleur moyen de prévenir la formation de la fistule. Si celle-ci est déjà établie, il est quand même indiqué d'intervenir pour tâcher d'oblitérer les perforations : c'est ce que l'on a fait dans le cas de Bogolepow et le malade a guéri.

De même, s'il paraît certain que la communication gastro-colique a pour origine un ulcère simple, on doit songer à une opération radicale, et il est légitime d'espérer la guérison de la fistule gastro-colique d'origine ulcéreuse, si cette guérison dépend de la résection d'une portion de l'estomac et d'une partie du côlon transverse. Mais le chirurgien doit s'inspirer des circonstances et agir suivant les détails anatomiques présentés par l'affection.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

ANNÉE 1897-98.

M. JACOT-DESCOMBES (Charles). *Contributions anatomiques à l'étude de la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac*. N° 83. (H. Jouve.)

M. GAYRAL (André). *De l'insomnie dans les affections cardiaques et en particulier de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathie artérielles*. N° 80. (Imp. Cornois.)

M. BROCCHI (André). *Sur la nocivité des huîtres et des moules*. N° 59. (H. Jouve.)

M. CALMELS (Jean). *La colite chez les enfants*. N° 81. (Imp. Cornois.)

M. DESMIER (L.). *De l'impaludisme dans les marais de la Basse Vendée*. N° 82. (G. Carré et C. Naud.)

M. PERRÉE (Albert). *Etude des rayons de Röntgen appliqués aux expertises médico-légales*. N° 97. (G. Steinheil.)

M. MORTAGNE (Henri). *De l'accouchement méthodiquement rapide*. N° 43. (Carré et Naud.)

M. THÉBAUD (Edouard). *Placenta prævia par glissement*. N° 21. (Jouve.)

M. MARIDORT (Pierre). *Contribution à l'étude historique et critique des différents traitement de placenta prævia*. N° 13. (Jouve.)

M. MOREL (J.), *Rupture et perforation de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement*. N° 35. (Carré et Naud.)

M. SAUCON (A.). *Pesées et mensurations fœtales à différent âges de la grossesse*. N° 45. (Jouve.)

1. HENTSCHEL, *Beitrag sur Lehre von Magenkolonfisteln* (thèse de Wurzburg, 1894).

M. CHAUVENET (Joseph). *Contribution à l'étude de l'allaitement artificiel*. N° 44. (Jouve.)

D'après M. JACOT-DESCOMBES, l'ulcère rond est toujours dû à des troubles circulatoires locaux déterminant des troubles nutritifs circonscrits dans la paroi stomacale, amenant par l'action du suc gastrique, la formation de l'ulcère simple de l'estomac. Les troubles circulatoires sont souvent dûs à des oblitérations artérielles dont la cause est l'embolie. La thrombose autochtone, de même que l'endartérite déformante est probablement beaucoup plus rarement la cause de la formation de l'ulcère simple.

Quant aux hémorrhagies interstitielles de la muqueuse, hémorrhagies reconnaissant une autre cause que l'oblitération vasculaire, elles peuvent aussi provoquer l'ulcère rond, mais il est difficile de dire leur fréquence, elles paraissent plutôt rares.

Il en est probablement de même pour les traumatismes chez les anémiques, traumatismes qui, sans nul doute, peuvent aussi déterminer l'ulcère simple, mais moins fréquemment que l'oblitération artérielle.

La stase veineuse, du côté du système porte, paraît devoir être complètement éliminée du cadre étiologique de l'ulcère simple, ainsi que la gastrite chronique.

Les causes d'insomnie dans les maladies du cœur sont nombreuses, tels la dyspnée mécanique, symptôme capital de l'asystolie, l'état de congestion mais surtout d'anémie du cerveau, enfin la douleur qui atteint son maximum dans l'angine de poitrine vraie, mais surtout dans la fausse angine dont les manifestations sont plus souvent nocturnes.

M. GAYRAL insiste surtout sur une sorte d'insomnie d'origine dyspnéique toute particulière dont l'explication se trouve dans l'examen du malade. Celui-ci ne dort pas parce qu'il respire mal. Cette insomnie a une origine toxique, puisqu'il est possible de faire varier la dyspnée nocturne avec l'alimentation du malade. Il ne s'agit pas ici de phénomènes urémiques, à proprement parler, mais d'une intoxication alimentaire (Huchard. Le cardiopathe artériel ne dort pas parce qu'il ne peut pas respirer, et s'il ne peut pas respirer, c'est que son centre pneumo-bulbaire est intoxiqué, intoxication qui provient du pouvoir éliminateur moindre de son rein, car l'insuffisance rénale, à laquelle peut se joindre l'insuffisance hépatique, est un symptôme précoce et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie (Huchard). L'auteur admet que le vieillard est, en quelque sorte, un cardiopathe artériel latent, et que son insomnie relative peut invoquer cette cause. Il existe une insuffisance rénale en rapport avec l'âge sans aucune lésion du rein. Si le vieillard dort moins, c'est qu'il élimine moins.

Le régime lacté est le traitement rationnel d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles, et l'alimentation carnée est capable de la faire renaître avec la dyspnée. Le lait, par sa triple action sur le rein, sur le foie et sur l'intestin, répond à toutes les indications.

L'énorme consommation qu'on fait en France des huîtres et des moules et les rares accidents qui en sont la conséquence, montrent, dit M. BROCCHI, que la moule et l'huître représentent un aliment éminemment sain.

Pourtant la moule peut, lorsqu'elle est placée dans certaines conditions de milieu, acquérir desprincipes toxiques, aujourd'hui connus et qui peuvent provoquer de graves désordres.

Ces accidents peuvent être facilement écartés si l'on évite de livrer à la consommation des moules trouvées dans les ports de mer ou leur voisinage immédiat, ou dans tout autre lieu suspect.

Elles devraient en tous cas être placées pendant au moins 8 jours dans de l'eau de mer pure avant d'être livrées aux consommateurs,

L'huître de bonne qualité est un excellent aliment et parfaitement inoffensif; son caractère de nocuité accidentelle lui vient des souillures auxquelles on l'expose. Le danger vient surtout des parcs de réserve qui sont situés comme il arrive souvent à l'embouchure ou près de l'embouchure d'un fleuve, d'une rivière ou d'un ruisseau qui collectent les déjections et eaux sales des villes, villages ou usines qui sont situés le long de leurs rives.

On a constaté que le bacille typhique pouvait résister quelques

jours dans l'eau de mer mais que peu à peu, par suite de la phagocytose, il disparaissait des huîtres contaminées.

Le moyen le plus sûr d'éviter tout danger est donc de placer les huîtres pendant quelques jours dans de l'eau de mer pure avant de les livrer à la consommation. C'est le vœu qu'a émis l'Académie de médecine en juin 1896.

La colite de l'enfance qu'étudie M. Calmels est une affection caractérisée par le rejet de selles mucino-membraneuses quelquefois légèrement striées de sang.

C'est surtout l'hérédité nerveuse et arthritique et l'alimentation vicieuse des nourrissons qu'il faut incriminer dans la production de la colite chez les enfants. L'auteur distingue la colite aiguë simple ou dysentériforme, la colite chronique à type continu, la colite chronique à type entéralgique, la colite chronique à paroxysmes simples ou dysentériformes.

Le diagnostic est généralement facile et repose surtout sur l'examen des matières rendues par l'enfant. A l'aide du microscope, on peut quelquefois déceler dans les selles la présence de sable intestinal et d'œufs d'ascarides.

Le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas et ne devient sérieux que lorsque des accidents graves viennent compliquer la maladie.

Les complications de la colite sont: l'appendicite, la cystite colibacillaire, la lithiase intestinale, des troubles cutanés et nerveux et la néphroptose.

Comme traitement, mettre l'enfant à la diète hydrique : boissons tièdes, froides s'il y a des vomissements; lait en quantité très modérée. Bains tièdes ou bains froids selon le cas. Compresses chaudes sur le ventre. Lavages de l'intestin à l'eau bouillie. Décoction blanche de Sydenham, antipyrine, opium ou laudanum.

Après la crise, alimentation légère avec jus de viande, eau albumineuse, riz au lait, crèmes, panades, etc.

En cas de colite chronique, dans l'intervalle des crises, conseiller l'hydrothérapie, frictions sèches et massage contre la constipation. Changement d'air, vie à la campagne. Cure thermale à Plombières, Chatel-Guyon, etc.

Pour M. Desmier, il y a, dans les marais de la Vendée, un élément pernicieux, affaibli, il est vrai, mais non encore disparu.

La fièvre paludéenne type, franchement intermittente, rémittente ou continue, est rare. On l'observe quelquefois, surtout aux époques favorables pour l'éclosion des manifestations du paludisme.

Ce dernier revêt presque toujours la forme larvée et se trouve entremêlé diversement avec d'autres affections.

Il est important de faire le diagnostic dès le début, et c'est le thermomètre qui en est la clef.

En présence d'une allure irrégulière, d'accès survenant périodiquement, suivis de détentes sudorales plus ou moins complètes, d'aggravations subites aussi inexplicables que la bénignité qui leur fait suite, tous ces égarements symptomatiques sauront donner l'éveil sur la nature paludéenne de la maladie, et mener à une thérapeutique efficace.

La radiographie est pour la médecine légale un des modes d'exploration les plus précis qu'on ait encore jusqu'à présent découverts. Et pour M. Perrée, nombreuses en effet seront les expertises médico-légales où des radiographies bien prises et bien interprétées pourront servir de base au jugement du tribunal. Dans 2 cas surtout, on devra recourir au tube de Crookes : en premier lieu, c'est par lui qu'on pourra constater avec certitude l'existence et la situation d'un corps étranger (balle de revolver, grains de plomb, etc.). En second lieu, dans l'appréciation des lésions traumatiques des os et des articulations, la radiographie pourra éclaircir bien des points obscurs et servir même de base dans l'estimation des dommages-intérêts ou dans la fixation des indemnités. Grâce à elle, on pourra faire le départ, de ce qui est le résultat de l'accident et de ce qui revient à une affection chronique contractée antérieurement.

Les rayons de Röntgen seront aussi utilisés avec avantage dans les expertises pour infanticides; ils fourniront des détails de grande importance sur la maturité et la viabilité des fœtus, sur la cause de la mort des nouveau-nés, et sur la réalité même de la grossesse.

Ils trouveront encore leur emploi dans l'établissement des signes d'identité pour le service anthropométrique, dans la recherche des falsifications et dans certaines applications toxicologiques; de plus l'usage de la radioscopie facilitera singulièrement l'examen des engins explosifs.

Enfin, la radiographie sera un puissant moyen d'investigation en médecine légale militaire, pour fixer les congés de réforme et les pensions de retraite; de même, vis-à-vis des Compagnies d'assurances, elle pourra quelquefois jouer un grand rôle dans l'établissement des polices.

L'accouchement méthodiquement rapide, d'après la définition de M. Mortagne, est celui dans lequel l'accoucheur intervient pour provoquer et pratiquer extemporanément la dilatation ou pour compléter tout au moins une dilatation insuffisante et procéder immédiatement à l'extraction artificielle du fœtus. Cette opération trouve ses indications dans des circonstances variées : dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur, quand la rupture des membranes et l'introduction du ballon de Champetier de Ribes n'ont pas arrêté l'hémorrhagie; dans l'éclampsie à forme grave, où la mère est menacée d'une mort imminente; dans l'asphyxie due aux accidents gravido-cardiaques, dans certaines affections pleuro-pulmonaires, telles que la pneumonie, la pleurésie, dans la période agonique, et même après la mort de la parturiente, on peut être amené à pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide. D'autres fois, c'est dans le cas de fibrome, de cancer, ou de rigidité syphilitique du col, dans les cas de rétrécissement du bassin, dans les procidences du cordon que cette intervention s'impose, dans l'intérêt de la mère ou du fœtus. Les moyens dont dispose l'accoucheur pour arriver à la dilatation du col sont les suivants : l'écarteur de Tarnier, le colpoeurynter couramment employé en Allemagne, le ballon de Champetier de Ribes, les incisions du col qui peuvent être peu étendues et multiples ou profondes et au nombre de deux seulement selon la méthode de Dührssen, et enfin la dilatation manuelle qui est le procédé de choix. La dilatation manuelle est ordinairement sans danger. Elle n'expose pas plus que les autres interventions à l'infection, à l'hémorrhagie et aux déchirures du col. Sur 29 observations rapportés par M. Mortagne, la déchirure du col ne s'est produite que 2 fois, et encore était-elle peu considérable; d'ailleurs on les observe aussi après l'emploi du colpoeurynter ou du ballon de Champetier. Le plus souvent la dilatation manuelle se trouve facilitée par la diminution de la tonicité du muscle utérin qui est de règle chez les femmes épuisées par des hémorrhagies, une maladie grave, ou un travail prolongé. Pour procéder à la dilatation, on peut introduire d'abord l'index dans le col, puis le médius, et les autres doigts de la même main. D'après quelques auteurs la dilatation sera plus rapidement et plus facilement obtenue par l'introduction successive de l'index des deux mains qui, adossés l'un à l'autre dans le col, exerçent des pressions divergentes, à la manière d'une pince dont on écarterait les mors; ou de placer les doigts en différentes directions pour distendre les parois du canal cervical en tous sens; l'effort doit être continu, progressif, mais non énergique. Il faut fatiguer et non violenter le sphincter musculaire. Si l'on perçoit de petits craquements, il convient de changer les points d'application. Bientôt le médius de la main droite prend place à côté de l'index, puis le médius gauche, et les 4 doigts continuent le travail de dilatation. Les auriculaires pénètrent à leur tour et les deux mains agissant en sens contraire amènent les lèvres du col en contact avec les parois de l'excavation; l'opération est terminée.

Après la mort, cette méthode doit être préférée à l'opération césarienne, excepté dans le cas de mort subite, où le col ne se prête pas à une dilatation rapide; c'est donc alors seulement que la césarienne reprend tous ses droits.

S'appuyant sur deux observations dans lesquelles le placenta qui, au moment de l'intervention, recouvrait largement le col, s'insérait en réalité à plusieurs centimètres au-dessus de l'orifice interne, M. Thébaud affirme l'existence du placenta prævia par glissement. Dans certains cas, on peut rencontrer la masse pla-

centaire superposée au col; on est alors tenté d'admettre une insertion centre pour centre. Mais en examinant de près et en suivant les phases du travail, on voit que cette superposition du placenta n'est que secondaire; au début des contractions, les cotylédons sont inaccessibles, puis, à mesure que le travail s'avance, on sent d'abord le bord du placenta au niveau de l'orifice interne; puis ce bord placentaire recouvre bientôt la zone de dilatation et donne ainsi l'illusion d'une insertion centrale. Ce glissement serait dû aux tractions exercées par les membranes intactes sur le placenta, et serait toujours précédé d'un décollement plus ou moins étendu.

Le même mécanisme est applicable au décollement prématuré d'un placenta inséré normalement. M. Thébaud admet que, assez souvent, c'est la tension exagérée des membrane qui est l'agent principal du décollement prématuré.

M. Maridort étudie les différents traitements du placenta prævia. Il passe en revue l'arrachement total du placenta de Simpson, le décollement incomplet de Barnes, l'arrachement partiel avec intégrité des membranes (Bausen), l'expression fœtale de Kristeller, la méthode de Braxton-Hicks, de Wigaud, les injections d'eau chaude, le tamponnement, l'application du ballon Champetier de Ribes, la rupture artificielle des membranes, suivant le procédé de M. Pinard, l'accouchement forcé qui peuvent être employés suivant les circonstances. Mais la méthode qui répond le mieux au but suprême de l'accoucheur, qui est de sauver les deux existences menacées, est la *dilatation manuelle* de MM. Tarnier et Bonnaire; les avantages principaux sont la rapidité la facilité d'exécution, l'innocuité absolue.

Au nombre des causes qui peuvent déterminer les ruptures spontanées de la cloison recto-vaginale, M. Morel cite d'abord l'exagération de la contraction utérine, la déviation de l'axe utérin par antéversion prononcée, l'atrésie cicatricielle du vagin, la mauvaise orientation de la vulve, les rétrécissements et les épines osseuses du bassin, et le volume considérable du fœtus. Mais les interventions obstétricales soit manuelles, soit instrumentales, donnent bien plus fréquemment naissance aux perforations vaginales, surtout quand une compression prolongée par la partie fœtale en présentation a diminué la vitalité et la force de résistance des tissus.

On les reconnaîtra assez difficilement dans quelques cas. C'est ainsi que souvent l'ouverture du cul-de-sac postérieur est restée inaperçue, ou n'a été diagnostiqué que par hasard. Cet accident amènera d'ordinaire une douleur subite aiguë donnant la sensation d'éclatement, et une hémorrhagie qui deviendra très abondante si la lésion atteint les vaisseaux qui se rendent à l'utérus. Mais l'exploration directe permettra seule d'affirmer l'existence d'une déchirure que les symptômes précédents auront seulement fait supposer. Quelquefois le fœtus est partiellement engagé dans la rupture; d'autres fois il passe en entier dans l'abdomen de la mère.

En pareil cas, on observe un état syncopal, avec accélération du pouls, altération des traits, etc., le palper abdominal dénote une superficialité anormale du corps du fœtus; enfin le toucher différenciera la rupture utérine de la rupture vaginale.

Comme complication immédiate, on a noté les hémorrhagies, le passage de l'enfant dans l'abdomen, son expulsion par l'anus, la rupture vésico-vaginale, la hernie intestino-vaginale. Toutes ces lésions deviennent, si elles ne sont pas traitées, des fistules vésicales, intestinales d'une gravité variables.

On préviendra les ruptures de la cloison recto-vaginale en sectionnant les brides cicatricielles, en s'abstenant des manœuvres imprudente et inhabiles. Mais si la rupture existe, il faut terminer rapidement l'accouchement par le forceps, la version, la basiotripsie suivant les cas, quand l'enfant est encore dans les voies génitales, par la version ou la laparotomie, souvent combinées avec l'hystérectomie, s'il a émigré dans la cavité péritonéale.

Quant à la déchirure elle-même, si elle est très étendue et située dans le cul-de-sac postérieur on peut l'abandonner à elle-même (Hofmeier), la suturer complètement, ou la suturer partiellement avec un bon drainage; les déchirures recto-vaginales doivent être suturés immédiatement.

D'après les mensurations de M. Saucon, les membres inférieurs sont beaucoup moins longs chez le fœtus que chez l'adulte; les membres supérieurs ont une longueur à peu près égale. Le cœur du fœtus pèse environ 1/3 de plus que celui de l'adulte, tandis que le foie du fœtus à un poids double. La rate très petite au 4e mois, atteint son poids définitif à la viabilité. Le rein 3 fois plus pesant au 4e mois que chez l'adulte, diminue de poids pendant le reste de la gestation, mais est encore très lourd à terme,

L'allaitement artificiel peut être obtenu à l'aide de lait stérilisé. Mais malgré une stérilisation à 100° pendant 45 minutes, le lait stérilisé contient parfois des toxines extrêmement dangereuses. Aussi faut-il stériliser le lait peu de temps après la traite. Le lait de vache pur amène souvent de la constipation ou de la diarrhée avec selles fétides. Le coupage, pratiqué dans le but de diminuer ces inconvénients, en appauvrit les principes nutritifs, et provoque des troubles gastro-intestinaux.

M. Chauvenet préfère le lait maternisé ou humanisé préparé suivant la méthode de Gärtner ou de Vigier.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Traumatisme et carcinome du tube digestif (Ueber die Bedeutung von Traumen für die Entwickelung von Intestinalcarcinomen), par Boas (*Deut. med. Wochenschr.*, 1897, n° 44, p. 707). — Sur 62 carcinomes du tube digestif que l'auteur a observés dans le courant des dernières années, il y en avait 9 où les manifestations cliniques du cancer se sont développées à la suite d'un traumatisme aigu, violent, qui a porté sur la portion du tube digestif (ou de ses annexes), devenue plus tard le siège du cancer, à savoir : 2 fois l'œsophage, 1 fois le foie, 6 fois l'estomac. Le temps qui s'était écoulé entre le traumatisme et l'apparition des symptômes cliniques du cancer a été de 4 ans dans 3 cas, de un an dans un cas, de 18 mois dans 2 cas, de 5 mois dans un cas, de 2 mois et demi dans un cas, de 2 mois dans un cas.

Comment comprendre l'action du traumatisme dans cette affection?

L'auteur ne croit pas qu'un traumatisme, venant frapper un organe sain, soit capable de donner lieu au développement d'un carcinome. Mais, parmi les tumeurs cancéreuses, le carcinome, et surtout le carcinome du tube digestif, reste longtemps latent, ne progresse pour ainsi dire pas, ne prolifère pas quand les conditions locales de l'organe qu'il a envahies s'y opposent dans une certaine mesure. C'est ainsi que s'expliqueraient certaines trouvailles d'autopsie, où, chez des individus n'ayant jamais présenté de troubles digestifs et ayant succombé à une affection quelconque, on découvre un noyau carcinomateux dans les parois gastriques. Que les conditions locales changent et le carcinome proliférera et deviendra envahissant.

D'après l'auteur, le traumatisme jouerait justement ce rôle en diminuant la résistance vitale de l'organe qu'il frappe. Il suppose donc que, dans les cas qu'il a observés, les malades avaient déjà un carcinome latent ou qu'ils présentaient un terrain prédisposé. Le traumatisme a alors accéléré l'évolution du néoplasme dans le premier cas, et favorisé son éclosion dans le second. Ainsi s'expliqueraient les différences dans le temps écoulé entre le traumatisme et le développement du carcinome (deux mois à quatre ans) que l'auteur a notées dans ses observations.

Cette notion du rôle étiologique du traumatisme peut servir au diagnostic. L'auteur cite notamment un cas où le diagnostic de cancer du pylore était très incertain. Ayant trouvé, dans les commémoratifs du malade, l'histoire d'un traumatisme violent de l'estomac, il le fit opérer, et l'opération montra l'existence d'un carcinome du pylore au début.

De l'inégalité des pupilles dans le cancer de l'œsophage (Ueber das Vorkommen und die Bedeutung einer Pupillendifferenz beim Œsophagus-Carcinom), par Hitzig (*Deut.*

med. Wochenschr., 1897, n° 36, p. 577). — Dans le courant d'une année, l'auteur a observé, à la clinique d'Eichhorst, 10 cas de cancer de l'œsophage; chez 5 de ces malades, il existait manifestement une inégalité des pupilles, phénomène qui, jusqu'à présent, semble avoir échappé à l'attention des médecins. En consultant les statistiques antérieures de la clinique, l'auteur a trouvé 27 autres cas de cancer de l'œsophage, dans lesquels l'inégalité pupillaire ne se trouve notée qu'une seule fois. Au total, l'auteur a donc une statistique de 37 cas, dont 6 (soit 17 p. 100) avec inégalité pupillaire.

L'inégalité pupillaire semble donc assez fréquente dans le cancer de l'œsophage. Quant au mécanisme de sa production, l'auteur fait observer que les fibres oculo-pupillaires abandonnent le centre cilio-spinal inférieur, avec les premières racines dorsales antérieures, pour se rendre dans le grand sympathique. On comprend donc qu'un cancer, siégeant sur l'œsophage, à la hauteur de la 1re vertèbre dorsale (à 20 centimètres de la rangée dentaire) ou plus haut, puisse provoquer, par la compression du sympathique, des symptômes oculo-pupillaires. Mais ce qui est le plus difficile à expliquer, c'est l'apparition de l'inégalité pupillaire dans les cancers bas-situés, comme cela a eu lieu dans 4 cas, sur les 6 observés par l'auteur. Dans ces 4 cas, le cancer siégeait à 30, 31, 37 et 26 centimètres de la rangée dentaire. L'auteur se demande donc s'il ne faut pas admettre l'existence des fibres oculo-pupillaires dans le sympathique, bien au-dessous de la première vertèbre dorsale.

Un autre point difficile à expliquer, c'est la question de savoir pourquoi le cancer provoque-t-il une compression sur le sympathique, qui est relativement éloigné et laisse intact le récurrent qui, par sa position, se trouve plus près de lui ? En effet, sur les 5 cas avec inégalité pupillaire observés par l'auteur, des phénomènes de compression du récurrent n'ont existé que dans deux.

Un troisième point intéressant que note l'auteur, c'est que, dans les 5 cas, c'était la pupille gauche qui était rétrécie. L'auteur explique ce fait par la direction de l'œsophage, de haut en bas et de droite à gauche.

Quant à la valeur diagnostique de l'inégalité pupillaire dans le cancer de l'œsophage, l'auteur pense que de nouvelles observations sont nécessaires pour fixer définitivement ce point.

NEUROPATHOLOGIE

A propos d'un cas de polynévrite dysentérique, avec autopsie et examen histologique, par F. Bonardi (*Il Morgagni*, Parte I, n° 11, p. 753, novembre 1897). — Colite ulcéreuse; septicémie (B. commune); polynévrite; péricardite adhésive et endocardite mitrale septique; néphrite infectieuse aiguë et phénomènes ultimes de péritonite septique par perforation intestinale. Cliniquement la polynévrite intéressant les nerfs des extrémités était démontrée par les douleurs spontanées et à la pression sur les troncs nerveux et sur les muscles, par des paresthésies très marquées, par des troubles de la sensibilité objective avec dissociation de ses différentes formes, par l'amyotrophie, l'abolition des réflexes tendineux, la réaction de dégénérescence. Cette polynévrite, qui a été rendue indiscutable par l'examen histologique des nerfs périphériques et des muscles, chez une malade qui était infectée par la dysenterie, semble devoir être rapportée aux produits toxiques élaborés par le B. coli commune qui abondait dans le sang de la malade. Il s'est agi d'une septicémie à localisations multiples.

Cas douteux de maladie de Friedreich, par G. de Francesco (*Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, 26 décembre 1897, n° 154, p. 1640). — Un enfant de 9 ans, bien portant, sans antécédents, fut pris sous l'écroulement d'un mur. Il se remit assez vite des contusions qui avaient porté surtout sur le dos, mais 5 ou 6 mois après il commence à présenter un état anormal : l'état psychique est parfait, la parole est sur le point de s'altérer. Très léger tremblement nystagmiforme des globes oculaires. Marche irrégulière; l'enfant talonne. Réflexes abolis. Fatigue musculaire facile et douleurs vagues dans les membres inférieurs. Rien autre de saillant.

S'agit-il d'une maladie de Friedreich qui se serait aussi bien développée si le traumatisme n'était pas intervenu ? le traumatisme a-t-il hâté l'apparition de la maladie ou bien a-t-on affaire à un syndrome simulant le Friedreich ? Telles sont les questions qu'on peut se poser à propos de ce cas.

MÉDECINE PRATIQUE

Action des injections de calomel dans le lupus,

D'après M. le Dr M. Pavie.

Les merveilleux résultats obtenus par les injections mercurielles dans les manifestations tertiaires graves de la syphilis, spécialement dans les cas de gommes ulcérées de la peau, ont conduit à penser que d'autres maladies et, en particulier, certaines affections cutanées rebelles, pourraient bénéficier du même traitement. D'autre part, quelques remarquables succès dans ces formes mixtes de tuberculose et de syphilis que l'on a désignées sous le nom pittoresque de *scrofulate de vérole*, justement mis à l'actif de cette méthode thérapeutique, semblaient donner quelque base à cette opinion. M. Pavie a cherché, dans un récent travail (1), à réunir sur la question, des documents qui, en raison de leur nombre restreint, ne permettent guère de porter un jugement suffisamment motivé, mais qui ont l'intérêt d'attirer l'attention sur des faits encore mal connus.

Les premiers essais ont été faits dans le service de M. Fournier dans des cas où le diagnostic était hésitant sur la nature tuberculeuse ou syphilitique d'une ulcération. Après une série de traitements infructueux, M. Fournier a eu recours aux injections de calomel qui, dès la seconde ou la troisième, donnèrent une amélioration considérable. Il s'agissait dans l'espèce d'un cas de lupus qui avait été antérieurement soigné par les méthodes habituelles.

On pouvait se demander, en l'absence de tout antécédent syphilitique, si le calomel ne possédait pas une action curative sur le lupus. D'autres cas furent traités de la même manière tant en France qu'à l'étranger et on obtint un certain nombre de résultats favorables. En dehors du lupus, des ulcérations de nature nettement tuberculeuse ont guéri par le même procédé. Enfin, d'autres infections, un cas d'ostéo-myélite grave de l'extrémité inférieure de l'humérus, d'origine puerpérale (1 succès : Jacquet), la pyémie puerpérale (1 succès : Von Kezwarsky), la fièvre typhoïde (Menici), la tuberculose pulmonaire (Tranjen de Sistow), la méningite cérébro-spinale épidémique (8 succès dans 9 cas : G. Consalvi, F. Dagio), la lèpre (2 succès : R. Crocker), la pneumonie (Formenti et Arigo), la diphthérie (Scarenzio), le rhumatisme blennorrhagique (Arnaud), un grand nombre de dermatoses (Schilleng), les suppurations de l'œil (Abadie, Galezowski, Despagnet, Fromaget, etc.) ont été traités avec des succès divers par les injections mercurielles. Nous avons fait déjà allusion à ces faits dans l'étude que nous avons publiée ici même sur l'emploi hypodermique du mercure.

Faut-il en conclure que le mercure a une action curative sur des affections autres que la syphilis ? et que cette action s'exerce particulièrement sur les lésions tuberculeuses ? Tel est l'intéressant problème que soulève la thèse de M. Pavie.

Actuellement, les observations sont encore en nombre trop restreint pour qu'on puisse prendre position et conclure pour l'affirmative ou la négative. Mais celles que nous possédons nous suggèrent les remarques qui suivent.

A priori, les sels de mercure jouissent de propriétés antiseptiques générales, capables bien évidemment de s'exercer dans l'économie comme *in vitro*. Au surplus, les faits publiés, que l'on ne peut considérer *tous* comme le résultat de coïnci-

1. Pavie, De l'action curative des injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée (th. de Paris, 1897-98, n° 64).

dences portées indûment à l'actif de l'injection hydrargyrique, sont de nature à donner quelque valeur à cette assertion. Mais ce que nous ignorons, et cela aussi bien dans la syphilis que dans les autres infections, c'est *comment* agit le mercure. Aucun des travaux jusqu'ici publiés sur cette importante question, n'est venu encore l'élucider. Il en résulte que, sur ce point, nous en sommes réduits à l'empirisme le moins éclairé.

Dans la syphilis, la clinique a permis d'aboutir à des notions assez précises de posologie hydrargyrique. Nous connaissons les doses auxquelles doit être prescrite telle ou telle préparation mercurielle, à quelle période elle est le mieux indiquée; nous savons les indications de la voie hypodermique, encore qu'elle soit entourée d'injustes restrictions. Mais lorsqu'il s'agit d'appliquer, même avec prudence, cette même posologie à d'autres maladies, on se trouve dans le plus grand embarras. Les réactions sont en effet très différentes suivant les sujets et il faut avouer qu'il nous est difficile de les expliquer. En suivant M. Pavie sur le terrain de la tuberculose nous nous ferons mieux comprendre.

Les espérances de la guérison de la tuberculose pulmonaire par le mercure (frictions, inhalations, pilules de sublimé, calomel, etc.) ne datent pas d'hier. Or voici ce qui se passe. Les tuberculeux présentent une résistance remarquable à l'intoxication hydrargyrique; ils ont rarement de la salivation, mais leurs lésions pulmonaires, loin de rétrocéder, semblent s'aggraver. Leur amaigrissement est en général rapide. Il n'y a qu'à voir l'évolution de la tuberculose chez les ouvriers travaillant dans l'industrie du mercure : elle trouve là une réceptivité particulière : on constate presque d'emblée des signes de ramollissement. Par contre il est certains syphilitiques, particulièrement à la période secondaire, chez lesquels, sous l'influence de l'infection nouvelle, se réveille un foyer latent ou éteint de tuberculose, qui paraissent bénéficier du traitement hydrargyrique aussi bien au point de vue pulmonaire qu'au point de vue spécial. Mais il faut bien constater que ce sont des faits exceptionnels que le plus souvent la coexistence de la tuberculose et de la syphilis assombrit singulièrement le pronostic, et que le traitement mercuriel ne paraît pas être étranger à cette aggravation.

A côté de cette tuberculose survenant dans la période d'activité de la syphilis, et évoluant généralement avec des signes subaigus, il est une autre forme de bacillose torpide, survenant chez d'anciens syphilitiques et se produisant surtout par des manifestations du côté de la peau, avec peu ou point de signes pulmonaires. Ce sont ces lupus, ces ulcères à forme et à allure indécises, dans la pathogénie desquels il est difficile de distinguer la part qui revient à la tuberculose et celle que l'on doit attribuer à la syphilis. Dans ces pseudo-lupus syphilitiques, le traitement hydrargyrique fait merveille et les résultats les plus rapides sont obtenus par la voie sous-cutanée. De là l'utilité, dans ces cas, des injections de calomel auxquelles nous préférons, pour notre part, fidèles aux principes que nous avons exposés, l'injection d'un sel soluble. Mais ceci n'est pas en question.

Enfin il reste ces faits de tuberculose cutanée pure où, après échec de tous les autres traitements, le calomel a donné des succès inespérés, à tel point que M. Fournier a pu dire que l'on se trouvait en face du dilemme suivant : ou bien la syphilis peut imiter la tuberculose dans ses caractères même les plus typiques, ou bien les injections de calomel agissent sur la tuberculose.

On voit donc que le mercure peut être tour à tour curateur dans certaines formes de tuberculose, nuisible dans certaines autres. Il est difficile de dégager une formule bien précise : car s'il paraît présenter son maximum de nuisance dans les cas aigus ou subaigus, il y est quelquefois bienfaisant, et, s'il est spécialement favorable dans les faits à évolution torpide, il y demeure souvent sans efficacité. La question reste donc entière à l'étude : elle n'est jusqu'ici faite que de tâtonnements, d'incertitudes et de circonstances heureuses.

Que doit retenir le praticien de cet exposé? Le voici. Il n'est autorisé à employer la médication hydrargyrique que dans les cas de tuberculomes ou pseudosyphilomes cutanés à marche absolument chronique et après échec de tous les autres traitements. Lorsqu'il se décide à essayer la mercure il va sans dire qu'il choisira la voie hypodermique et nous lui conseillons alors d'utiliser dans ce but un sel soluble. Dans toutes les autres infections il devra attendre que la méthode ait fait ses preuves. Telles sont les conclusions raisonnables qui nous paraissent actuellement se dégager de l'examen impartial des faits.

G. Maurange.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Chlorhydrosulfate de quinine.

Définition. Solubilité. — Le chlorhydrosulfate de quinine, préparé pour la première fois par Grimaux en 1852, est un sel neutre, comme tous les sels saturés, et, par suite, assez soluble dans l'eau. Il s'y dissout dans la proportion de 1 gramme pour 2 grammes d'eau froide, chiffre voisin de la solubilité de chlorhydrate neutre. Grimaux avait même annoncé qu'il était soluble dans son poids d'eau à la température ordinaire. Le produit du commerce exige, comme nous l'avons dit, 2 parties d'eau.

On a contesté l'existence du chlorhydrosulfate de quinine comme composé chimique défini. Marty le regarde comme un mélangede chlorhydrate et de sulfate neutre: des recherches ultérieuressemblent établir qu'il s'agit bien d'un corps ayant une constitution propre,

Le chlorhydrosulfate titre 74.21 p. 100 de quinine, proportion inférieure à celle contenue dans le chlorhydrate neutre.

Applications particulières.— Laborde, qui a expérimenté le sel de Grimaux, le regarde comme le meilleur pour l'usage hypodermique. Ses conclusions sont basées sur la grande solubilité de ce produit et aussi sur sa grande densité qui permet d'avoir le maximum d'approvisionnement sous le minimum de volume. Si cette dernière propriété mérite d'être prise en sérieuse considération, il n'en est pas de même de la première. Nous avons déjà insisté sur les inconvénients de la concentration des solutions pour trouver une supériorité au chlorhydrosulfate sur le chlorhydrate neutre. D'autre part, à poids égal, ce dernier contient une plus grande proportion de quinine : c'est un produit qui a fait ses preuves, dont la constitution chimique est simple et sur lequel le chlorhydrosulfate ne paraît avoir aucun avantage marqué. Disons cependant, d'après Laborde, que le sel de Grimaux aurait une efficacité égale à celle des autres sels de quinine.

Dose usuelle. — Les doses chez l'enfant et chez l'adulte sont exactement les mêmes que celles que nous avons indiquées pour le chlorhydrate neutre : nous y renvoyons.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — L'injection sous-cutanée de chlorhydrosulfate de quinine est plus douloureuse que celle de chlorhydrate neutre, moins douloureuse que celle de bromhydrate. Comme pour le chlorhydrate neutre, le titre de la solution ne doit dépasser, dans aucun cas, 2 grammes à 2 gr. 50 pour 10 grammes.

b) *Eloignés.* — Mêmes effets que le chlorhydrate.

FORMULES

Chlorhydrosulfate de quinine. . . .		2 gr. 50
Eau *stérilisée*.	q. s. p.	10 c.c.

(Grimaux, Laborde.)

Ferro-citrate de quinine,

Ce sel employé par Rosenthal est à peine soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et la glycérine. L'injection en est très douloureuse, s'accompagne d'indurations persistantes et est d'une efficacité contestable. Pour tous ces motifs il doit être rejeté de la pratique hypdermique.

Phénate de quinine.

Les mêmes observations s'appliquent au phénate de quinine auquel Maestre Perez avait accordé une efficacité particulière

dans le traitement de la fièvre jaune et du choléra. C'est un sel dont les solutions alcooliques sont peu stables et dont l'injection est très irritante.

Lactate de quinine.

Variétés. — 1° Lactate basique contenant 78,276 p. 100 de quinine.

2° Lactate neutre contenant 72,60 p. 100 de quinine.

Solubilité. — Le lactate basique se dissout dans 12 parties d'eau, le lactate neutre dans 3 parties seulement.

Applications particulières. — Vigier, se basant sur l'affinité particulière de l'acide lactique pour nos tissus et frappé des inconvénients (irritation locale, abcès) que présentaient les autres sels de quinine en injection sous-cutanée, avait proposé pour l'usage hypodermique, le lactate neutre de quinine. Ce sel est en effet très suffisamment soluble et est peu irritant. Mais en observant pour les piqûres une rigoureuse asepsie et en n'employant pas des solutions concentrées, on évite tout accident. Le lactate neutre ne présente donc, à ce point de vue, aucun avantage particulier. En revanche il présente un inconvénient majeur, c'est de fournir des solutions assez peu stables pour qu'il soit nécessaire de les préparer extemporanément au moment ou on veut les injecter et pour qu'il soit impossible de les stériliser à l'autoclave. Le lactate neutre ne mérite donc pas la faveur dont il semble avoir un moment joui.

Doses usuelles. — Les doses sont les mêmes que celles du chlorhydrate de quinine.

Effets de l'injection. — a) *Immédiats*. — Assez peu douloureuse. Très aisément absorbée.

b) *Eloignés*. — Les mêmes qu'avec les autres sels de quinine.

FORMULES

Lactate basique de quinine. . . . . 10 gr.
Eau stérilisée. . . . . 125 gr.
(Dujardin-Beaumetz, Bardet.)

Lactate neutre de quinine. . . . . . 2 gr.
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
(Vigier.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les concours des hôpitaux.

Nous avons tenu nos lecteurs au courant des modifications que la *Société médicale des hôpitaux* propose pour rendre plus équitable le concours actuellement existant. A la demande de M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, le projet de réforme a été soumis ce soir à la réunion des chirurgiens des hôpitaux : et nous avons répondu, à l'unanimité, que nos besoins ne nous semblaient pas être les mêmes que ceux de nos collègues de médecine.

Cela va sans doute déranger quelques habitudes administratives : mais il est à nos yeux certain que si l'on *veut* aboutir (en haut lieu le veut-on ???) il sera indispensable d'envisager à des points de vue différents les concours de médecine et ceux de chirurgie.

D'un côté comme de l'autre, nous sommes unanimes : nous considérons qu'il faut conserver le concours, *à condition de le rendre équitable*, car c'est à ses nécessités que nous devons cette instruction générale, à la fois clinique et théorique, qui fait la force du corps hospitalier de Paris et des principales villes de France.

Or, aujourd'hui, entre chirurgiens parlant à huis clos, alors que les opinions s'exprimaient librement et que les grandes « autorités » capables de faire par leur présence modifier ces expressions étaient absentes, nous avons tous déclaré qu'au total nous ne connaissions point de ces injustices *énormes* dont à l'unanimité — si l'on met à part les « autorités » — se plaignent nos collègues médecins. Un d'entre nous — et c'est un homme probe entre tous — a même soutenu que jamais, à sa connaissance, l'issue d'un concours de chirurgie n'avait pas été scrupuleusement d'accord avec la valeur des épreuves. En majorité, nous n'avons pas souscrit à cette déclaration trop optimiste : mais tous nous avons constaté qu'au total nous avions su, mieux que les médecins, nous garder de ces abus auxquels on désire actuellement remédier.

Est-ce parce que nous sommes de meilleur bois ? Je n'ai pas l'outrecuidance de le penser : d'autant plus qu'il y a des raisons explicatives à donner en dehors d'une honnêteté spéciale.

Le premier fait est que les concurrents en chirurgie sont peu nombreux : cela se comprend, car un candidat « fruit-séché » vers la quarantaine ne peut que difficilement exercer le métier spécial auquel il s'est préparé théoriquement pendant tant d'années. De plus, parmi ces candidats, les concours d'adjuvat, de prosectorat donnent des coups de crible successifs.

Le second fait est que les chirurgiens titulaires sont au nombre de 44 et ont chacun 2, la plupart 3 internes, les médecins titulaires sont 100 et n'ont presque jamais qu'un interne. De là résulte que les internes en chirurgie désireux de concourir ultérieurement passent à peu près tous par les mêmes services : dans une même génération nous avons à peu près tous les mêmes maîtres et quand, dans un concours, le candidat le plus aimé vient à faiblir, le patron le plus autoritaire a toujours sur qui se rabattre, en sorte que son influence ne subit presque jamais un échec réel, ou tout au moins appréciable pour la galerie.

Voyez au contraire les candidats en médecine ; ils sont, je crois, plus de 80 pour six places par an, et, en raison de la lutte pour la vie qui s'exerce en grand, lors du choix des places, ils n'ont pour la plupart qu'un chef influent, deux au plus ; joignez à cela que, fournissant en 2 concours 12 juges par an, les médecins, au nombre de 100, vont *en moyenne* être désignés par le sort chacun une fois tous les 8 ans, et vous comprendrez pourquoi le candidat, qui joue son roi d'atout, va mettre en branle ciel et terre ; pourquoi le juge, s'il est influent, va tout faire pour démontrer la réalité de sa puissance, et pourquoi le résultat final fait émerger trop souvent des candidats dont l'heureuse fortune est pour bien des gens une surprise.

C'est qu'ici intervient une différence *capitale* entre médecins et chirurgiens : pour 2 places de chirurgie, nous avons 7 juges dont 6 chirurgiens et 1 médecin incompétent ; pour 3 places de médecine ils ont 7 juges dont 6 médecins et 1 chirurgien incompétent. Donc, il suffit que 3 juges adoptent chacun un candidat et qu'avec eux marche soit l'incompétent, soit un des 3 médecins qu'on « roule » ou qu'on circonvient : et voilà comment se constituent ces majorités tenaces qui, sans tenir compte des épreuves, votent trop souvent d'office le maximum aux 3 candidats favoris. Certes, la plupart du temps le résultat final est bon : à ce petit jeu, tous les gens distingués arrivent, au total, mais trop souvent après avoir attendu plus que de raison « leur majorité », et trop souvent aussi imbus de cette idée que les épreuves du concours sont négligeables.

Aussi les médecins ont-ils proposé, avec grand sens, que

l'on augmentât le nombre des juges et que l'on supprimât l'incompétent : à 28, en 2 séries, pour choisir 6 élus, le petit jeu des combinaisons devient laborieux. Et il y a un autre motif à cette séparation des épreuves d'admissibilité et d'admission : le nombre des candidats; les concours de médecine sont extrêmement longs, et, comme il y en a 2 par an, cela absorbe pour les candidats 6 mois sur 12. Aux chirurgiens suffisent environ 2 mois 1/2.

Et puis, la nature des épreuves est-elle la même? En anatomie, pour la copie; en médecine opératoire, pour l'épreuve pratique; en diagnostic même les chirurgiens connaissent les erreurs brutales, évidentes, devant lesquelles abdique la bienveillance la plus prononcée, sur lesquelles peut s'appuyer efficacement un juge indépendant, fût-il à peu près isolé. Aussi n'avons-nous pas besoin de la publicité du diagnostic : mais aussi ne la craignons-nous point comme je sais que la craignent — ils disent que ce serait nuire aux candidats, ô candeur ineffable ! — certains médecins.

Reste donc un seul point : le secret du vote et le dépouillement à la lyonnaise. Avec la manière dont les choses se passent dans les concours de chirurgie, nous ne croyons pas utile de réclamer cette modification, mais nous comprenons que les médecins la considèrent comme la pierre angulaire de la réforme. Ils connaissent, eux, les majorités inébranlables où le point proposé par un des coalisés à un des favorisés est acquis à l'avance. « Mais il y a une erreur de diagnostic, objecte un des opposants. — Non, non, tout au plus une nuance, riposte la majorité; et d'ailleurs, en pratique qu'importe la précision extrême du diagnostic médical? c'est bon pour ces manœuvres de chirurgiens, avec lesquels une amputation de cuisse est au bout d'une erreur. »

Et voilà pourquoi ces manœuvres de chirurgiens ont prié leur représentant au conseil de surveillance de déclarer à M. le Directeur général qu'ils se désintéressaient de la question. Mais la plupart d'entre eux seraient désolés si leur attitude devenait en haut lieu un prétexte pour empêcher notre ami Dreyfus-Brisac de se promener, nouvel Alphée, dans les écuries d'Augias.

A. BROCA.

Nouvelle définition du délit d'exercice illégal de la médecine.

On croyait jusqu'ici que le délit d'exercice illégal de la médecine résultait simplement du fait qu'un empirique prenait habituellement part au traitement des maladies. Or, d'après un récent jugement du tribunal correctionnel de Grenoble, ce fait seul ne serait pas suffisant pour constituer le délit en question : il faudrait, en plus, que la personne qui demande des soins fût réellement malade. En d'autres termes, les deux éléments essentiels qui constituent le délit d'exercice illégal de la médecine sont *un traitement* et *une maladie*. C'est là une nouvelle définition qui, si elle a le mérite de la nouveauté, va manifestement à l'encontre de la loi.

En attendant l'arrêt de la Cour d'appel devant laquelle l'affaire a été portée par le ministère public, nous donnons ci-dessous le texte du jugement rendu par le tribunal correctionnel de Grenoble :

Attendu que la prévention qui reproche au curé Guillerée d'avoir commis le délit d'exercice illégal de la médecine est basée sur les témoignages des témoins Pelloli et Pugnoud ;

Attendu que le premier de ces témoins soutient que, le 31 mai 1897, il s'est présenté chez Guillerée en lui faisant connaître qu'il était souffrant et lui a demandé de l'ausculter et d'instituer le traitement que son état comportait; que le prévenu lui a remis une ordonnance à laquelle il déclare n'avoir rien compris et dont, en tout cas, il n'a pas tenu compte; que le 16 juin, il s'est rendu de nouveau à Mens pour consulter le prévenu qui lui a prescrit de continuer le traitement primitivement appliqué ;

Attendu que Pugnoud, qui est le gendre de Pelloli, s'est présenté chez le prévenu également le 31 mai, disant qu'il avait un point de côté; que Guillerée, après l'avoir ausculté, lui a délivré une ordonnance et lui a dit de revenir 15 jours après; qu'il est retourné à Mens le 14 juin en compagnie de son beau-père, que le curé lui a recommandé de s'en tenir à la première ordonnance dont il n'a également pas suivi les prescriptions;

Que l'un et l'autre des témoins ont déclaré avoir offert une rétribution au curé, qui a accepté à chaque visite la somme de 2 francs;

Attendu que les témoins ont déclaré au surplus, à l'audience, qu'ils étaient envoyés auprès du curé de Mens par le Syndicat médical du Sud-Est, et à ses frais, dans le but de permettre audit syndicat, auquel devaient être remises et ont été remises les ordonnances délivrées par le prévenu, d'établir les agissements de ce dernier; qu'ils ont soutenu néanmoins, l'un et l'autre, à l'audience, qu'ils étaient réellement malades lors de leurs visites des 31 mai et 14 juin;

Attendu que de son côté le prévenu a reconnu qu'il n'avait aucun diplôme lui permettant d'exercer la médecine; que s'il a nié avoir ausculté soit Pelloli, soit Pugnoud, il a néanmoins avoué qu'il les avait accueillis, à différentes reprises, comme des malades et que, les croyant tels, il leur avait délivré, à l'un et à l'autre, une ordonnance instituant un traitement;

Mais qu'il a fait plaider qu'en l'espèce, la perpétration du délit lui avait été rendue impossible, par ce fait qu'il serait actuellement démontré que les deux témoins produits n'étaient, aux dates où ils se sont présentés à lui, atteints d'aucune affection de nature à motiver un traitement;

Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine celui qui, non muni de diplôme et en dehors des cas d'urgence, prend part habituellement, par une direction suivie, au traitement des maladies;

Attendu qu'il résulte de ce texte que les deux éléments qui constituent essentiellement le délit qu'il a entendu réprimer sont un traitement et une maladie; qu'il est constant que le prévenu a institué, à l'égard de Pelloli et de Pugnoud, un traitement médical, mais qu'une maladie n'existait ni chez l'un ni chez l'autre;

Attendu, en effet, que si, à l'audience, ces deux témoins ont déclaré qu'ils étaient atteints des affections qu'ils ont signalées au prévenu, il résulte néanmoins pour le tribunal la conviction absolue que ces déclarations ne sont pas sincères et qu'en réalité ils se savaient, lors de leurs visites à Mens, indemnes de toute affection; que tout d'abord il convient de considérer que Pugnoud a déclaré formellement au commissaire de police qu'en se présentant au curé Guillerée « il n'était pas plus malade qu'aujourd'hui, c'est-à-dire pas du tout »; qu'ils ont l'un et l'autre déclaré qu'ils n'avaient tenu aucun compte de l'ordonnance; qu'au surplus la mission dont ils avaient été chargés par le Syndicat, dont l'un d'eux a reconnu être le dénonciateur habituel en vue de ces sortes de poursuites, et leur attitude embarrassée à l'audience ne permettent nullement d'ajouter foi à leurs déclarations évidemment intéressées; que dans ces conditions il est constant que Pelloli et Pugnoud, seuls témoins produits dans les poursuites, n'étaient atteints, en réalité, d'aucune maladie;

Que, d'autre part, il est inadmissible que la loi ait pu viser, comme on l'a soutenu, non seulement le traitement des affections réellement existantes, mais encore et même celui des maladies simulées;

Qu'ainsi l'un des éléments constitutifs du délit, savoir : une maladie faisant défaut en l'espèce, l'infraction reprochée au prévenu n'a pu être consommée, faute d'objet; qu'il y a lieu, en conséquence, de renvoyer le prévenu des fins de la poursuite intentée contre lui par le ministère public.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'aphasie dans le diabète,

D'après le Dr F. Corneille.

Au nombre des accidents nerveux qui peuvent survenir au cours du diabète, coexistant ou non avec des phénomènes paralytiques, figure, quoique rarement, l'aphasie, comme eux le plus souvent transitoire; mentionnée dans un certain nombre d'observations, citée par Bouchard (1), notée dans des observations de Charcot, de Parinaud, de Lécorché, que rappelle Dreyfous (2) dans sa thèse d'agrégation dans les quelques lignes qu'il consacre à l'aphasie diabétique, elle n'est pourtant pas ou à peine signalée dans les traités classiques; étudiée récemment avec l'hémiplégie diabétique dans les articles de Rémond (3) et de Drouineau (4), elle a fait l'objet de la thèse inaugurale de M. Corneille (5) à laquelle nous empruntons la plupart des éléments de cette courte revue.

Si l'aphasie survient le plus souvent chez un diabétique reconnu, elle peut aussi apparaître alors que le diabète est encore latent, et c'est en fouillant dans les antécédents du malade que l'on trouve, suivant les cas, une soif exagérée avec polyurie manifeste, une diminution notable des forces sans rapport avec la constitution apparente, des névralgies rebelles, des troubles de la vue, etc.; dans tous ces cas que signale M. Corneille, c'est l'aphasie, premier symptôme grave, qui vient révéler l'existence du diabète; plus souvent le diabète est déjà reconnu lorsque l'aphasie survient, tantôt seule, tantôt s'accompagnant de phénomènes légers, céphalée, affaiblissement de l'ouïe, névralgies. Généralement elle est liée à des troubles sensitifs et moteurs de tout ordre, les suivant ou les précédant, parfois s'établissant en même temps qu'eux. C'est ainsi qu'on la retrouve dans les observations réunies par M. Corneille coexistant avec une parésie des membres avec une paralysie faciale droite et une monoplégie, avec des monoplégies et des anesthésies de la zone du trijumeau, avec une hémiplégie droite, avec une hémiplégie et une anesthésie du côté droit; ces troubles paralytiques présentent en général les caractères des paralysies diabétiques sur lesquels insistait encore récemment Marie (1) : rareté relative de perte de connaissance et surtout d'apoplexie vraie, atypie des phénomènes paralytiques dissociés, se montrant à l'état de monoplégies ou tout au moins de paralysies isolées, tendance spontanée à la régression. A ce propos il convient de remarquer qu'ici surtout, en présence de troubles de la parole, il ne faut pas s'empresser de dire aphasie; il peut en effet y avoir simplement anarthrie ou dysarthrie due à la paralysie des lèvres, des joues, de la langue, etc., qui, si elle coïncide souvent avec des phénomènes hémiplégiques, peut dans certains cas exister à l'état isolé; tel le cas, cité par Marie, « d'un chef de gare, gros, court et rougeaud, qui était venu consulter parce que, quelques jours auparavant, le matin au réveil, il avait, à son grand effroi, constaté qu'il ne pouvait plus parler; sa langue était comme paralysée; il était incapable de la tirer; sa parole était, disait-il, toute barbouillée, on ne le comprenait qu'à grand'peine »; l'ensemble de ces symptômes sentait le diabète et l'examen des urines montra de la glycose en quantité notable; toute espèce d'attaque apoplectique ou de perte de connaissance fit absolument défaut. A côté de cas analogues à celui-ci, il en est d'autres où l'aphasie vraie est indiscutable, et la plupart des observations recueillies par M. Corneille en sont la preuve.

Véritable symptôme révélateur du diabète, premier accident grave d'un diabète ancien, ou plus souvent accident nouveau venant augmenter le nombre de ses complications, l'aphasie peut se présenter sous l'une quelconque de ses formes, dans toutes ses variétés. Tantôt il s'agit de simple paraphasie, affectant la forme plus particulière d'amnésie verbale, comme le signale Rémond, comme en témoigne l'observation d'Ogle (2) dans laquelle un malade nettement diabétique présenta, quelques mois avant les accidents comateux terminaux, des troubles de l'intelligence et de la parole, appelant les objets par des mots impropres; telle encore une malade observée par Lécorché (obs. IX de Corneille). Dans d'autres cas, c'est l'aphasie motrice que l'on observe, comme dans un cas de Boutard (3), où une malade, présentant des symptômes déjà anciens de diabète, est brusquement atteinte d'aphasie avec troubles marqués de l'ouïe, et sort de l'hôpital trois semaines après, parlant mieux, quoique ayant encore la

1. Bouchard, Maladies par ralentissement de la nutrition, p. 181.
2. Dreyfous, Pathogénie et accidents nerveux du diabète (thèse d'agrégat., Paris, 1883, p. 101).
3. Rémond, Les accidents nerveux du diabète (*Languedoc médical*, 18 décembre 1891).
4. Drouineau, Hémiplégies diabétiques (*Gazette des hôpitaux*, 17 avril 1897).
5. Corneille, thèse de Paris, 1897-1898, n° 109.

1. Marie, *Semaine médicale*, 14 décembre 1895, et *Leçons de clinique médicale*, Masson, 1896, p. 96.
2. Ogle, cité par Escudié, Des hémiplégies dans le diabète (thèse de Paris, 1883, p. 52).
3. Boutard, thèse de Paris, 1890, p. 78.

parole embarrassée; d'autre fois c'est l'agraphie, la surdité verbale, ou encore, comme dans un cas signalé par Marie (1), la cécité verbale à peu près isolée que l'on observe; parfois diverses variétés d'aphasie sont réunies; aphasie motrice et agraphie dans l'observation de Déjerine (2) concernant un diabétique qui, après une perte de connaissance suivie de paralysie droite, perdit complètement la mémoire pendant un mois, fut incapable de parler pendant ce temps tout en voyant et entendant ce qui se passait autour de lui, ce mois passé, il conserva un certain degré d'aphasie, perte de la mémoire d'un certain nombre de mots articulés, impossibilité d'écrire sous la dictée, troubles qui disparurent ultérieurement à peu près complètement. On peut encore voir associées la cécité et la surdité verbale, ou observer une aphasie totale.

L'aphasie survient donc, comme les paralysies diabétiques, qu'elle leur soit ou non associée, à toutes les périodes du diabète; comme pour les paralysies, son apparition, son intensité, ne sont nullement en rapport avec la quantité de sucre trouvée dans les urines. D'après M. Corneille, non signalée dans les diabètes graves à marche rapide (diabète pancréatique), non signalée dans le diabète de l'enfant, elle survient surtout dans le diabète gras, dans le diabète arthritique, en laissant de côté les cas de diabète symptomatique de lésions nerveuses portant sur le bulbe ou l'encéphale, où la glycosurie et l'aphasie sont alors symptômes concomitants de lésions nerveuses dont ils permettent de localiser le siège et de mesurer l'étendue.

Le pronostic de l'aphasie dans le diabète n'est pas grave, elle est éminemment passagère et mérite d'être rangée dans le groupe des aphasies dites transitoires; elle dure quelques heures (3), quelques jours, quelques semaines, un mois au plus. Elle présente donc ce même caractère de tendance spontanée à la régression que présentent les paralysies diabétiques, mais la disparition de l'aphasie n'est pas brusque comme son apparition. Elle peut être rapide, mais ordinairement, si la parole revient, elle reste du moins longtemps embarrassée, il est des mots que le malade ne retrouve pas, et plus tard leur articulation reste difficile, ou bien s'il existe plusieurs formes d'aphasie, l'une d'elles peut disparaître alors que l'autre persiste. En somme, sauf les cas où des accidents plus graves et irrémédiables suivent de près l'aphasie, le diabétique ne perd que pour un temps les fonctions du langage.

Nous n'insisterons pas sur l'explication qu'on peut donner de l'aphasie diabétique et de son caractère transitoire. Accident plus rare mais de même nature que les paralysies diabétiques, on a prétendu, sans données anatomiques précises, l'expliquer avec celles-ci par la congestion passagère des centres nerveux difficile à comprendre aussi étroitement localisée; par des destructions limitées du cerveau suppléées par les parties similaires (Bernard et Féré) (4), hypothèse bien peu admissible, par des embolies graisseuses dues à la lipémie qui peut exister dans le diabète sucré (Escudié); par un dépôt de granulations de matière glycogène dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale formant de véritables thromboses (théorie se basant sur un fait de Fütterer) (5); par l'acétonémie qui

1. MARIE, *loc. cit.*, p. 97.
2. *In* thèse BOUTARD, *loc. cit.*
3. Observation de ROSTAN, *in Clinique de Trousseau*, t. II, p. 671 (obs I de Corneille).
4. BERNARD et FÉRÉ, *Archives de neurologie*, 1882, t. IV, p. 232.
5. FUTTERER, Glycogen in der Capillären der Grosshirnrinde (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1888).

ne paraît pas devoir être mise ici en cause, car paralysies diabétiques et aphasie sont fugaces et bien différentes des accidents comateux terminaux tributaires de l'intoxication acide, par l'hyperglycémie. C'est à cette dernière cause qu'on semble actuellement rattacher surtout ces accidents nerveux. Comme le dit Souques (1), ces hémiplégies (et par suite l'aphasie, puisque nous lui reconnaissons la même origine), en dehors de celles qui sont dues à des désordres matériels vulgaires (hémorrhagie, ramollissement) et qui peuvent exister chez le diabétique, relèvent vraisemblablement d'une auto-intoxication glycémique localisée; il s'agit tantôt d'une auto-intoxication passagère avec troubles fonctionnels, tantôt de véritables altérations cérébrales, consécutives à l'intoxication prolongée.

Mais pas plus que les hypothèses précédentes, celle-ci ne peut être considérée comme absolument prouvée; il semble néanmoins que l'on puisse rapprocher l'aphasie diabétique d'autres aphasies toxiques transitoires comme elle, et expliquées comme elle par des causes analogues, trouble circulatoire passager ou trouble dynamique des cellules nerveuses; nous avons surtout en vue ici l'aphasie urémique, récemment étudiée avec soin (2), passagère, intermittente et bénigne comme l'aphasie diabétique, et attribuée par les uns à l'imprégnation toxique de la circonvolution de Broca, par les autres à des œdèmes localisés qui suppriment temporairement la fonction des éléments nerveux. De même ordre semblent être d'ailleurs l'aphasie transitoire de la pneumonie (3), l'aphasie signalée parfois chez les goutteux, l'aphasie due à l'action du tabac (Chéreau) (4).

En tout cas, l'aphasie diabétique mérite, malgré sa rareté apparente, d'être connue cliniquement, au même titre que les autres accidents nerveux survenant au cours du diabète et distincts des accidents comateux terminaux; comme la plupart d'entre eux susceptible de guérir spontanément, elle ne comporte pas d'autre traitement que le traitement général antidiabétique.

P. L.

REVUE DES CONGRÈS

63e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE,

Tenue à Montréal les 31 août, 1er, 2 et 3 Septembre 1897.

SECTION DE MÉDECINE

Traitement du diabète.

M. Saundby. — Le diabète sucré est le nom qu'on donne à un groupe clinique caractérisé par la présence constante du sucre dans l'urine. On est peu d'accord sur les causes de la glycosurie. Même chez un sujet sain la capacité de transformation des matériaux hydrocarbonés n'est pas illimitée; l'ingestion de 150 à 200 grammes de glucose amène invariablement une glycosurie passagère. Mais les hydrocarbonés ne sont pas pour

1. SOUQUES, *Manuel de médecine*, t. VII, article *Diabète*.
2. Voir sur l'aphasie urémique : DUPRÉ, *Congrès de Lyon*, 1895; — GRENET, *Gaz. des hôpitaux*, 31 décembre 1894; — RENDU, *Société médicale des hôpitaux*, 27 mars 1896; — BALLET, *Leçons de clinique médicale*, O. Doin, 1897.
3. BOUYSSET (thèse de Paris, 1894); — MOUISSET, De l'aphasie pneumonique passagère (*Congrès de Lyon*, 1894).
4. CHÉREAU, Aphasie transitoire chez les fumeurs (thèse de Paris, 1894).

l'économie la seule source du sucre; on sait en effet qu'une molécule d'hydrate de carbone prend naissance au cours de la transformation de l'albumine en urée et dans la proportion de 45 p. 100. Cela démontre l'inanité des raisonnements d'après lesquels on supprimerait la glycosurie en supprimant l'ingestion des hydrates de carbone. On doit pour chaque diabétique chercher par tâtonnement quelles sont les meilleures proportions de matières albuminoïdes, de graisses et d'hydrates de carbone qu'on doit prescrire. Si en effet on commence par soumettre le malade au régime carné exclusif, on s'apercevra que si ensuite on lui ajoute des hydrates de carbone non seulement il se sentira mieux, mais son poids augmentera. Trop souvent on proscrit les pommes de terre, qui contiennent 15 p. 100 d'amidon, et le lait qui renferme 3 p. 100 de lactoses tandis qu'on permet du pain de gluten et autres aliments dits diabétiques qui renferment une proportion de 25 à 30 p. 100 d'amidon. Tous les huit jours il faut réunir les urines des 24 heures, évaluer leur quantité et les analyser; il faut peser le malade et cette dernière précaution est très importante, car elle permet de savoir si le régime qu'on adopte est bon. Il faut d'abord prescrire un régime sévère qui sera utile pour diminuer la polyurie, utile aussi pour établir le pronostic, car on sait que dans les cas bénins le sucre disparaît de l'urine sous l'influence de cet régime. En même temps on prescrira un peu d'extrait thébaïque, qu'on fera prendre chaque soir. Si au bout d'une semaine de régime sévère le sucre a complètement ou presque complètement disparu, je permet au malade quelques pommes de terre et 3/4 de litre de lait. Si, sous cette influence, la glycosurie n'augmente pas, je prescris au malade une certaine quantité de pain rôti, du vin non sucré ou un peu de bière amère.

Si la glycosurie ne se rencontre pas on peut élever graduellement la quantité de pain rôti. En général la glycosurie, quoique diminuée, persiste; même si elle augmente un peu je ne change pas le régime, pourvu que le poids du corps ne diminue pas. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que je permets le pain ordinaire et souvent je le supprime définitivement; j'aime mieux augmenter la quantité de pommes de terre, car il y a de grandes différences entre les différentes sortes de sucre et d'amidon. La glucose et le sucre de canne apparaissent plus rapidement dans l'urine que la lactose et la lévulose et je suis convaincu que l'amidon des céréales pousse plus à la glycosurie que celui de la pomme de terre. La lévulose ne rend guère de services chez les diabétiques, sauf peut-être chez les enfants, et encore, même chez eux, ne vaut-elle pas la saccharine. Il faut bien se pénétrer de cette vérité que le régime diabétique pur est peu digestif, qu'il est dangereux quand il y a de l'albuminurie, qu'il peut amener l'acétonémie. En France, Worms et Barth sont de cet avis et recommandent de commencer par prescrire le régime diabétique complet, puis d'ajouter progressivement une quantité d'hydrates de carbone qui varie avec chaque malade; en Allemagne Hirschfeld et Leo professent une opinion semblable. Leyden, Klemper, Bouchard, Dujardin-Beaumetz, Oettinger, Charrin, Lindemann, Mai, Von Noorden, Grube, etc. conseillent aussi l'addition des matières hydrocarbonées.

M. Coupland. — Il est très difficile de parler d'un régime diabétique théorique, car les cas de diabète sont très divers; certains diabétiques sont très améliorés par le régime, tandis que d'autres sont à peine modifiés. Dernièrement j'ai observé à l'hôpital une femme un peu âgée ayant une forme bénigne de diabète, et cependant chez elle je n'ai pas pu, par le régime, faire disparaître complètement le sucre et l'urine. Nous avons encore beaucoup à apprendre sur la pathogénie du diabète avant de pouvoir en formuler le traitement.

M. Smith. — Je crois qu'il y a plus de danger à être tolérant qu'à être sévère au point de vue du régime des diabétiques; en dehors de l'existence de certaines complications, on doit proscrire tous les hydrates de carbone tant qu'il y a du sucre dans l'urine; quand la quantité de sucre arrive à être inférieure à 1 p. 100, on peut tolérer une certaine latitude. Les médicaments n'ont qu'une importance secondaire dans le traitement du diabète.

M. Duncan. — La quantité de sucre de l'urine ne constitue pas le facteur le plus important; le poids du malade, sa force musculaire sont d'une grande importance. Dans le diabète pancréatique aucun traitement n'amène d'amélioration permanente. Mais il y a un grand nombre de cas de diabète d'origine nerveuse, dans lesquels l'excrétion du sucre dans l'urine tient à ce que les cellules de l'organisme ont perdu leur pouvoir d'utilisation du sucre du sang; un régime sévère est alors fort utile, surtout chez les sujets jeunes; il faut aussi prescrire le repos.

M. Tyson.— Au point de vue pratique, on peut se contenter de diviser le diabète en diabète grave et diabète bénin. Je comprends dans la seconde catégorie tous les cas dans lesquels le sucre peut disparaître de l'urine et probablement du sang, sous l'influence du régime; tous les autres cas relèvent du diabète grave. Les cas bénins, non soignés, peuvent devenir graves. Pour le diabète peu intense, le régime peut être considéré comme un traitement curatif, car tant qu'il n'y a pas de sucre dans l'urine le sujet se porte bien. La sévérité du régime doit comporter des degrés; quelquefois la suppression des hydrates de carbone purs, comme le sucre et l'amidon, suffira. D'autres fois on devra proscrire toutes les espèces de pain, excepté le pain de gluten pur, qui est bien difficile à obtenir et que les malades trouvent fort désagréable. Souvent on peut permettre au malade un grand nombre de végétaux et j'ai vu des malades être complètement guéris après un certain temps de ce régime et pouvoir sans inconvénient revenir à un régime ordinaire. Chez d'autres, au contraire, cela est toujours impossible et il faut simplement les laisser à un régime diabétique rendu tolérable par une grande latitude dans le choix des aliments. Chez les malades qui, sous l'influence d'un régime ainsi compris, voient leur quantité de sucre de l'urine diminuer jusqu'à 1 p. 100 ou même au-dessous, je conseille tous les mois, pendant un ou deux jours, un régime exclusivement composé de substances albuminoïdes, qui fait disparaître complètement le sucre de l'urine. M. Munson a montré qu'un régime ne comprenant que des matières protéiques augmente la quantité d'acide diacétique de l'urine, tout en diminuant la quantité de sucre, et aggrave les symptômes. Mais de telles considérations ne peuvent entrer en ligne de compte, quand il s'agit de régime, que je ne conseille que pendant un ou deux jours chaque mois.

M. Jacobi. — Plus les malades sont jeunes, plus les hydrates de carbone sont dangereux. Je n'ai jamais vu aucun traitement bien efficace chez les enfants diabétiques; mais j'ai souvent vu chez eux des aggravations, quand le régime n'était pas uniquement composé de matières albuminoïdes. Ce régime ne fait que prolonger leur vie. Je leur permets des hydrates de carbone vers la fin de leur existence, mais uniquement pour ne pas les martyriser. Chez les personnes âgées, chez lesquelles le diabète peut durer de 5 à 25 ans, il faut tolérer une certaine quantité d'hydrates de carbone, surtout chez les sujets qui maigrissent. Chez ces malades je suis partisan de donner du lait.

M. Duncan, après avoir cité quelques observations où il a employé le nitrate d'uranium dans le traitement du diabète, en conclut que, chez les malades qu'il a soignés, la diminution de l'urine et du sucre, l'augmentation du poids, l'amélioration de l'état général et des forces étaient dues à un effet stimulant produit par le nitrate d'uranium sur les cellules chargées d'utiliser le sucre. Cette action peut être directe ou indirecte et se produire alors par l'intermédiaire des centres nerveux trophiques. Le sucre provenant de l'alimentation n'est plus excrété tel quel; il est détruit et utilisé par les tissus. Il est vrai qu'on a aussi observé que le sel d'uranium retarde la digestion de l'amidon et forme un composé insoluble avec l'albumine; aussi West admet-il que son action dans le diabète est due à ce pouvoir qu'il a de ralentir la digestion de l'amidon et de certaines substances albuminoïdes. Ce qui empêche M. Duncan d'admettre cette théorie, c'est tout d'abord que ses malades paraissaient avoir une digestion tout à fait normale et même rapide; de plus la grande quantité de sucre de lait ingérée par ces malades aurait fini par passer dans l'urine si ce sucre n'avait été utilisé par les cellules de l'économie. Il considère le nitrate d'uranium comme utile dans les cas de diabète nerveux.

SECTION DE DERMATOLOGIE.

Traitement de la syphilis.

M. Whitla. — Quelle que soit la forme sous laquelle on prescrit le mercure, il pénètre finalement dans le sang où il

rencontre le poison syphilitique qu'il détruit. On peut aussi considérer la syphilis comme l'antidote vital du mercure, de sorte que tant que le virus syphilitique se trouve dans le sang et les tissus, le mercure usera sa force sur ce virus et ne causera aucun dommage au sujet. On peut ainsi s'expliquer que des doses de mercure qui ne tarderaient pas à amener des accidents chez des sujets sains sont bien tolérées par des syphilitiques. Cela est surtout évident pour les enfants atteints de syphilis congénitale.

Le mercure a en en outre pour action de détruire la cellule syphilitique caractéristique. Le métal est ensuite éliminé par toutes les excrétions. Les iodures de potassium et de sodium ne sont pas microbicides et par suite n'agissent pas sur le virus syphilitique; mais ils portent leur action sur les productions cellulaires caractéristiques de l'affection. Beaucoup admettent que l'iodure est sans action au début de la maladie, mais que vers la fin de la période secondaire il aide le mercure à détruire les néoformations cellulaires; son influence est plus nette dans la période tertiaire, mais il est probable que cette influence ne saurait être permanente, si elle n'est pas complétée par celle du mercure. Cependant on ne peut nier totalement l'action germicide des iodures, depuis que Binz a démontré que le protoplasma mis en présence de ces sels les décompose et met de l'iode en liberté. L'excision du chancre n'a aucune valeur thérapeutique. Hutchinson admet que, par l'administration du mercure faite de très bonne heure, on peut empêcher les syphilides de la gorge et la roséole; il conseille l'usage continu de faibles doses pendant de longues périodes. Au contraire, Taylor et Kaposi considèrent qu'il n'y a aucun inconvénient à attendre l'apparition des accidents secondaires pour commencer le traitement. Une fois le traitement commencé, on peut l'instituer d'une manière continue comme le veut Hutchinson ou, au contraire, avec des interruptions. Je suis partisan de la première méthode qui expose moins aux rechutes et aux accidents tertiaires précoces. Quant à la question du dosage, elle est très difficile à résoudre et doit varier avec chaque malade; le dosage doit être proportionnel à la quantité et à l'activité du virus, sans toutefois aller jusqu'à léser les organes. Avant de commencer le traitement, il faut se préoccuper de l'état des dents et pendant toute la durée du traitement il faut faire faire des lavages de la bouche alternativement avec des solutions phéniquées et des préparations astringentes.

Tant que les manifestations syphilitiques comme le rash, les plaques amygdaliennes, les condylomes, l'iritis, etc., ne paraissent pas influencées par le traitement, on peut augmenter les doses de mercure sans crainte, car il y a une grande dose de virus syphilitique qui en neutralisera l'effet. Quand ces accidents auront disparu, on saura que les doses de mercure ne sont pas trop fortes si le poids du corps ne diminue pas et s'il ne se manifeste pas d'anémie. Il faut donc peser les malades toutes les semaines, surtout dans les cas de syphilis grave et principalement à la fin de la période secondaire. Quand on voit le poids du corps diminuer sans cause, il faut suspendre l'emploi du mercure; il est alors utile de prescrire de l'iodure. Souvent la diminution du poids du corps est le premier signe de la destruction complète du virus syphilitique, le mercure commençant alors à avoir une action nocive sur le sang. Quant à la durée du traitement, elle ne peut être fixée à l'avance et elle varie presque avec chaque cas. Après 9 mois de la méthode continue, si toutefois il aura été possible de la prolonger autant, on devra accorder au malade un repos de 2 ou 3 mois, s'il n'y a plus aucune trace de l'affection. Après ce repos on prescrira un traitement mixte, composé de mercure à faibles doses et d'iodure qu'on alternera toutes les 6 semaines et cela pendant encore 9 mois; puis il y aura un nouveau repos de 2 ou 3 mois et enfin on terminera la seconde année par un traitement à l'iodure. Gowers prétend en outre qu'on pourrait éviter bien des complications graves en prescrivant aux malades de prendre deux fois par an, pendant 3 semaines, après la disparition des derniers accidents, de fortes doses d'iodure. Sous quelle forme prescrire le mercure? Le proto-iodure, qu'on a rejeté des pharmacopées allemande et anglaise, en raison de son peu de stabilité, serait le sel qui agirait le mieux sur les accidents du début, principalement chez les alcooliques. Hutchinson prescrit la poudre grise composée d'une partie de mercure mélangée à deux parties de chaux. Quant à moi j'emploie le calomel. Au bout de 3 mois je cesse de donner cette substance et je prescris du sublimé en même temps que l'iodure. Si le calomel agit sur l'intestin, je prescris de la poudre grise.

Le traitement par les frictions mercurielles est le plus actif, et dans certains cas il est indispensable d'y avoir recours, mais il est pour le malade la source de nombreux ennuis : il est cependant absolument indiqué quand la syphilis a une forme grave, quand le malade ne consulte que tardivement, en pleine période secondaire et qu'il présente des accidents tels que la rétinite, l'iritis ou l'otite, dans les cas de syphilis des centres nerveux, enfin dans certains cas où la syphilis apparait à la suite du mariage. Hutchinson conseille d'avoir recours à l'iodure dans la période secondaire quand les douleurs osseuses sont très vives ou quand les muqueuses sont très envahies; l'iodure est encore indiqué dans cette période quand surviennent des symptômes classés dans les accidents tertiaires comme les complications cérébrales et spinales (convulsions, paraplégie), les néoplasmes du testicule, du foie ou de la rate; il en est de même des complications survenant du côté de l'œil ou de l'oreille. Dans tous ces cas il faut prescrire un traitement mixte composé d'iodure de sodium (préférable à l'iodure de potassium) et de bichlorure de mercure ou mieux d'onctions à la pommade mercurielle. L'élévation de la température est une autre indication d'iodure dans la période du début. Après un traitement au mercure qui a duré 6 ou 9 mois, il est excellent de prescrire, suivant la méthode française, l'iodure pendant 2 ou 3 mois. Quand la maladie a été bien traitée dès le début et pendant toute la période secondaire, il y a peu de chances de voir survenir des accidents tertiaires. Quand ces accidents se produisent il faut les traiter par l'iodure et le mercure (sublimé ou frictions). Dans quelques cas très rares, les malades ne peuvent absolument pas supporter l'iodure; on se contentera alors de prescrire le mercure. Gowers conseille de ne jamais prescrire l'iodure pendant une période dépassant 6 à 10 semaines.

M. Shomaker. — Le chancre syphilitique n'est pas une simple lésion locale; c'est la première manifestation locale d'une maladie générale; aussi doit-on commencer le traitement dès qu'on a fait le diagnostic de chancre syphilitique; c'est-à-dire qu'on doit condamner l'excision du chancre. Le plus souvent c'est l'ingestion du mercure qui constitue la méthode de choix. Je prescris d'ordinaire le proto-iodure et j'y ajoute un peu d'opium, s'il provoque de la diarrhée. J'institue en même temps un régime tonique. Il faut défendre le tabac et l'alcool. Quand on a besoin d'agir rapidement, il faut préférer la méthode des injections à celle des frictions : l'emploi des sels solubles me paraît aussi efficace et beaucoup moins dangereux que celui des sels insolubles; j'ai recours au sublimé.

Quand un syphilitique a été bien traité, on peut le laisser se marier un an après la disparition des derniers accidents.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Janvier 1897.

Exulcération simple de la muqueuse de l'estomac.

M. Dieulafoy communique l'observation d'un individu entré il y a deux ans dans son service avec tous les signes d'une hémorrhagie grave consécutive à des hématémèses répétées et très abondantes. Le traitement médical n'ayant pas empêché la reproduction de ces hématémèses, le malade a succombé. A l'autopsie, on trouva une exulcération superficielle de la muqueuse des dimensions d'une pièce de 5 francs, située sur la paroi postérieure de l'estomac, à 3 centimètres de pylore.

Instruit par ce fait, M. Dieulafoy fit opérer un autre malade qui est entré dans son service pour des accidents analogues à ceux qu'a présentés le malade précédent. La laparotomie montra

un estomac absolument sain, et ce n'est qu'après de longues recherches, l'estomac ayant été incisé, qu'on trouva sur la paroi antérieure de l'organe une exulcération superficielle de la muqueuse, des dimensions d'une pièce de 2 francs, avec, au centre, une artériole coupée. L'exulcération a été suturée, le ventre fermé, et le malade guérit.

Ces cas d'hémorrhagies stomacales abondantes et parfois foudroyantes, tenant à de simples exulcérations superficielles de la muqueuse, ne sont pas rares. M. Michaux a communiqué à M. Dieulafoy un cas identique à celui de la seconde observation où le malade fut sauvé par la laparotomie. Deux cas analogues ont été observés par M. Gilbert : un de ces malades a succombé à une hémorrhagie stomacale foudroyante sans qu'il fût possible d'intervenir; le second a été opéré par M. Hartmann qui, n'ayant pas trouvé, après l'ouverture de l'estomac, la source de l'hémorrhagie, pratiqua la gastro-entérostomie. Les hémorrhagies se reproduisirent et le malade succomba 5 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva, comme chez le malade qui n'avait pas été opéré, une exulcération superficielle de la muqueuse de l'estomac ayant ouvert une artériole superficielle. Des faits analogues ont été publiés par G. Luys, par Lépine et Bret.

De ces faits, M. Dieulafoy conclut que l'hématémèse abondante même unique indique qu'une artériole a été ouverte par le processus et constitue une indication formelle d'opérer.

M. Hayem constate tout d'abord qu'un grand nombre de ces malades guérissent spontanément, quand même ils se trouvent dans un état d'anémie extrême par le fait de l'hémorrhagie stomacale unique ou répétée. D'un autre côté, le traitement ne doit pas rester purement médical, mais comprendre aussi la transfusion de sang ou les injections de sérum artificiel, qui réussissent très souvent. L'intervention chirurgicale dans les cas étudiés par M. Dieulafoy, présente des inconvénients, en raison de l'affaiblissement du malade et de l'énorme difficulté de découvrir l'exulcération de l'estomac.

M. Lancereaux considère l'intervention comme grave et, contrairement à M. Dieulafoy, il pense que celle-ci est indiquée dans les hématèses à répétition plutôt que dans les hématémèses abondantes, mais rares.

M. Fournier croit que dans l'étiologie de l'ulcère rond on ne tient pas assez compte de la syphilis. Plusieurs fois il a vu l'ulcère hémorrhagique se développer chez des syphilitiques et guérir par le traitement spécifique.

M. Cornil a décrit avec M. Ranvier les gommes syphilitiques ulcérées ou non de l'estomac. Elles sont rares, mais de temps en temps on en trouve à l'autopsie. Ces faits viennent à l'appui de ce que vient de dire M. Fournier.

M. Winternitz (de Vienne) préconise le traitement de l'obésité par les agents physiques, notamment : 1° par la sudation ; 2° par l'hydrothérapie ; 3° par les exercices physiques.

M. Doyen présente : 1° une valve abdominale dans les cas de position de Trendelenburg; 2° un appareil pour la réduction de la luxation congénitale de la hanche dans l'opération sanglante.

M. Galezowski fait une communication sur la température de l'œil à l'état normal et pathologique.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 7 et 14 Janvier 1898.

Tumeurs caséeuses et vaccinations par les pneumocoques vivants.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon** ont trouvé à l'autopsie de lapins qu'ils avaient inoculés soit avec une culture de pneumocoques vivants, mais atténués par le vieillissement ou par les antiseptiques, soit avec une culture récente, virulente, mais à dose très faible, de véritables tumeurs péritonéales, constituées par une coque épaisse, formée de couches concentriques, dont la plus externe est fibreuse, les autres fibrineuses, enkystant une matière caséeuse blanchâtre, que les ensemencements en milieux de cultures et l'inoculation aux animaux ont toujours montrée dépourvue de germes vivants. Elles sont entourées de toutes parts par le péritoine, tantôt incluses entre deux feuillets de la séreuse, comme lorsqu'elles occupent le grand épiploon, tantôt attachées à la paroi abdominale postérieure par un pédicule constitué par deux lames péritonéales.

On en trouve une ou deux dans l'abdomen de chaque lapin. Leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une noix ; une fois, il a dépassé celui d'une orange. Dans ce cas, la tumeur fut reconnue pendant la vie; le lapin fléchissait l'échine sous son poids, et l'abdomen était distendu par une masse perceptible à la palpation. Cette même tumeur avait contracté une adhérence solide avec une anse de l'intestin grêle, et déterminait à ce niveau un rétrécissement intestinal par compression.

Les lapins vaccinés avec les produits pneumococciques morts ou stérilisés n'ont jamais présenté ces lésions, qui semblent être le reliquat d'une péritonite locale, enkystée, en régression, susceptible cependant de reprendre de l'accroissement, comme dans le cas de la plus grosse tumeur.

Déchirures du foie et du rein.

M. Morestin communique l'observation d'un homme qui, à la suite d'un écrasement par un tombereau, entra à l'hôpital avec les signes d'une hémorrhagie intra-péritonéale et de fractures multiples de côtes. La laparotomie permit d'évacuer une grande quantité de sang épanché dans le ventre, de suturer une petite déchirure de l'intestin, et de reconnaître une grande déchirure du foie; celle-ci fut comblée de gaze iodoformée. Le malade mourut 3 heures après. L'autopsie montra une déchirure du foie, une division complète du rein qui s'est coupé sur la 12e côte, des fractures des onze premières côtes droites; et, enfin, un cancer latent de la paroi postérieure de l'estomac.

Analyse des calculs appendiculaires.

M. Pilliet a étudié, au point de vue chimique, les calculs trouvés dans certains cas d'appendicite. On y trouve du carbonate de chaux, englobant du mucus, mais jamais aucune trace de produits stercoraux. A leur niveau, la paroi de l'appendice présente toujours une atrophie des follicules, et une prolifération des glandes de Lieberkühn, de sorte que les calculs paraissent dus à une hypersécrétion muqueuse, comme cela se voit dans les glandes salivaires.

Calcul du cholédoque.

M. Jeanne présente un foie dont les voies biliaires sont très distendues, par suite d'une oblitération du canal cholédoque par un calcul ayant le volume du pouce. La bile avait néanmoins continué à passer.

Fracture du calcanéum par arrachement.

M. Desfosses présente les épreuves radiographiques et un fragment osseux d'une fracture du calcanéum par arrachement. Cette fracture s'est produite chez un homme de 51 ans, qui, étant sur un échafaudage, fit une chute sur les pieds, d'une hauteur de 1 m. 50 environ. Sur l'épreuve radiographique, on voit, avec une netteté remarquable, le fragment osseux supérieur entraîné par le tendon d'Achille. Le trait de fracture était oblique en bas et en arrière.

Aplasie artérielle et atrophie rénale.

M. Bacaloglu apporte l'observation d'une fille de 22 ans, vierge, ayant présenté pendant la vie les attributs de l'infantilisme et qui était entrée à l'hôpital avec les phénomènes suivants : céphalalgie, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, somnolence, vomissements verdâtres, constipation, incontinence d'urine précédée d'une période de rétention. Elle se rétablit sous l'influence du traitement, lorsqu'elle présenta une poussée furonculeuse, suivie d'une double otite moyenne suppurée; il survint enfin une attaque d'urémie dyspnéique et convulsive qui l'emporta.

A l'autopsie, on trouva une aplasie artérielle généralisée : l'aorte, la splénique, les artères rénales, les artères de la base du cerveau sont celles d'un enfant de 12 ans. Le cœur gauche est hypertrophié. Les reins, petits, pèsent, le droit, 40 grammes, le gauche, 50 grammes. Ils sont granuleux, la capsule se décortique en emportant de la substance corticale, qui est considérablement atrophiée. Pas de lésion d'endartérite sur les gros troncs artériels.

Les autres organes sont normaux. Il n'y a que l'aplasie artérielle coïncidant avec l'atrophie rénale.

Comme antécédents d'infection antérieure, on a relevé la diphthérie et la coqueluche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 Janvier 1898.

Du bruit de rappel paradoxal.

MM. A. Gilbert et **M. Garnier.** — A l'état normal, l'auscultation du cœur permet d'entendre deux bruits, le premier systolique, le second diastolique, séparés par un petit silence. Après un long silence, les deux bruits se reproduisent et il en va ainsi indéfiniment.

Que le premier bruit se dédouble ou qu'il s'y accole un bruit anormal, et le rhythme de galop sera réalisé. Que le second se dédouble d'autre part, l'on perçoit le rhythme de caille, d'enclume ou de rappel.

Nous avons eu l'occasion pendant 3 années de suivre un malade cardiopathe qui portait au cœur un bruit de rappel d'une telle netteté que la plupart des médecins qui avaient eu l'occasion de l'examiner l'avaient considéré comme affecté d'un rétrécissement mitral, et chez lequel toutefois, fait paradoxal en apparence, le dédoublement portait sur le premier bruit. Pour préciser, le bruit surajouté était immédiatement présystolique et s'entendait dans toute la région précordiale. En même temps qu'un bruit présystolique s'était ajouté au bruit systolique normal, le petit silence s'était allongé, de telle sorte que le rhythme du cœur était interverti, c'est-à-dire qu'entre le bruit systolique et le bruit diastolique s'écoulait un laps de temps plus long que celui qui séparait le bruit diastolique du bruit présystolique.

Dans les conditions où auraient dû naître un bruit de galop, un bruit de rappel se trouvait réalisé.

En raison sans doute de la prolongation du petit silence, le pouls était un peu ralenti et ne battait guère que 60 fois par minute (le malade était âgé de 27 ans). Il était de plus petit et irrégulier.

Ce malade présentait en même temps une *symphyse péricardo-périhépatique* et l'autopsie ne nous montra aucune lésion valvulaire, mais une symphyse péricardique totale avec calcification très étendue du péricarde occupant circonférentiellement la base du ventricule.

La gêne apportée à la contraction ventriculaire par la symphyse du péricarde et par la calcification avait amené une prolongation anormale de la systole, et par suite un allongement notable du petit silence qui, uni à la production d'un bruit présystolique surajouté, avait donné naissance au rhythme de rappel paradoxal sur lequel nous avons voulu fixer l'attention.

De la symphyse péricardo-périhépatique.

MM. Gilbert et **Garnier.** — Il existe un complexus pathologique particulier, non décrit dans les auteurs, caractérisé par l'association d'une symphyse du péricarde et d'une symphyse périhépatique. MM. A. Gilbert et Garnier le décrivent en se fondant sur 11 observations et proposent de lui appliquer la désignation de *symphyse péricardo-périhépatique*.

Assez fréquemment la symphyse périhépatique se complique d'une cirrhose qui revêt un type spécial et qui, notamment très développée à la surface du foie s'atténue en se dégradant vers son centre. MM. Gilbert et Garnier la désignent sous l'appellation de *cirrhose périhépatogène*.

D'une étiologie obscure, la symphyse péricardo-périhépatique est également d'un diagnostic difficile quoique cependant possible.

Passage du bleu de méthylène à travers le placenta.

MM. A. Sicard et **R. Mercier.** — MM. Achard et Castaigne ont étudié le passage du bleu de méthylène à travers le rein à l'état normal et à l'état pathologique. Il était intéressant également de se demander quelles étaient les conditions d'élimination de ce bleu à travers le placenta. Nos expériences, au nombre de 16, faites à la maternité de Saint-Antoine, ont porté sur des primipares et des multipares, les injections de 5 centigrammes ont été faites de 3 minutes à 22 heures avant l'accouchement. Le temps minimum pour le passage du bleu dans les urines du nouveau-né nous a paru osciller entre 1 h. 20 et 1 h. 30. Nos 16 cas concernaient des femmes bien portantes, sans tares tuberculeuses ou syphilitiques. Les placentas n'étaient le siège d'aucune lésion macroscopique. Une élimination plus hâtive du bleu pourra peut-être servir dans certains cas à contrôler les altérations placentaires témoignant ainsi d'une perméabilité exagérée de cet organe.

Il ne nous a pas été possible de retrouver de bleu soit en nature soit à l'état de chromogène dans le lait des nourrices pas plus que dans l'urine de leurs nourrissons.

Négatifs aussi ont été les examens du liquide amniotique nous permettant ainsi de supposer que l'amnios, au moins dans les derniers temps de la vie fœtale, ne reçoit pas les produits d'excrétion de la vessie du fœtus.

Note sur le streptocoque de l'érysipèle.

M. H. Lemoine (Val-de-Grâce). — Dans une récente communication M. J. Courmont a relaté de nouvelles expériences entreprises avec les streptocoques de l'érysipèle que je lui avais envoyés, streptocoques dont la virulence était influencée par le sérum de Marmorek.

Après 6 passages à travers l'organisme de la paroi, M. Courmont a trouvé qu'un de ces streptocoques ne subissait aucunement l'influence du sérum, et que bien plus le sérum favorisait l'infection.

En face de ces résultats contradictoires, j'ai prié M. Courmont de vouloir bien m'envoyer : 1° une culture de son streptocoque; 2° une culture de celui de mes streptocoques qui avait passé par l'organisme du lapin.

La contradiction dans les résultats obtenus de part et d'autre s'explique par ce fait que les microbes qui m'ont été envoyés, ne sont pas des organismes en chaînettes et ne peuvent après passage par le lapin se transformer en streptocoque. Il s'agit d'organismes d'espèces différentes.

M. Déjerine présente au nom de **M. Vogt** une note sur la myélinisation de l'hémisphère cérébral du chat et dans laquelle il montre que cette myélinisation se fait chez le chat comme chez l'homme et que, contrairement à ce qu'avance Flechsig, les centres d'association ne sont pas l'apanage des primates.

M. Bardier a constaté que la botuline provoque chez les lapins un ralentissement considérable du cœur et tous les animaux dans l'espace de 2 heures.

M. Hagopoff fait une communication sur ce développement de la tête du fémur.

M. Lapicque étudie les variations du poids du cerveau par rapport aux variations du poids de l'animal dans la même espèce.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Janvier 1897.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac.

M. Chaput. — On peut être appelé à intervenir chirurgicalement soit à la phase aiguë, soit à la phase chronique de

l'ulcère de l'estomac; à la phase aiguë, pour les douleurs, les vomissements, les hémorrhagies, à la phase chronique pour la rétraction cicatricielle siégeant au niveau du pylore ou du corps de l'estomac et aboutissant dans ce dernier cas à la formation de l'estomac biloculaire. Je suis intervenu cinq fois dans des ulcères de l'estomac; mon premier malade est mort, parce que les aliments se sont déversés dans le bout supérieur; mes quatre autres malades ont guéri. Mon dernier malade avait 51 ans et présentait tous les signes de la sténose pylorique avec rétention stomacale. Je fis la laparotomie et trouvai une petite tumeur dans la région du pylore. Après pylorectomie, je fermai complètement l'estomac, je fermai également le duodénum et fis un abouchement du duodénum dans l'estomac. Mon malade guérit. L'examen histologique pratiqué par M. Toupet a montré qu'il s'agissait d'un ancien ulcère de l'estomac avec, et c'est là un détail tout à fait intéressant, un petit point où existait nettement une transformation épithéliale. La guérison s'est maintenue depuis deux ans.

La présence d'une tumeur ne prouve absolument rien au point de vue du diagnostic d'une carcinose. Ainsi, dans un cas où je pratiquai la laparotomie, je trouvai après ouverture de l'estomac et implantée sur sa paroi postérieure, une tumeur pédiculée qu'il me fut facile d'enlever et qui était un adénome.

L'anachlorhydrie, révélée par l'examen du suc gastrique, est évidemment une présomption, mais non une preuve certaine. De même, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs ne sont pas des signes pathognomoniques. J'ai vu dans un cas une inflammation rétro-stomacale amener des phénomènes de compression de la veine porte et de la veine cave.

Le diagnostic est toujours aléatoire, et c'est une raison de plus pour intervenir.

L'intervention est indiquée dans tous les cas de sténose, dans les dyspepsies graves, rebelles au traitement médical.

Quant à la technique, il est intéressant de la discuter. Il ne faut pas parler de la gastro-entérostomie, l'appeler pré- ou rétro-colique suivant qu'on passe en avant ou en arrière du côlon transverse. Il faut la désigner sous le nom d'antérieure et de postérieure suivant la face de l'estomac où l'on fait l'abouchement.

Dans le procédé « antérieur », la bouche stomacale ne se trouve point placée sur le point le plus déclive, il expose au tiraillement du mésentère, à la formation de l'éperon et à la compression du côlon transverse.

Dans la manière de faire l'incision de l'intestin, il y a deux procédés : le procédé de Roux, avec section complète, transversale de l'intestin, avec abouchement du bout supérieur dans l'intestin, et le procédé avec section latérale qui est plus facile, plus rapide et plus sûr.

On peut employer les sutures ou les boutons. Les sutures sont un peu longues; je rejette le bouton de Murphy et je me sers de mon bouton spécial. Je l'ai employé six fois dans des cas d'ulcère ou de cancer, avec un seul cas de mort due à une congestion pulmonaire causée par l'éther et quatre guérisons. Le cinquième cas, également suivi de guérison, ne m'est pas personnel. Le bouton a été conservé dans ce dernier cas pendant 7 mois et très bien toléré.

Je suis partisan de la nécessité de combiner l'entéro-anastomose à la gastro-entérostomie, et de faire le procédé postérieur rétro-colique.

Fracture du fémur. Interposition fibreuse. Intervention.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de **M. de Bovis**, professeur suppléant à Reims, sur une fracture du fémur avec interposition fibreuse. Il existait un raccourcissement de cinq centimètres et la réduction ne se fit pas, malgré l'extension continue faite suivante le procédé de M. Tillaux. Aussi, un mois après l'accident, l'intervention fut décidée, après qu'on eut fait, grâce à l'absence de crépitation et à l'absence de transmission des vibrations osseuses, le diagnostic d'interposition fibreuse. L'opération permit de vérifier l'interposition et donna un résultat excellent.

M. Berger. — Je tiens à insister sur la nécessité absolue qu'il y a à ne pas à tenter une intervention sous le prétexte d'une interposition fibreuse. Je n'applique en général l'extension continue que vers le 6e, 7e ou 8e jour, quelquefois plus tard, et en général la réduction s'opère très bien.

M. Lucas-Championnière confirme absolument cette manière de voir.

Corps étranger de l'utérus.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de **M. de Bovis** ayant trait à une pessaire demeuré pendant 15 ans dans le vagin. La tige vaginale conduisait au niveau du col et c'est seulement après dilatation qu'il fut possible de constater, à 2 centimètres au-dessus du col et fixé sur la tige vaginale à la manière d'une tête de champignon, un assez large plateau métallique; on fit l'incision du cul-de-sac antérieur comme dans l'hystérectomie, puis l'hémisection antérieure et l'extirpation du pessaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Janvier 1898.

Sur la généralisation du bacille diphthérique et sur les associations microbiennes.

MM. H. Barbier et **Tollemer** ont fait 6 nouvelles autopsies de malades diphthériques qui confirment leurs recherches précédentes : 2 fois ils ont trouvé le bacille dans les ganglions; 1 fois dans le sang avec inoculation positive; 1 fois dans la rate avec certitude; 2 fois l'examen a montré des formes bacillaires rares et mal colorées; 1 fois dans le bulbe, 1 fois dans la protubérance.

Ils ont également étudié l'action simultanée du bacille et du streptocoque chez les animaux.

Chez le pigeon, l'inoculation simultanée du bacille et du streptocoque sur la muqueuse buccale a donné lieu localement à une angine plus extensive. En inoculant au cobaye, sous la peau du ventre, un mélange de bacille diphthérique et de streptocoque à virulence reconnue, on obtient une lésion locale différente de celle obtenue avec le bacille pur : l'œdème est congestif avec exsudats hémorrhagiques. Le cobaye succomba plus vite que celui inoculé avec le bacille seul. De plus, fait qui montre la prédisposition à l'infection septique, créée par l'intoxication diphthérique, c'est la présence du streptocoque dans la rate.

Perméabilité rénale et composition des urines dans le rein cardiaque et le mal de Bright.

MM. Achard et **Castaigne.** — On sait que dans l'asystolie cardiaque les urines sont rares, riches en urate et en urée, et ne présentent pas de diminution de leurs principes minéraux. Or, la perméabilité rénale, recherchée au moyen du bleu de méthylène, est normale, tant qu'il s'agit seulement du rein cardiaque, et qu'il ne s'y est pas surajouté de lésions rénales étendues.

Au contraire, dans les néphrites chroniques, l'urine est abondante, pauvre en urée, en phosphates et en chlorures. Dans ces conditions, on observe aussi des signes d'imperméabilité, consistant surtout en un retard dans l'apparition du bleu dans l'urine, en une dissociation de l'élimination sous forme de chromogène et de matières colorantes, en une diminution de la quantité de bleu éliminée, en une prolongation excessive de l'élimination. Ces divers indices d'imperméabilité peuvent être isolés ou associés.

On peut se demander si, dans les néphrites chroniques, cette diminution de certains principes de l'urine tient bien au trouble de la perméabilité, ou n'est pas simplement l'effet des modifications de la nutrition générale. Mais les recherches entreprises au moyen du cathétérisme de l'uretère, dans les cas de lésions unilatérales du rein, apportent sur ce point des éclaircissements précieux. En effet, on peut ainsi comparer l'urine du rein sain à celle du rein malade chez le même sujet, et mettre hors de cause les modifications urinaires dépendant du

régime et de l'état général. Or, les recherches de MM. Guyon et Albarran ont montré que, dans des cas de rétention rénale unilatérale, par hydronéphrose ou pyonéphrose, l'urine émise par le rein imperméable au bleu était aussi beaucoup moins riche en urée, en phosphates et en chlorures. Ces auteurs ont vu également que le rein imperméable au bleu pouvait émettre une quantité d'urine presque égale et même parfois supérieure à celle du rein sain.

Nous voyons aussi, dans les néphrites chroniques, la polyurie coïncider avec l'imperméabilité, et dans le rein cardiaque ne s'associer à aucun degré à l'imperméabilité.

Ces faits montrent bien que la perméabilité rénale doit être distinguée formellement de la quantité des urines. Cela ne veut pas dire que cette quantité des urines doive être négligée en clinique : il est bien certain qu'elle a une valeur pronostique considérable, et que, d'ailleurs, l'oligurie peut marcher de pair avec l'imperméabilité. Mais la quantité et la qualité de la sécrétion rénale sont deux éléments qu'il ne faut pas confondre. La quantité dépend plutôt des conditions circulatoires; la qualité est influencée davantage par l'état de la perméabilité.

L'origine du facial supérieur.

M. G. Marinesco. — Je me propose d'étudier dans cette note l'origine bulbaire du facial supérieur. Le procédé le plus simple de pouvoir résoudre ce problème est de sectionner chez un chien, par exemple, la branche du facial qui anime de mouvement les muscles frontal, orbiculaire et sourcilier et examiner 15 à 20 jours après le bulbe et la protubérance de l'animal, à l'aide de la méthode de Nissl. On constate, dans ces conditions, une réaction à distance, très manifeste dans la partie inférieure et moyenne du noyau du facial, tandis que le noyau du moteur oculaire externe est intact.

A l'aide de coupes sériées pratiquées sur toute l'étendue du noyau du facial, j'ai pu constater que ce noyau a une structure un peu plus complexe qu'on l'admet habituellement. Sans entrer en des détails plus circonstanciés à ce sujet, je ferai remarquer qu'il y a lieu d'admettre dans le noyau du facial trois régions :

1° Une région inférieure où le noyau du facial est constitué par une masse compacte de cellules ayant le type des cellules des cornes antérieures.

2° Une région moyenne composée de trois noyaux secondaires : α) un noyau externe; β) un noyau moyen, et γ) un noyau interne. C'est principalement le groupe moyen qui réagit après la section du facial supérieur.

3° Enfin une région supérieure, où ces trois noyaux sont remplacés par un noyau unique.

Cancer du pylore avec atrophie de l'estomac.

M. Hayem revient sur l'observation de MM. Caussade et Rénon pour soutenir que l'atrophie de l'estomac qui existait dans leurs cas de cancer du pylore tenait non pas à la suppression des fonctions pyloriques, mais aux vomissements répétés, incoercibles que présentait la malade.

M. Hirtz montre les radiographies d'un tabétique qui présentait des arthropathies siégeant sur quelques articulations métatarso-phalangiennes. Les déformations osseuses sont nettement indiquées sur des épreuves radiographiques.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 13 Janvier 1898.

Syphilis héréditaire et hystérie.

M. A. Fournier a montré un malade qui a côté des stigmates caractéristiques de la syphilis héréditaire présente des accidents hystériques. Son histoire à ce point de vue est la suivante : à 6 ans, crises convulsives, perte des urines, etc.; puis maladies psychiques (délire de persécution, délire mystique); plus tard, hémiplégie : enfin, lorsqu'il est entré dans le service, il présentait divers accidents nerveux : un reste d'hémiplégie droite, boule œsophagienne, hémianesthésie droite complète absolue, rétrécissement du champ visuel des deux côtés, points hystérogènes.

Dermatite aiguë bulleuse.

MM. Hallopeau et Lévy. — Ce fait a été remarquable par la courte durée de l'éruption, par son caractère nettement inflammatoire établi par la présence de fibrine dans l'exsudat et la production ultérieure de saillies végétantes, par le développement ultérieur de bulles semblables sur des parties sodifiées par l'application de ventouses sèches : ce fait peut s'expliquer soit par un mode de réaction anormale des vasomoteurs, soit par un appel de toxine hématique; les éosinophiles ont fait défaut; il ne s'est agi ni d'un érythème polymorphe, ni d'une dermatite herpétiforme.

Neurofibromatose cutanée.

MM. Leredde et Bertherand montrent un malade qui présente sur la peau des taches pigmentaires excessivement nombreuses, des tumeurs arrondies sans coloration spéciale disséminées sur le tronc et les membres (neurofibromes de la peau). Il existe, en outre, des lésions de pigmentation diffuse de la face, du cou et des régions de flexion.

La déchéance physique et la déchéance intellectuelle sont ici très prononcées sans qu'il y ait cependant de déformations organiques, à part un léger degré de scoliose, ni de tare cérébrale grave; mais le malade est petit, malingre, l'intelligence est débile, la sensibilité physique exagérée.

Aucun individu de la famille n'est atteint, quoique la maladie de Recklinglausen soit en général une maladie familiale.

Gangrènes cutanées multiples chez une hystérique.

MM. Balzer et G. Michaux communiquent l'observation d'une femme de 21 ans, qui fut prise en 1894, à la suite d'une vive frayeur, d'accidents nerveux, tremblements des membres supérieurs, spasmes laryngés, épistaxis, hématémèses imputables à l'hystérie.

En août 1885, apparaissent sur le visage, sur les mains et divers points du tronc, des taches érythémateuses sur lesquelles se développèrent des bulles assez nombreuses : cette éruption était précédée durant quelques jours de douleurs locales assez vives, au dire de la malade; il n'en reste pas de cicatrices. En avril 1896, poussée érythémato-bulleuse analogue, mais qui laisse des cicatrices cette fois, l'une à la face interne du genou gauche et l'autre à la région sous-mammaire droite. Nouvelle poussée bulleuse au mois de septembre de la même année, à la face dorsale du poignet gauche, suivie de cicatrices kéloïdiennes très accentuées. Enfin, le 10 mars 1897, les régions inguinales droite et gauche et la face dorsale du pied gauche sont envahies de la même manière.

Le 23 octobre la malade entre dans le service. L'examen montre qu'il existe dans les plis inguinaux de chaque côté une eschare losangique de teinte jaune soufre, d'une longueur de 10 centimètres, entourée d'une zone de bourgeons charnus large d'un centimètre qui la sépare de la peau, présentant à ce point une teinte érythémateuse; au-delà quelques bulles disséminées jusque sur l'hypogastre. Sur la face dorsale du pied gauche, plaie bourgeonnante ; sur la face dorsale du pied droit, eschare plus foncée, encore adhérente au centre, mais décollée à la périphérie. L'évolution de placards gangréneux, fut normale; après la chute des eschares centrales, les plaies bourgeonnèrent sous l'influence de compresses de tarlatane imbibées d'une solution faible de permanganate de potasse, et lentement apparurent des cicatrices encore rouges et légèrement surélevées.

Cette malade, qui n'a jamais eu de crises de nerfs, présente un certain nombre de signes d'hystérie.

Le 23 décembre dernier, on a assisté au développement d'un nouveau placard gangréneux. Depuis 8 jours déjà, la malade accusait dans le sein gauche des douleurs lancinantes; puis apparurent sur la partie gauche du sein des taches lenticulaires

érythémateuses dont le centre prit rapidement une teinte jaune soufre; ces taches, par leur confluence, donnèrent un placard gangréneux, couleur jaune soufre, à contours irréguliers et donnant au doigt la sensation d'une plaque de morphée superficielle. Les lésions s'étendirent, recouvrant les deux tiers du sein gauche, et, franchissant la ligne médiane vinrent se perdre sur le sein droit. Cette fois les eschares tombèrent plus rapidement, et le bourgeonnement eut lieu plus vite.

Un certain nombre d'observations semblables ont été publiées; M. Gilles de la Tourette en mentionne plusieurs. Mais l'accord est loin d'être fait sur la genèse de ces cas : les uns attribuent ces gangrènes à l'hystérie et d'autres en plus grand nombre incriminent la simulation; ce seraient des eschares produites par l'application de caustiques chimiques, surtout d'acides phénique, sulfurique, etc. Une enquête minutieuse a été faite à ce sujet à l'occasion de cette malade; non seulement une surveillance très étroite n'a pu donner le moindre renseignement, mais l'examen chimique fait lors de la chute des eschares et la recherche d'un acide à la surface de la peau dès le début des lésions à l'aide du papier orangé Poirier n'ont donné aucun résultat. Malgré tout, et à cause de la ressemblance frappante de ces lésions et des brûlures superficielles dues aux acides, nous pensons qu'il est jusqu'à nouvel ordre impossible de donner de ces cas un diagnostic ferme.

Pityriasis rubra pilaire.

M. Leredde présente un enfant chez lequel on trouve sur le tronc, le cou et le cuir chevelu des placards à bords nets, à surface plâtreuse, mais sans desquamation, avec plis exagérés; en outre, on trouve surtout sur le tronc des saillies formées par les follicules pileux, dont beaucoup présentent à leur sommet une aspérité dure de couleur blanche.

Il existe un état d'éréthisme général du système pileux.

La face dorsale des phalanges, la région cubitale des avant-bras ne sont pas intéressées. A la face palmaire des mains et plantaire des pieds, état rouge, plis exagérés, hyperkeratose légère.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Janvier 1898.

Lymphatisme et scrofule.

M. Courtade pense qu'on ne doit user du terme adénoïdien que pour désigner les malades atteints d'affections naso-pharyngiennes, chez lesquels on trouve de vraies végétations et que le faciès adénoïdien est un signe des plus trompeurs : c'est tout au plus un signe de présomption.

S'il admet que tous les scrofuleux ont des manifestations rhino-pharyngiennes, il soutient aussi que quelques adénoïdiens seulement sont des scrofuleux.

Le traitement général n'est utile qu'autant que les végétations adénoïdes ont été enlevées par une opération qui est toujours bénigne.

M. Le Gendre critique le démembrement qu'a proposé dans son rapport M. Gallois. Opérer les adénoïdiens fait disparaître certes les accidents auxquels ils sont sujets, mais l'évolution ultérieure de tels malades est bien celle des scrofuleux : leurs bronchites sont de celles qui traînent, leurs dermatoses suppuratives donnent du pus pendant un temps généralement fort long.

M. Le Gendre rappelle que la scrofule se crée à volonté pour ainsi dire : l'absence d'air, de soleil, d'une nourriture suffisante et bien choisie en sont les facteurs. C'est ainsi qu'on s'explique les séries de scrofuleux que produisent les pensionnats pauvres et les orphelinats.

Pour sa part, M. Le Gendre croit que la maladie de Meyer et la scrofule sont deux affections différentes.

Traitement de l'orchite blennorrhagique.

M. Ducastel signale les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'orchite par la réfrigération combinée à la compression ouatée.

La technique de cette méthode peut être résumée de la façon suivante :

1° *Compression ouatée.* — Faute de l'appareil coûteux et compliqué des Lyonnais, on se sert avec succès d'un simple suspensoir qu'on garnit d'ouate suffisamment pour comprimer et surtout pour immobiliser les bourses.

2° *Réfrigération.* — Obtenue jadis avec la glace, M. Ducastel lui préfère aujourd'hui les pulvérisations de chlorure de méthyle, pratiquées du côté malade, à l'aide de l'appareil et du pinceau de M. d'Arsonval. On peut aussi se servir de coton imprégné de chlorure de méthyle ou même de chlorure d'éthyle. Une pulvérisation ou une application tous les jours ou tous les deux jours donne les meilleurs résultats.

M. Desnos croit cette thérapeutique insuffisante, surtout quand il y a beaucoup de liquide dans la vaginale, ou quand la prostatite apparaît. En pareil cas la ponction de la vaginale, les sangsues au périnée et sur les bourses, ne doivent pas être négligés.

M. Ducastel admet que le traitement qu'il propose ne réussit pas toujours, à l'instar de tous les traitements du reste. Mais il donne de bons résultats, même en cas d'hydrocèle. Quant aux cas de prostatite dont parle M. Desnos, il s'agit de cas *compliqués* qu'il n'a pas envisager dans sa communication.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 13 Janvier 1898.

Chorée gravidique.

M. Loviot, a communiqué l'observation d'une malade devenue enceinte une première fois et dont la grossesse s'était compliquée de chorée bénigne. Ayant été appelé pendant sa deuxième grossesse, M. Loviot a trouvé cette femme dans un état d'agitation très grave, que la thérapeutique fut impuissante à calmer. M. Brissaud, demandé en consultation, fut d'avis, en raison des accidents cérébraux qui commençaient, d'interrompre la grossesse. M. Loviot introduisit une bougie dans l'utérus qui fut tolérée pendant trois jours sans amener de contractions. Une seconde bougie fut placée et la femme expulsa un œuf de trois mois environ. Elle se remit peu à peu et les accidents nerveux ont presque complètement disparu.

Injections de sérum artificiel chez les enfants débiles.

M. Loviot a observé un enfant ayant des troubles dyspeptiques graves et qu'aucun traitement n'améliorait. Il vomissait le lait de femme et même le lait d'ânesse. Les lavages stomacaux et intestinaux ont bien supprimé les vomissements, mais l'enfant n'augmentait pas de poids. M. Loviot fit alors des injections sérum à la dose de 50 gr. par jour environ. Ce traitement paraît lui réussir, il est plus vigoureux, ne vomit plus et commence à prendre le sein d'une nourrice.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 Janvier 1898.

Abcès du cerveau d'origine otique.

M. Beckmann communique l'observation d'un enfant admis le 14 octobre 1896 à la policlinique pour des douleurs de

l'oreille droite. Il existait une otite moyenne, mais la paracentèse du tympan ne donna pas de pus.

Quelques jours plus tard l'apophyse mastoïde devint douloureuse et l'enfant avait des frissons. L'apophyse mastoïde fut alors trépanée et il s'écoula du pus. Comme les frissons se répétèrent, on ouvrit le sinus occipital qui contenait un caillot putréfié. Le malade alla mieux et fut renvoyé guéri le 10 novembre. Deux jours après, la fièvre reparut, accompagnée de de douleurs de tête, de vertiges, de vomissements, de raideur de la nuque. Le 15 novembre on ouvrit le foyer de trépanation, on incisa la dure-mère au niveau du cervelet, et on évacua de 4 à 5 c.c. de pus. La guérison fut complète en 9 jours.

Dilatation bronchique chez un enfant.

M. Heubner établit d'abord que les dilatations bronchiques moyennes dans les lobes inférieurs des poumons ne sont pas rares dans l'enfance, il est très rare au contraire d'observer des dilatations très étendues. Dans le cas qu'il a observé récemment, il s'agissait d'un enfant de 3 ans, d'origine tuberculeuse, qui d'abord bien portant, eut, passé l'âge d'un an, des atteintes très fréquentes de catarrhe bronchique. On l'admit à la clinique à cause de la toux fréquente et de la dyspnée qu'il présentait; la ponction ne confirma pas l'existence présumée d'une pleurésie. Plus tard on constata nettement les signes d'une bronchectasie avec atrophie pulmonaire : choc de la pointe dans l'aisselle, accès répétés de fièvre, expectoration sans bacilles tuberculeux, toutefois signes de caverne.

Pendant son séjour à l'hôpital il contracta la rougeole. L'enfant dépérit alors rapidement, présenta des bacilles tuberculeux dans les crachats et mourut. A l'autopsie on trouva, à côté des bronchectasies multiples, une infiltration de granulations tuberculeuses de date récente.

M. Hansemann a communiqué un cas de dilatation bronchique des deux poumons, dont l'un fut infecté secondairement par les bacilles tuberculeux, sans avoir produit d'autres infections dans le corps.

M. Baginsky estime que les bronchectasies sont pas rares chez les enfants, chez lesquels elle se développent ordinairement après la coqueluche. Il a observé un enfant qui fut atteint de coqueluche à l'âge de 4 ans, puis de bronchectasie; et qui mourut à 13 ans de péritonite tuberculeuse.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 4 Janvier 1898.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Bokenham a essayé un procédé d'immunisation contre la fièvre typhoïde qui lui a été suggéré par la méthode d'immunisation à l'égard de la diphthérie que Cartwright Wood a le premier décrite. Cet auteur a trouvé que des injections de cultures chauffées et filtrées de bacille diphthérique en bouillon confèrent non seulement un degré élevé d'immunité, mais qu'elles provoquent aussi la formation d'antitoxines dans le sang. Pour se rendre compte si une pareille méthode ne serait pas également applicable au traitement de l'infection typhique, M. Bokenham prépara un bouillon auquel il ajouta 10 p. 100 de sérum sanguin transformé en albuminate alcalin. Ce milieu de culture fut ensuite ensemencé avec des bacilles d'Eberth. Trois semaines après, il fut filtré à travers l'appareil de Berkefeld. Les injections du filtrat aux cobayes ne donnèrent lieu à aucun trouble morbide, sauf une légère élévation de température. L'examen chimique montra que ce liquide contenait une albumose analogue à celle que M. Fenwick et M. Bokenham avaient isolée de la rate des sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde. M. Bokenham injecta à un cheval d'abord la culture filtrée, puis des bacilles d'Eberth morts, et enfin alternativement des cultures filtrées et des bacilles morts. Un autre cheval ne reçut que des injections de bacilles morts. Le premier animal resta sain, tandis que le second réagit violemment à chaque injection. Le sérum sanguin de ces chevaux présentait aussi une réaction différente : celui du premier cheval provoquait rapidement l'agglutination, tandis que le sérum du second animal était beaucoup moins actif. La sensibilité à l'égard des cultures de bacilles typhiques vivants était aussi beaucoup moins marquée chez le premier cheval que chez le second. Ainsi donc, chez un animal traité par un filtrat de cultures vivantes de bacilles d'Eberth, on voit augmenter nettement la tolérance pour les bacilles morts ou vivants de la fièvre typhoïde et le sérum présenter une action agglutinante manifeste.

Une autre série d'expériences, faites par M. Bokenham, a montré que le sérum dont il s'agit, mélangé en quantité suffisante avec des cultures virulentes de bacilles d'Eberth, rend ces cultures inoffensives pour les cobayes et qu'il exerce aussi chez ces mêmes animaux une certaine action curative et préventive à l'égard de l'infection typhique.

M. Bertram Abrahams ne croit pas qu'on puisse attacher une grande importance à ces expériences faites sur des animaux, attendu que les troubles morbides qu'on détermine chez eux ne peuvent être identifiés avec les phénomènes cliniques de la fièvre typhoïde. Ainsi, lorsqu'un animal succombe en vingt-quatre heures à une injection intra-péritonéale de cultures typhiques, l'évolution de la maladie est chez lui toute différente de celle qu'on observe dans la dothiénentérie de l'homme.

M. Bokenham estime que si certains auteurs ont vraisemblablement raison d'attribuer les symptômes de la fièvre typhoïde à une intoxication, il n'en est pas moins vrai qu'aucune toxine n'a pu encore être isolée des cultures du bacille d'Eberth par les méthodes de laboratoire.

Lithiase du foie et du pancréas.

M. Rolleston communique l'observation d'un homme de 38 ans qui a succombé au diabète compliqué d'ictère et de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie on trouva une dégénérescence fibreuse du pancréas dont les canaux étaient remplis de calculs. Des calculs nombreux se trouvaient également dans les canaux biliaires intra-hépatiques. La vésicule biliaire n'en renfermait pas et le canal cystique n'était pas dilaté, ce qui doit faire admettre que les calculs composés de cholestérine et de pigment biliaire s'étaient formés *in situ*.

M. Rolleston suppose que dans ce cas la dégénérescence fibro-calculeuse du pancréas, qui avait amené le diabète, pouvait être consécutive à la propagation du catarrhe du duodénum.

MEDICAL INSTITUTION OF LIVERPOOL

Séance du 6 Janvier 1898.

Néphrite aiguë.

M. Carter a observé deux cas de néphrite aiguë survenue chez deux individus qui se sont trouvés exposés au froid humide. Dans le premier, à côté d'une albuminurie intense, on a noté des convulsions et un état comateux avec congestion de la face et respiration stertoreuse. Sous l'influence des inhalations d'oxygène, la diurèse devint plus abondante en même temps que la quantité d'albumine diminua et celle d'urée augmenta dans l'urine. Les accès de convulsions s'espacèrent et le malade finit par guérir.

Dans le second cas, à côté de l'albuminurie, il existait de l'œdème généralisé et de la céphalalgie. Ce malade guérit également sous l'influence du traitement par le jaborandi.

M. Macalister considère les inhalations d'oxygène comme un agent très efficace contre les convulsions et le coma urémique. Dans les cas où il avait eu l'occasion de les employer, il a toujours vu la disparition presque immédiate des convulsions et du

coma. Les inhalations d'oxygène lui ont encore réussi dans un cas d'éclampsie puerpérale.

Traitement du lupus par la nouvelle tuberculine.

M. Stopford Taylor présente trois malades atteints de lupus qui furent considérablement améliorés par les injections de nouvelle tuberculine. Le prix élevé de ce médicament est un obstacle à ce que son emploi se généralise.

M. Leslie Roberts, qui a traité par la nouvelle tuberculine quatre cas de tuberculose, a constaté que ce traitement exerce une action très favorable sur le lupus. L'effet de la nouvelle tuberculine est particulièrement appréciable dans les cas où les vaisseaux lymphatiques et sanguins participent au processus. Dans la forme sèche, non irritative, où l'on trouve des nodules torpides plus ou moins isolés, l'effet des injections est bien moins évident.

Les modifications locales provoquées par ces injections consistent en une rétraction des tissus au voisinage immédiat des tubercules et en un arrêt suivi de cicatrisation des ulcérations, la diminution de la tuméfaction œdémateuse des lèvres et des gencives. Quant aux résultats définitifs que peut donner la tuberculine, M. Leslie Roberts ne saurait dire rien de précis sur cette question.

M. Buchanan fait remarquer que chez un des lupiques traités par M. Taylor par les injections sous-cutanées de nouvelle tuberculine, il est survenu au cours du traitement de la toux tenace et des hémoptysies. Il pense qu'il pouvait bien s'agir dans ce cas d'uue tuberculose pulmonaire latente au niveau de laquelle la tuberculine a produit une réaction locale.

Folie d'origine traumatique.

M. Damer Harrisson, après avoir lu une note sur la folie d'origine traumatique, cite plusieurs cas qui ont été guéris par la trépanation.

M. Nathan Raw estime que les cas de vraie folie d'origine traumatique sont extrêmement rares et ne forment pas plus de 0,33 p. 100 du nombre total des entrants dans les asiles, si on exclut les cas de fractures du crâne avec fragments enfoncés ou de cicatrices adhérentes avec troubles moteurs locaux. L'intervention chirurgicale reste ordinairement sans effet. Quant à la folie passagère qui survient quelquefois après la commotion cérébrale, elle disparaît ordinairement sans intervention chirurgicale.

M. Lee rappelle le cas communiqué à la Société il y a trois ans par M. Rawdon. Il s'agissait d'une jeune femme qui tomba sur une grille dont une des tiges pénétra dans le crâne, et, après avoir déchiré le sinus longitudinal supérieur, produisit une lésion du lobe occipital gauche au niveau du cuneus. Cette malade a guéri sans avoir présenté des troubles mentaux. Actuellement il lui reste encore une hémianopsie droite.

Quant aux cas communiqués par M. Harrisson, M. Lee croit que les troubles mentaux présentés par ses malades étaient d'origine fonctionnelle.

M. Rushton Parker estime que les effets des traumatismes crâniens sont très variables. Il a observé un cas où, après une commotion cérébrale, le malade, jusqu'alors très respectable, est devenu paresseux, emporté et menteur. Dans un autre cas, qui se rapporte à un homme de 70 ans, celui-ci devint dégénéré.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 7 Janvier 1898.

Arhythmie produite l'excitation du péricarde.

M. Heitler communique les résultats de ses expériences qu'il a instituées dans le laboratoire de M. von Basch.

Si l'on irrite le cœur avec la pointe d'une aiguille, il se produit de l'arhythmie; le point le plus sensible est le sillon longitudinal; le ventricule droit se montre moins facile à irriter que le ventricule gauche. L'excitation superficielle du péricarde peut déterminer le même trouble.

Si l'on badigeonne le feuillet interne du péricarde avec une solution de cocaïne à 10 p. 100, les points ainsi insensibilisés ne peuvent plus provoquer l'arhythmie par leur excitation, tandis que le reste du cœur demeure irritable. En faisant un lavage des points insensibilisés à la cocaïne, on voit l'irritabilité disparaître.

L'excitation faradique produit les mêmes effets que les excitations mécaniques. Les animaux, d'ailleurs, présentent une sensibilité péricardique assez variable de l'un à l'autre.

Du lait de vache chez les nourrissons.

M. Knöpfelmacher a constaté que les parties non digérées de la caséine, formant des résidus dans les matières fécales, sont constituées par de la pseudo-nucléine; il en résulte que, dans l'allaitement artificiel, il y a une perte de phosphore organique bien plus considérable que dans l'allaitement maternel. Pour obtenir un bon allaitement artificiel, il faut diminuer la richesse du lait de vache en caséine en l'additionnant d'eau, augmenter la teneur en graisse par la centrifugation et ajouter du sucre de lait. En additionnant le lait de jaune d'œuf et d'albumine, on peut rendre le lait de vache comparable au lait de femme au point de vue de sa teneur en fer et en albumine.

M. Gärtner répond que les médecins ne devraient pas se laisser guider, dans l'alimentation des enfants, uniquement par les chimistes, mais qu'ils doivent avant tout se baser sur l'expérience. Sur ce point les expériences sont très nombreuses et très concluantes.

Si le lait de vache est moins riche que le lait de femme en fer et en albumine, il ne faut pas oublier que l'enfant élevé au biberon prend une quantité de nourriture supérieure à celle que prend l'enfant élevé au sein; celui-ci n'ingère guère par jour que 700 à 800 grammes de lait. Quant un enfant nourri au biberon ne prospère pas, cela tient à ce que le lait est mal stérilisé ou que l'on n'a pas soin de bien nettoyer le biberon.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 28 Novembre 1897.

Exophthalmie à volonté.

M. Lacompte. — Voici un jeune homme atteint d'exophthalmie à volonté depuis 3 ans, sur lequel, il y a quelque temps déjà, j'ai fait une opération exploratrice, sans rien trouver de suspect dans l'orbite. Depuis lors l'exophthalmie a diminué et l'acuité visuelle, de 5/60, est remontée à 5/6.

Il ne faut intervenir qu'en cas de déformation considérable, de douleur ou de forte compression du globe.

M. Van Duyse (Gand). — Je rappellerai que l'exophthalmie à volonté se produit chez des sujets où la graisse orbitaire a disparu. Il y a presque toujours guérison spontanée.

Cataracte siliqueuse d'origine congénitale avec adhérences ciliaires.

M. Lor (Bruxelles). — Un garçon de 9 ans présente, à l'œil gauche, dans le champ de la pupille dilatée par l'atropine, une membrane d'un blanc nacré, située sur un plan un peu plus profond que le plan irien, sauf en haut et en dehors, où elle s'épaissit et se rapproche de ce dernier plan. Elle a ses limites supéro-externes cachées par l'iris, et, en bas et en dedans, elle

laisse, entre elle et l'iris, un croissant noir, rouge à l'éclairage du fond de l'œil, qu'il est impossible d'explorer. Dans cet intervalle, on voit une série de petits fuseaux charnus, d'un brun foncé, s'attachant sur le bord de la membrane à la façon de certaines synéchies, dont quelques uns semblent être des procès ciliaires tiraillés et allongés.

L'œil en question présentait un strabisme convergent prononcé, qui fut rectifié par une ténotomie des deux droits internes; il jouit du reste de bonnes perceptions lumineuses. La cornée de ce côté a des diamètres plus petits que ceux de la cornée opposée et est beaucoup plus bombée que celle-ci; ses rayons de courbure vertical et horizontal sont de 0 m. 0012 environ plus petits que ceux de l'œil droit. La pupille gauche se dilate régulièrement par l'atropine, mais sensiblement moins que la droite, à cause des adhérences décrites.

L'aspect spécial et rare de cet œil semble montrer que, dans le cas actuel, la cataracte a eu pour origine un processus inflammatoire local pendant la vie intra-utérine.

Kératite neuro-paralytique, suite d'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Gallemaerts (Bruxelles) présente une femme ayant subi l'extirpation du ganglion de Gasser et qui est atteinte consécutivement de kératite neuroparalytique.

M. Lor ne croit pas que la kératite soit due à des troubles trophiques. Il incriminerait plutôt le port du bandeau.

M. Nuel est d'avis que l'anesthésie du trijumeau est la cause de la kératite. Il rappelle les expériences classiques de Snellen à ce sujet. Chez Goltz, on maintient en vie depuis plus d'un an des chiens qui ont subi l'extirpation de la moelle jusqu'à l'origine du nerf phrénique (milieu de la moelle cervicale). Ces chiens sont normaux. Il n'y aurait donc pas de nerfs trophiques.

L'anatomie du colobome de la gaine du nerf optique.

M. Van Duyse (Gand). — J'ai étudié au microscope 9 yeux atteints de colobome du nerf optique. La choroïde n'arrive pas à l'anneau scléral, pas plus que le pigment choroïdien. La papille est excavée, en totalité ou en partie; parfois elle est divisée en secteurs. Les vaisseaux se distribuent selon plusieurs types. Au microscope, on voit que les vaisseaux qui rampent à la partie inférieure du pédoncule optique peuvent y pénétrer et occuper leur siège normal, ou bien ils ne pénètrent pas du tout dans le nerf. Alors c'est un véritable colobome de la choroïde. Il existe de plus des kystes colobomateux, parfois rudimentaires, parfois énormes, remplissant tout l'orbite. Quand le kyste est minime, il est visible à l'ophthalmoscope et forme l'excavation blanche classique. La papille se place alors tangentiellement et peut même devenir invisible.

Quelle est la genèse de cette malformation? Je pense qu'il y a eu pression exagérée dans la vésicule oculaire (hydropisie interne du cerveau). La tension empêche la fente choroïdienne de se fermer. Le colobome n'est donc pas une affection purement locale, l'ai retrouvé chez les anencéphales et constamment chez les cyclopes (avec kyste orbitaire).

Lipomes sous-conjonctivaux.

M. Rogman (Gand). — Ces cas ne sont pas rares. Il y en a peu cependant relatés dans la littérature, ce qui est dû sans doute à leur bénignité extrême. Pour les uns (Sämisch, De Wecker), ces tumeurs viennent du tissu graisseux de l'orbite. Pour d'autres (Panas, Fuchs), ce sont des lipo-dermoïdes. D'autres enfin (Bögel) croient que ce sont nettement des tératomes.

J'ai observé les cas suivants :

1° Homme de 54 ans, lipome sous-conjonctival à gauche, à la partie supéro-externe. Le siège varie : à 3-4 centimètres de la cornée, quand l'œil regarde en dedans; à 1 centimètre, quand l'œil regarde en dehors. Excision. Durcissement au Flemming. Examen de toutes les coupes : lobules graisseux. Aucun élément épidermique.

2° Enfant de quelques mois; présente exactement une troisième paupière implantée à l'angle externe. Excision en V. Sur les coupes, aucun élément épidermique.

3° Femme de 65 ans. Affection congénitale. Le lipome siège à la partie externe de l'œil droit. Il est bridé par le ligament oculo-palpébral qui le divise en deux lobes. Couleur jaune; sensation de graisse au toucher. Pas de fluctuation.

4° et 5° Deux cas récents, sans particularités notables.

M. Van Duyse (Gand). — Je distinguerai selon le siège, trois espèces de lipomes :

1° Sur le limbe, les lipo-dermoïdes (fréquents). Ce sont des tumeurs dermoïdes souvent en relation avec un colobome palpébral; ce sont des synéchies amniotiques;

2° Dans le cul-de-sac, structure plus graisseuse, avec très peu de poils (très rares);

3° Au niveau du repli semi-lunaire, tumeurs graisseuses avec épithélium papillaire. (Il n'y a pas de papilles dans la conjonctive normale.) Il y a parfois un rudiment de muscle strié (comme chez l'orang; ce muscle provient du droit interne).

Diplopie monoculaire.

M. Pergens (Bruxelles) rapporte le cas d'un homme de 32 ans, souffrant d'une diplopie monoculaire à chaque œil. Aucune affection causale. Les deux images étaient distantes de 5 millimètres à l'œil gauche, de 2 millimètres à l'œil droit. Le traitement bromuré ne donne rien. Par l'iodure, on obtient la guérison pour l'œil droit; mais à gauche la diplopie persiste avec écartement de 2 millimètres. M. Pergens croit que cette diplopie est d'origine cérébrale, à cause des notables variations qui se succèdent dans l'écartement des images.

La régénération de l'épithélium cornéen sous l'influence de la morphine.

M. Bullot. — Lorsqu'on enlève par le grattage des portions circulaires d'épithélium cornéen d'égale dimension sur l'œil de deux lapins et qu'on administre à l'un deux seulement, *par la voie sous-cutanée*, du chlorhydrate de morphine à la dose de 2 centigrammes toutes les deux heures, toutes les heures ou toutes les demi-heures, on constate qu'au bout de dix heures le cercle dénudé s'est beaucoup moins rétréci chez le lapin morphiné. En d'autres termes, la morphine ralentit le processus de régénération.

M. H. Coppez (Bruxelles) demande si, de l'intéressante communication de M. Bullot, on peut tirer quelque application pratique. Y aurait-il lieu, à l'avenir, de ne plus administrer de la morphine aux opérés de cataracte, par exemple?

M. Bullot. — Il faut une notable quantité de morphine pour produire un arrêt marqué. Une injection de morphine ne pourrait retarder la cicatrisation que de deux heures au plus. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte de cette action de la morphine dans la pratique.

Phlegmon orbitaire chez un enfant de quinze jours.

M. Leplat (Liège). — Ce phlegmon, qui se développa très rapidement, était dû au staphylocoque pur. La suppuration dura une semaine. En introduisant un stylet dans la fistule, on buttait sur la paroi interne de l'orbite. Celle-ci devait être perforée, car il s'écoulait un peu de pus et de sang par le nez. Les voies lacrymales étaient intactes. Guérison. Il y eut un strabisme supérieur temporaire. Plus tard, ectropion cicatriciel qui guérit par le massage.

Mooren prétend que le phlegmon de l'orbite chez les enfants âgés de moins de cinq semaines est très fréquent. Berlin s'étonne de l'assertion de Mooren et dit n'en avoir vu qu'un seul cas.

Leplat croit que c'est bien un phlegmon de l'orbite, non une périostite, à cause de l'écoulement du pus, 60 heures seulement après l'apparition du gonflement. De plus, le pus de la périostite aurait une odeur (Panas). Ici, le pus était inodore.

La cause du phlegmon est demeurée inconnue.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Myélome ou tumeur fibro-tendineuse à myéloplaxes de la gaine tendineuse de l'index gauche,

Par M. le Dr Louis Mencière,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Dans une thèse récente, le Dr Bonjour (1) n'a pu réunir que 10 cas de tumeurs fibro-tendineuses à myéloplaxes des gaines tendineuses. C'est dire que ces tumeurs, encore peu connues, méritent d'attirer l'attention, et que les observations en doivent être soigneusement publiées, car, au point de vue clinique, il est de la plus haute utilité de poser un diagnostic précis ; en effet un pronostic essentiellement favorable peut dès lors être formulé ; aucune de ces tumeurs n'a récidivé après ablation.

En dehors de la thèse que nous venons de rappeler et d'un mémoire publié en 1891 par M. A. Heurtaux (de Nantes), il n'existe, pensons-nous, aucun travail d'ensemble sur ce sujet.

Nous aurons l'occcasion de rappeler plus loin et avec quelques détails les observations publiées jusqu'ici.

Nous donnerons dès maintenant une nouvelle observade ces tumeurs.

Marie M..., 9 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 1er juin 1897.

Père mort à 42 ans, cachectique; tumeur maligne probable siégeant dans la fosse iliaque gauche. Cinq ans auparavant, il avait eu une pustule charbonneuse au bras gauche.

Mère anémique est très maigre; eczéma du cuir chevelu. Cinq frères et sœurs, dont 2 morts, l'un à la suite de convulsions, l'autre à l'âge de 8 jours. Les 3 autres enfants sont bien portants.

La fillette amenée à l'hôpital Trousseau est née à terme, elle a été élevée au sein par sa mère, elle a marché à 11 mois. Rougeole et scarlatine dans le bas âge. Il y a 3 semaines, des traces d'eczéma se manifestèrent sur le cuir chevelu.

La tumeur qui fait l'objet de la présente observation date de 2 ans; elle apparut à la face palmaire de l'index gauche; elle était primitivement située au-dessous de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange. Cette tumeur, dure, indolente, du volume d'un petit pois, n'était pas mobile, elle gênait l'enfant pour écrire. Accroissement lent et progressif. Depuis 6 mois, une seconde tumeur, présentant les mêmes caractères, se produisit au-dessous de la première et s'unit à elle. Ces deux tumeurs forment dans leur ensemble une grosseur du volume d'une noisette. Accroissement lent, mais continu; les mouvements de l'index pendant l'extension et la flexion sont gênés, mais il n'y a jamais de douleur proprement dite.

Actuellement nous constatons que la face palmaire de l'index gauche est déformée par une tumeur bosselée du volume d'une noisette, absolument indolore. A la palpation on peut sentir, dans l'intérieur de la masse, deux petites tumeurs du volume d'un pois, mobiles transversalement. Par endroits, cette tumeur a une consistance ligneuse; mais dans son ensemble elle est fluctuante surtout dans le sens transversal.

La tumeur, primitivement située au-dessous de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange, empiète actuellement sur cette articulation; les mouvements de flexion et d'extension en sont d'autant plus gênés.

Est-il besoin d'ajouter que le diagnostic porté fut très hésitant? On songea à de l'enchondrome, d'autres pensèrent simplement à une synovite à grains riziformes, en raison de la fluctuation facilement perçue lorsqu'on la cherchait transversalement.

Nous avons radiographié cette tumeur, dans un but de pure curiosité, nous attendant, ce qui du reste est arrivé, à un résultat négatif : la tumeur n'a aucun caractère osseux. Sur l'un des deux clichés, nous voyons la tumeur simplement esquissée sous la forme d'une ombre extrêmement minime, et ne fournissant aucun renseignement utile au diagnostic.

Opération le 12 juin 1897, par M. A. Broca.

On trouve une tumeur solide; pas trace de liquide; tumeur formée par l'agglomération de plusieurs grains du volume d'un petit noyau de cerise, grisâtres, reliés entre eux par une gangue également grisâtre; ces différentes parties formant une tumeur unique. A la coupe, ces grains présentent une couleur grisâtre, ils sont d'une dureté cartilagineuse.

Les tendons apparaissent nacrés et sont sains suivant toute probabilité. La synoviale est disséquée avec la tumeur, qui envoie des prolongements jusque sur l'os; sur un point, celui-ci semble même un peu dénudé. La malade est sortie guérie le 22 juin 1897. Sera revue.

A notre demande, M. Achard a bien voulu examiner la pièce. Nous allons donner le résultat de cet examen :

Coupe d'un lobule pédiculé de la tumeur.

Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu fibreux formant un réseau lâche et limitant des lobules plus ou moins arrondis. Ces cloisons fibreuses renferment des noyaux en assez grande abondance et des vaisseaux dont les parois sont constituées par des cellules fusiformes. On y trouve aussi des vaisseaux vides de sang, offrant tous les caractères des lymphatiques. Les lobules limités par les cloisons sont formés par un tissu d'apparence sarcomateuse, souvent très peu consistant, et se laissant désagréger pendant les manœuvres de la préparation, de manière à simuler des alvéoles. Ce tissu sarcomateux présente des cellules de toutes formes. Un grand nombre sont fusiformes, mais d'autres sont très irrégulières.

Parmi ces éléments se distinguent des myéloplaxes en grand nombre, constituées par un corps cellulaire volumineux, bourré de noyaux. Ces cellules sont quelquefois arrondies assez régulièrement, mais le plus souvent elles sont irrégulières. Parfois elles présentent des petites pointes libres. Souvent elles sont séparées des éléments voisins par un petit espace qui paraît dû à la rétraction du corps cellulaire.

1. Bonjour, Contribution à l'étude des tumeurs fibro-tendineuses à myéloplaxes, myélomes des gaines tendineuses et des tissus fibrineux (thèse de Paris 1897).

La tumeur renferme du pigment sanguin en assez grande abondance. On trouve quelques globules rouges en dehors des vaisseaux et, en outre, des granulations hématiques libres ou incluses dans les cellules.

Au pourtour de la masse se trouve une sorte de gaine fibreuse, où se rencontrent des cellules disposées en séries comme les cellules tendineuses.

Nous n'avons pas ici à entrer dans les discussions qui ont eu lieu à propos des tumeurs à myéloplaxes.

Nous rappellerons simplement la thèse de Nélaton en

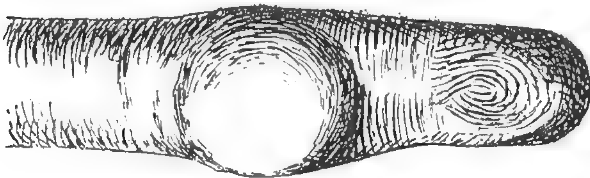


FIG. 1. — Myélome de la gaine tendineuse de l'index gauche.

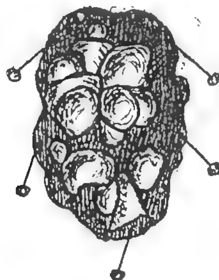


FIG. 2. — Aspect de la tumeur après extirpation ; on voit plusieurs grains du volume d'un pois reliés par une gangue grisâtre.

1860. Nous rappellerons également les noms de Virchow en Allemagne et de Rouvier en France; nous citerons enfin les travaux de MM. Malassez et Monod.

Mais nous avons ici uniquement en vue les tumeurs fibro-plastiques à myéloplaxes des gaine tendineuses ; les observations, avons-nous dit, en sont rares.

M. Launay en a recueilli une dans le service de M. Tillaux, dont il était interne. MM. Pilliet et Mauclaire (1) en ont publié 2 autres.

Il s'agit de 2 tumeurs, trouvées à l'École pratique. La première de ces tumeurs siégeait au milieu du pouce; la seconde, constatée chez un homme, existait sur la deuxième phalange de l'annulaire droit. L'examen histologique a été fait par M. le Dr Pilliet.

Broca avait observé une tumeur semblable chez une jeune fille de 20 ans. Cette tumeur siégeait dans le 3e espace inter-osseux de la main droite, elle ne renfermait que des myéloplaxes (2).

En 1869, Czerny constate une tumeur analogue et développée dans la gaine des fléchisseurs de l'annulaire (3).

M. Heurtaux (de Nantes) signale 1 cas de myélome des gaines tendineuses chez un homme de 32 ans, entré au commencement de mars 1884 à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Six ans après l'opération, il n'y avait aucune trace de récidive; les fonctions du doigt étaient conservées.

Cet auteur mentionne encore 2 autres observations.

1. PILLIET et MAUCLAIRE, *Bull. Soc. anat.*, avril 1894.
2. BROCA, *Bull. Soc. chir.*, 2e série, t. I, p. 342, 1860.)
3. CZERNY, *Arch. de Langenbeck*, Bd. IX, 6, p. 904.

La première a trait à un jeune homme de 25 ans, opéré en 1884; la tumeur siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire droit; le malade a été revu en 1896, il présentait une guérison opératoire et fonctionnelle parfaite. La seconde opération concerne une dame de 42 ans. La tumeur était située au niveau du médius de la main droite. L'opération ne fut pas acceptée. Il s'agit, d'après les caractères de la tumeur, d'un myélome, mais d'un myélome simplement probable puisque l'examen histologique n'a pas été fait.

Reboul, dans la *Revue de chirurgie*, a publié une observation relative à un homme de 61 ans. La tumeur, siégeant au niveau de la tête du quatrième métacarpien de la main gauche, et développée sur la face palmaire, avait débuté, environ 18 ans auparavant, par un petit nodule du volume d'un pois. L'examen histologique révèle un fibro-sarcome en voie de transformation en tumeur mixte : myxome-chondrome, cellules à myéloplaxes.

Le Dr Bonjour a observé personnellement trois cas de tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses.

Le premier cas se rapporte à une femme de 30 ans. La tumeur siégeait à la face palmaire du médius de la main droite. Le début datait de 5 à 6 ans. Seize mois après ce début, on a dû pratiquer une opération pour une autre tumeur semblable, occupant l'extrémité du même doigt. Depuis longtemps il existait un gonflement à ce niveau, de sorte qu'on est vraisemblablement en présence d'une tumeur déjà existante lors de la première opération, mais passée inaperçue par suite du silence de la malade.

Le second cas est celui d'un homme de 62 ans, opéré le 17 février 1894. Myélome de la gaîne de l'extenseur du troisième orteil du pied gauche. Dans le troisième cas il s'agit d'un myélome du médius de la main gauche chez un jeune homme de 24 ans. Le début remontait à 2 ans 1/2.

De l'examen des différentes observations publiées jusqu'ici et de celle que nous avons ajoutée à cette série trop peu nombreuse, il résulte que le diagnostic des myélomes des gaines tendineuses est parfois assez difficile.

Les différences de consistance qu'ils présentent pourront les faire confondre avec les kystes synoviaux.

En ce qui concerne notre observation, la palpation profonde faisait sentir de petits points durs au milieu de la masse fluctuante; aussi avait-on pensé un instant à une synovite à grains riziformes.

On pourra confondre aussi ces tumeurs avec l'enchondrome ou avec certains fibromes ou lipomes.

On devra songer à cette sensation révélée par la palpation profonde et produite par ces grains particuliers faisant corps avec la tumeur, et sur lesquels nous avons insisté dans notre observation.

Le diagnostic microscopique devra toujours être pratiqué; il permettra de porter, dans l'affirmative, un pronostic favorable, du moins d'après les observations publiées jusqu'à ce jour. On peut dire, en effet, que le myélome contient les éléments d'un sarcome malin, mais que cependant il est d'une bénignité qui paraît certaine.

Toutefois, c'est le cas de répéter ce que nous avons déjà dit; les observations de myélomes des gaines tendineuses sont rares; il faut donc encore attendre avant de proclamer leur bénignité absolue.

Aussi, tout en sachant que, d'après les documents acquis jusqu'ici, cette tumeur s'est comportée avec une bénignité remarquable, faut-il conseiller l'intervention et enlever avec le plus grand soin tout le néoplasme.

Rappelons-nous ces tumeurs essentiellement bénignes du sein, qui deviennent par la suite le point de départ de tumeurs essentiellement malignes et envahissantes!

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Ce qu'il faut entendre par Maladie de Little,

Par M. B. Sachs.

Dans un récent travail (1), B. Sachs a posé la question suivante : *Little's disease; shall we retain the name?* — Doit-on conserver la dénomination de *Maladie de Little*.

Comme le remarque Sachs, depuis cinq ou six ans, en effet, il tend à s'introduire quelque confusion sur la signification du terme « maladie de Little ».

C'est qu'il existe une double difficulté à vaincre si l'on veut différencier entre elles les affections infantiles, englobées peut-être à tort aujourd'hui sous ce titre : d'abord la symptomatologie présente un phénomène dominant, la rigidité pasmodique; ensuite l'étiologie semble être unique et pouvoir s'exprimer : un accident de l'accouchement. De là, tendance à schématiser : un accident de l'accouchement — rigidité spasmodique — maladie de Little.

La maladie de Little devient alors une affection complexe, comprenant des formes très distinctes; mais ce n'est plus une maladie, c'est un ensemble de maladies. Aussi Freud est-il naturellemeut arrivé à la conclusion que : la maladie de Little ne peut être considérée comme une entité clinique et que les formes décrites sous ce titre doivent être classées parmi les types de diplégie cérébrale infantile. M. Raymond reconnait aussi plusieurs types de paralysie spasmodique infantile, mais il estime qu'entre eux il n'existe que des lignes de démarcation purement artificielles.

Cependant Freud pense qu'il est nécessaire de conserver le terme de « Maladie de Little » pour les cas où l' « étiologie de Little » est patente. En cela il y a quelque contradiction; il n'y a pas une étiologie de Little, mais, comme dit Sachs, un groupe étiologique de Little.

« J'ai montré, écrivait Little, que la naissance prématurée, les accouchements laborieux et les lésions mécaniques de la tête et du cou de l'enfant au cours du travail, les convulsions succédant à l'acte de la naissance, étaient susceptibles de déterminer une affection des membres de l'enfant, à laquelle j'ai donné le nom de *rigidité spasmodique des membres des enfants nouveau-nés* ». Il est évident que Little attachait une grande importance à l'asphyxie du nouveau-né ou du moins qu'il la considérait comme la cause la plus fréquente de la rigidité spasmodiqne. « J'ai tout lieu de croire que l'asphyxie des nouveau-nés en produisant des lésions des centres nerveux est la cause la plus commune des contractures dont l'origine remonte au moment de la naissance, en particulier de la rigidité spasmodique plus ou moins accusée et quelquefois de la contracture paralytique ». Il n'en est pas moins vrai que le moment étiologique de la rigidité spasmodique, d'après Little lui-même, n'est pas unique, mais comprend : 1° la naissance avant terme; 2° la lésion des centres nerveux (asphyxie, injures mécaniques) au moment de la naissance à terme, et 3° les convulsions qui suivent la naissance.

Aussi la division que donne Sachs est-elle parfaitement justifiée. Il écrit : « Les travaux publiés pendant ces dix dernières années sur les paralysies cérébrales infantiles ont montré que la distribution de la paralysie (que celle-ci soit hémiplégique, diplégique ou paraplégique) n'est pas une base suffisante pour la différenciation; les diverses apparences sont dues seulement à l'extension suivant laquelle l'un des deux tractus moteurs ou les deux sont pris. Il est plus sage de partager tous les cas de paralysie spasmodique chez les enfants en trois grands groupes : D'abord, les cas dus à des causes antérieures à la naissance (*prenatal cases*) comprenant le développement défectueux. Le second groupe embrasse les cas dus à des difficultés pendant l'accouchement. Le troisième groupe est fait des paralysies cérébrales acquises dans les toutes premières années de l'existence. »

1. B. Sachs, Little's disease: shall we retain the name? (*Journal of nervous and mental disease*, décembre 1897).

Voilà qui est parfait; c'est l'idée même de Little, seulement le premier groupe est plus étendu. Les cas où la naissance a eu lieu avant terme rentrent dans ce premier groupe où le développement est défectueux : le tractus moteur est en effet développé d'une façon défectueuse, ou mieux, incomplète. Sachs estime qu'il ne convient pas de séparer la portion médullaire du faisceau pyramidal de son origine corticale et il pense qu'on doit élargir cette conception d'insuffisance ou de trouble de développement en comprenant sous le même titre tous les cas où le système moteur cérébro-spinal a été atteint dans son développement avant l'époque normale de la naissance. « Il importe peu, dit-il, pour notre classification, que les symptômes cliniques dans un cas donné soient dus à une porencéphalie étendue sur l'aire motrice ou à un défaut de développement de la portion médullaire du tractus pyramidal. »

Nous souscrivons pleinement à cette « classification » de Sachs. Observons seulement que pour une « classification » ultérieure Sachs lui-même vient de nous indiquer deux termes : le développement normal, mais incomplet, du faisceau pyramidal, et le développement anormal de ce même faisceau blessé dans sa tige ou dans sa racine. Ce second terme est une transition qui nous conduit aux cas du second groupe où le système moteur cérébro-spinal normalement développé est lésé par des causes mécaniques dans un accouchement laborieux ou par les épanchements sanguins déterminés par l'asphyxie du nouveau-né.

Ainsi voilà qui est bien précis : les diplégies cérébrales infantiles forment un grand groupe; Little restreint ce groupe en distinguant ses cas à étiologie natale ou juxta-natale; Sachs divise ce groupe en trois plus petits et leur donne pour titre leur étiologie; de plus il laisse voir que son premier groupe est séparable en deux et qu'une division comporte les cas où le faisceau pyramidal a incomplètement évolué par suite du manque de temps (naissance avant terme), ce qui est une cause étiologique prénatale, comme dit Sachs — du groupe étiologique de Little, — et fait une rigidité spasmodique.

M. Pierre Marie (1) sépare nettement dans le « bloc » (dans la famille) de Little les cas ayant pour étiologie pure la « naissance avant terme, et il les éloigne aussi des autres » *prenatal cases*. Il dit : «... Quant au mécanisme qui consiste dans une *affection inflammatoire* survenant *pendant la vie fœtale* ou dans les premiers jours qui suivent la naissance, amenant des lésions de *méningite* ou d'*encéphalite* aboutissant ou non à la *porencéphalie*, et en tout cas jetant un grand trouble dans le développement du faisceau pyramidal, j'avoue que j'ai quelque hésitation à leur faire place ici... J'aurais donc une tendance à isoler les uns des autres tous ces cas dans lesquels le mécanisme de l'arrêt de développement du faisceau pyramidal est si dissemblable, cas qui diffèrent d'ailleurs très notablement au point de vue clinique, par l'adjonction aux troubles moteurs d'autres symptômes d'une gravité incontestable... Je rangerais sous le nom de « tabès dorsal spasmodique vrai » les cas dus *à la naissance avant terme, avec évolution insuffisante du faisceau pyramidal;* puis, sous la rubrique d'*états* tabéto-spasmodiques, je comprendrais *tous* les autres cas, qu'ils soient dus à un traumatisme obstétrical, ou à une destruction des régions motrices du cerveau par une lésion inflammatoire. »

M. P. Marie nomme « tabès dorsal spasmodique vrai » l'entité pour laquelle nous voudrions réserver l'appellation de « maladie de Little ». Peu importe pour l'instant, nous voulions seulement nous appuyer sur son autorité pour constater que l'espèce ayant pour étiologie pure la « naissance avant terme » se montre bien isolable, et dans la masse (famille) des cas ayant pour origine le « groupe » étiologique de Little, et parmi les « prenatal cases » de Sachs.

Il s'agit somme toute ici de l'évolution d'une classification naturelle; les diplégies infantiles sont un ordre. Little y distingue une famille, Sachs divise cette famille en trois genres et M. P. Marie, M. Brissaud et M. Van Gehuchten précisent les caractères d'une espèce et lui donnent un nom.

Il s'agit bien d'une classification naturelle. La preuve en est dans les hybrides qui atténuent la ligne de démarcation entre les espèces, c'est-à-dire entre les maladies dont nous ne voyons guère que les réactions sur les malades qui en sont porteurs, ou

1. P. Marie, Leçons sur les maladies de la moelle, 1892, p. 103.

les traces sur les pièces anatomiques. Sachs va encore nous montrer du doigt un de ces hybrides. Je le copie : « Revenant aux cas à cause prénatale (prenatal cases), j'ai à faire remarquer que l'entière absence de convulsions aide à les différencier de ceux qui sont dus aux difficultés de l'accouchement ou aux hémorrhagies méningées qui peuvent en être la conséquence. Quelque difficulté surgit cependant lorsqu'il y a à la fois naissance avant terme et accouchement laborieux. J'ai vu un remarquable exemple de cette occurrence et j'ai déduit, de l'examen approfondi de la moelle et du cerveau d'un enfant né dans ces conditions, qu'il y avait en même temps méningo-encéphalite résultant des difficultés de la parturition, et défaut de développement du tractus pyramidal tout entier. »

Donc en résumé il y a nombre d'affections ayant le prototype du groupe (famille) de Little pour ancêtre. Le nom de Little doit-il être conservé? demande Sachs, et il répond : « Tandis que nous avons pour nous toute raison de maintenir la division des paralysies spasmodiques infantiles en trois groupes distincts, ce serait faire un pas en arrière que de laisser de côté cette division dans le but de rappeler un facteur étiologique qui est présent dans quelques cas mais manque dans d'autres. » Oui, ce serait un pas en arrière de quitter les caractères assez précis du genre pour revenir aux caractères moins précis de la famille. Mais c'est un pas en avant de partir du genre pour déterminer l'espèce, et ce pas, M. Brissaud l'a fait depuis longtemps.

M. Sachs ajoute : « Il va sembler que nous accomplissons une tâche bien ingrate, celle de dépouiller un auteur (Little) de tant de renommée, en refusant de donner son nom à une forme particulière de maladie. Mais si ce nom est une source de confusion, il est de notre devoir de l'abandonner. » Et plus loin : « Nous ne serons pas injurieux en rejetant la désignation de « maladie de Little », et puisque nous avons montré qu'il n'y avait pas de nécessité clinique ou anatomique évidente pour désigner un groupe de cas par ce nom, je serais d'avis qu'on l'éloignât de la classification des paralysies en prénatales et paralysies de la naissance. »

Comme on le voit, Sachs veut qu'on s'en tienne au genre et que le nom de Little soit abandonné. De là deux questions : faut-il s'en tenir aux trois groupes de Sachs? Faut-il abandonner le nom de Little? Aux deux questions la reponse est formelle : Non.

Les groupes de Sachs sont à conserver en tant que genres; mais ils sont à diviser en espèces, et les espèces sont à déterminer.

Le nom de Little doit être conservé et appliqué à une unité. Mais à laquelle unité, à l'espèce, au genre, à la famille? A celle que l'on voudra, à toutes si l'on veut. Il pourra y avoir et famille de Little et genre de Little, et espèce de Little. Mais il ne pourra y avoir qu'une famille de Little, qu'un genre de Little, qu'une espèce de Little. Or l'espèce, en nosologie, c'est la maladie; que sera donc la maladie de Little? Evidemment elle devra faire partie du groupe isolé par Little et qui a la valeur d'une famille; elle devra faire partie d'un des genres entrevus par Little, définis par Sachs. Or, dans les deux derniers genres de Sachs, les espèces sont mal distinctes les unes des autres à cause de leur origine même. Reste le premier genre de Sachs, les « prenatal cases » avec la « naissance avant terme » moment étiologique bien vu par Little. Le nom de maladie de Little semble déjà applicable à cette espèce qui fait partie de la famille nosologique de Little, mais a-t-on tout ce qu'il faut pour caractériser l'espèce?

Étiologie : paralysie de l'accouchement (caractère de la famille), naissance avant terme (caractère de l'espèce).

Morphologie : rigidité spasmodique (caractère de la famille), pas de convulsions, pas de troubles intellectuels (caractère de l'espèce).

Évolution : tendance à la guérison (caractère de l'espèce).

Substratum anatomique : déficit du système moteur cérébrospinal (caractère de l'ordre) par suite d'un développement incomplet du faisceau pyramidal (Van Gehuchten) ou tout au moins du système pyramidal (caractère de l'espèce).

Conclusion : Il y a lieu de conserver le nom de Little sinon à la première déterminée, du moins à la mieux précisée de toutes les maladies faisant partie du groupe distingué par Little. Ce groupe a en classification naturelle la valeur d'une famille. La famille de Little comprend trois genres dont l'un contient au moins deux espèces. Le nom d'espèce de Little, et, comme l'espèce est ici la maladie, le nom de maladie de Little est applicable à la maladie dont les caractères ont été précisés par M. Brissaud (1) et ne peut être appliqué qu'à elle.

On dira donc : *la maladie de Little est une paraplégie spasmodique et congénitale des quatre membres, plus prononcée aux membres inférieurs, appartenant en propre aux enfants nés avant terme, caractérisée par l'état spasmodique plus que par la paralysie, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs ni de troubles intellectuels, et susceptible sinon d'une guérison complète, au moins d'une amélioration progressive.*

F. Feindel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Alvès de Lima. (J.) *De la fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses de l'utérus en dehors de la grossesse.* N° 57. (L. Maretheux.)

M. Delucq (Albert). *De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur et de ses rapports avec la dentition.* N° 75.

M. Pasquier. *Ostéomyélite traumatique du fémur chez l'adulte.* N° 74. (H. Jouve.)

M. Compoint (Henri). *Contribution à l'étude des occlusions intestinales chroniques et de leur traitement par l'anus contre nature.* N° 77. (Bordier et Michalon.)

M. Nurdin (Constant). *De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale.* N° 116. (P. Delmar.)

M. Guinebault (Pierre). *Contribution à l'étude de la rétraction de l'aponévrose palmaire.* N° 117. (P. Delmar.)

M. Perret (Gaston). *De l'albuminurie des nouveau-nés (Rapports avec l'albuminurie et l'éclampsie maternelles.* N° 123. (H. Jouve.)

M. Barillon. *Contribution à l'étude de l'urémie digestive.* N° 68. (H. Jouve.)

Mlle Levin. *La syphilis ignorée.* N° 122. (H. Jouve.)

M. Leclerc (Emile). *La fièvre typhoïde à Rennes (1875 à 1896).* N° 98. (H. Jouve.)

M. Gaucher (Fernand). *Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques.* N° 72. (H. Jouve.)

M. Hauser (F.). *Pathogénie du varicocèle symptomatique des tumeurs malignes du rein.* N° 119. (H. Jouve.)

M. Belin (L.). *De la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel.* N° 40. (Jouve.)

Les rétrodéviations douloureuses de l'utérus non accompagnées de lésions annexielles constituent la grande exception. M. Alvès de Lima affirme donc qu'il faut penser à l'existence de lésions annexielles, alors même que l'examen le plus minutieux fait par le toucher combiné à la palpation aurait démontré l'intégrité apparente des trompes et des ovaires. Les lésions annexielles jointes à la métrite, la plupart du temps concomitante, dominent la symptomatologie, le pronostic et le traitement de la rétrodéviation utérine. Les traitements chirurgicaux dont le seul but est de ramener l'utérus à sa situation normale, ne paraissent devoir être appliqués qu'exceptionnellement dans quelques cas particuliers.

L'ostéomyélite est une lésion inflammatoire d'origine infectieuse, qui envahit de préférence les os, tant qu'ils sont en état de développement. Or le maxillaire inférieur présente cet état

1. Brissaud, *Leçons sur les maladies nerveuses* (Salpêtrière, 1893-1894) publiées par H. Meige, chez Masson 1865.

durant toute la période de l'évolution dentaire; le moment où cet os devient adulte se trouve donc très retardé. Cette durée d'évolution et la porte d'entrée directe par les dents cariées expliquent la grande fréquence de cette affection chez les enfants et les adolescents. D'autre part, on doit admettre avec M. Delucq que les accidents osseux provoqués par l'éruption de la dent de sagesse ne sont que des accidents d'ostéomyélite, analogues à ceux qui se montrent beaucoup plus rarement lors de l'éruption des autres dents.

L'ostéomyélite peut envahir l'os dans une étendue très variable, mais ordinairement elle se localise dans la partie située au-dessus du canal dentaire inférieur, et se propage presque toujours à la branche montante par l'intermédiaire du canal dentaire. La ligne de réunion de la branche montante et du corps du maxillaire étant le centre d'activité du développement de cet os, est, par suite, un des points le plus souvent frappés. La partie atteinte par l'inflammation se nécrose presque toujours, mais le maxillaire se régénère ordinairement, quoique d'une façon anormale. Les dents peuvent quelquefois rester implantées dans l'os nouveau, mais ne sont d'aucune utilité. L'ostéomyélite du maxillaire peut occasionner des accidents analogues à l'ostéomyélite prolongée des os longs; on remarque, parmi ces accidents, l'hyperostose localisée de la mâchoire et quelques cas de tics douloureux de la face.

Le traitement consiste à extraire les séquestres, dès qu'ils sont mobiles, autant que possible par la voie buccale. Pour éviter les récidives et les accidents d'ostéomyélite prolongée, il ne faut pas oublier d'enlever, en même temps que les séquestres, les couronnes des dents en voie de développement qui leur sont contiguës.

Dans les cas où les liquides et les solides de l'organisme contiennent un microbe atténué ou à l'état latent, un traumatisme du fémur peut provoquer la repullulation microbienne au niveau du point lésé dans la fracture et la contusion directe, et à l'extrémité inférieure du fémur dans une chute sur le genou.

M. Pasquier en relate deux cas intéressants de son maître P. Michaux.

Le traumatisme paraît favoriser l'exaltation de la virulence des agents pathogènes. Selon le degré de virulence auquel les microbes ont pu arriver, l'affection sera chronique ou aiguë. Un large évidement du fémur est nécessaire pour mettre le malade à l'abri de la généralisation de l'infection, même quand la lésion est peu étendue, la virulence pouvant s'exalter à l'insu du chirurgien. Il faudra peut-être recourir à l'amputation de la cuisse ou même à la désarticulation de la hanche, quand la suppuration sera très abondante, la fièvre élevée et que les mailles osseuses seront très infiltrées par le pus sur une grande étendue de la diaphyse. Les injections de sérum artificiel sous-cutanées ou intra-veineuses seront employées utilement pour combattre la production des toxines microbiennes et aider à leur élimination, en attendant que l'on puisse se servir d'un sérum directement opposé à chaque sorte de microbes.

Les occlusions intestinales chroniques aboutissent le plus souvent à des phénomènes d'occlusion aiguë. C'est à ce moment que le chirurgien est presque toujours appelé à les traiter. Et en pareil cas le diagnostic de la cause de l'occlusion n'est presque jamais possible. En présence d'une occlusion chronique, arrivée à la période des accidents aigus, aucun diagnostic de cause ne pouvant être fait, M. Compoint pense, avec son maître Berger, que l'anus contre nature est l'opération de choix, parce que : Il ne tue pas par des phénomènes de shock comme la laparotomie. Il empêche de mourir les malades. Il permet ultérieurement une intervention radicale réglée.

A l'aide des observations de M. A. Broca et de son élève, R. Petit, M. Nurdin nous montre que le tuberculose peut s'installer primitivement et exclusivement sur la hernie et imprimer à ce département de la cavité abdominale des lésions et une allure cliniques qui nécessitent une description minutieuse. Les tuberculoses herniaire et vagino-péritonéale doivent être réunies dans une même étude, car d'une part elles ont les mêmes causes, la même pathogénie et d'autre part la tuberculose porte bien plus souvent sur la hernie inguinale que sur la hernie crurale. Cette tuberculose qu'il faut considérer comme une tuberculose locale est assez rare; mais elle paraît plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle atteint plus souvent les hernies inguinales et on la trouve bien plus fréquemment dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Les lésions peuvent débuter par le sac ou par le testicule; rarement elles naissent primitivement sur l'organe hernié. Au point de vue anatomique on peut voir deux formes différentes : 1° tuberculose confluente; 2° tuberculose miliaire disséminée. Ces deux formes peuvent s'accompagner ou non d'un épanchement. Leur nature tuberculeuse est démontrée par l'inoculation au cobaye et par l'examen histologique.

Cliniquement on peut reconnaître trois formes : 1° la forme latente; 2° la péritonite tuberculeuse avec tuberculose herniaire ou vagino-péritonéale; 3° la tuberculose localisée. Entre ces deux dernières formes, on peut trouver tous les intermédiaires. Les complications qui peuvent survenir sont : le pseudo-étranglement, la péritonite tuberculeuse, la tuberculose secondaire du testicule ou des organes herniés, enfin la tuberculisation généralisée. Le pronostic toujours sérieux semble être plus mauvais chez l'adulte que chez l'enfant, au moins d'après les observations connues jusqu'à ce jour. Dans tous les cas, le pronostic éloigné sera naturellement très réservé. Le traitement qui s'impose est la cure radicale avec extirpation du sac disséqué le plus haut possible. L'épiploon hernié sera réséqué, qu'il soit tuberculeux ou non. Quant au testicule, il pourra le plus souvent être ménagé; cependant la castration est quelquefois nécessaire.

M. Guinebault a surtout cherché à montrer l'essence même de cette singulière affection qui, dans la majorité des cas, est constituée par un ensemble de phénomènes trophiques, localisés le plus souvent dans la zone d'innervation du nerf cubital et tous sous la dépendance des altérations de ce tronc nerveux. Il insiste sur la nécessité d'une intervention étendue dans les cas graves et qui consiste, comme l'a conseillé M. le professeur Berger, en de larges excisions des tissus rétractés avec restaurations autoplastiques consécutives suivant la méthode italienne. A ses yeux, c'est là le seul moyen radical de mettre le malade à l'abri des récidives désespérantes qui sont un des principaux caractères de la maladie de Dupuytren.

L'albuminurie des nouveau-nés ne paraît pas à M. Perret un phénomène physiologique. Pour lui l'albuminurie et l'éclampsie maternelles exercent une influence pathologique directe sur le rein du nouveau-né. L'albuminurie peut s'observer chez les enfants dont la naissance a été longue et difficile, mais la proportion beaucoup plus forte des enfants albuminuriques, lorsque la mère a été elle-même albuminurique, semble un argument démonstratif.

Ces enfants sont en général plus faibles que ceux nés de mères saines. Leur poids est souvent inférieur au poids normal.

En plus du symptôme de l'albuminurie, on peut noter chez eux de l'œdème (bouffissure des paupières), l'oligurie, la présence de cylindres et de cellules dans l'urine, parfois un peu d'hématurie. L'anasarque est rare.

Le traitement consiste surtout dans une prophylaxie et une hygiène bien comprises. On doit éviter avec beaucoup de soin toutes causes de refroidissement; on retire souvent de grands avantages de l'emploi des couveuses de Tarnier. L'alimentation doit être donnée d'une façon régulière et méthodique, il faut recourir au besoin au gavage avec la sonde œsophagienne.

Le plus souvent l'enfant peut et doit être nourri au sein par sa mère; on n'aura recours à une nourrice que dans des cas exceptionnels. Les autres indications thérapeutiques consistent à favoriser les fonctions cutanées, la diurèse, à décongestionner le rein, à combattre dans certains cas les phénomènes urémiques et éclamptiques.

Le pronostic de cette albuminurie doit être réservé, car le rein reste souvent affaibli. Ces enfants sont exposés aux convulsions et semblent offrir plus tard moins de résistance aux maladies infectieuses. Les lésions présentées par les enfants nés de mères albuminuriques et éclamptiques sont, en général, identiques à celles observées chez ces dernières. Elles sont manifestes au niveau du foie et des reins.

L'urémie donne fréquemment naissance à des troubles morbides en localisant son action toxique sur une partie quelconque de l'appareil digestif. La pathogénie de ces accidents digestifs de l'urémie qu'étudie M. Barillon relève le plus souvent d'un double processus toxique et infectieux, le premier et le principal préparant le terrain pour l'évolution du second élément.

Le diagnostic des divers aspects cliniques de l'urémie digestive est d'une grande importance car il mène à une thérapeutique rationnelle visant la lésion rénale et faisant disparaître le trouble morbide; il faut, en même temps qu'on combat l'auto-intoxication, empêcher autant que possible les effets nuisibles des organismes pathogènes normalement contenus dans le tube digestif.

Elève de Fournier, Mlle Levin conclut que la syphilis, pour des raisons multiples, peut rester ignorée. La syphilis ignorée est fréquente, plus fréquente à l'hôpital qu'en ville, beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il est donc un certain nombre de cas où le diagnostic doit être institué, soit par une lésion objective, soit par la possibilité de rattacher certains symptômes fonctionnels d'une maladie donnée à la syphilis, même sans renseignements, même après dénégations de la part du malade.

Avant 1883, Rennes, privée d'eau potable, payait un lourd tribut à la fièvre typhoïde; d'après les recherches de M. Leclerc, de 1870 à 1883, la mortalité civile est de 13,4 pour 10,000. De 1875 à 1883, la morbidité militaire est de 343,2 pour 10,000; la mortalité, de 43,4 pour 10,000.

A partir de 1883, la ville reçoit d'excellentes eaux de source et pour la période 1883-97 la mortalité civile tombe à 4,7 pour 10 000, la morbidité militaire à 64,9, la mortalité militaire à 1,7.

La nature des eaux peut, seule, rendre compte de cette brusque modification de l'état sanitaire.

La persistance atténuée de la fièvre typhoïde, dans l'élément civil s'explique par ce fait que les habitants de la commune de Rennes ne font pas tous usage d'eau potable, les faubourgs utilisent encore l'eau impure des puits, la banlieue, l'eau des mares, des fossés. Cette eau pénètre indirectement en ville sous forme de lait, de cidre, de glace et crée ainsi une source de contage permanent.

Les faits permettent donc à l'auteur d'affirmer que, du jour où la canalisation, prolongée en tous sens, ira porter à tous les habitants l'eau potable, du jour où aucune eau suspecte ne sera utilisée, Rennes, désormais à l'abri de toute infection directe, n'aura plus à redouter que les contaminations spécifiques du dehors, fournissant ainsi, par sa presque immunité, une éclatante démonstration en faveur de la théorie hydrique.

Il se produit dans les paralysies alcooliques comme dans toutes les paralysies par névrite des déformations persistantes et irréductibles des pieds par rétractions musculaires, aponévrotiques et ligamenteuses. Les rétractions sont dues à des causes mécaniques qui sont l'attitude vicieuse et l'immobilisation prolongée du membre dans cette attitude. Mais M. Gaucher affirme qu'il est possible de s'opposer presque toujours à ces déformations par un traitement prophylactique. Quand ces déformations se sont produites d'une façon irréductible, on ne doit pas employer l'intervention chirurgicale pour les guérir, mais le traitement kinésithérapique et hydrothérapique.

Avec son maître Legueu, M. Hauser pense que le varicocèle symptomatique peut se développer dans un certain nombre de cas, soit sous l'influence de la compression exercée par la tumeur rénale, soit surtout par thrombose de la veine rénale gauche. Précoce ou tardif, le varicocèle symptomatique nous paraît reconnaître le plus souvent pour cause la compression des veines spermatiques par les ganglions lombaires dégénérés. La constatation d'un varicocèle récent dans les tumeurs malignes du rein place donc le chirurgien dans l'alternative ou de renoncer à la néphrectomie ou de compléter cette opération par l'exérèse des ganglions.

M. Belin établit de suite ce qu'on doit entendre physiologiquement par mort subite par *inhibition*. La mort par inhibition se présente avec deux caractères essentiels : d'abord mort coïncidant avec le traumatisme, puis autopsie ne révélant aucune lésion importante. On l'a observée après l'avortement criminel, soit que les manœuvres abortives aient été exécutées par une tierce personne, soit que la femme elle-même se soit fait avorter, — le fait est possible. La mort peut être la conséquence de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, de la pénétration de l'air dans l'appareil circulatoire, d'une intoxication suraiguë à la suite d'injection avec un liquide toxique (perchlorure de fer, acide phénique). L'irritation partant de l'utérus, point de départ, est transmise par les nerfs sensibles, mêlés aux filets du sympathique (voie centripète); si cette irritation est vive elle dépassera les centres nerveux moteurs de l'utérus, et des réflexes (voie centrifuge) se produiront vers d'autres organes (estomac, intestin, encéphale, cœur), amenant ainsi des vomissements, des vertiges, de la pâleur, quelquefois même des syncopes. La syncope est favorisée par la plénitude de l'estomac, l'émotion, l'affaiblissement de l'organisme, la force de l'injection, etc.

Thèse de la Faculté de Nancy.

M. Tref. *De la rétention des membranes après l'accouchement à terme.* (Nancy, Crépin-Leblond.)

Les rétentions de membranes et surtout de la caduque et du chorion sont fréquentes après l'accouchement à terme; le siège le plus habituel des membranes est au niveau des cornes et de l'anneau de contraction de l'utérus. D'après M. Tref, un certain nombre de causes, telles que la présentation du placenta par sa face utérine ou son bord, la présence d'un cotylédon accessoire, la dissociation des membranes et les déviations utérines prédisposent à la rétention des membranes.

Les véritables causes sont : 1° les adhérences dues à l'endométrite chronique et peut-être à la syphilis; 2° la présence d'un caillot dans les membranes; 3° l'intervention intempestive de l'accoucheur aussi bien dans la délivrance par traction et expression que dans la délivrance spontanée.

Les membranes retenues s'éliminent généralement sans occasionner d'accidents, soit entières, soit avec de petits caillots, soit en débris dans les lochies et les liquides d'injections.

Quand il survient des accidents, ce sont surtout des accidents bénins, tels que tranchées utérines, céphalée, légère élévation de température, fétidité des lochies, qui cèdent facilement au traitement. Plus rarement on voit survenir des accidents graves d'hémorrhagies secondaires ou de septicémie.

Le diagnostic de la rétention des membranes est en général facile, il repose sur un examen du délivre fait soigneusement. Le pronostic est favorable si les précautions antiseptiques sont prises.

Le traitement prophylactique devra surtout remédier aux causes prédisposantes à la rétention. L'intervention en temps opportun permettra d'éviter bien des rétentions.

Si les membranes ne cèdent pas aux tractions douces exercées sur elle, un fil permettra, après la séparation du placenta, d'essayer de les extraire.

L'expectation antiseptique est le meilleur mode de traitement; en cas de fétidité des lochies ou d'élévation de température on aura recours aux injections utérines. Les hémorrhagies secondaires seront facilement arrêtées par les moyens habituels; si les accidents de septicémie persistaient malgré les injections intra-utérines, un double écouvillonnage de l'utérus, suivi d'injections utérines, serait indiqué de préférence au curetage.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Abcès cérébral d'origine traumatique (Un caso di ascesso cerebrale da trauma), par G. Lodoli (*Gazzetta degli*

Ospedali e delle Cliniche, 21 novembre 1897, n° 139, p. 1473). — Il s'agit ici d'un de ces abcès de la partie moyenne du lobe frontal qui peuvent évoluer sans occasionner de symptômes suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic. Pendant les 11 jours que le malade vécut à l'hôpital, on ne put constater en effet que : une petite cicatrice fermée sur le front, à gauche; une apathie complète; une parésie qui débuta après l'entrée et devint peu à peu une hémiplégie droite avec contracture en demi-flexion.

A l'autopsie, abcès énorme (grandeur d'une mandarine) ayant détruit presque comptètement la substance blanche du lobe frontal gauche. La porte d'entrée des pyogènes avait été la plaie du front, et l'infection de l'os en ce point avait déterminé la formation d'un séquestre de faible dimension. Il est à remarquer que dans ce cas comme dans la plupart des abcès d'origine otitique, l'écorce était saine au niveau de la lésion inflammatoire périphérique. On ne sait pourquoi l'écorce cérébrale possède ce pouvoir de résister aux infections de ce genre.

CHIRURGIE

Traitement opératoire des encéphalocèles congénitales (Die operative Behandlung der angeborenen Kopfbruche), par KEHRER (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, vol. LVI, p. 160). — L'observation se rapporte à un nouveau-né opéré, 1 heure après sa naissance, d'une hydrencéphalocèle occipitale. L'opération a consisté à réséquer le sac, qui contenait 450 gr. de liquide séro-sanguinolent, et la substance cérébrale herniée, qui pesait 39 grammes et faisait partie, comme on l'a reconnu après examen, des hémisphères cérébraux. L'enfant guérit.

L'examen ultérieur montra qu'il était aveugle par atrophie des papilles optiques, et idiot. L'ouïe et les autres modes de sensibilité paraissaient normaux.

Les kystes dermoïdes du médiastin antérieur (Die Dermoïdcysten des Mediastinum anticum), par EKCHORN (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 107). — Le travail est basé sur l'étude de 31 observations dont 2 personnelles de kystes dermoïdes du médiastin antérieur.

L'âge des malades, dans les observations où il est indiqué, est ordinairement compris entre 20 et 30 ans; la durée de l'affection est très longue et peut se prolonger pendant de longues années. La symptomatologie est obscure quand elle n'est pas latente. Parmi les signes caractéristiques l'auteur cite : 1° l'expectoration de cheveux, notée dans plusieurs observations et tenant à l'ouverture du kyste dans une bronche; 2° l'existence depuis un temps long d'une voussure du thorax. Les autres symptômes sont ceux de toutes les tumeurs du médiastin.

Le traitement idéal serait l'extirpation du kyste, mais il n'est pas possible; souvent on sera obligé de se contenter d'une résection partielle avec cautérisation au fer rouge des parois et drainage de la poche.

Tumeur de l'ovaire (Beitrag zu den Eierstockgeschwulsten im kindlichen Alter), par HERZOG (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 51, p. 1114). — L'intérêt de l'observation réside dans le jeune âge de la malade, une fillette de 14 ans, qui fut prise brusquement de phénomènes de péritonisme et dont l'examen montra l'existence d'une tumeur de l'ovaire droit. La laparotomie permit en effet de constater l'existence au niveau de l'ovaire droit d'un kyste des dimensions d'une tête d'adulte, à pédicule tordu, et au niveau de l'ovaire gauche d'une tumeur des dimensions d'une pomme. Les deux tumeurs furent enlevées et l'enfant guérit.

L'examen microscopique montra que la tumeur de l'ovaire gauche était un kyste dermoïde, et celle de l'ovaire droit un kystome multiloculaire, dermoïde par places.

Vaginofixation de l'utérus (Bericht über 60 Vaginofixationen des Uterus), par HOHL (*Arch. f. Gynäkol.*, 1897, vol. LIV, p. 615). — D'après l'auteur, le traitement opératoire des rétroflexions et des prolapsus de l'utérus ne doit être tenté qu'après l'échec des pessaires. Comme mode d'intervention, la vaginofixation doit être faite : 1° dans les rétroflexions fixes ou mobiles compliquées d'annexite inflammatoire ou de tumeurs des annexes; 2° au début du prolapsus et dans les prolapsus d'intensité moyenne qui résistent aux procédés opératoires ordinairement employés qu'on doit alors compléter par la vaginofixation.

Quant à la ventrofixation, l'auteur la réserve : 1° pour les rétroflexions avec des tumeurs annexielles telles qu'à elles seules elles nécessitent déjà la laparotomie; 2° pour les prolapsus graves dans lesquels la ventrofixation doit être combinée avec une colpopérinéorrhaphie.

MÉDECINE

Thrombose de la veine porte (Beiträge zur Thrombose des Pfortaderstammes), par BORRMANN (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIV, p. 283). — Il résulte de 8 observations dont une personnelle, réunies par l'auteur, qu'à côté des thromboses de la veine porte résultant de la compression du vaisseau ou de la propagation, à ses parois, des processus inflammatoires du voisinage, il en existe d'autres qui sont dues à une altération primitive des parois de la veine. Cette altération, qui peut être comparée, comme localisation d'aspect macroscopique, à l'adhérence de l'aorte, est quelquefois d'origine syphilitique.

Le tableau clinique de cette thrombose aiguë de la veine porte est parfois peu net, parfois très caractéristique. Dans ce dernier cas l'affection se déclare brusquement et se manifeste par des douleurs violentes et des signes relevant d'une stase dans le système porte tels que l'ascite, les hématémèses. Si l'obstruction est complète et absolue, la mort survient rapidement; dans le cas contraire, les malades en peuvent vivre encore assez longtemps avec leur affection.

Bactériurie (Ueber Bacteriurie), par BARLOW (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 347). — Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 65 cas de bactériurie dont 7 personnels. Sur ce nombre, l'urine renfermait 32 fois des sarcines, 1 fois un bacille qui se colorait par le Gram, 1 fois un bacille qui formait de l'acide sulfhydrique, 19 fois des colibacilles, 5 fois des staphylocoques qui, dans ces cas, se trouvaient 2 fois mêlés avec des colibacilles.

En étudiant l'étiologie de la bactériurie, l'auteur s'arrête à l'hypothèse d'après laquelle les bactéries qu'on trouve dans l'intestin ont traversé les tissus ou suivi le courant lymphatique; la gonorrhée antérieure favoriserait cette émigration.

L'infection mixte dans la diphthérie (Ueber Wesen und Bedeutung der Mischinfection bei Diphtherie und ihr Verhaltniss zur Heilserumtherapie), par HILBERT (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 248). — En cultivant le bacille diphthérique sur le même milieu avec le streptocoque ou sur du bouillon streptococcique filtré ou sur un milieu sur lequel on avait préalablement cultivé des streptocoques, l'auteur a constaté que dans toutes ces conditions la virulence du bacille diphthérique et la production de ses toxines sont augmentées.

D'un autre côté, il a trouvé que si l'on inocule des animaux simultanément avec des cultures diphthériques et des cultures streptococciques, il survient une exagération de la virulence non seulement des bacilles diphthériques mais encore des streptocoques.

Influence du sérum sur la marche clinique de la diphthérie (Ueber die Modifikation des klinischen Verlaufes der Diphtherie durch die Anwendung des Heilserums), par MEYER (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 465). — Pour étudier l'influence du sérum sur la marche de la diphthérie, l'auteur a noté chez 132 diphthéritiques au bout de combien de temps après l'injection disparaissaient les fausses membranes, la fièvre et la sténose laryngée dans les cas où elle existait. Il a trouvé que dans les cas qui guérissent, la disparition de ces manifestations de la diphthérie se fait dans un espace de temps presque le même dans tous les cas, c'est-à-dire dans les cas où l'injection est faite de bonne heure et dans les cas où l'injection est faite tardivement. L'auteur voit dans ce fait une preuve de l'action spécifique certaine du sérum.

Traitement de la pleurésie purulente par le

drainage en siphon (Erfahrungen über die Heberdrainage bei Behandlung der Pleuraempyeme), par PICHLER (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 490). — L'auteur s'appuie sur des observations recueillies à la clinique de V. Jaksch pour préconiser l'emploi du drainage de la plèvre par le siphon de Bulau, au début de toute pleurésie purulente; si le drainage n'arrivait pas à vider la plèvre, on le remplacera par la résection costale.

D'après l'auteur, on pourrait même tenter le drainage de Bulau dans les empyèmes anciens et dans les empyèmes putrides, à la condition de le remplacer en cas d'échec par l'opération de l'empyème.

Hypertrophie du cœur et artériosclérose (Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosclerose), par HASENFELD (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX p. 194). — En s'appuyant sur ses recherches anatomiques, l'auteur montre que l'artériosclérose n'amène une hypertrophie du ventricule gauche que dans les cas où elle frappe les artères des viscères abdominaux ou la portion sus-diaphragmatique de l'aorte et que l'artério-sclérose des artères d'autres régions ne semble avoir aucune influence sur l'hypertrophie du cœur. Si en cas d'artériosclérose des artères splanchniques (artère des vaisseaux abdominaux), le processus n'atteint pas les ramifications terminales, l'hypertrophie du ventricule gauche est minime.

Dans la néphrite interstitielle, l'auteur a trouvé le cœur uniformément hypertrophié; mais dans les cas où il existait en même temps une sclérose des artères splanchniques, l'hypertrophie prédominait au niveau du ventricule gauche.

MÉDECINE PRATIQUE

Prophylaxie des complications pulmonaires de la rougeole,

D'après M. le Dr PIERRE VALLAT.

La rougeole est une maladie qui n'est grave que parce qu'elle crée une réceptivité particulière de l'organisme de l'infection. Le streptocoque, le bacille de Löffler et le bacille de Koch sont ceux dont les ravages s'exerçent électivement chez les rougeoleux. Ici encore, l'élément morbilleux joue un rôle médiocre tant qu'il n'est pas associé à d'autres microbes. Le problème prophylactique consiste donc à défendre les enfants contre l'invasion de ces infections secondaires qui, nous le répétons, font seules la gravité du pronostic. Sans vouloir entrer ici dans trop de détails, examinons très sommairement quelques-unes de ces complications.

Au streptocoque, il faut en première ligne imputer le développement de la bronchopneumonie, qui est sans contredit la complication la plus redoutable de la rougeole.

Elle peut se montrer dès le 3e jour de la maladie, avant l'éruption par conséquent; elle peut également apparaître vers le 12e jour, c'est-à-dire en pleine convalescence, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre. Néanmoins c'est en général vers le 6e jour, au moment où l'éruption est à son acmé, qu'éclatent les symptômes bruyants et terribles de cette redoutable complication. La fièvre, qui était aux environs de 38°5, monte subitement au delà de 40°; le pouls devient petit, misérable, incomptable; la respiration s'accélère, on compte jusqu'à 80 inspirations par minute. Souvent l'asphyxie termine la scène. D'autres fois la maladie se prolonge pendant quelques semaines, préparant le terrain à l'évolution ultérieure de la tuberculose.

Une autre complication due au streptocoque est l'otite suppurée. Elle s'annonce par l'élévation de la température, du délire des convulsions. Puis un beau jour tout rentre dans l'ordre et un flot de pus sort par le conduit auditif. Le pus peut se faire jour par une autre voie, l'apophyse mastoïde devient rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression et une collection purulente ne tarde pas à s'y faire. C'est dans ces cas qu'il faut se hâter d'intervenir, il faut trépaner le temporal, permettre au pus de s'écouler au dehors pour éviter une méningite purulente.

A la même cause appartiennent les complications oculaires kératite, kérato-conjonctivite phlycténulaire, etc.

La diphthérie — assez rare — se développe généralement pendant la période d'activité de la rougeole : elle est rarement pure et fréquemment associée au streptocoque. De là sa gravité.

Enfin la tuberculose est généralement une complication tardive et succède fréquemment, comme nous l'avons dit, à la broncho-pneumonie.

Il est donc nécessaire d'organiser de bonne heure, dès le début de la maladie, la défense dans le but de prévenir chez le rougeoleux ces infections secondaires. On arrive à ce résultat, dit M. P. Vallat, dans un travail récent (1), par l'isolement et un ensemble de mesures qui constituent l'hygiène des morbilleux.

L'isolement est nécessaire pour réduire au minimum les chances d'inoculation de cause extérieure. On devra, dans la pratique, écarter de l'entourage du petit malade les parents et les gardes ayant des affections de la peau ou suspects de tuberculose. Lorsque plusieurs personnes sont atteintes dans une même famille, elles devront être, autant que possible, contrairement au préjugé commun, traitées dans des locaux séparés. Il ne faut pas oublier que le streptocoque est susceptible d'exalter sa virulence par des passages successifs sur des terrains différents.

L'hygiène du morbilleux doit consister dans l'antisepsie de la peau et des muqueuses, des voies respiratoires supérieures et du tube digestif. Voici comment M. Vallat résume les préceptes de ses maîtres sur ces différents points :

1° *Antisepsie de la peau.* — La rougeole étant diagnostiquée ou même soupçonnée, il est bon de faire prendre un bain savonneux d'abord et ensuite un bain au sublimé au 15 000e. On veillera à l'antisepsie des téguments en pansant « avec une minutie chirurgicale » (Hutinel) toutes les affections de la peau, en se souvenant que la broncho-pneumonie peut être consécutive à une suppuration, même légère, d'un point quelconque du corps.

2° *Antisepsie des voies respiratoires supérieures.* — M. Lermoyez proscrit formellement les irrigations nasales, parce que dans les efforts que fait l'enfant pour résister, ainsi que dans les mouvements de déglutition, la trompe d'Eustache s'ouvre et une certaine quantité de liquide peut y pénétrer entraînant avec elle les germes pathogènes d'une otite moyenne. Suivant en cela la pratique M. Marfan, à l'hôpital des Enfants-Malades, il faut toujours donner la préférence aux instillations d'huile mentholée au 50e dans chaque narine. Cette pratique donne les meilleurs résultats : quant aux lavages, il faut les réserver pour l'antisepsie buccale.

3° *Antiseptie du tube digestif.* — Dès le début de la maladie, il est favorable de donner un purgatif salin pour assurer dans la mesure du possible l'asepsie de l'intestin, les fèces ayant fréquemment une odeur fétide; si à la suite l'enfant avait un certain degré de constipation, on y ajoutera avec profit un lavage de l'intestin à l'eau bouillie.

Il faudra veiller également à la propreté méticuleuse des muqueuses oculaire et vulvo-vaginale pour se mettre à l'abri des kérato-conjonctivites et des vulvites parfois si tenaces.

Ces préceptes ne sauraient être trop répandus, car de leur observation stricte dépend le pronostic d'une maladie qu'on considère à tort comme bénigne puisqu'elle a fait dans un seul hôpital de Paris (Enfants-Malades) de 1890 à 1896, 1005 décès sur 3 845 cas, soit une moyenne de 30 p. 100 de victimes.

G. MAURANGE.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Sulfate de quinine.

VARIÉTÉS. — 1° Sulfate basique contenant 74,31 p. 100 de quinine. SYN. : monosulfate, ancien sulfate neutre. C'est le sulfate de quinine officinal.

(1) P. VALLAT, Contribution à l'étude du traitement de la rougeole ; Prophylaxie des complications pulmonaires (th. de Paris, 1897, n° 104).

2° Sulfate neutre, contenant 59,12 p. 100 de quinine. Syn. : bisulfate, ancien sulfate acide.

Solubilité. — 1° Sulfate basique : presque insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool. Ainsi n'est-il pas usité en hypodermie.

2° Sulfate neutre : soluble dans 11 parties d'eau.

Cette solubilité est augmentée par l'addition d'alcool ou d'acide tartrique ou par l'association à l'antipyrine.

Les solutions se conservent presque indéfiniment sans altérations : elles sont d'une grande stabilité et imputrescibles.

Applications particulières. — Le sulfate de quinine, est depuis l'introduction du chlorhydrate neutre en thérapeutique, très peu employé en médecine hypodermique. Cela tient pour une part à sa faible solubilité et aussi à la lenteur relative de son absorption.

Or, le sulfate neutre de quinine ne mérite pas cet ostracisme. Pour nous, nous considérons que sa solubilité est très suffisante puisque, sans addition d'acide, d'alcool ou d'antipyrine on peut injecter en chiffres ronds 40 centigrammes dans 5 centimètres cubes d'eau stérilisée. A ce titre la solution est peu irritante, et s'il est vrai que l'absorption du sulfate est moins rapide que celle du chlorhydrate, son élimination est aussi plus lente : or, comme le fait remarquer Manquant, il peut y avoir intérêt à laisser l'organisme le plus longtemps possible imprégné du médicament antiparasitaire.

On a encore objecté au sulfate neutre sa faible teneur en quinine : 59,12 p. 100 (sulfate) contre 79,91 p. 100 (chlorhydrate). Sur ce point il est difficile de donner une opinion documentée. En effet le sulfate administré par la voie gastrique ou hypodermique donne plus facilement les signes de l'intoxication quinique que le chlorhydrate : cela paraît paradoxal. Il y a là probablement une question de constitution moléculaire qui intervient pour modifier l'action physiologique. On voit donc qu'il serait téméraire de se baser sur la proportion de quinine contenue dans un sel pour conclure à son efficacité. L'expérience clinique doit seule nous guider sur ce point.

En résumé, le sulfate neutre de quinine semble devoir être préféré au chlorhydrate neutre dans les cas de paludisme subaigu, ou de fièvre continue à ascension thermométrique lente. Dans la forme aiguë, dans l'accès pernicieux, au contraire on aura recours de préférence au chlorhydrate qui est d'un maniement plus facile et dont l'absorption est plus rapide. Enfin le sulfate ne se prête guère à l'injection intra-veineuse et demeure contre indiqué chez l'enfant.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 40 centigrammes par injection, jusqu'à 1 gr. 20 en 24 heures.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats :* Très irritante localement surtout si l'on ajoute à la solution de l'alcool ou de l'acide tartrique. Seule la solution étendue est tolérée par les tissus. L'injection doit être poussée profondément dans le tissu musculaire pour éviter les phénomènes douloureux.

b) *Éloignés :* S'absorbe et s'élimine lentement : l'injection d'une dose maxima de 1 gr. à 1 gr. 20 ne peut être renouvelée avant 8 à 10 heures.

FORMULES

Sulfate basique de quinine	1 gr.
Eau *stérilisée*	10 gr.
Eau de Rabel	1 gr.

(Huchard.)

Sulfate neutre de quinine	10 gr.
Eau stérilisée	120 gr.

5 à 10 centimètres cubes.

Sulfate neutre de quinine	2 gr.
Antipyrine	4 gr.

Eau stérilisée à 40°. Q. s. p. dix centimèt. cubes.

1 à 4 centimètres cubes.

Association. — On a associé le sulfate de quinine à l'acide phénique — cette combinaison est sans intérêt — et à la morphine dans le but de calmer la douleur de l'injection et d'éviter quelques-uns des phénomènes pénibles de la quinine (bourdonnements, vertiges, etc.). Nous ignorons les effets de cette formule due à Bernatzik.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

« Erudimini, qui judicatis. »

Le 8 novembre 1897, en terminant ma leçon de réouverture sur *les rapports de l'obstétrique avec la médecine légale,* je m'adressais aux accoucheurs et je leur posais les trois questions suivantes :

« 1° Doit-on accuser « d'inhabileté et de maladresse » le médecin qui a fait quatre applications de forceps dans un rétrécissement du bassin et plusieurs tentatives de crâniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin ?

« 2° Après avoir lu le rapport du Dr Socquet, pensez-vous qu'on puisse en tirer une conclusion ferme, scientifique en un mot ?

« 3° Une aiguille à matelas, longue de 21 centimètres 1/2, large de 5 millimètres, a-t-elle pu, en une seule fois, déterminer au niveau de la vessie, sur la femme vivante : deux perforations, situées à peu près sur la même ligne horizontale, à 4 centimètres l'une de l'autre, perforations à peu près circulaires quand la paroi est relâchée et mesurant 2 centimètres de longueur ? »

Mes confrères, obéissant aux sentiments de justice et de solidarité, se sont empressés de me répondre et je les en remercie cordialement.

Je voudrais publier toutes les réponses, mais je ne le puis, vu leur nombre. Aussi vais-je me limiter à celles émanant de mes confrères professeurs de clinique obstétricale dans les Facultés ou Ecoles de médecine de France :

Les voici :

Réponse du professeur Fochier (de Lyon).

Lyon, le 17 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

Vous me demandez de répondre aux questions posées à la fin de votre clinique sur l'affaire Laporte. Puisque l'expression de mon opinion vous paraît devoir être utile à la défense de notre *honorable* confrère (je souligne honorable, parce que le mot n'est pas banal en l'occurrence), je m'empresse de le faire en toute sincérité :

1° Nous voyons assez souvent, dans les hôpitaux, arriver des malades qui ont subi des applications de forceps avant de nous être amenées. Lorsqu'il s'agit de rétrécissement du bassin, et que les applications ont été infructueuses, il n'est pas rare (une fois sur trois environ), de constater des déchirures plus ou moins profondes occasionnées par les tentatives opératoires. Entre les mains les plus expérimentées, il se produit parfois des lésions superficielles dans les mêmes conditions. L'absence de toute lésion du côté de la vulve, du vagin ou de l'orifice utérin, dénote chez le Dr Laporte une réelle habileté.

2° Le rapport de M. Socquet renferme des preuves non douteuses d'une grande inexpérience des questions obstétricales. On éprouve, en le lisant, une sensation fort pénible. Comment peut-il se faire qu'un auxiliaire de la justice n'ait pas une conscience plus exacte des limites de son savoir et n'hésite pas à se prononcer sur des questions qu'il ignore ?

3° La description des lésions est difficile à comprendre. Mais

si les deux perforations de la vessie sont dans le même plan *horizontal* (la femme étant supposée debout, je pense), comment l'aiguille a-t-elle pu les produire simultanément alors que cette aiguille n'a pas pu être dirigée d'arrière en avant dans un plan horizontal?

C'est absolument incompréhensible, inadmissible.

Veuillez agréer, etc.

Signé : Fochier,
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Réponse du professeur Gaulard (de Lille).

Lille, 15 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

Permettez-moi d'abord de vous féliciter bien sincèrement de l'initiative généreuse que vous avez prise dans le procès Laporte. Je suis d'accord avec vous sur tous les points; aussi, m'est-il facile de répondre aux questions que vous adressez aux accoucheurs dans votre leçon du 8 novembre dernier.

1° Le praticien qui fait quatre applications de forceps et plusieurs tentatives de craniotomie, dans un bassin vicié, sans déterminer de lésions des organes génitaux, est un opérateur prudent et habile. On prétend que le Dr Laporte a fait tout cela sans guider les instruments. Mais, alors, c'est un prestidigitateur!

2° La lecture du rapport Socquet n'impose à l'esprit aucune conviction.

3° L'aiguille de matelassier, dont on a tant parlé, n'a pu déterminer les deux perforations vésicales qui ont entraîné la mort. D'abord, elles sont à peu près en un même plan horizontal. Comment un instrument conduit suivant la direction des organes génitaux aurait-il pu blesser la vessie en deux points disposés de cette façon? Je ne le comprends pas. Ensuite, leurs dimensions et leurs formes indiquent que les lésions ont dû se produire spontanément. Pourquoi l'aiguille aurait-elle produit sur la vessie des plaies de 2 centimètres et partout ailleurs des ouvertures de 5 millimètres seulement?

J'espère bien qu'un prochain jugement remettra les choses au point.

Croyez, cher Collègue, etc.

Signé : Gaulard
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille.

Réponse du professeur Alphonse Herrgott (de Nancy).

Faculté de médecine. — Université de Nancy.
Maternité.

Nancy, le 14 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

Je crois de mon devoir de répondre aux questions que vous adressez aux accoucheurs en terminant la leçon que vous avez faite le 8 novembre, à votre clinique, sur le pénible procès intenté à notre confrère le Dr Laporte.

N'ayant pas assisté à l'accouchement au sujet duquel il y a eu tant de dépositions contradictoires, et n'ayant pas vu les pièces anatomiques, il m'est difficile d'avoir une idée nette et précise sur la manière dont ce travail s'est effectué, *mais, ce que je puis dire d'une manière formelle, absolue*, c'est que *je ne comprends pas* comment une perforation vésico-utérine de « près de 2 centimètres, béante et à peu près circulaire quand la paroi vésicale est flasque et relâchée », ait pu être produite par un instrument piquant de 5 millimètres de diamètre.

Je ne comprends pas non plus comment le même instrument ait pu produire une 2e perforation vésico-péritonéale *située à la même hauteur* que la première, mesurant également 2 centimètres environ et distante de celle-ci de 4 centimètres.

Mais, il me semble beaucoup plus logique d'admettre que ces perforations ont été produites par la compression subie par les parties molles interposées entre la tête osseuse du fœtus et la paroi osseuse d'un bassin rétréci, alors que le travail durait depuis 48 heures.

C'est là *le mécanisme habituel* de la production de fistules vésicales que l'on observe parfois à la suite d'un accouchement laborieux causé par angustie pelvienne, *surtout quand l'intervention est tardive*, et il était impossible au Dr Laporte d'agir plus tôt, puisqu'il est intervenu *dès* qu'il a été appelé.

Enfin, je ne puis m'empêcher d'être surpris que dans une affaire aussi grave, *l'examen histologique* des bords des parois vésicales ulcérées *n'ait pas été fait*. On aurait peut-être pu découvrir, de cette manière, une nouvelle confirmation de l'étiologie du mécanisme de ces perforations.

Recevez, mon cher Collègue, etc.

Signé : Alphonse Herrgott,
Professeur de clinique obstétricale à l'Université de Nancy,
Correspondant de l'Académie de médecine.

Réponse du professeur Moussous (de Bordeaux).

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Bordeaux, le 13 novembre 1897.

Très honoré et cher Collègue,

Votre lettre, adressée à la Faculté de médecine, a dû passser encore à l'hôpital Saint-André avant d'arriver à mon domicile réel.

Ce retard dans son trajet vous explique pourquoi je ne réponds qu'aujourd'hui aux questions que vous me faites l'honneur de m'adresser au sujet de l'affaire Laporte et que vous adressez aussi à tous les professeurs de clinique obstétricale de nos facultés de médecine françaises.

Après une lecture attentive :

1° Du rapport de l'expert chargé de faire l'autopsie médico-légale de Mme Fresquet;

2° De l'article publié par le professeur agrégé Varnier, dans la *Revue d'obstétrique et de pédiatrie* du mois d'octobre dernier;

3° De votre leçon du 8 novembre 1897, je me crois suffisamment armé pour pouvoir répondre aux questions qui terminent cette leçon.

1re Question.

Demande : « Doit-on accuser d'inhabilité ou de maladresse » etc.

Réponse : Le médecin qui fait quatre applications de forceps dans un bassin rétréci et plusieurs tentatives de craniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin n'est pas un inhabile, ni un maladroit; c'est le contraire que l'on doit dire.

2e Question.

Demande : « Après avoir lu le rapport de M. le Dr Socquet » etc.

Réponse : Les conditions particulières dans lesquelles a été faite l'autopsie de Mme Fresquet ne permettent pas d'affirmer d'une manière absolue, que l'aiguille à matelas dont s'est servi le médecin qui l'assistait, mal dirigée par l'opérateur, ait provoqué la perforation utéro-vésico-péritonéale constatée; mais ces conditions n'empêchent pas non plus de supposer que la perforation ne se soit produite spontanément pendant la vie, ou qu'elle ne soit le résultat d'une offense faite aux organes lésés par les manœuvres et les instruments de l'expert au moment de l'autopsie.

3e Question.

« *Demande :* Une aiguille à matelas longue de 21 centim. 1/2, large de 5 millimètres, a-t-elle pu, *en une seule fois* » etc.

Réponse : Il me semble impossible d'admettre qu'une aiguille, de la dimension et du volume signalés, puisse, en une seule fois et d'un seul coup, déterminer au niveau de la vessie, sur la femme vivante, deux perforations situées à peu près sur la même ligne horizontale et à 4 centimètres l'une de l'autre.

Veuillez recevoir, etc.

Signé : Moussous,
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Réponse du professeur V. Guillemet (de l'Ecole de médecine de Nantes).

Nantes, le 15 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

J'ai lu, et je n'ai pas besoin de vous dire *avec quel intérêt*, dans le *Bulletin médical* votre leçon sur le cas du Dr Laporte.

Voici ce qu'en toute conscience je crois pouvoir répondre à vos trois questions :

1° Le médecin qui a fait quatre applications de forceps dans un rétrécissement du bassin et plusieurs tentatives de craniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin NE DOIT PAS être accusé d'inhabileté et de maladresse.

2° Après avoir lu le rapport du Dr Socquet, je ne pense pas qu'on puisse en tirer une conclusion ferme, scientifique.

3° Une aiguille à matelas, longue de 21 centim. 1/2, large de 5 millimètres, *n'a pas pu*, en UNE SEULE FOIS, déterminer au niveau de la vessie, sur la femme vivante, deux perforations situées à peu près sur la même ligne horizontale, à 4 centimètres l'une de l'autre, perforations à peu près circulaires, quand la paroi est relâchée et mesurant 2 centimètres de longueur. (*Il serait facile d'étayer ces conclusions de raisons* SCIENTIFIQUEMENT *précises.*)

. . . .

Votre déposition dans la malheureuse affaire Laporte a été ici, dans le corps médical, hautement approuvée et a apporté un véritable soulagement *à la conscience professionnelle.*

Veuillez croire, etc.

Signé : GUILLEMET,
Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Réponse du professeur A. Martin (de l'Ecole de médecine de Rouen).

Rouen, le 20 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

Par un hasard presque invraisemblable, j'ai été appelé, il y a cinq jours, pour une basiotripsie urgente, au moment même où je répondais à vos questions du *Bulletin médical*. Au confrère qui venait me chercher, j'ai montré la lettre que je commençais à vous écrire et que j'ai abandonnée sur mon bureau pour partir en voiture, au beau milieu de la nuit, à 15 kilomètres de Rouen.

Voilà l'explication d'un retard pour lequel vous voudrez bien m'accorder vos bienveillantes excuses.

Avant de vous donner plus loin les réponses que vous attendez de ma part, laissez-moi vous dire que, sans votre article, j'aurais refusé d'accepter l'épouvantable corvée qu'on venait me demander...

Pour mon compte :

1° J'estime que celui-là est habile et adroit qui a pu faire quatre applications de forceps dans un rétrécissement du bassin et plusieurs tentatives de craniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin.

2° Je pense que du rapport du Dr Socquet on ne peut tirer aucune conclusion ferme et scientifique.

3° Je ne vois pas la possibilité de produire en une seule fois, sur la vessie d'une parturiente, avec l'aiguille dont s'est servi le Dr Laporte, les deux perforations signalées par M. Socquet.

Veuillez agréer, etc.

Signé : ALBERT MARTIN,
Professeur de Clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

Réponse du professeur Perret (de l'Ecole de médecine de Rennes).

Rennes, le 16 novembre 1897.

Mon cher Collègue,

Suivant votre désir, je m'empresse de répondre aux questions que vous posez aux accoucheurs du monde entier, à la fin de votre leçon de réouverture du 8 novembre 1897.

A toutes les trois, je réponds par la négative, et je suis d'accord en cela avec les collègues compétents de mon entourage.

. . . .

Signé : PERRET,
Professeur de Clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rennes.

Réponse du professeur Queirel (de l'Ecole de médecine de Marseille).

Marseille, 19 novembre 1897.

Cher Collègue,

Mon appréciation ne pourra rien ajouter de plus aux conclusions que vous avez formulées, non plus qu'à l'étude de notre collègue Varnier, dans cette malheureuse affaire Laporte; mais, puisque vous avez fait appel à tous les accoucheurs et leur avez demandé leur opinion, je ne veux pas me dérober et je vous apporte la mienne :

Je m'empresse de vous dire que je suis avec vous et en parfaite communion d'idée avec tous ceux qui ont défendu le Dr Laporte. L'expert Socquet, dans ses conclusions sommaires qui en faisaient prévoir d'autres plus démonstratives — combien faibles — dit ceci : Laporte a agi avec :

A) Imprudence.
B) Maladresse.
C) Inobservation des règles de l'art.

Je ne puis, après avoir lu, *in extenso*, le rapport de l'expert, souscrire à aucune de ses conclusions. Après vous, après bien d'autres accoucheurs, je m'inscris contre cette manière de voir.

En effet :

A) Un accoucheur qui applique classiquement le forceps n'est pas un imprudent, quand il espère que cette application pourra éviter toute autre intervention plus importante. Je dis classiquement : présentation du sommet, poche des eaux rompue. *Dilatation complète.* — Il fallait bien que le col fût dilaté, quoi qu'on ait dit, puisqu'on n'a pas constaté de déchirure de l'orifice.

B) Comme tous les chirurgiens de maternité, il m'a été donné de voir des femmes accouchées par des maladroits! Or, les premières choses que l'on rencontre chez ces malheureuses, c'est :

1) Des déchirures de la vulve, du périnée.
2) Des lacérations du col utérin.
3) Des perforations des culs-de-sac vaginaux.
4) Des ruptures utérines et aussi des traumatismes de la vessie. Je reviendrai sur ces dernières.

Mais, quand un accoucheur fait, *au détroit supérieur* quatre applications de forceps, sans léser aucune de ces parties; quand il introduit à 4 reprises les deux branches du forceps Levret sans rien déchirer, je ne puis admettre qu'il s'agisse d'un maladroit, et quand rien sur la tête du fœtus n'indique de lésions produites par les cuillers de l'instrument, quand celui-ci ne dérape pas, j'ajoute que la prise a été bonne, qu'elle a été régulière et qu'un tel accoucheur, fût-il jeune et novice, fait honneur à ses maîtres. Mais il a introduit le perforateur, puis une aiguille de matelassier. Là encore je ne vois aucune maladresse, le col n'ayant pas été intéressé, le cul-de-sac postérieur, ni le rectum non plus. Mais, la vessie a été perforée et même en deux endroits. Est-ce bien vrai? Je veux dire, est-ce bien cet homme qui vient de donner les preuves de son habileté qui est coupable de ces perforations? Je ne le crois pas, et l'on me concédera que c'est au moins douteux, et que, dans l'espèce, le doute devait profiter à l'accusé, même et surtout dans l'esprit de l'expert.

C) Quelles étaient donc les règles de l'art dont l'inobservance est imputée à notre confrère?

La première règle, en pareille occurence, c'est de délivrer la femme, avec le moins de danger possible. C'est pourquoi le Dr Laporte a pensé d'abord au forceps qui avait réussi dans les accouchements antérieurs. La deuxième règle, c'est de diminuer le contenu, quand l'enfant est mort — ici, il n'y avait aucun doute — et que le contenant est irréductible, c'est-à-dire de diminuer le volume de la tête du fœtus pour lui permettre de passer à travers la filière pelvienne non dilatable. C'est ici qu'apparaît l'aiguille de matelassier que vont aider les coups de

marteau, pour la faire pénétrer dans le crâne fœtal. Si le sommet n'avait pas été incliné sur le pariétal antérieur, si la fontanelle avait été accessible à la direction rectiligne de l'aiguille, celle-ci n'eût pas été nécessaire, le perforateur du forceps aurait suffi. Mais, le bassin était rétréci. Il fallait pénétrer dans le pariétal droit, et il me semble, d'après l'autopsie du fœtus, que cette indication a été remplie. Je veux bien admettre, pour un moment qu'une échappée ait pu produire une fistule utéro-vésicale, l'aiguille ayant filé entre la bosse pariétale et la paroi utérine, il eût fallu que cette aiguille ait été dirigée bien obliquement, presque verticalement, et pourquoi? Dans tous les cas, elle n'eût pas produit une perforation de 2 centimètres. Elle n'eût pas surtout pu produire une seconde perforation, encore de 2 centimètres dans la partie latérale droite de la vessie, sur une même ligne horizontale. Cette ligne horizontale me laisse rêveur.

Je sais bien qu'il existait encore une lésion sur la partie gauche de la base du cou de l'enfant. Serait-ce par hasard du même coup que notre confrère aurait embroché et la cloison utéro-vésicale et la région gauche du col du fœtus, puis enfin, le côté droit de la vessie? Mais alors la piqûre du cou de 5 millimètres eût été un séton à deux orifices et l'aiguille de 2 centimètres 1/2 serait entrée bien profondément; si profondément qu'elle n'en serait peut-être pas sortie! Je ne sache pas qu'on ait parlé de cette pénétration si profonde, pas même les commères qui ont déposé? Poser ces questions, n'est-ce pas les résoudre par l'absurde? Tout cela aurait été bien compliqué alors que l'on sait avec quelle rapidité — ici 48 heures de travail — la pression d'une tête ou des parties tiraillées et contuses — tiraillées par la dilatation, contuses par l'attribution de la cloison, laquelle est prise entre le pariétal d'une part et le pubis de l'autre — peut amener l'usure de la cloison. Cette compression produite par la tête fixée au détroit supérieur, et augmentée par les tentatives d'engagement dues au forceps, explique avec plus de vraisemblance la production de la perte de substance de 2 centimètres 1/2 que ne le ferait la perforation d'une aiguille de 5 millimètres, mensuration de 5 millimètres que nous retrouvons plusieurs fois pour expliquer le traumatisme imputé à l'accoucheur.

Je laisse encore bien des points dans l'ombre, notamment ce qui n'était pas dans le rapport d'expertise et qui aurait dû y figurer. Vous en avez, vous et Varnier, montré trop bien les défauts de la cuirasse pour que j'y insiste. Je laisse aussi de côté les attendus et les considérants, peu orthodoxes au point de vue obstétrical de ce jugement. Et pour conclure à mon tour, je dis que, scientifiquement, le Dr Laporte n'a commis aucune faute. J'ajoute qu'il eût été coupable si, en déclinant cette lourde responsabilité, comme certains praticiens trop ménagers de leur réputation, il eût abandonné cette malheureuse femme avant de l'avoir délivrée.

Vous pouvez faire de cette lettre tel usage qu'il vous plaira, si elle peut concourir à l'acte de réparation que vous pousuivez.

Veuillez, etc.

Signé : QUEIREL,

Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille

Réponse du professeur A. Thierry (de l'Ecole de médecine de Tours).

Tours, 16 novembre 1897.

Très honoré Collègue,

J'ai suivi avec le plus grand intérêt et avec une sincère émotion votre campagne en faveur du Dr Laporte.

Ceux-là comprennent particulièrement l'importance de votre intervention dans le débat qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés qu'a surmontées notre malheureux confrère.

Dans les quelques perforations crâniennes que j'ai dû pratiquer sur des fœtus morts dans des bassins rétrécis — ou pour hydrocéphalie — jamais je n'ai craint la blessure directe de la vessie. En revanche, quelles inquiétudes me laissaient dans l'esprit les tractions désespérées qu'un forceps téméraire avait parfois exercées avant mon intervention!

J'apprécie grandement la conduite du Dr Laporte. Plus j'analyse les faits, plus je trouve inexplicable la condamnation. Pour émettre en toute conscience une opinion personnelle, je m'efforce de faire abstraction de vos claires et décisives démonstrations et du commentaire de votre élève Varnier; je m'ingénie à justifier en quelque manière l'accusation. Eh bien! non; le Dr Laporte ne peut être accusé d'inhabileté et de maladresse pour avoir fait quatre applications de forceps dans un bassin rétréci sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin.

Non, aucune conclusion scientifique, aucune preuve évidente ne peut sortir du rapport du Dr Socquet, d'une irréparable insuffisance.

Non, l'aiguille à matelas incriminée ne peut avoir perforé à un centimètre du bord de l'orifice utérin la paroi utéro-vésicale pour épargner le point correspondant de la paroi opposée, et aller, par une invraisemblable manœuvre, perforer la vessie sur le côté, et 4 centimètres plus loin; ni produire deux plaies circulaires quand la paroi est relâchée, et mesurant 2 centimètres de largeur.

Je m'associe donc pleinement à vos conclusions, et avec la seule prétention d'être sincère et de parler selon ma conscience.

Comme vous encore, et comme Varnier, je crois que toute expertise doit être contradictoire, et qu'en médecine légale, à côté du chimiste et de l'aliéniste, doivent trouver place quelques autres spécialités, dont celles de l'accoucheur.

Veuillez agréer, etc.

Signé : A. THIERRY,

Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Tours.

Je laisse aux juges le soin de conclure, après avoir lu ces documents émanant d'hommes dont la compétence ne peut être discutée.

A. PINARD,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Nécrologie. — M. le Dr Mesnet.

Dans le touchant discours qu'au nom de l'Académie M. le Dr Motet a prononcé sur la tombe de son ami Mesnet, le caractère et l'œuvre de notre regretté collègue ont été dignement appréciés. Mais il importe que le public médical, qui oublie trop vite les services rendus par ceux dont la modestie et le désintéressement ont répudié toujours les louanges bruyantes, s'associe aux applaudissements qui ont souligné tout à l'heure cet éloquent panégyrique. Mesnet fut, en effet, parmi les médecins qui les premiers se préoccupèrent des études de psychologie pathologique l'un des plus distingués, l'un des plus sagaces. Je n'oublierai jamais l'impression que causèrent, dans le monde des philosophes et des médecins érudits, ses études sur l'automatisme de la mémoire et du souvenir, sa monographie sur le Sauvage du Var, ses travaux sur le somnambulisme pathologique et sur l'hypnotisme.

Ecrites d'un style aussi élégant que précis, marquées au coin de l'observation la plus scientifique, je veux dire la plus scrupuleusement honnête, les monographies publiées par Mesnet sont de petits chefs-d'œuvre d'analyse et de critique. Elles ne sont plus guère citées de nos jours (les progrès sont si rapides en neuropathologie), mais elles eurent pour résultat au moment où elles virent le jour, de faire estimer davantage par tous les penseurs, de faire considérer comme un psychologue éminent, le médecin à qui elles étaient dues.

Que dire de l'homme après l'hommage que lui ont rendu successivement et M. Motet et le Président de l'Académie? sinon qu'il a su mériter le respectueux attachement de tous ceux à qui il a prodigué les témoignages incessants de sa bienveillance et l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

L. L.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'intestin de couleur verte est-il gangrené?

Par G. BÉGOIN.

Quand, au cours d'une kélotomie, le chirurgien trouve une anse intestinale rouge, violacée ou noire, il sait que ces couleurs n'indiquent pas la gangrène de la paroi, et qu'il peut la réduire en toute sécurité.

Par contre, la couleur ardoisée et surtout feuille morte, sont considérées par presque tous les auteurs comme la preuve du sphacèle.

Ce sont là des couleurs bien tranchées, qui ont une signification précise, et en face desquelles l'opérateur a sa conduite toute tracée.

S'il recourt à la piqûre ou bien s'il emploie l'eau chaude pour rechercher l'élasticité de la paroi intestinale, ce ne sera que pour avoir une double certitude, si l'on peut ainsi dire.

Il est d'autres couleurs qui n'ont pas ou plutôt auxquelles on n'a pas encore attribué de signification précise. La couleur verte est de celles-là.

La plupart des auteurs classiques ne parlent pas de cette couleur ou ils la mentionnent à peine (1).

1. Forgue et Reclus disent bien d'après D. Mollière: « Si l'intestin présente une teinte verte et irisée il est mort ». Mais la plupart des auteurs classiques Berger (*Traité de chirurgie*), Peyrot (4 agrégés), Gross et Vautrin, Gosselin, Nélaton, Nicaise ne la mentionnent même pas. Les professeurs Duplay (Follin et Duplay) et Le Dentu (Dr Jaccoud) indiquent seulement que le sphacèle peut aller des teintes verdâtres à la teinte feuille morte.

Les uns la considèrent comme un signe de sphacèle, plutôt par impression que par science, les autres voient là une teinte qui n'est ni gris ardoisé ni feuille morte, les deux seules nuances qu'ils connaissaient comme signe certain de gangrène, et dès lors ils se conduisent comme si l'anse intestinale était saine. D'autres, enfin, plus sages, ne s'en rapportent pas uniquement à la couleur et recherchent par d'autres moyens l'état de vitalité de la paroi intestinale.

En avril 1897, au cours d'une kélotomie, je trouvai dans un sac sans liquide une anse intestinale d'une belle couleur vert bronze florentin. C'était chez une vieille femme de 72 ans qui avait depuis 8 jours une hernie crurale étranglée, sur laquelle *chaque jour*, pendant un quart d'heure un médecin avait pratiqué le taxis.

Au niveau du collet du sac l'intestin ne présentait aucune trace de sphacèle, mais toute la face antérieure de l'anse, celle sur laquelle avaient dû porter les efforts du taxis offrait une belle coloration vert bronze florentin. Cette anse n'était pas affaissée, son élasticité était normale et sous l'eau sublimée très chaude dont je l'irriguai, la couleur verte s'éclaircit un peu.

Je ne vis pas là de signes nets de sphacèle, mais la vitalité de cette anse me parut assez douteuse pour ne la réduire que tout juste et la laisser en face de l'orifice supérieur du canal crural; la plaie fut pansée à la gaze iodoformée.

Quatre heures plus tard cette malade opérée *in extremis* mourait de collapsus.

A son autopsie, faite 24 heures après, je trouvai l'anse intestinale malade à sa place, à l'orifice profond du canal crural. Elle était distendue et avait toujours sa coloration vert bronze florentin.

Je l'enlevai aux ciseaux, et, fermant une de ses extrémités avec une ligature, je l'emplis d'eau. Obturant alors l'autre bout j'essayai de faire éclater la paroi intestinale sous la pression des doigts : j'y réussis, mais ce fut sur une portion saine de l'intestin que se fit la déchirure, la partie verte resta intacte. Cependant, bien que résistante, cette paroi verte était profondément altérée.

Des bandelettes en furent découpées et soumises à l'examen histologique de notre ami le professeur agrégé Sabrazès; il ne restait plus trace de muqueuse; les glandes de Lieberkuhn avaient complètement disparu, la tunique musculaire était dissociée et entre les cellules, dont les noyaux ne se coloraient pas, il y avait des amas de globules sanguins déformés; on ne trouvait que des vestiges de vaisseaux.

Les lésions étaient un peu moins marquées du côté de la surface séreuse de l'intestin; mais cependant les altérations ne permettaient pas de mettre en doute le début de nécrobiose de cette paroi intestinale et même après la levée de l'étranglement elle ne pouvait échapper à la gangrène.

Des cas semblables au nôtre semblent rares dans la littérature médicale : nous avons seulement trouvé mentionné que D. Mollière (1) regardait cette couleur vert bronze florentin comme un signe de sphacèle; Michaux (2), au cours d'une intervention pour traumatisme de l'abdomen par tamponnement, rencontra une anse séparée de son mésentère, affaissée, qui présentait cette couleur spéciale; il la considéra comme sphacélée.

1. Cité par FORGUE et RECLUS, II, 632.
2. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 204.

Pour avoir des examens histologiques, j'essayai d'obtenir expérimentalement cette belle couleur verte.

Pensant qu'elle était due à une action de la bile sur des tissus qui avaient cessé de vivre je plongeai des bandelettes d'intestin de cadavre dans de la bile humaine recueillie aux autopsies, et dans de la bile fraîche de chien.

J'introduisis de la bile fraîche et de la bile de cadavre dans des segments d'intestin humain que je fermai aux deux bouts. Je laissai les uns exposés à l'air, je mis les autres au fond d'un tiroir sous des serviettes humides.

J'obtins ainsi des couleurs jaune, jaune verdâtre, olive, mais j'eus beau répéter et varier les expériences jamais je ne réussis à reproduire la couleur bronze florentin que je cherchais.

Pour voir si cette coloration n'était pas due à l'action de la bile sur les globules sanguins qui infiltrent souvent les parois de l'intestin fermé traumatisé par le taxis, j'introduisis dans des flacons pleins de bile des morceaux de muscles infiltrés de sang recueillis chez un homme mort de contusion, et des morceaux de muscles sains comme témoins. Sous l'influence de la bile les uns et les autres devinrent d'un jaune vert à peu près semblable. La présence du sang s'était montrée sans influence sur la coloration.

L'examen histologique des fragments d'intestin devenus ainsi jaunes, jaune verdâtre ou olive, a démontré que ces colorations pouvaient se produire sans qu'il y eût une altération appréciable des éléments constitutifs de la paroi.

J'eus l'occasion d'examiner histologiquement une paroi intestinale de couleur vert bouteille que mon collègue et ami M. Vitrac avait rencontrée au cours d'une kélotomie : comme il y avait un point ou l'élascité avait disparu, il la laissa dans la plaie sous un pansement humide. La malade mourut le soir et à l'autopsie nous trouvâmes qu'à côté de l'anse malade une anse nouvelle était descendue dans la plaie; cette dernière présentait sur un point large comme une pièce de 2 francs, une coloration vert clair; on aurait dit une toute jeune feuille d'orme collée à l'intestin. L'anse malade avait conservé sa coloration vert noir.

Des bandelettes furent découpées sur les deux plaques vertes et examinées au laboratoire de M. Sabrazès; l'intestin au niveau de l'anse vert clair était absolument normal; au point hernié et vert bouteille, surtout à l'endroit où la paroi avait perdu son élasticité, il n'y avait plus de muqueuse, les noyaux des cellules musculaires ne se coloraient plus; il y avait déjà un commencement de nécrobiose manifeste.

La coloration vert bouteille n'indique cependant pas toujours une altération si profonde de la paroi.

Récemment, je rencontrai dans une kélotomie, une anse de coloration vert noir; comme elle avait encore son vernis, son élasticité je la réduisis : la malade mourut peu après; à l'autopsie on vit que l'intestin avait déjà repris sa couleur et son aspect presque normal.

La pathogénie de ces différentes couleurs vertes nous est encore inconnue, mais nous croyons qu'il est permis de conclure, en nous plaçant exclusivement sur le terrain pratique, que :

a) La teinte vert clair peut exister sans altération de la paroi intestinale.

b) Le vert jaune, vert foncé, vert bouteille ou vert noir sont d'un pronostic moins bon; ils n'indiquent pas nécessairement une altération sérieuse des tissus, mais elle peut exister avec ces couleurs-là. Aussi faut-il alors, pour guider sa conduite, recourir aux moyens d'épreuve habituels (irrigation chaude, piqûres).

c) On agira de même en face d'une anse qui présenterait cette belle couleur vert bronze florentin si spéciale. Dans notre cas et dans celui de Michaux, le sphacèle existait avec cette coloration-là; mais, dans l'ignorance de sa pathogénie et dans l'impossibilité où nous avons été de la reproduire, nous ne saurions dire s'il doit en être toujours ainsi.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 Janvier 1898.

Hémorrhagie stomacale.

M. Duplay donne quelques détails sur le malade dont M. Dieulafoy a rapporté l'observation et qui a été opéré par M. Cazin. L'injection de sérum artificiel a été faite non pas après, mais pendant l'opération. Pour découvrir le point saignant, M. Cazin a été obligé de retourner l'estomac comme un doigt de gant, procédé qui peut trouver son indication dans d'autres cas analogues.

Tout récemment, M. Duplay a eu l'occasion d'intervenir chez un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la poitrine. Les symptômes qu'il présentait à son entrée à l'hôpital n'avaient rien de caractéristique. Mais 2 mois après se déclara une hématémèse abondante qui nécessita la laparotomie d'urgence qui montra l'existence d'une plaie au niveau de la paroi antérieure de l'estomac. Suture de la plaie; guérison.

Traitement des flexions utérines par la cunéo-hystérectomie vaginale.

M. Follet (de Lille) s'élève contre l'opinion courante qu fait de la plication utérine dans la flexion un facteur tout à fait accessoire et négligeable. Il redresse l'axe utérin en pratiquant, sur la face de la matrice qui présente l'angle saillant (face antérieure ou postérieure) selon que l'on a affaire à une rétro- ou à une antéflexion, l'excision d'un coin de paroi utérine sans entamer la muqueuse, et le rapprochement des sutures de l'excision elliptique transversale. Cette cunéo-hystérectomie que Thiriar et Jonnesco ont faite par le ventre, M. Follet l'exécute par le vagin et la facilite en abaissant l'utérus par des tractions modérées sur les ligaments, et en pratiquant l'incision du cul-de-sac (antérieur ou postérieur). Cette luxation temporaire de l'utérus rend fort aisées la résection du coin musculaire et la suture.

La saignée, les vomitifs et le vésicatoire.

M. Alb. Robin après avoir indiqué le mode d'action de la saignée sur la tension vasculaire, expose les bons résultats que l'émission sanguine lui a données dans les stases sanguines des cardiaques acystoliques, dans l'œdème du poumon. L'émission sanguine trouve encore son indication dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand celle-ci est la conséquence d'une insuffisance des actes naturels démontrée par l'abaissement des échanges respiratoires, du taux de l'urée de divers coefficients d'oxydation. La saignée peut aussi donner des résultats décisifs dans quelques maladies infectieuses dont la gravité résulte de l'accumulation des toxines qui sont ainsi en partie oxydées, en partie directement soustraites. Il en est de même des auto-intoxications dont l'urémie est le type, où la saignée en activant les actes d'oxydation transforme le poison sur un principe soluble.

Pour ce qui est des vomitifs, M. Robin a pu constater qu'ils exercent une action puissante sur la capacité et la ventilation pulmonaire, sur la formation de l'acide carbonique, la consom-

mation de l'oxygène, tous éléments qui s'accroissent dans des proportions considérables. Cet accroissement des échanges gazeux dans tous leurs éléments, sous l'influence des vomitifs, reconnaît deux conditions précardiques : l'augmentation de la capacité respiratoire et la ventilation. A ce point de vue l'action du vomitif dans les bronchites et les infections bronchiques est autrement puissante que celle des antiseptiques pulmonaires.

Quant au vésicatoire, M. Robin croit à l'efficacité de la révulsion, à ses effets résolutifs et vaso-moteurs et même dérivatifs; il admet que le vésicatoire exalte la phagocytose, agit sur la dynamique nerveuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 14 et 21 Janvier 1898.

Méningite tuberculeuse circonscrite.

M. Masbrenier présente le cerveau d'une malade morte de méningite tuberculeuse.

Il existe une plaque de méningite, au niveau de l'insula du côté gauche, et à droite des lésions beaucoup moins prononcées, au niveau du pôle de l'insula. On trouve quelques rares granulations de la pie-mère, de la convexité du cerveau et rien à la base.

Il n'y avait eu comme symptômes que de la céphalée, des vomissements, de la fièvre et une aphasie transitoire, ayant fait place, au bout de 2 jours, à un délire tranquille. On n'a constaté à aucun moment de paralysie des membres, ni des nerfs crâniens. Malgré l'absence de symptômes pulmonaires pendant la vie, on trouve de nombreuses granulations dans la moitié supérieure des deux poumons.

Les signes énumérés précédemment ont permis de poser un diagnostic précis du siège et de la nature de la localisation méningée, d'autant plus que la malade avait présenté, 7 ans auparavant, une arthrite tuberculeuse du genou gauche terminée par ankylose.

Périgastrite gangréneuse, suite de carcinome gastrique.

MM. Tuffier et **Dujarier** présentent l'estomac d'une femme de 54 ans, qui avait été soignée depuis 2 mois pour un cancer de l'estomac avec ectasie gastrique. Un mois avant sa mort, la malade se plaignit d'une tumeur douloureuse de la région épigastrique, tumeur qui avait la grosseur du poing, au niveau de la partie droite de la région épigastrique, et était adhérente à la peau rouge, douloureuse et fluctuante.

A l'incision, on tomba sur un abcès contenant des gaz et des lambeaux sphacélés. Le fond de l'abcès semblait être formé par une tumeur maligne. On ne constata pas de débris alimentaires dans le pus. Le lendemain, en faisant le pansement, on trouva du lait caillé dans la plaie. On mit un drain pénétrant dans l'estomac.

La malade succomba 7 jours après.

A l'autopsie, on trouva une tumeur ayant envahi la partie inférieure de l'estomac. La paroi antérieure de l'estomac est sphacélée et présente deux perforations. Le pylore est envahi, mais permet l'introduction du doigt. Au niveau de la muqueuse de la face postérieure de l'estomac, on note deux grosses franges muqueuses, saillantes dans l'estomac.

L'examen histologique a corroboré le diagnostic clinique.

Anévrysme du cœur.

M. Bacaloglu communique l'observation d'un malade de soixante-dix-huit ans, qui, à partir de trente-cinq ans a eu des attaques de rhumatisme subaigu et qui a succombé à une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie droite.

A l'autopsie, on trouva un foyer de nécrobiose au niveau du noyau lenticulaire et de la partie antérieure de la capsule interne du cerveau gauche, des reins légèrement scléreux, et un cœur avec symphyse. La pointe du cœur présentait une dilatation du volume d'une petite orange, de consistance cartilaginiforme. A ce niveau, la paroi de l'organe était amincie, mais indurée, et un volumineux caillot fibrineux y adhérait. La branche de l'artère coronaire dont dépend la région anévrysmatique était complètement obstruée en un point très limité de son trajet.

Appendicite oblitérante.

MM. Pilliet et **Pasteau** montrent des coupes d'appendicite oblitérante, où l'on voit que la paroi appendiculaire s'est divisée en deux couches, l'une interne, l'autre externe, séparées par de la graisse; on retrouve des traces de folliculite ancienne.

Laryngite chez un syphilitique traité par l'iodure de potassium.

M. Brin montre le larynx d'un homme soigné depuis trois semaines par l'iodure de potassium, pour une gomme syphilitique de la cuisse. Ce malade a succombé après deux jours d'accidents laryngés.

Le larynx présente une congestion intense, avec œdème sous-muqueux considérable, et ulcérations jaunâtres et profondes. Peut-être ces lésions sont-elles imputables à l'iodisme.

Gomme congénitale du sterno-mastoïdien.

M. Durante présente un cas de gomme symétrique congénitale, trouvée dans chaque sterno-mastoïdien d'un enfant né à terme. Dès les premiers jours de la vie, on remarqua, au niveau de la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, une induration circonscrite sans altération de la peau, et un peu plus grosse d'un côté que de l'autre. On pensa à un hématome consécutif à l'application du forceps, mais la bilatéralité des tumeurs fit ce diagnostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 Janvier 1898.

Variations de la quantité d'oxyhémoglobine du sang chez les nourrissons traités par les injections de sérum artificiel.

M. Labbé a fait, au moyen de l'hématospectroscope de M. Hénoque, des recherches sur le sang des nourrissons, soumis aux injections de sérum artificiel (chlorure de sodium à 7 p. 1000) dans le service de M. Hutinel :

1° Lorsque ces injections sont prolongées au delà d'une vingtaine de jours, on voit, malgré l'amélioration notable de l'état général et l'augmentation rapide du poids, la quantité d'oxyhémoglobine diminuer progressivement : elle peut baisser de près de moitié atteindre seulement la valeur de 8 à 9 p. 100, au lieu de 14 à 16 p. 100, chiffre normal chez les nourrissons.

Il en résulte une teinte blafarde des téguments qui en impose à première vue pour un état pathologique.

2° La cause de cette diminution de l'oxyhémoglobine ne réside pas dans une destruction des hématies qui ne sont pas altérées par les solutions de chlorure de sodium à 7 p. 1000, lorsque la proportion du mélange avec le sang ne dépasse 1/5. Elle doit être cherchée dans une dilution du sang, compensée incomplètement par des phénomènes d'osmose entre le sang et la lymphe.

De la leucocytose dans la coqueluche.

M. H. Meunier. — Il existe dans la coqueluche infantile une leucocytose aussi remarquable par sa constance que par son intensité. Dans tous les cas que j'ai observés, je ne l'ai jamais trouvée en défaut et les chiffres qui m'ont fournis 102 numérations me font penser qu'il s'agit là d'une leucocytose spécifique, incomparablement supérieure à celle que l'on peut rencontrer dans les autres affections de l'appareil respiratoire et d'autant plus intéressante qu'elle se manifeste indépendamment de toute réaction fébrile.

La leucocytose coquelucheuse apparaît de bonne heure; je l'ai

notée plusieurs fois avant l'apparition des quintes typiques et dans ces conditions, je considère que sa recherche peut éclairer utilement un diagnostic hésitant ou rendre des services dans l'hygiène prophylactique hospitalière ou scolaire.

La moyenne des chiffres maxima obtenus dans les différents cas est représentée par le nombre de 27 800 globules blancs par millimètre cube de sang; le chiffre de 40 000 a été plusieurs fois dépassé, le maximum observé ayant été de 51 150. Le plus bas chiffre constaté, pendant la période d'état, a été 15 500.

L'augmentation des globules blancs se fait ici aux dépens des lymphocytes, de telle sorte que la proportion respective des leucocytes polynucléés et des lymphocytes est invertie, les formes intermédiaires et les éosinophiles ne subissant que de faibles modifications.

Il n'est point aisé d'expliquer le mécanisme de cette leucocytose; la lymphocytémie qui la constitue essentiellement permet de supposer qu'il s'agit d'une réaction ganglionnaire spécifique, que rendait vraisemblable l'extrême congestion constatée habituellement au niveau des glandes trachéo-bronchiques chez les coquelucheux.

Lésions des cellules nerveuses dans diverses intoxications; leur rôle pathogénique.

MM. Nageotte et Ettlinger. — Dans une communication antérieure nous avons montré que l'ablation des 2 capsules surrénales amène des lésions des cellules nerveuses, consistant essentiellement en fissuration de la substance achromatique et chromatolyse. Depuis nous avons retrouvé des lésions très analogues dans un certain nombre d'intoxications et d'auto-intoxications : toxine tétanique, venin de vipère, iodure de potassium, urémie par néphrectomie double. Il s'agit là de lésions destructives très probablement banales.

Dans l'intoxication tétanique faible, ne déterminant qu'une contracture locale dans le membre inoculé, nous avons constaté que des lésions débutent par les cellules des cordons dans toute la hauteur de la moelle et que les cellules motrices de la région répondant à la contracture sont encore saines alors que la contracture est déjà intense.

Des faits observés nous concluons que les symptômes spécifiques de chaque intoxication n'ont pas de rapport avec les lésions observées, celles-ci déterminent seulement les symptômes qui ressortissent à ce qu'on pourrait appeler l'*insuffisance nerveuse;* ces symptômes, ultimes, se produisent lorsque le nombre des éléments nerveux atteints est trop considérable pour que les compensations puissent se faire et pour que le système nerveux continue à fonctionner. En somme, il y a dissociation entre les propriétés physiologiques et les propriétés destructives des agents toxiques.

Malformation des membres chez un lapin.

M. Weiss montre un lapin qui présente une malformation des pattes postérieures. Le père de ce lapin avait subi une opération, l'ablation des étriers, laquelle opération a été suivie de formation d'un hématome rétro-auriculaire d'origine probablement infectieuse.

M. Charrin. — Un des points intéressants de la note de M. Weiss, c'est la mise en lumière de l'influence paternelle isolée; certains auteurs la contestent; elle est, en tout cas, plus rare que celle des deux générateurs réunis.

Avec Gley nous avons vu, dans ces conditions, chez 2 animaux, l'immunité transmise; toutefois, nous avions dû tenter non pas 8 expérience, comme on l'a cru en consultant un seul de nos mémoires, mais un très grand nombre, 60 environ, à ce point que nous avons donné ces deux cas avec des réserves : quelques-uns (Tizzoni), etc., ont été plus heureux que nous; d'autres n'ont pas réussi.

Ce qui est certain, c'est que cette influence du père seul sur la descendance, envisagée d'une façon générale, est proclamée par toute la médecine; les rejetons reproduisent les traits extérieurs, les maladies du générateur; récemment, Fieux a mis en lumière l'influence de la tuberculose du père sur la mort du fœtus.

Dans nos recherches sur la genèse de ces difformités, nous avons tenu compte des modifications osseuses, génitales, des cloisonnements vaginaux, etc., et non seulement des altérations des oreilles explicables (nous le savons) par des accidents.

Extrait aqueux des bacilles de la tuberculose.

M. Maragliano (de Gênes). — Conclusions : 1° Avec l'ébullition prolongée dans l'eau distillée des bacilles de la tuberculose, on obtient un poison qui est doué de la même action, biologique et toxique, que la tuberculine glycérique de Koch, et que l'on peut appeler « tuberculine aqueuse ».

2° La tuberculine aqueuse n'exerce aucune action irritante ni phlogistique dans les tissus où on l'injecte.

3° Cette tuberculine renferme, d'une façon exclusive, des poisons qui dérivent du protoplasme des bacilles de la tuberculose qui se détruisent presque complètement.

4° On peut tirer de la tuberculine aqueuse, avec l'alcool, un précipité et avec l'évaporation prolongée, un extrait sec, qui ont les mêmes propriétés biologiques et toxiques du liquide dont elles dérivent.

5° L'action toxique de la tuberculine aqueuse, de son précipité et de son extrait sec est neutralisée d'une façon complète par le sérum antituberculeux.

Dilatation de l'oreillette pendant l'inspiration.

M. Bouchard, en faisant la radiographie du thorax, a constaté plusieurs fois chez des tuberculeux et des emphysémateux l'apparition intermittente, à droite de la colonne vertébrale, d'une ombre qui apparaissait pendant l'inspiration et disparaissait pendant l'expiration. Cette ombre, d'après M. Bouchard, est fournie par l'oreillette qui se dilate sous l'influence de la pression négative qui se forme dans le thorax pendant l'inspiration. A noter que l'apparition de cette ombre n'existe pas chez tous les individus.

M. Laborde attire l'attention sur l'ascension considérable du diaphragme, pendant l'expiration, qu'on constate dans la radiographie du thorax.

M. Chauveau fait remarquer que les limites de dilatation de l'oreillette sont très variables, comme on peut le constater dans les expériences avec les ampoules manométriques introduites directement dans l'oreillette.

M. Laborde fait une communication sur l'éducation des sourds-muets par le microphonographe.

Les venins et le névraxe.

M. Charrin. — Depuis que j'ai fait connaître, en 1887, le rôle des toxines au point de vue de la genèse des troubles morbides surtout des phénomènes nerveux, la question n'a cessé, devant la Société, de faire des progrès dans le domaine expérimental; tout récemment MM. Hallion et Enriquez rappelaient avec raison qu'ils avaient les premiers réalisé des myélites en utilisant ces toxines. D'une part, lésions périphériques ou centrales, lésions inflammatoires, dégénératives, scléreuses, lésions cellulaires ou vasculaires, d'autre part, phénomènes flasques ou spasmodiques, moteurs ou sensitifs, réflexes, trophiques, sphinctériens, etc., tous ces processus ou à peu près ont été reproduits soit en variant les virus, soit en usant du même virus.

Je désire aujourd'hui, au nom de Phisalix et au mien, attirer l'attention sur des désordres survenus à la suite de l'action des venins de vipère. Déjà, l'un de nous, avec Bertrand, a établi un intéressant parallèle entre ces venins et les sécrétions microbiennes; il n'est pas inutile de poursuivre ce parallèle. J'ai montré la paraplégie spasmodique avec hyperesthésie, rétention urinaire, atrophie musculaire apparente, troubles trophiques, etc., chez des animaux qui avaient reçu des produits solubles pyocyaniques.

Je présente actuellement un lapin porteur, comme on le voit, d'une paralysie double avec contracture des membres postérieurs; si on explore la sensibilité, on la trouve conservée surtout à la piqûre, tout en enregistrant un retard manifeste; les muscles paraissent atrophiés; la peau est ulcérée soit par troubles tro-

phiques, soit parce que la porte a été ouverte à l'infection secondaire; la vessie se vide imparfaitement.

Les pattes antérieures sont inhabiles; la lésion monte vers le bulbe; l'examen histologique sera, du reste, pratiqué avec soin avec l'aide de M. Claude.

Nous avons cru devoir présenter cet animal dès aujourd'hui, parce que s'il est important de connaître les altérations que provoquent les virus ou les venins, il est également nécessaire de montrer qu'à l'aide de ces composés on reproduit symptomatiquement des types divers (monoplégie, paraplégie, atrophie musculaire myélopathique, contracture, état de flaccidité, etc.), qui, dans des mesures variables, se rapprochent des modalités de la pathologie humaine.

Ainsi, après les virus, les venins. Grâce à l'expérimentation, la neuropathologie, qui, dans le domaine de l'anatomie pathologique ou de la clinique a accompli tant de progrès, s'éclaire de plus en plus, depuis environ dix ans, au point de vue de la pathogénie des affections.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 Janvier 1898.

Intervention chirurgicale dans l'ulcère du duodénum.

M. Tuffier. — A la suite de la perforation d'un ulcère du duodénum, on peut voir survenir tous les signes de la péritonite généralisée ou assister à une fusée purulente vers la fosse iliaque, simulant une appendicite. En face d'une péritonite généralisée, le traitement s'impose : c'est la laparotomie. Ce qui est surtout intéressant, ce sont les cas simulant une appendicite, et dont j'ai eu dernièrement l'occasion d'observer un bel exemple. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, entré le 8 janvier à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Babinski. La veille, il avait été pris brusquement d'une douleur très vive, en plein milieu de l'abdomen, et à son entrée à l'hôpital on porta le diagnostic d'appendicite. C'est seulement le 10 janvier au matin qu'il passa dans mon service. Je constatai tous les signes d'une appendicite subaiguë et ne l'opérai pas le matin même, tout en recommandant cependant à mes internes de prévenir, en cas de besoin, le chirurgien de garde. L'état général s'aggravant, M. Sebileau fut appelé comme chirurgien du bureau central. Il fit l'incision de l'appendicite, évacua du liquide purulent et se contenta de drainer. Le malade mourut le lendemain matin. A l'autopsie, il existait de la péritonite dans toute la moitié droite de l'abdomen et au niveau de la face antérieure de la première portion du duodénum une perforation circulaire, au pourtour de laquelle l'intestin était aminci et ramolli. Dans les cas de ce genre le diagnostic est très difficile; si l'on veut tenir compte de la gravité du pronostic, on en arrive à se demander si en face d'un ulcère du duodénum diagnostiqué, on ne pourrait pas songer à remédier aux accidents par la même intervention que nous avons reconnue légitime dans le cas d'ulcère de l'estomac.

M. Michaux. — Je suis intervenu chez un jeune homme de 24 ans, présentant tous les signes d'une péritonite généralisée. Je n'ai été appelé à le voir que cinq jours après le début des accidents. Je fis la laparotomie, trouvai du pus et me contentai de drainer. A l'autopsie, on constata une perforation de la première portion du duodénum.

Intoxication générale à la suite de l'emploi de l'acide picrique.

M. Walther lit un rapport sur une observation de **M. Latouche,** chirurgien en chef de l'hôpital d'Autun, ayant trait à des phénomènes d'intoxication générale causés par l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Il s'agissait de deux enfants âgés l'un de 11 ans et l'autre de 4 ans, présentant des brûlures de la face et des mains. Un premier pansement avec des compresses imbibées d'acide picrique fut appliqué; la réaction fut très douloureuse pendant environ une demi heure, puis les douleurs disparurent. Cinq jours après, au second pansement picriqué, l'état local était bon, mais les douleurs reparurent et le Dr Latouche substitua aux compresses picriquées une pommade à l'acide picrique à 10 p. 100. Chaque enfant reçut 200 grammes de pommade, soit 20 grammes d'acide picrique. Sensations pénibles, cuisson, puis, au bout de vingt-quatre heures, vomissements qui durèrent un jour entier, avec coliques et selles diarrhéiques et coloration jaune intense de la peau, somnolence, abattement, inertie, urines rares et noires, sans albumine. Au second pansement à la pommade, les vomissements reparurent, pour ne cesser qu'après suppression de la pommade.

Les douleurs consécutives au pansement picriqué sont assez fréquentes et chez quelques malades elles sont très vives. Quant aux accidents décrits par M. Latouche, ils paraissent bien devoir être rapportés à l'acide picrique.

M. Berger. — En ville, chez des enfants, j'ai eu de tels ennuis avec l'acide picrique au point de vue des phénomènes douloureux, que j'y ai complètement renoncé. J'ai recours au traumatol.

M. Tuffier. — J'ai renoncé à l'acide picrique qui pigmente la peau et ne fait pas plus que de l'eau boriquée simple.

M. Brun. — Chez les enfants, l'acide picrique a non seulement des inconvénients, mais il peut présenter des dangers. J'ai vu chez un bébé de 18 mois, à la suite d'un bain d'acide picrique, apparaître dès le second jour des phénomènes graves, avec vomissements, diarrhée et mort.

M. Félizet. — Je pense absolument comme MM. Berger et Brun.

M. Michaux. — Je n'ai jamais, chez l'adulte, observé d'inconvénients dans l'emploi de l'acide picrique. Je crois que l'acide picrique donne dans les brûlures de bons résultats, les plaies ont un très bel aspect et la cicatrisation est plus rapide.

M. Lucas-Championnière. — J'ai vu chez les adultes, avec l'acide picrique, des accidents sérieux et surtout des phénomènes douloureux. J'ai en particulier observé de près deux malades qui ont eu l'un des douleurs très marquées, l'autre du délire, et chez lesquels les accidents ont disparu par la simple suppression des compresses picriquées.

M. Reynier. — Je n'ai jamais vu d'accidents, j'ai simplement constaté des douleurs. L'acide picrique ne peut être employé que pour des brûlures légères, au 1er ou au 2e degré. Dans les brûlures profondes, les douleurs provoquées par l'acide picrique sont excessivement vives, et l'acide picrique est contre-indiqué. Dans ces cas il est préférable de se servir de taffetas gommé avec de la vaseline boriquée.

M. Potherat. — Chez l'adulte, je n'ai jamais observé d'accidents, mais je dois dire que je n'ai pas remarqué de vertu particulière à l'acide picrique. Chez les enfants, il est mal supporté, il faut y renoncer et dans deux cas j'ai vu survenir des phénomènes d'intoxication.

M. Reclus. — Je n'ai trouvé à l'acide picrique aucun avantage au point de vue de l'analgésie et de la rapidité de la cicatrisation. Je suis opposé au pansement humide, qui constitue un excellent milieu pour la suppuration; je fais dans le cas de brûlure des pansements avec une pommade spéciale contenant plusieurs antiseptiques et je renouvelle ces pansements le plus rarement possible.

M. Hartmann. — Depuis 10 ans je panse les brûlures de la même façon : lavage au sublimé, puis gaze iodoformée et ouate. Et je laisse le premier pansement trois semaines et même plus, me contentant d'enlever seulement les couches superficielles. Sur un malade de Bichat, brûlé des deux jambes, j'ai fait faire d'un côté des pansements picriqués et de l'autre des pansements à la gaze iodoformée. Les douleurs furent nulles avec la gaze iodoformée, tandis que le malade souffrit de la jambe pansée avec l'acide picrique.

Présentations de malades et de pièces.

M. Guinard présente une malade à laquelle il fit la laparotomie pour ulcère perforé de l'estomac,

M. Brun présente une radiographie d'un calcul vésical chez un enfant.

M. Michaux présente un calcul rénal moulé sur le bassinet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 Janvier 1898.

Présence du bacille diphthérique dans le sang et les centres nerveux.

MM. Richardière, Tollemer et **Ullmann** rapportent, comme confirmation de M. Barbier, les observations de 4 enfants morts de la diphthérie, à l'autopsie desquels le bacille fut trouvé dans le sang et dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels.

Nouvelles recherches cliniques et bactériologiques sur les formes symptomatiques de la diphthérie.

MM. Barbier et **Ullmann** présentent un travail basé sur l'examen clinique et bactériologique de 224 observations de diphthérie, les examens bactériologiques *post mortem* ayant été publiés antérieurement.

La médecine expérimentale permet de réaliser des formes pures de diphthérie dont les caractères objectifs, basés également sur l'action vaso-constrictive et nécrotique de la toxine diphthérique, peuvent servir à caractériser des formes semblables chez l'homme. Si celles-ci sont relativement peu fréquentes chez l'homme, le fait tient sans doute à ce que les muqueuses sur lesquelles l'affection évolue sont normalement infectées, mais aussi à ce que la diphtérie est peu inoculable à l'homme, et qu'il lui faut des conditions complexes de terrain pour se développer. L'influence de l'inflammation préalable des muqueuses a été démontrée expérimentalement; l'histoire des diphtéries secondaires dans la rougeole, dans la scarlatine, dans les plaies de vésicatoires en apportera une preuve de plus.

Il faut donc reconnaître chez l'homme une diphthérie grave. Ce qui la caractérise cliniquement, c'est moins la fausse membrane, son siège, son étendue, ses localisations multiples, etc., que les phénomènes de voisinage et les signes d'intoxication ou d'infection : muqueuse pâle, absence de sécrétions muco-purulentes, absence d'adénopathie, peu ou pas d'albuminurie, peu ou pas de fièvre, mais accélération considérable du pouls et teint pâle et plombé, tels sont ce qu'on peut appeler les stigmates de l'inoculation diphthérique chez l'homme. Sa marche sous l'influence du sérum est caractéristique, guérissant en 2 ou 3 jours, quelles que soient son étendue et les localisations des fausses membranes. Guérisons 100 pour 100. Le seul danger immédiat de cette forme est la bronchite membraneuse, qui peut ultérieurement d'ailleurs favoriser l'infection septique.

L'apparition, dans le cours de la maladie évoluant vers la guérison, d'accidents inflammatoires, otites, inflammation de la gorge, etc., constitue un groupe de transition, diphtérie non-modifiées avec complications.

On peut décrire aussi les diphthéries modifiées ou associées dans lequelles l'adjonction effective de microbes septiques pathogènes modifie l'aspect, la marche de la maladie. Selon que les accidents généraux vont être graves ou atténués, nous aurons les diphthéries modifiées avec petits accidents septiques ou associées bénignes, les diphthéries modifiées avec grands accidents septiques ou associées graves. Ici, la mortalité s'élève à 69 pour 100.

Ces déductions ne doivent pas être stériles pour la pratique. On doit dans ce cas, et toutes les fois que cela est possible, ajouter à la sérothérapie le traitement antiseptique; et on peut le faire sans crainte d'accidents.

Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète.

MM. Achard et **E. Weil**. — Nous avons observé un malade dont le diabète a été découvert à l'occasion de l'épreuve de la glycosurie alimentaire; il n'avait ni polyurie, ni polydypsie, ni polyphagie, et le sucre urinaire était peu abondant, mais persistant. L'épreuve du bleu de méthylène montra que la perméabilité des reins était normale, à son entrée à l'hôpital. Puis, au bout de six semaines survint un ictus apoplectique produit par une hémorrhagie cérébrale. L'albumine apparut alors en abondance dans l'urine et le bleu fit constater un retard notable de l'élimination, retard justifié, d'ailleurs, par les lésions dégénératives des reins trouvées à l'autopsie. Il est à remarquer que, pendant les derniers jours, le sucre urinaire avait diminué. Le sang, par contre, contenait à ce moment une quantité considérable de sucre : 5 gr. 1 par litre. Les chiffres plus élevés paraissent assez rares. Seegen a trouvé 7,8, Cantani 8, Hoppe-Seyler, 9; enfin M. Lépine 10,6 chez une malade ayant également des lésions rénales.

Il est vraisemblable que, dans notre cas, suivant l'interprétation proposée par M. Lépine, c'est l'imperméabilité rénale qui a été la cause de l'accumulation du sucre dans le sang et de la diminution de la glycosurie. Nous savons, d'ailleurs, comme l'un de nous l'a montré avec M. Castaigne, que la glycosurie alimentaire, provoquée chez les sujets non diabétiques peut être entravée par l'imperméabilité rénale. Habituellement chez les diabétiques, alors même que la glycosurie est très abondante, l'hyperglycémie reste modérée, parce que les reins permettent l'élimination rapide du sucre versé incessamment dans le sang.

On a beaucoup parlé récemment en Allemagne d'un diabète rénal qui serait caractérisé par une perméabilité exagérée du rein pour le sucre, entraînant comme conséquence la glycosurie sans hyperglycémie. Cet excès de perméabilité n'a pas encore été démontré directement chez les diabétiques et reste encore une hypothèse. Au contraire, les faits précisément inverses d'hyperglycémie forte avec glycosurie faible par imperméabilité rénale, nous semblent bien mieux établis.

Lésions médullaires dans la maladie de Parkinson.

M. Gilbert Ballet. — A l'examen histologique de la moelle d'un malade affecté, depuis 7 ans, de maladie de Parkinson et mort accidentellement de pneumonie, M. G. Ballet a rencontré, indépendamment des lésions déjà décrites par divers auteurs (oblitération du canal central par prolifération de l'épendyme, périartérite et foyers circonscrits de sclérose périartérielle, atrophie avec surcharge pigmentaire des cellules), une fragilité particulière du protoplasma des cellules des cornes antérieures, et aussi, quoique à un moindre degré, des cellules des cornes postérieures. Cette fragilité s'est révélée par les innombrables ruptures de prolongements, rencontrées à la région cervicale comme à la région lombaire. Rien n'autorise à rattacher ces ruptures uniquement aux manipulations subies par la moelle. M. Ballet se demande si elles ont une relation autre qu'une relation de coïncidence avec le syndrome de Parkinson. Il pose la question sans la trancher. Toutefois, particularité curieuse, en dehors des moelles affectées de myélite aiguë, il n'a rencontré les ruptures de prolongements en nombre approchant de celles du cas en question que dans une seule moelle, et celle-ci appartenait à une malade morte des suites d'un athérome cérébral, et qui, bien que non affectée de paralysie agitante, présentait cependant une physionomie et un aspect parkinsonniens qui avaient attiré l'attention.

Des examens ultérieurs préciseront sans doute la signification et la valeur de la lésion décrite et montreront si, comme l'avançait Gowers récemment, il ne faut pas chercher, dans une lésion fonctionnelle des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, l'explication de la raideur et de l'exagération du tonus musculaire qu'on observe dans la maladie de Parkinson.

Méningite suppurée localisée, due au micrococcus tetragenes.

MM. Lepage et **Fernand Bezançon** relatent un nouveau cas de méningite suppurée mortelle, due à ce même microcoque. Cette méningite a été observée chez une femme de 32 ans autrefois syphilitique; elle a débuté au sixième mois de la grossesse par des ictus épileptiformes qui se sont accompagnés de parésie du membre supérieur gauche. Dans les derniers jours de la grossesse, qui est arrivée à terme, les ictus ont reparu avec céphalée intense et hémiplégie gauche complète.

La malade, pendant tout son séjour à l'hôpital (17 jours), n'a

présenté de fièvre que dans les 2 derniers jours qui ont précédé la mort.

A l'autopsie, on a trouvé une grosse plaque de méningite suppurée qui occupe toute la partie inférieure de la région rolandique et la partie postérieure de la région sylvienne droite. MM. Lepage et Bezançon insistent beaucoup sur l'allure froide, apyrétique de l'affection qui a évolué en 3 mois, simulant ainsi une lésion syphilitique. Le tétragène rentre donc dans la catégorie des bactéries pathogènes capables de déterminer des suppurations froides simulant les suppurations syphilitiques ou tuberculeuses, comparables en cela au bacille d'Eberth comme l'ont montré les recherches de MM. Chantemesse et Widal.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 10 Janvier 1898.

Hémiplégie hystérique.

MM. Verger et **Abadie** présentent un homme âgé de 44 ans, exerçant la profession de manœuvre et dont voici l'histoire. Le 7 décembre il se trouvait à Rochefort, il était fortement affecté de ne pas avoir de travail. Vers onze heures du matin, il eut une perte subite de connaissance qui dura cinq minutes, à la suite de laquelle il s'aperçut qu'il était paralysé du côté gauche, lequel était complètement insensible. L'impotence absolue fut d'assez courte durée, et, au bout de quelques jours, il pouvait faire quelques mouvements du bras et de la jambe; il fit la route de Saintes à Bordeaux dans une voiture de déménagement et entra le 14 décembre 1897 à l'hôpital.

A cette époque, il présentait une hémiplégie droite incomplète, respectant la face, permettant quelques mouvements du bras et la marche, sans exagération des réflexes, ni phénomènes épileptoïdes du pied et de la rotule.

On trouvait de plus à gauche une analgésie et une anesthésie totales au tact, au pincement, à la piqûre et à la température siégeant sur toute la moitié gauche du corps et limitée en avant et en arrière très exactement par la ligne médiane même au niveau de la verge et du scrotum, y compris toutes les muqueuses, ainsi que les tissus profonds musculaires et articulaires. Le champ visuel, normal à droite, était rétréci à gauche. On porta le diagnostic d'*hémiplégie hystérique*.

Deux applications d'aimant du côté gauche restèrent sans résultats. Mais, dès le 30 décembre, de la faradisation de ce côté entraîne un retour de la sensibilité qui fut d'abord de courte durée, mais ne tarda pas, grâce à des applications nouvelles à faire disparaître complètement depuis le 5 janvier l'anesthésie et l'analgésie.

Les auteurs rapportent cette observation pour les raisons suivantes : 1° le début ressemble à celui d'une hémiplégie organique; 2° les symptômes rappellent ceux observés dans l'hémiplégie avec hémianesthésie par lésion de la partie postérieure de la capsule interne (type Türck et Charcot); 3° la disparition de l'hémianesthésie, la conservation des symptômes oculaires et moteurs rappellent les observations de Debove, Oulmont, Proust et Ballet. D'après ces auteurs les anesthésies organiques peuvent disparaître sous l'influence des agents esthésiogènes. Les recherches de l'un des auteurs (Verger, *Arch. clin.* Bordeaux, 1897) ont abouti à des résultats négatifs dans des hémiplégies véritablement organiques et les organiques et les observations de Debove, Oulmont, etc., peuvent être facilement des erreurs de diagnostic, excusables d'ailleurs, si les malades observés ressemblaient à celui présenté à la Société.

Sérodiagnostic dans la fièvre typhoïde.

MM. Ferré Antony et **Buard**. — Nous avons examiné la réaction agglutinative dans 110 cas de *fièvre typhoïde* d'après le procédé de MM. Jonhston et Picard, c'est-à-dire avec du sang recueilli sur papier stérilisé, desséché à l'air et dilué ensuite pour pratiquer l'examen.

Tous ces séro-diagnostics ont été faits d'une façon régulière suivant la technique : 20 gouttes de culture de bouillon de bacille d'Eberth, âgée de 24 heures à 3 jours, et de 2 gouttes de ce sang dilué avec de l'eau stérilisée; de plus, un examen immédiat sur lame a été fait suivant les indications que nous donnons plus loin.

Sur ces *110* examens, *46* ont donné un résultat *positif*, et les formes cliniques ont été :

Dothiénentérie	42 fois.
Embarras gastrique fébrile	1 —
Grippe	2 —
Tuberculose abdominale	1 —

6 ont donné un résultat *douteux*, et les résultats cliniques ont été :

Dothiénentérie	3 fois.
Grippe	2 —
Pleurésie	1 —

58 ont donné un résultat négatif et les diagnostics cliniques ont été :

Dothiénentérie	15 fois.
Embarras gastrique	6 —
Grippe	5 —
Méningite	7 —
Tuberculose pulmonaire	6 —
Pneumonie	3 —
Bronchopneumonie	2 —
Méningite tuberculeuse	2 —
Paludisme	2 —
Péritonite tuberculeuse	1 —
Pleurésie purulente	1 —
Appendicite	1 —
Delirium	1 —
Otite suppurée tuberculeuse	1 —
Myélite infectieuse	1 —
Anémie	1 —
Courbature	1 —

Nous voyons donc par ce tableau que sur 46 examens positifs, 42 fois l'examen clinique a confirmé le résultat de séro-diagnostic et même nous pourrions ajouter à ces cas le cas d'embarras gastrique fébrile, peut-être une typhoïdite.

Sur les 6 examens douteux, 3 fois la clinique a donné, comme diagnostic, dothiénentérie, mais cela ne prouve pas que le séro-diagnostic ait été en défaut, car le pouvoir agglutinatif du sang 1 e s'était probablement pas encore développé d'une façon suffisante pour permettre l'examen et il est possible que si l'examen avait été refait un peu plus tard nous aurions obtenu un résultat positif.

Enfin, sur 58 examens négatifs, 16 fois l'examen clinique a donné, comme diagnostic, dothiénentérie. Mais ici, il nous faut d'abord retrancher 4 cas qui, à un second examen, pratiqué quelques jours plus tard, ont donné un résultat positif, c'est-à-dire qu'il ne nous reste que 11 cas où le sérodiagnostic ne semble pas répondre au diagnostic clinique, mais encore sur ces 11 examens devons-nous faire observer que 3 fois nous avons eu affaire à des cas graves dont 2 suivis de mort.

Dans ces cas différents, il a pu arriver que le pouvoir agglutinatif n'était pas suffisant pour permettre l'agglutination dans nos mélanges faits dans les proportions indiquées plus haut, ou bien comme deux d'entre nous l'ont démontré (communication antérieure), on ait eu affaire à des malades chez lesquels le bacille typhique avait passé dans le sang. Il a pu aussi se produire que le pouvoir agglutinatif ne s'était pas développé au moment où l'examen a été pratiqué.

Nous pouvons donc toujours conclure que le moyen employé peut rendre d'éminents services puisque dans les cas positifs il répond 93,45 fois p. 100 au diagnostic clinique. C'est un moyen simple à la portée de tous les cliniciens. Nous venons de dire plus haut que si l'examen n'a pas été positif, cela pouvait être attribué à la faiblesse du pouvoir agglutinatif, imputable au titre de nos mélanges.

Pour éviter cette cause d'erreur, nous avons pratiqué l'examen en mélangeant une goutte de sang dilué pour une goutte de culture et cela depuis les premiers jours du mois de septembre.

Cette manière de procéder permet de faire un diagnostic plus rapide et de donner des résultats plus sûrs. Dans tous les cas que nous avons examinés depuis ce moment, les résultats des séro-diagnostics ont été d'accord avec la clinique. Depuis lors,

l'examen du mélange de sang avec les cultures est effectué dans des tubes comme nous l'avons indiqué au début de cet article, et de plus il est examiné une lame directement au microscope en ajoutant à une goutte de culture une goutte de volume à peu près égal de sang dilué.

Épithélioma de l'aile du nez traité par les badigeonnages d'acide arsénieux.

M. Liaras présente un malade atteint d'*épithélioma de l'aile du nez*, qui, traité par des badigeonnages d'acide arsénieux en solution alcoolique, a vu diminuer considérablement sa tumeur.

M. Ginestous. — Ce traitement que j'applique en ce moment dans un cas analogue m'a donné également d'excellents résultats sur deux malades de l'hospice Pellegrin.

M. Dubreuilh fait remarquer qu'on ne peut pas encore se prononcer sur la possibilité d'une récidive et qu'il serait bon de pratiquer un examen microscopique afin de savoir à quel moment on doit interrompre les applications d'acide arsénieux.

M. Laubié croit que si ce traitement est efficace dans les épithéliomas de peu d'étendue, il ne donne aucun résultat chaque fois qu'il s'agit d'épithéliomas ayant produit de profondes ulcérations.

Sur un cas de maladie bleue : communication interventriculaire, persistance du trou de Botal, rétrécissement pulmonaire, existence d'une volumineuse veine pulmonaire supplémentaire tributaire de l'oreillette droite.

M. J. Guyot présente à la Société les pièces anatomiques d'un cas curieux de maladie bleue provenant du service de M. le Dr R. Saint-Philippe. Il s'agit d'une enfant de 8 ans entrée depuis plusieurs années à l'Hôpital des Enfants et qui y succomba ces jours derniers à une brusque congestion pulmonaire.

Le cœur, très notablement hypertrophié, pèse 275 grammes, il est globuleux. Les deux ventricules ont des dimensions sensiblement égales : leurs parois sont très augmentées d'épaisseur. On observe une communication interventriculaire large de 1 centimètre environ, permettant le passage du petit doigt, de forme triangulaire, dont le sommet correspond au bord supérieur de la cloison très épaissie et dont la base regarde l'orifice de l'aorte avec ses valvules sigmoïdes. Comme dans le cas de Macaigne, l'orifice aortique se trouve à cheval sur les deux ventricules, qui participaient pour une égale part, ainsi qu'en fait foi leur égalité d'épaisseur, dans la projection systolique du sang vers les capillaires périphériques.

L'orifice de l'artère pulmonaire est à peu près oblitéré et c'est à peine si l'on peut faire passer dans sa lumière le bec d'une sonde cannelée ordinaire. Les valvules sigmoïdes ont disparu ou plutôt n'existent pas : à leur place on trouve une surface bourgeonnante qui produit le rétrécissement si considérable de cet orifice artériel.

Du côté des oreillettes on note une dilatation avec hypertrophie de l'oreillette droite : une large persistance du trou de Botal permettant le passage facile de l'index. Enfin, l'existence d'un gros vaisseau mesurant un centimètre de diamètre partant de l'oreille droite à l'union de la paroi postérieure avec la cloison intra-uriculaire, contournant les faces postérieures et externes de l'oreillette gauche pour se diriger vers le hile du poumon de ce côté. Ce vaisseau représente probablement une grosse veine pulmonaire supplémentaire, car on trouve sur la face supérieure de l'oreillette gauche les orifices des quatre veines pulmonaires normales.

Les poumons sont très congestionnés aux bases : il n'y a pas trace de produits tuberculeux ; on trouve aux deux sommets quelques noyaux d'infarctus. Le foie hypertrophié pèse 750 grammes. Il est gorgé de sang et a l'aspect du foie muscade. La rate est très légèrement augmentée de volume ; fait particulier, on note l'existence d'une petite rate supplémentaire tout à fait distincte et du volume d'une noisette.

Rien d'important du côté des autres viscères. A signaler cependant une anomalie de lobulation du poumon droit sur lequel on peut isoler 5 lobes distincts.

Le présentateur insiste parfaitement sur la complexité des malformations cardiaques observées, sur l'absence de tuberculose pulmonaire malgré le milieu hospitalier dans lequel a vécu la malade ; et enfin sur ce fait que depuis les travaux de Roger et Dupré on peut durant la vie faire le diagnostic de ces malformations ainsi qu'il en a été dans cette observation intéressante.

De l'orthoforme.

M. Boisseau fait connaître à la Société le résultat de ses recherches sur l'*orthoforme*. Il fait des insufflations de ce corps sur une malade de la clinique de M. Lichtwitz, atteinte d'ulcérations spécifiques de l'arrière-gorge. Ces ulcérations, très douloureuses avant les insufflations, empêchaient la malade de s'alimenter ; après ce manuel opératoire, toute douleur disparaît, et elle peut avaler des aliments.

Chez une autre malade, présentée par M. Boisseau, après l'application d'orthoforme, non seulement la douleur occasionnée par des *gerçures du sein* a disparu, mais encore la cicatrisation a été rapide et l'allaitement a pu être continué.

L'*orthoforme* joint donc à son pouvoir analgésique des propriétés antiseptiques.

M. Fromaget estime qu'à tous ces points de vue l'orthoforme est un corps précieux. Cependant il a un inconvénient, celui d'être irritant. Dans deux cas de kératite traités à la Policlinique, les résultats ont été excellents ; mais dans deux autres cas, il a provoqué de l'irritation et conséquemment du larmoiement. Il y avait peut-être avantage à commencer l'anesthésie par la cocaïne, pour la continuer ensuite par l'orthoforme.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 8 Janvier 1898.

Paramyoclonus multiples de Friedreich.

M. Charmeil présente un malade atteint de troubles moteurs très curieux, constitués par des mouvements cloniques, surtout prédominants aux membres supérieurs. Ces troubles procèdent par période de paroxysmes, surtout fréquents le matin et le soir.

Ce malade est atteint d'une affection qui rentre dans le cadre des myoclonies ; et dans l'espèce le diagnostic le plus vraisemblable est celui de paramyoclonus multiplex de Friedreich. Toutefois le malade s'éloigne un peu du type convenu, car les contractions spasmodiques s'accompagnent de mouvements ambulatoires. D'après les données actuelles, disons-le tout de suite, le paramyoclonus multiplex n'est plus qu'un syndrome assez variable.

On pourrait également songer à la maladie des tics, mais le malade ne présente pas les contractions systématisées ni les troubles mentaux. Quant à la chorée électrique de Bergeron et Hénocque, il faut retenir que cette dernière affection est surtout fréquente chez les enfants, de plus, les mouvements convulsifs du malade n'offrent pas le caractère désordonné et si franchement explosif des troubles moteurs de la chorée de Bergeron.

Maladie des tics.

MM. Charmeil et **Raviart** présentent un malade atteint depuis 25 ans de phénomènes spasmodiques labio-glosso-laryngés, intéressant également la face. Son aspect est remarquable, l'occiput est fortement rejeté en arrière, le corps a subi des courbures compensatrices de la position vicieuse de la tête, la face enfin est tourmentée par des tics produits par le spasme des différents muscles.

M. Charmeil croit pouvoir rattacher ce cas à la maladie des tics de Gilles de la Tourette et Guinon.

A propos de l'étiologie de la cirrhose hépatique.

M. Lemoine rappelle que, d'après Lancereaux, le principal auteur du mal ne serait pas l'alcool, ce serait plutôt un des produits ajoutés pour conserver le vin, le sulfate de potasse. M. Lemoine a fait une enquête à ce propos dans la région de Lille, où la classe ouvrière ne boit que fort peu de vin.

A Lille, la cirrhose atrophique est rare, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée; et dans un service de clinique, on n'en soigne guère plus de 4 à 5 par an. Ce que l'on voit surtout comme lésions dues à l'alcool, ce sont les dégénérescences artérielles, et les affections rénales, qui pullulent; mais le foie paraît rester indemne.

Que boivent les malades? de la bière ou du genièvre, ce dernier paraît être un des alcools les moins nocifs; quant à la bière qui, en principe, devrait être une excellente boisson hygiénique, elle ne l'est pas, à cause de sa fabrication défectueuse, et surtout des produits qu'on ajoute pour la conserver (bisulfate de potasse = 15 gr. par hectolitre). Un homme qui s'alcoolise à la bière, et qui boirait une moyenne de 5 litres par jour, peut ainsi, en un an, absorber de 400 à 500 grammes de bisulfate de potasse : d'après Lancereaux, ces sels dans le vin seraient facteurs de cirrhose; pourquoi ne le sont-ils pas dans la bière, où ils existent en proportion plus que quadruple?

En revanche, M. Lemoine a observé, dans le Nord, cette variété de cirrhose du foie, décrite par Hanot et Gilbert, variété hypertrophique, qui n'aboutit pas à l'atrophie, et qui, grâce à quelques précautions, peut évoluer lentement sans trop troubler l'état général.

MM. Hanot et Gilbert n'avaient pu en réunir que 3 observations; M. Lemoine en a observé 8 cas en 9 ans. Il considère que cette cirrhose est consécutive à l'absorption de boissons à essence aromatique (absinthe, amers de toute sorte).

En résumé, la théorie de Lancereaux paraît être en défaut dans le Nord, pays d'alcoolisme, où la cirrhose est relativement rare, quoique les boissons contenant du sulfate de potasse soient ingérées en grande quantité. Il faudrait plutôt incriminer l'absorption des boissons aromatiques apéritives.

Calculs de la vessie chez la femme.

M. Carlier présente 250 calculs, arrondis, réguliers, du volume de petits plombs de chasse, et qu'il a retirés par les voies naturelles, au moyen de la grosse sonde évacuatrice et de l'aspiration, de la vessie d'une femme, atteinte depuis longtemps d'un prolapsus utérin, et de cystocèle vaginale. Ces calculs se trouvaient dans la portion de la vessie herniée, et de par leur situation déclive ne pouvaient être expulsés facilement.

Cette femme n'avait jamais souffert, quand, ayant voulu porter un pessaire Bornier pour maintenir son utérus réduit, elle éprouva des douleurs, qui tenaient au contact de sa vessie, du col utérin et de la cuvette du pessaire.

Cette femme n'avait jamais accusé de coliques néphrétiques, ni de symptômes vésicaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE

Séance du 11 Octobre 1897.

Hydrocéphalie chronique.

M. J. Lemaistre donne lecture d'un travail qu'il a communiqué au Congrès de Moscou et qui a trait à la pathogénie et au traitement de l'hydrocéphalie chronique; cette affection paraît due à l'interruption de communication entre les ventricules cérébraux et le quatrième ventricule. Dans une autopsie récente d'un enfant hydrocéphale, l'auteur a constaté un épaississement considérable de l'épendyme qui tapissait toute la cavité des ventricules cérébraux et fermait l'anus de l'aqueduc de Sylvius. Le trou de Magendie paraissait intact, mais le quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius étaient comblés par l'épendyme hypertrophié, à tel point que la cavité du quatrième ventricule n'existait plus. Il en résultait que le liquide sécrété dans les ventricules antérieurs ou cérébraux ne pouvant s'écouler dans le quatrième ventricule et, par là, dans les espaces sous-arachnoïdiens, s'accumulait dans les cavités ventriculaires antérieures ainsi transformées en une sorte de kyste dont le contenu produisait, par une poussée excentrique, les accidents observés du côté du cerveau et des enveloppes crâniennes.

M. Lemaistre propose, en conséquence, une opération qui permettrait d'aboucher, au moyen d'un bouton creux de caoutchouc, les ventricules cérébraux avec les espaces sous-arachnoïdiens. La dure-mère et l'arachnoïde seraient ensuite suturées pour éviter l'écoulement du liquide au dehors et pour mettre la plaie opératoire à l'abri de tout danger d'infection.

Déviation de l'ombilic dans la péritonite tuberculeuse chronique.

M. Boulland expose le résultat de ses observations sur ce sujet. On sait que chez les anciens pleurétiques, la persistance des adhérences pleurales peut provoquer une déviation du sternum à droite ou à gauche de la ligne médiane, suivant le côté qui a été le siège de la pleurésie. De même, chez les individus atteints de péritonite tuberculeuse à évolution chronique, les adhérences fibreuses qui se forment peuvent faire dévier la paroi abdominale et, par suite, l'ombilic, d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane. Cette déviation de l'ombilic peut devenir un point de repère précieux pour déterminer le point où l'opérateur devrait porter ses recherches dans le cas d'étranglement intestinal provenant de brides péritonéales. L'auteur a vu, dans certains cas, l'ombilic être déjeté à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 4 Janvier 1898.

Fièvre typhoïde et suppuration glandulaire.

M. Gleiss communique l'observation d'une fille de 24 ans qui, à la suite de la fièvre typhoïde qu'elle a eu à l'âge de 13 ans est restée sujette à des accès de douleurs au niveau de l'épigastre, attribués d'abord à une gastrite et plus tard, lorsque ces accès se compliquèrent de fièvre et de frissons, à la lithiase hépatique.

Lorsque la malade, extrêmement affaiblie par ces accès, entra à l'hôpital, on trouva sous son foie un empâtement diffus, extrêmement douloureux. Dans ces conditions, M. Gleiss fit la laparotomie et trouva dans le mésentère un amas de tissu glandulaire friable rempli de concrétions calcaires dont quelques-unes avaient les dimensions d'un haricot. L'ablation de ce tissu fut suivie de la guérison complète de la malade.

L'examen chimique de ces concrétions montra qu'elles étaient composées de carbonate et de phosphate de chaux, mais ne renfermaient pas de cholestérine.

M. Urban a trouvé, au cours d'une opération, des concrétions calcaires dans la tête du pancréas d'un individu auquel il avait fait la laparotomie pour sténose du pylore.

M. Wiesinger ne pense pas que la guérison de la malade de M. Gleiss doive attribuée à l'ablation de la tumeur glandulaire. Les cas de ce genre où les symptômes disparaissent après une laparotomie purement exploratrice ne sont pas rares. Récemment il a eu l'occasion de faire la laparotomie chez une femme qui avait des attaques typiques et répétées d'appendicite avec fièvre.

L'appendicite fut trouvé sain et la paroi abdominale simplement suturée. La malade guérit et se trouva entièrement débarrassée de ces attaques.

M. Kummel a fait la néphrotomie chez une malade chez lequel il avait diagnostiqué une lithiase rénale. Les reins furent trouvés sains, mais pendant de longues années les coliques ne se reproduisirent plus. Elles reparurent tout dernièrement et furent reconnues pour des coliques hépatiques.

Paralysie bulbaire asthénique.

M. Sänger a communiqué l'observation d'une femme de 22 ans qui, 4 semaines environ après une amygdalite, entra à l'hôpital en présentant les symptômes suivants : diplopie, maux de tête, troubles de la déglutition, faiblesse des muscles, des quatre membres. Les troubles oculaires existaient déjà avant l'angine. Actuellement les mouvements des yeux sont très limités et la malade a de la difficulté pour ouvrir les paupières. Tous ces symptômes sont moins accusés le matin que le soir. La sensibilité et les réflexes sont normaux. Les muscles ne présentent pas de réaction de dégénérescence.

D'après M. Sänger il s'agit là d'un syndrome désigné sous le nom de paralysie bulbaire asthénique.

Dans un autre cas de ce genre qu'il a observé, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui, quelques jours après une chute, présenta de la diplopie.

A l'examen on trouva du ptosis double avec ophthalmoplégie externe totale. La voix était affaiblie. De temps en temps la malade avait des troubles de la déglutition et se plaignait d'une faiblesse dans les membres. Il existait enfin une parésie.

Quelques-uns de ces symptômes disparaissaient pour un temps puis revenaient; leur intensité variait également suivant les jours. La malade a fini par succomber. L'autopsie n'a pas été faite.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 14 Janvier 1898.

Obstruction de la veine cave inférieure.

M. Chapman a montré un malade, coiffeur de profession, présentant les signes d'obstruction de la veine cave inférieure ainsi qu'une bradycardie très marquée, le cœur ne battant que 40 fois par minute. Le lacis de veines variqueuses qui se trouvent sur la paroi abdominale et les membres inférieurs du malade est très caractéristique.

Ce qui est intéressant à relever dans les antécédents du malade, c'est qu'il y a 6 ans, à la suite d'une attaque d'influenza, il fut pris de maux de tête violents et le lacis veineux dont il vient d'être question se dessina. A ce moment, on ne trouva pas de dilatation du cœur ni d'albuminurie, mais le foie était augmenté de volume. Le malade a été traité par l'iodure de sodium à haute dose.

M. Pringle a observé récemment un cas tout à fait analogue chez un garçon de 13 ans, qui, à côté des symptômes d'obstruction de la veine cave inférieure présentait des ulcères singuliers, dysposés symétriquement au niveau des deux jambes. L'affection remontait à une scarlatine que le malade avait eu cinq ans auparavant. Il n'y avait pas de bradycardie ni d'hypertrophie du foie.

Tabès et analgésie généralisée.

M. Beevor a montré un homme de 55 ans atteint depuis 5 ans d'ataxie locomotrice et présentant une analgésie presque généralisée. Le malade n'est pas syphilitique, et en fait de symptômes de tabès il présente l'abolition des réflexes rotuliens, la marche ataxique, une incoordination des mouvements des membres supérieurs et des paupières. Les pupilles sont rétrécies et ne réagissent pas à la lumière.

L'analgésie qu'il présente est complète, excepté au niveau du nez et au pourtour de la bouche, avec perte de la sensibilité au froid et au chaud.

Artérite oblitérante.

M. W. G. Spencer a montré un homme de 27 ans, cocher d'omnibus qui, en août 1897, entra à l'hôpital pour une gangrène des orteils du pied droit qui envahit ensuite la jambe, si bien qu'il a fallu faire l'amputation de la cuisse à son milieu. Le moignon se cicatrisa et l'état général s'améliora peu à peu. Le malade présenta encore au cours de sa convalescence un refroidissement permanent du membre supérieur droit; cet état se dissipa progressivement après une desquamation dont on voit encore aujourd'hui les traces.

L'examen du membre amputé montra que l'artère fémorale était obstruée par un caillot, tandis que les veines étaient libres. La tunique interne des tibiales était épaissie et bien que ces deux artères fussent thrombosées, on ne trouva de lésions manifestes de leur tunique. Les artères du membre supérieur droit semblent épaissies au toucher.

Le malade n'a jamais eu la syphilis ni n'est alcoolique. Du côté du cœur on ne trouva aucun symptôme particulier. Les urines sont normales.

M. Gould a observé un cas analogue où l'on a été obligé de faire l'amputation de la jambe pour artérite oblitérante, Trois ans après, celle-ci envahit l'autre jambe qu'on a été obligé d'amputer.

Névrite périphérique d'origine arsenicale.

M. Colman a montré une fille de 12 ans qui, au mois de septembre 1897 est entrée à l'hôpital pour une chorée vulgaire, traitée pendant un mois par l'arsenic à haute dose. Elle quitta l'hôpital complètement guérie, mais au bout de 10 jours elle commença à se plaindre de faiblesse dans les jambes, qui alla en augmentant, si bien qu'au bout de quelques jours elle ne pouvait plus bouger ses pieds.

A son entrée dans le service de M. Colman, on trouva une paralysie presque complète de tous les muscles extenseurs qui de la jambe se rendent au pied, avec réaction manifeste de dégénérescence. Les muscles extenseurs des avant-bras étaient parésiés et présentaient une diminution de la réaction galvanique, mais sans réaction de dégénérescence. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité de la peau, mais les muscles étaient douloureux au toucher. Une pigmentation arsenicale très manifeste existait au niveau du cou et des aines. La paralysie guérit assez rapidement sous l'influence du traitement par le massage et l'électricité.

Ce fait montre donc que le traitement de la chorée par l'arsenic à haute dose n'est pas dépourvu de tout danger.

Syndrome bulbaire d'origine traumatique.

M. Pierves Stewart a montré un homme de 38 ans qui, 18mois cuparavant, avait reçu sur la tête un coup de maillet. Il ne présenta immédiatement après l'accident aucun symptôme particulier, mais un an après il commença à traîner son pied droit en même temps que sa main droite commença à devenir de plus en plus faible. Cinq mois plus tard il survint des troubles de la déglutition et de la parole en même temps que la voix devint enrouée. Il y a 3 mois il entra à l'hôpital en se plaignant d'étourdissements et d'incertitude de la marche. Il présentait en outre une paralysie de la moitié gauche du voile du palais et de la corde vocale gauche, une paralysie avec atrophie de la moitié gauche de la langue et une parésie avec ataxie des membres du côté droit. Sa démarche était celle d'un hémiplégique ataxique et il offrait le signe de Romberg, tandis que les réflexes rotuliens étaient exagérés.

L'ensemble de ces symptômes semble indiquer l'existence d'une lésion de la moitié gauche du bulbe ayant envahi le pédoncule cérébelleux inférieur gauche, le corps restiforme du côté gauche, les nerfs spinal et hypoglosse.

Peut-être s'agit-il dans ce cas d'un anévrysme de l'artère vertébrale.

Bien que le malade niât avoir eu la syphilis, on a institué le traitement spécifique qui, du reste, n'a donné aucun résultat.

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 10 Janvier 1898.

Péricardite adhésive.

M. W. Broadbent insiste dans sa communication sur ce fait que les symptômes des adhérences du péricarde étant peu caractéristiques, cette affection reste souvent méconnue.

Pour lui, l'existence d'une hydropisie généralisée due à la stase veineuse, mais ne s'accompagnant pas de troubles de la circulation pulmonaire, peut parfois constituer un signe d'adhérences péricardiques entravant le fonctionnement du ventricule droit. Le défaut d'hypertrophie du ventricule gauche dans les cas où l'on constate des symptômes d'altération des valvules aortiques peut également dépendre d'adhérences du péricarde. Des conditions analogues se rencontrent aussi dans les lésions de la mitrale.

D'après M. W. Broadbent, un signe important de symphyse cardiaque est l'absence complète des mouvements respiratoires légers qu'on observe normalement au niveau de l'épigastre.

Cependant, ce phénomène peut exister aussi sans qu'il y ait d'adhérence du péricarde. L'abaissement de la pointe du cœur pendant l'inspiration moins accentuée qu'à l'état normal, le choc systolique perçu au niveau des fausses côtes gauches auxquelles il est communiqué par le diaphragme et, enfin, l'hypertrophie ou la dilatation du cœur sans symptômes de lésions valvulaires doivent également faire soupçonner l'existence d'adhérences péricardiques.

M. Powell a observé un cas de symphyse cardiaque, dans lequel les symptômes étaient absolument caractéristiques. Il s'agissait d'une fillette de 10 ans qui, après avoir été atteinte pendant 4 mois d'endopéricardite, présentait un double souffle mitral avec hypertrophie considérable des deux ventricules. On notait, en outre, une dépression systolique dans le premier, le second et le troisième espaces intercostaux le long du bord gauche du sternum, et une dépression également systolique dans les cinquième, sixième et septième espaces intercostaux du même côté, en dehors de la ligne mamelonnaire et au-dessous de la pointe du cœur. Le choc cardiaque était intense au delà de la ligne mamelonnaire; il ne se déplaçait pas avec les mouvements respiratoires et les changements de position du corps. La main, appliquée sur la région du cœur, percevait un choc diastolique très net. La matité cardiaque s'étendait en haut jusqu'au second espace intercostal, à droite à deux travers de doigt du sternum et à gauche au delà de la ligne mamelonnaire; elle ne subissait aucune modification pendant les mouvements respiratoires, qui n'exerçaient non plus aucune influence sur le pouls; enfin il n'y avait pas à proprement parler d'affaissement des veines jugulaires pendant l'inspiration.

M. J. Broadbent tient les adhérences du péricarde pour un phénomène fréquent. Ainsi, au cours d'autopsies faites de 1890 à 1893, on a, sur 87 cas de lésions cardiaques, constaté 31 fois l'existence de ce genre d'adhérences. D'autre part, M. Sturges, sur 100 cas d'affections organiques du cœur, n'en a trouvé que 6 qui ne présentassent aucune trace d'adhérences du péricarde.

Lorsque la symphyse cardiaque se produit à la suite d'une péricardite récente, le diagnostic n'est pas extrêmement difficile. Les symptômes pouvant faire soupçonner cette complication sont la longue persistance du bruit de frottement et de la dilatation du cœur, ainsi qu'une convalescence qui s'éternise, le malade restant pâle, émacié, incapable de faire le moindre effort.

M. S. West estime aussi que certains signes peuvent parfois mettre sur la voie du diagnostic des adhérences du péricarde; il en est ainsi, par exemple, dans les cas où les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu s'accompagnent de symptômes insolites qui attirent l'attention. La rétraction systolique de la pointe du cœur, considérée autrefois comme pathognomonique des adhérences du péricarde, est un phénomène qui ne se rencontre que très rarement.

M. Lees dit avoir eu maintes fois l'occasion d'étudier la dilatation aiguë du cœur dans les cas de péricardite infantile, et il a pu se convaincre que dans ces conditions les adhérences péricardiques exercent une influence plutôt indirecte que directe, c'est-à-dire qu'elles fixent et rendent permanente une dilatation provoquée par l'état inflammatoire du cœur. Il a observé aussi une dilatation manifeste du cœur chez des jeunes gens atteints d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu sans lésions de l'endocarde ni du péricarde, sans bruit de frottement ni souffle. Dans un de ces cas, la dilatation du cœur disparut, puis se produisit de nouveau. M. Lees en conclut qu'au cours de l'endocardite rhumatismale il doit exister d'autres causes de dilatation du cœur que la simple participation du myocarde au processus inflammatoire, et il est porté à attribuer cette dilatation à l'action des toxines sécrétées par les microbes du rhumatisme articulaire. Il pense donc que la plupart des symptômes attribués aux adhérences du péricarde sont en réalité dus à ce genre de dilatation du cœur.

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 18 Janvier 1898.

Appendicite et suppurations de la capsule surrénale.

M. Addinsell communique l'observation d'un individu qui est entré à l'hôpital pour une appendicite au cours de laquelle il présenta une série de symptômes qui furent attribués au réveil de la fièvre de Malte qu'il avait eue quelques années auparavant.

Le malade ayant succombé au bout de 7 semaines, on trouva à l'autopsie l'appendice dilaté et rempli de matières fécales. Le péritoine ne contenait pas de pus. Le rein gauche et la rate étaient augmentés de volume. La capsule surrénale gauche avait les dimensions d'une mandarine et était remplie de pus.

M. Wallis communique un cas d'appendicite dans lequel l'opération montra l'existence d'un abcès à la base de l'appendice qui fut incisé. Suivant l'intervention l'appendice se trouva pendant quelques moments en contact avec la plaie de la paroi abdominale et ce contact passager a suffi pour donner lieu à la formation d'un abcès dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 14 Janvier 1898.

Traitement pneumatique des affections de l'oreille.

M. Politzer a communiqué les résultats qu'il a obtenus, dans certaines affections de l'oreille, par la raréfaction et la condensation de l'air dans l'oreille externe ainsi que par le massage de la membrane du tympan et des osselets.

La raréfaction de l'air dans l'oreille externe a été employée par lui avec succès dans les cas de pression exagérée au niveau de la chaîne des osselets par suite soit d'une forte contraction du muscle tenseur du tympan, soit d'une obstruction de la trompe d'Eustache. Jointe aux injections d'air par la trompe, elle lui a permis, après la paracentèse du tympan, d'évacuer des sécrétions séreuses, muqueuses ou purulentes de l'oreille moyenne et de l'antre mastoïdien. Elle s'est montrée surtout efficace dans les cas de suppuration partielle de la partie supérieure et postérieure de la cavité du tympan où la douche d'air par la trompe reste inefficace.

Les bruits subjectifs et les maux de tête, la dépression psychique qui accompagnent souvent les affections de l'oreille étaient souvent améliorés par la raréfaction de l'air. Il en a été de même dans les vertiges consécutifs aux injections faites dans

l'oreille à la suite des perforations du tympan, ainsi que dans le vertige de Ménière et dans les diverses formes de vertige *ab aure læsa*.

Ce procédé a enfin donné à M. Politzer des améliorations considérables, mais ordinairement passagères, de l'ouïe dans les affections nerveuses de l'oreille.

Au point de vue diagnostique, la raréfaction de l'air permet, d'après M. Politzer, d'apprécier le degré de tension du tympan ou de s'assurer de l'existence d'atrophies, de cicatrices ou d'adhérences de cette membrane. Elle peut encore servir au diagnostic de la suppuration partielle dans les cavités accessoires de la caisse du tympan non accessibles à la vue. En effet, on peut parfois, dans des cas où la suppuration de l'oreille moyenne a cessé, évacuer par aspiration le pus provenant de la partie supérieure de la cavité du tympan ou de l'apophyse mastoïde, M. Politzer a pu souvent rendre visibles, au moyen de l'aspiration, des polypes situés dans l'antre mastoïdien, ainsi qu'évacuer de cette façon des masses cholestéatomateuses de l'attique et de l'antre. M. Politzer a employé enfin la raréfaction pour le diagnostic des abcès extra dure-mériens avec perforation du *tegmen tympani*. En aspirant l'air dans l'oreille externe, on voit dans ces cas une goutte de pus sourdre à la paroi supérieure de la cavité.

La condensation de l'air dans l'oreille externe qui n'a pas d'applications thérapeutiques aussi fréquentes que la raréfaction, permet, comme on sait, de faire le diagnostic des perforations du tympan dans les cas où l'examen objectif n'est pas possible. M. Politzer a employé aussi ce procédé dans les otites moyennes perforatives purulentes pour nettoyer la cavité du tympan, en chassant le liquide de l'oreille externe au moyen de la compression de l'air dans la cavité du tympan. Il faut seulement s'assurer préalablement de la perméabilité de la trompe. On réussit de même parfois, après la paracentèse, à expulser des masses muqueuses, visqueuses et adhérentes dans le pharynx. La compression de l'air amène parfois une amélioration des bruits subjectifs perçus par les malades. L'emploi de la compression de l'air pour faire le diagnostic entre une affection de l'oreille moyenne et une affection du labyrinthe, d'après la méthode de Gellé, est suffisamment connue.

L'emploi alternatif de la raréfaction et de la compression de l'air, combiné avec le passage du tympan et des osselets, est, d'après M. Politzer, indiqué chaque fois qu'il y a des troubles de la conductibilité dans la cavité du tympan, dus à des adhérences entre le tympan, les osselets et les parois de la caisse, dans les cas d'épaississement de la muqueuse et de la raideur des articulations des osselets et dans les scléroses de l'oreille moyenne encore peu prononcées. Il est contre-indiqué dans les cas d'atrophie et de relâchement du tympan et lorsque, après quelques séances de massage, on voit l'ouïe diminuer et les bruits subjectifs augmenter.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 4 Décembre 1897.

Recherche clinique et anatomique sur la môle hydatiforme.

M. Keiffer. — Aucune explication n'a été fournie qui donne la raison de cette lésion placentaire. Dans le cas rapporté dans mon travail, il s'agit d'une jeune femme ordinairement bien réglée, n'ayant jamais eu de grossesse. En juin dernier, elle eut un retard que le médecin attribuait à une cause accidentelle; il ordonna différents emménaguogues et du salicylate de soude. Une hémorrhagie se produisit, assez forte d'abord, puis plus faible et de petites pertes persistèrent jusqu'au mois d'août, époque où elle vint me consulter. Il fallut combattre l'hémorrhagie au cours d'une grossesse enfin reconnue, qui avait malgré tout continué en présentant des hémorrhagies aux époques menstruelles et un suintement sanguin entre les époques. Au sixième mois, malgré un traitement approprié qui était suivi depuis que la malade m'avait consulté, une perte sanguine abondante rendit la fausse couche inévitable.

Au cours d'une contraction utérine, une môle de forme assez semblable à celle d'un fœtus à six mois fut expulsée. La pièce anatomique est constituée d'une masse allongée, recourbée à la façon d'un fœtus à tête fortement fléchie. L'extrémité antérieure est de consistance fibreuse; elle devient spongieuse vers le milieu du corps et vésiculeuse à son extrémité. On constate partout la présence de vésicules hydatiformes. A l'examen microscopique, il n'est plus possible de retrouver la texture placentaire; pas de noyau. Les vaisseaux présententent une altération intéressante : c'est la prolifération envahissante de leur endothélium. Peu accusée en certains points, elle oblitère complètement la lumière vasculaire en d'autres endroits.

L'auteur voit une corrélation entre la médication qui a été prise à la cessation des règles et le développement pathologique du placenta. Pour lui, les trois môles qu'il a pu étudier sont survenues chez des personnes qui avaient mis tout en œuvre pour favoriser le retour de la menstruation dès le premier arrêt. Les médicaments prescrits, notamment : l'élixir de garus, piscidia, viburnum safran, salicylate de soude agissent sur la circulation utérine. Ils seraient la cause de cette artérite proliférante démontrée par l'examen de la môle que nous avons sous les yeux. Ces médicaments doivent être proscrits quand on soupçonne la grossesse.

M. Jacobs. — Je ne puis admettre cette théorie médicamenteuse comme s'appliquant à tous les cas de môle. Elle n'explique pas l'absence de membranes. Je crois plutôt que la môle reconnaît comme cause une affection du placenta ou de la muqueuse utérine.

M. Keiffer. — C'est bien une maladie du placenta due aux emménagogues ; ils amènent une congestion utérine, agissent sur les vaisseaux, les irritent et déterminent une artérite oblitérante.

M. Jacobs. — Comment expliquez-vous la rareté de la môle hydatiforme, alors qu'il y a de nos jours tant de tentatives d'avortement ?

M. Keiffer. — C'est que rarement on examine le placenta. Examinant toujours le placenta, j'y ai souvent remarqué des lésions : thrombose et môles hydatiformes localisées.

M. Jacobs. — Cette fréquence pourrait aussi bien faire admettre que la môle doit son origine à une endométrite.

M. Keiffer. — On ne peut écarter la possibilité de l'endométrite, mais jamais je n'ai rencontré l'artérite oblitérante dans l'endométrite.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 6 Décembre 1897.

Lichen plan.

M. Dubois-Havenith présente un cas de lichen plan remarquable par l'étendue de la lésion (elle s'étend à toute la surface cutanée), par la pigmentation intense dont il est accompagné, par les localisations buccales qu'il présente et par le prurit intense qu'il a déterminé. M. Dubois-Havenith accompagne la présentation de ce cas de quelques considérations sur la nature non vésiculeuse de la lésion primaire, la marche essentiellement chronique du mal amenant facilement des rechutes multiples avant la guérison complète, la nature infectieuse ou trophique du lichen et le traitement par l'arsenic, les emplâtres gras salicylés ou autres, et les douches tièdes.

Il présente ensuite un cas de lupus de la face et des épaules, aujourd'hui complètement guéri, après un traitement qui s'est poursuivi depuis 14 ans. Le résultat, excellent au point de vue esthétique, doit être attribué à l'emploi simultané de la curette, de la galvanocaustie et de la cautérisation au chlorure de zinc.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Étude comparative de deux cas d'asystolie et d'un cas d'œdème aigu du poumon observés chez des parturientes,

Par Fr. Duplant,

Interne des hôpitaux de Lyon,
Préparateur du cours d'anatomie pathologique à la Faculté.

I. Récemment, de nombreux travaux ont attiré l'attention sur les accidents pulmonaires aigus qui surviennent chez les malades atteints de lésions cardiaques. La pathogénie de l'œdème aigu du poumon (1), son étude clinique ont été longuement discutées. La distinction des lésions liées à la stase pure (poumon cardiaque passif) et de celles qui sont attribuables à des phénomènes véritablement actifs est nettement établie (œdème aigu).

Les troubles circulatoires rencontrés chez les parturientes atteintes de cardiopathies sont-ils justifiables d'une même différenciation pathogénique et clinique? Quelques faits observés à la clinique de M. le professeur Fochier dans le cours de cette année et ceux qui ont été publiés par M. Vinay nous permettent de répondre par l'affirmative (2). Nous possédons deux observations d'asystolie vraie; une d'œdème aigu du poumon. Chez ces trois malades l'accouchement eut lieu au milieu des phénomènes les plus alarmants. Nous verrons quelle a pu être l'influence des différentes phases du travail sur les troubles circulatoires qu'elles présentaient; en outre, nous nous efforcerons de rechercher si les faits observés correspondent aux théories pathogéniques actuellement admises au sujet des lésions pulmonaires actives des cardiaques.

L'asystolie des parturientes a été étudiée depuis longtemps. Mais les accidents avaient été groupés dans un cadre unique. Nous avons vu qu'il faut établir une première division entre les phénomènes actifs et passifs. Dans ces deux grandes classes il y a lieu de créer encore deux subdivisions basées sur ce fait que, dans les deux cas, les accidents peuvent ou bien provoquer le travail, ou bien coïncider avec lui.

Ce n'est pas sur notre unique observation d'œdème aigu que nous pouvions espérer établir des faits généraux. Tel n'est pas notre but. Mais les phases de ces accidents différant notablement de celles qui sont signalées par M. Vinay, les conditions pathogéniques n'étant pas analogues, nous avons cru devoir les signaler. Les deux autres observations ne nous serviront que de termes de comparaison. Nous pourrons ainsi étudier parallèlement l'influence de l'accouchement sur l'asystolie et sur les accidents congestifs aigus du poumon.

L'œdème aigu du poumon survenant pendant la grossesse ou le travail avait été observé par beaucoup d'auteurs, mais aucune étude sur le sujet ne fut publiée avant celle de M. Vinay.

La thèse de Porak (1) contient plusieurs observations de congestion pulmonaire intense développée chez des femmes enceintes. L'une d'elles, empruntée à Peter, en est un type parfait (2). Il s'agit d'une jeune femme qui, pendant deux grossesses successives, eut des poussées graves de congestion pulmonaires, sans œdème, sans autres manifestations de l'insuffisance cardiaque.

Peter (3) décrit les phénomènes congestifs comme une phase de l'évolution des accidents gravido-cardiaques : ce ne sont que des stades précurseurs de l'asystolie chez les femmes enceintes. Nous le citons textuellement :

« Le deuxième type, le plus fréquent et qui vient ordi-
« nairement compliquer le premier (la névrose car-
« diaque), c'est le trouble pulmonaire caractérisé par la
« congestion et l'œdème du poumon, qui vont en aug-
« mentant à mesure que la grossesse avance et qui peuvent
« s'accompagner d'hémoptysie, d'apoplexie, d'infarctus
« pulmonaire, d'épistaxis, d'hématémèses. D'abord pas-
« sagers ces troubles sont d'autant plus à craindre que la
« grossesse est plus avancée, et, pour peu qu'en dehors de
« la grossesse, ils soient fournis par une cause accessoire
« (bronchite, hydramnios, etc.), ils prennent une gravité
« exceptionnelle et mènent rapidement au troisième
« type (l'asystolie vraie) ». — L'étude des observations publiées depuis n'est pas favorable à l'opinion de Peter. S'il est vrai que les cardiaques peuvent à une certaine période présenter de l'œdème aigu du poumon, et plus tard de l'asystolie, un grand nombre des accidents congestifs surviennent isolément. On admet actuellement que certaines cardiopathies, le rétrécissement mitral, par exemple, un état rénal pathologique, une lésion du plexus péri-aortique déterminent ces accidents congestifs actifs. Que le poumon cardiaque passif soit réellement un stade de l'asystolie en évolution, c'est vraisemblable, mais aujourd'hui cette congestion par stase est nettement différente de l'œdème aigu.

Rémy (4) relate un fait digne de rentrer dans le cadre de cette affection. Il s'agit d'un malade ayant présenté de l'œdème et congestion pulmonaire graves et notablement améliorés par la saignée.

Il faut arriver au travail de M. Vinay pour voir des faits analogues justement interprétés. Cet auteur publie

(1) Œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse (*Lyon médical*, 1896).
(2) Nous tenons à remercier M. le professeur Fochier d'avoir bien voulu autoriser la publication de ces quelques faits.

(1) Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
(2) Thèse d'agrégation, Paris, 1878.
(3) Peter, *Cliniques médicales*, 1887, et *Traité des maladies du cœur* 1883.
(4) *Arch. de tocologie*, 1892, et thèse de Nancy, 1880.

trois observations d'œdème aigu et suraigu du poumon. Nous en donnons un résumé rapide.

Observation I. — Endocardite rhumatismale, 3e grossesse, 9e mois. Œdème pulmonaire suraigu; albuminurie, saignée; mort 7 à 8 heures après le début des accidents; opération césarienne.

Obs. II. — Endocardite rhumatismale; rétrécissement mitral; thrombose de l'oreillette gauche; 2e grossesse. Œdème pulmonaire aigu; provocation du travail: pas d'anasarque; saignée; mort.

Obs. III. — Néphrite chronique interstitielle; 2e grossesse. Œdème aigu du poumon; accouchement prématuré au 7e mois; délivrance normale; amélioration.

L'auteur insiste sur la gravité de ces accidents et se rallie au point de vue pathogénique à la théorie rénale récemment soutenue par M. Dieulafoy.

Nous renvoyons le lecteur à ce travail et à l'ouvrage que M. Vinay a publié antérieurement sur la pathologie de la grossesse pour les questions d'historique se rattachent aux accidents gravido-cardiaques.

Après avoir exposé avec le plus grand soin toutes les phases des accidents congestifs survenus chez notre malade, accidents que nous avons vu se développer sous nos yeux; nous nous efforcerons de les interpréter et surtout de montrer quelles ont été leurs relations avec les différents temps de l'accouchement.

Observation I. — *Rétrécissement mitral. Insuffisance douteuse; Œdème aigu du poumon pendant le travail avec tachycardie. Hypertension artérielle très intense; pas d'albuminurie.*

R. J..., 23 ans, primipare. Entrée à la clinique d'accouchement le 15 juillet 1897. Elle fut réglée régulièrement jusqu'au 12 octobre 1896, début de sa grossesse; elle eut, en outre, au quatrième mois, un léger écoulement sanguin. Sans avoir jamais été atteinte de rhumatismes articulaires aigus, elle a depuis l'âge de 16 ans des palpitations cardiaques et de la dyspnée qui ont nécessité son entrée à l'Hôtel-Dieu en 1890. Elle fut traitée par la digitale. Sortie parfaitement guérie, la malade put se placer comme domestique, se livrer à tous les travaux nécessités par cet emploi sans éprouver aucun symptôme pulmonaire ou cardiaque.

Depuis sa grossesse elle éprouve des troubles analogues à ceux qui ont jadis provoqué son entrée à l'hôpital. Dyspnée exigeant le repos au lit, de la cyanose, palpitations, hémoptisies. Ces derniers coïncidaient assez exactement avec la date de ses époques menstruelles antérieures.

Fréquemment nous avons ausculté le poumon pendant la grossesse et nous n'avons rien constaté qui puisse faire soupçonner soit la tuberculose, soit des poussées congestives aux bases. Toutefois pendant sa première enfance elle a été soignée pour des abcès froids. La cardiopathie est-elle en relation pathogénique avec cette infection antérieure? Nous serions assez porté à le croire. En outre la malade fut trachéotomisée pendant son enfance.

L'auscultation du cœur nous révèle un rhythme mitral typique et par intervalles un souffle systolique de la pointe se propageant quelque peu vers l'aisselle. L'insuffisance de la valvule est contestable, son rétrécissement est certain.

C'est pendant une période de dyspnée assez vive qu'elle entre au service des expectantes. On la soumet au régime lacté.

Le *20 juillet* 1897, elle prend 0 gr. 30 de poudre de digitale pendant 3 jours.

Elle présente un léger œdème malléolaire et des traces d'albumine.

Le *27 juillet*, nouvelle poussée, la malade reste au lit jusqu'au jour de son accouchement; on donne 0 gr. 20 de digitale pendant 2 jours.

La dyspnée pendant ces quelques jours reste stationnaire.

L'œdème et l'albumine disparaissent.

Examen obstétrical. — Nous sommes en présence d'une présentation du sommet. La tête est engagée, bien fixée dans le diamètre oblique gauche. Par le palper le front est en avant et à gauche, le dos à droite et en arrière OIDP. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Ni ascite, ni hydramnios.

Accouchement. — Les douleurs débutent le 29 juillet à 4 heures du soir; à 8 heures la dilatation est à 1 centimètre, le col est mince, souple, non œdématié; la dilatation est complète à 1 heure du soir, la rupture des membranes a lieu à 7 heures et donne issue à un liquide clair asssez abondant. L'accouchement se termine le 31 à 2 heures du main. Le placenta normal, sans infarctus, avec quelques cotylédons fibro-graisseux, pèse 470 grammes, est expulsée 25 minutes après l'accouchement. L'hémorrhagie est normale. L'enfant est une fille pesant 2050 grammes, vigoureuse fort bien constituée.

L'accouchement lui-même n'a pas été sans provoquer chez la malade une dyspnée intense. Sa longueur, l'intensité des douleurs fatigue énormément la parturiente. Malgré tout, aucun phénomène n'est assez inquiétant pour que l'on songe à terminer l'accouchement par une application de forceps. La rupture de la poche ayant eu lieu, les troubles circulatoires ne subissent aucune atténuation, comme le fait se présente si souvent chez les asystoliques en travail. Après l'extraction de l'enfant les accidents deviennent terribles, la dyspnée extrême, la cyanose, la tachycardie ont doublé d'intensité. Après la délivrance, ces phénomènes sont assez menaçants pour que l'on aille chercher l'interne du service.

La malade assise sur son lit est dans une angoisse extrême. Complètement cyanosée, devant faire à chaque respiration des efforts intenses, elle ne peut articuler une parole. Le cœur affolé soulève violemment le paroi thoracique. La malade a dit dans la suite qu'elle sentait battre dans toute sa poitrine. La tachycardie rend le pouls incomptable. Sa tension est très élevée, on dirait une corde tendue qui vibre sous le doigt. On constate en outre des battements très prononcée des jugulaires.

L'auscultation du cœur, fort difficile étant donné la rapidité du rhythme, ne permet d'apprécier que le roulement presystolique et l'éclat anormal du claquement sigmoïdien. Le frémissement présystolique, facilement distingué des ondulations de toute la région précordiale, est le seul symptôme que la palpation permette de différencier.

La malade éprouve une douleur très intense dans la région apexienne et à la base du poumon gauche.

A l'auscultation du *poumon gauche*, depuis la base jusqu'à l'épine de l'omoplate, on entend une pluie de râles sous crépitant fins à prédominance inspiratoire. La respiration est obscure un peu soufflante à l'extrême base. Ces râles se retrouvent dans l'aisselle et dans la région précordiale.

Submatité à la base et en arrière.

A droite on rencontre également les mêmes râles dans la moitié inférieure du poumon, mais ils sont moins serrés qu'à gauche.

Rien à signaler aux sommets.

Le foie ne paraît pas notablement augmenté de volume.

L'œdème des malléoles n'a pas reparu. La malade urina normalement pendant son accouchement, il n'existe pas d'albumine,

Traitement suivi. — L'application des ventouses n'ayant pas eu grande influence sur les accidents que nous venons de décrire, les dangers courus par la malade, l'hypertension considérable de la grande circulation, nous indiquent de pratiquer immédiatement une saignée.

Le sang veineux est rouge, et jaillit avec une force telle qu'il peut atteindre notre épaule. Nous obtenons rapidement 300 grammes de liquide. Le soulagement notable éprouvé par le malade nous invite a suspendre l'émission sanguine.

Le régime lacté est institué.

La dyspnée, qui avait disparu pendant l'heure qui suivit la saignée, ne s'est pas manifestée dans la journée suivante. Après quelques heures de travail la respiration redevient normale. La tension artérielle s'est abaissée notablement. Les râles persistent.

2 *août*. Pas de nouveaux accidents. Les râles sont perceptibles dans les mêmes régions, mais ils sont à grosses bulles.

La submatité, la résistance au doigt, la voix un peu chevrotante font soupçonner l'existence d'une petite quantité de liquide à la base. La malade ne tousse pas et n'a jamais toussé pendant sa grossesse. Il n'existe pas de dyspnée.

Le cœur est de nouveau calme, régulier et présente des signes

stéthoscopiques déja constatés pendant la grossesse. La tension artérielle et normale.

Les urines n'ont pas d'albumine.

4 août. La respiration est normale dans toute la poitrine. A peine peut-on retrouver quelques râles isolés sur le prolongement de la ligne axillaire postérieure à gauche. Le rhythme mitral a repris sa régularité et sa pureté primitive.

Nous n'avons jamais constaté de complications utérines. La température, atteignant 38°1 pendant le travail, n'a pas dans la suite dépassé 37°5.

Le *20 août*, la malade peut quitter le service et reprendre son travail. Son enfant possède une santé excellente.

En somme, cette jeune cardiaque nous a présenté dans toute sa pureté ce syndrome clinique qui est actuellement dénommé œdème aigu du poumon. Il ne s'agit pas d'asystolie véritable, c'est-à-dire d'un état d'insuffisance du myocarde avec pouls faible, dépressible, accéléré, avec arhythmie, assourdissement des bruits normaux, s'accompagnant d'hypertrophie du foie, d'œdème passif du poumon, d'œdèmes des membres inférieurs, de diminution de la quantité des urines et d'albuminurie; le syndrome observé est tout différent. Chez notre malade, le cœur supporte assez facilement le surmenage que lui imposent les efforts du travail. Loin d'être soulagé par l'issue du fœtus, par la délivrance et l'hémorrhagie normale qui l'accompagne, il s'affole. La tension artérielle s'élève considérablement dans les deux circulations, la tension veineuse est également au-dessus de la normale. Le sang veineux, loin d'être noirâtre, épais comme celui des asystoliques, jaillit au contraire rouge comme celui d'une artère. Le poumon seul présente de l'œdème. Les urines ont été toujours, pendant cette période si critique, émises en quantité normale et n'ont pas présenté d'albumine.

Notons en outre que l'accouchement a été normal alors qu'il arrive fréquemment que les cardiaques atteintes d'asystolie vraie avortent, ou donnent le jour à un enfant mort ou chétif, l'avortement ayant pour causes soit l'asphyxie du fœtus (G. Sée), soit des congestions ou hémorrhagies placentaires. La rupture de la poche, l'extraction du fœtus, la délivrance apportent un soulagement notable dans l'état de la malade. Fréquemment l'indication de terminer au plus vite l'accouchement se pose d'une façon impérieuse.

Obs. II. — *Insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale. Anasarque généralisé. Accouchement prématuré. Albuminurie intense. Mort.* (Obs. de L. Tixier, interne de la clinique, semestre d'hiver.)

Femme D..., âgée de 31 ans, elle est enceinte pour la troisième fois, ses accouchements antérieurs ont eu lieu, le premier en 1890, le second en 1893.

En 1894 elle devient hémiplégique et aphasique par embolie. Actuellement la parole est encore embarrassée, et le membre supérieur droit présente une contracture très accentuée.

Elle entre dans le service le 29 décembre 1896, en état d'asystolie. Ces accidents ont débuté il y a 2 mois. La malade, qui jusqu'alors avait assez bien supporté sa grossesse est brusquement prise de phénomènes aigus, suffocation, dyspnée, vertiges qui l'obligent à garder le lit. La gravité de son état la fait admettre à l'infirmerie de la clinique alors que sa grossesse n'était qu'au sixième mois.

Elle présente un œdème remontant jusqu'à l'abdomen une grande quantité d'albumine et des urines cardiaques.

Au cœur, insuffisance et rétrécissement mitraux. Le repos au lit, la digitale, le régime lacté produisent pendant quelques jours une notable amélioration.

Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Le *14 janvier*, les douleurs de l'accouchement surviennent, la dyspnée réapparaît en même temps attaquant rapidement une grande intensité.

Le pouls est *filiforme*, rapide, irrégulier. Le cœur est affolé. Le foie est énorme. Tout le poumon est encombré de râles à grosses bulles. L'asphyxie est imminente.

On ordonne de la digitale, des sangsues et des ventouses sont appliquées.

Le *14 janvier, soir*, la tête est dans l'excavation au premier examen. A 8 heures accouchement spontané d'un enfant vivant. La malade est très faible.

Le *15 janvier, à 6 heures du matin*, la malade meurt.

Autopsie. — Insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance tricospidienne, gros foie congestionné, reins gros et un peu blancs, hépatisation ou lobe moyen droit.

Cette dernière lésion est-elle due à des phénomènes ultimes ou doit-on lui attribuer l'accouchement prématuré et l'asystolie terminale, c'est ce que nous ne saurions dire. Quoi qu'il en soit, cette malade est morte en cardiaque, présentant au complet le syndrome clinique de l'insuffisance du myocarde; insuffisance d'une gravité progressivement croissante pendant toute la grossesse et aboutissant à un accouchement prématuré après lequel elle succombe.

Obs. III. — *Maladie mitrale. Asystolie de la grossesse. Œdème des membres inférieurs, du poumon, énorme foie cardiaque. Avortement à 7 mois. Mort 15 jours après.*

V. M..., 35 ans. Entrée à la clinique le 20 avril.

La malade ne présente rien qui mérite d'être signalé dans ses antécédents héréditaires. Elle-même fut atteinte de chorée à l'âge de 13 ans. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Mariée à 23 ans, elle eut immédiatement une grossesse. M. Audry, médecin des hôpitaux, constate chez elle une lésion cardiaque. Toutefois la grossesse et l'accouchement eurent lieu sans asystolie. Il y a un an elle eut une fausse couche de 2 mois et des accès de dyspnée, depuis ces accès ont persisté. Enceinte de 4 mois elle entre à la clinique. Cette grossesse détermine des accidents gravido-cardiaques inquiétants depuis la première cessation des règles.

On constate à l'auscultation du cœur de l'arhythmie, de la tachycardie.

Les poumons présentent des râles de congestion œdémateuse aux deux bases, mais un peu plus nombreux à droite. Il n'existe pas d'hydrothorax.

Le foie est énorme, il descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Urines cardiaques, rouges, contenant de l'albumine, et beaucoup d'urates.

Œdème très développé des membres inférieurs, remontant jusqu'au tronc. Œdème du pubis.

Le *25 avril* après une période grave d'asystolie progressive, le travail se déclare. M. Tixier, interne du service, est appelé et doit pratiquer l'accouchement en faisant asseoir la malade sur un fauteuil tellement la dyspnée est intense. Le fœtus succombe.

Le *1er mai*, la dyspnée, qui avait depuis la délivrance subi une accalmie notable, survient de nouveau. Nous prenons alors le service de M. le professeur Fochier. On ordonne de la digitale, qui, avec le régime lacté, a maintes fois amélioré l'état de la malade.

10 mai. Depuis deux jours la malade est en proie à une dyspnée intense. L'œdème s'accentue; les urines, de nouveau, sont rares et épaisses, le cœur est de plus en plus arhythmique, le foie filiforme.

Malgré la digitale, les injections sous-cutanées de caféine, les applications de ventouses la malade succombe à cette asystolie progressive.

La malade qui fut l'objet de l'observation II n'avait subi après la délivrance qu'une amélioration bien passagère, puisqu'elle succomba quelques heures après la naissance de son enfant. Mais toutefois, malgré les troubles terribles qu'elle supporta pendant le travail, elle ne succomba qu'après la parturition. M. Vinay, en effet, dit que les cas de mort pendant le travail sont exceptionnels. —

Dans l'observation III, au contraire, l'accouchée qui ne put supporter le décubitus dorsal par l'intensité de sa dyspnée, se trouva notablement soulagée par l'extraction du fœtus. Ce n'est que 15 jours après qu'elle succomba à une nouvelle crise asystolique; son myocarde, épuisé par les atteintes précédentes, est incapable de soutenir une nouvelle lutte.

II. L'examen des faits que nous avons exposés démontre facilement que le travail de l'accouchement peut avoir sur l'évolution des accidents asystoliques d'une part, et congestifs actifs de l'autre, une influence toute différente. Il est vrai que les observations de M. Vinay (1), dont nous rapportons le résumé au début de ce travail, ne présentent pas des relations aussi nettes entre les différentes phases de la parturition et celles de l'œdème pulmonaire. Mais les deux premiers faits comportent des troubles d'une gravité excessive, auxquels le terme d'accidents suraigus convient parfaitement. L'état est d'emblée tellement grave que l'on doit, dans un cas, provoquer le travail, et dans l'autre faire une césarienne *post mortem*.

L'auteur n'a pu, comme nous, observer les faits dans toutes les étapes de leur évolution. Sa troisième observation est plus instructive, quoiqu'il s'agisse d'un accouchement prématuré au septième mois chez une femme brightique, en asystolie.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que la rupture de la poche des eaux, l'expulsion du fœtus, la délivrance soulagent successivement les asystoliques en travail; au contraire les contractions utérines aggravent ces accidents. Nous avons pu nous-même l'observer dans les deux cas qui font l'objet des observations II et III.

Rien de semblable chez notre malade en proie aux troubles de l'œdème aigu du poumon. La longue période des douleurs ne donna lieu à aucun phénomène alarmant. Il existait de la dyspnée, sans cyanose véritable. Il semble que le cœur et les vaso-moteurs des poumons se soient progressivement accoutumés aux légères variations de la pression sanguine que déterminent les contractions utérines. A cela rien d'étonnant, si l'on se souvient que pendant la grossesse des hémoptysies, par poussées congestives pulmonaires, avaient été observées. Le myocarde était donc habitué à la lutte, en outre ses fibres musculaires étaient si peu lésées que jamais de stase veineuse n'avait été observée dans la grande circulation pendant la grossesse. Avant d'être enceinte la malade, bien qu'atteinte d'un rétrécissement mitral, faisait le pénible travail d'une domestique et n'éprouvait jamais de dyspnée. Il ne s'agit donc pas d'une insuffisance cardiaque véritable : la tension reste toujours élevée dans les artères, il n'existe pas de cyanose, le sang veineux est rutilant. Brusquement, à l'occasion de l'extraction du fœtus, les conditions mécaniques de la circulation se trouvent modifiées. Le circuit fœtal est coupé. C'est alors que le cœur s'affole, car il n'est pas en état de se mettre rapidement en équilibre avec ces brusques variations de la tension sanguine. Le poumon gorgé de sang n'accommodera pas ses vaso-moteurs, surmenés depuis longtemps et la stase augmente dans ses vaisseaux.

Déjà l'interprétation de phénomènes analogues avait été esquissée par *Spiegelberg* cité dans l'ouvrage de M. Vinay. Mais cet auteur ne rapportait pas à l'œdème aigu du poumon seul cette anomalie apparente dans l'évolution des accidents gravido-cardiaques des parturientes.

Il constate que dans quelques cas la délivrance ne produit aucune amélioration chez les asystoliques. Si le myocarde est dégénéré, il ne peut revenir à une tonicité suffisante, malgré le moindre travail qu'il doit fournir. Mais il est des cas dans lesquels il faut expliquer différemment l'aggravation des accidents après la délivrance. A ce sujet plusieurs théories ont été émises, nous les résumons d'après M. Vinay :

Spiegelberg est d'avis que la cessation de la circulation utéro-placentaire et la rétraction de l'utérus déterminent le passage d'une plus grande quantité de sang dans les veines, il en résulte une congestion de la circulation pulmonaire et un engorgement du cœur droit.

Fritsch, cité également par M. Vinay, « admet un « phénomène inverse; la délivrance provoque une diminution de pression dans l'abdomen qui, jusque-là a « été distendu, le sang y afflue, il en résulte un vide « relatif du côté du thorax, le cœur déjà dilaté s'anémie, « l'asystolie augmente et amène la mort ».

L'affaissement du diaphragme facilite pour Lohlein et Schlager l'aspiration du sang dans la cavité thoracique, et les vaisseaux des poumons s'engorgent.

Après avoir exposé ces opinions, M. Vinay est d'avis qu'il est plus simple de tenir compte « des conditions « hydrauliques qui se produisent après l'accouchement. « Le sphygmomanomètre de Potain montre réellement « que l'évacuation de l'utérus ne diminue que faiblement « l'excès de pression qu'avait provoqué le travail. » Des hémorrhagies cérébrales, des accès d'éclampsie survenant dans les premières heures qui suivent le travail le prouveraient.

Nous croyons, pour notre part, que ces assertions sont parfaitement exactes dans deux ordres de faits. En premier lieu, lorsque les accidents asystoliques ne sont pas soulagés par la délivrance, en second lieu dans les cas d'œdème aigu du poumon éclatant chez des malades en asystolie et dont le cœur est, avant le début de la parturition, au-dessous de sa tache. Ainsi la première malade de M. Vinay était en asystolie, chez la seconde on trouva à l'autopsie une thrombose de l'oreillette gauche. Dans tous ces cas le cœur était gravement atteint, les malades présentaient une albuminurie intense. Nous ne pouvons admettre une théorie analogue pour expliquer la marche des accidents thoraciques chez notre malade. En effet, on se souvient que le cœur avait toujours été en état de compenser la légère lésion mitrale dont il état porteur. Il n'existait pas d'albumine dans l'urine. L'œdème des membres inférieurs, l'hypertrophie du foie n'ont pas été observés.

Nous serions porté à croire que des accidents analogues sont uniquement attribuables aux brusques modifications de la mécanique circulatoire, que l'expulsion de l'enfant, la suppression de la circulation utéro-placentaire provoquent. Tant que les contractions utérines ne produisaient qu'une faible augmentation de tension, la dyspnée était modérée; mais cet organe n'a pu s'accommoder aussi bien à la rupture rapide de l'équilibre circulatoire qu'il avait eu tant de peine à maintenir. La diminution de volume de l'utérus, l'abaissement du diaphragme faisant affluer le sang dans le thorax déterminèrent du côté de la petite circulation les mêmes troubles que la rupture de la circulation utéro-placentaire avaient provoqué dans la grande.

C'est pourquoi, sans généraliser cette théorie, nous

1. Depuis la rédaction de ce travail nous avons assisté à une autopsie d'une cardiaque du service de M. Vinay. Il s'agit d'une femme morte d'œdème aigu du poumon 3 jours après un accouchement. Avant le travail l'asystolie existait déjà. Comme chez notre malade, *après la délivrance* il y eut *aggravation des accidents*. En outre, les urines étaient albumineuses.

croyons pouvoir interpréter ainsi les accidents présentés par notre malade, dont le cœur était peu altéré, dont le pouls présentait une tension fort élevée, dont les reins paraissaient intacts.

Mais quelle a été la cause première de cet œdème aigu du poumon, puisqu'il n'existait ni albuminurie, ni asystolie ? Nous ne croyons pas qu'ici les altérations des plexus nerveux périaortiques qui ont été signalées par M. Huchard puissent être invoquées ? On verra plus loin comment la théorie vaso-motrice de l'œdème aigu peut être appliquée à ce fait. En outre, le rétrécissement mitral favorisant la stase dans la circulation pulmonaire seule, alors que le cœur possède encore le pouvoir d'assurer la grande circulation, ne peut-il pas favoriser le développement de ces accidents congestifs ?

Si nous nous reportons aux observations de Porak, nous rencontrons des accidents pulmonaires chez 17 p. 100 des malades atteintes de rétrécissement mitral, et, dans 23 cas, l'insuffisance de cet orifice. Les lésions de l'orifice aortique fournissent le chiffre de 19 p. 100. Mais en dehors de la grossesse on sait quelle est la fréquence des altérations des poumons chez les malades atteintes de rétrécissement mitral pur. Certains même simulent la tuberculose. Il faut croire que dans ces lésions orificielles la petite circulation a plus à souffrir que la grande. Les hémoptisies de la grossesse y sont excessivement fréquentes. Notre accouchée en avait présenté chaque mois.

Nous voulons, en outre, attirer l'attention sur ce fait, que jamais le fœtus n'avait souffert des troubles circulatoires présentés par la mère, ce qui démontre nettement l'intégrité de la circulation utéro-placentaire pendant toute la grossesse.

III. Nous avons vu quelle est l'influence des différentes phases du travail chez une malade atteinte d'œdème aigu du poumon, alors que la grande circulation ne présentait comme troubles mécaniques que de l'hypertension artérielle. Etudions sommairement les phénomènes observés dans les deux cas d'asystolie vraie dons nous avons rapporté l'histoire.

Les malades sont atteintes d'une affection mitrale, toutes deux ont surmené leur myocarde par des grossesses antérieures. L'asystolie débute au cours de la grossesse avec sa symptomatologie habituelle, œdème des membres inférieurs remontant progressivement jusqu'à l'abdomen, foie cardiaque, stase passive du poumon, de l'albuminurie. Vers le 6e mois chez l'une, vers 4 mois chez l'autre, la gravité des troubles circulatoires provoque l'accouchement prématuré. Pendant toute la durée des douleurs la dyspnée est extrême et le *pouls filiforme*; une parturiente doit même être accouchée sur un fauteuil. La délivrance provoque chez l'une un soulagement très notable du cœur, l'autre succombe quelques heures après, son cœur ne pouvant se remettre d'une telle épreuve. La saignée n'a été faite ni dans un cas ni dans l'autre.

Ainsi donc, toute la période de travail a redoublé l'intensité de cette asystolie progressive, alors que chez notre malade atteinte d'œdème aigu du poumon elle fut bien supportée pendant près de deux jours. Mais, alors que dans l'observation III il est noté que la délivrance produit une sédation de la dyspnée, cette dernière s'accompagne d'une aggravation considérable de la congestion pulmonaire chez la première parturiente. Nos asystoliques succombent par la persistance de l'insuffisance cardiaque plus ou moins vite après leur accouchement ; au contraire, les suites de couches sont normales et l'œdème du poumon se résout chez la femme qui en était atteinte.

IV. Nous ne voulons pas terminer cette étude comparative sans nous demander si les faits que nous avons observés ne pourraient pas ajouter quelques données nouvelles à la solution du problème pathogénique de l'œdème aigu du poumon en général. Cette question, discutée si brillamment cette année à l'Académie de médecine, a donné naissance à plusieurs théories. Enumérons les principales qui peuvent se réduire à deux : M. *Huchard* (1) soutient que dans les insuffisances aortiques artérielles, dans les angines coronariennes, dans les néphrites interstitielles, dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux, il existe toujours un intermédiaire obligé entre ces lésions et l'œdème aigu du poumon. Cet intermédiaire c'est l'aortite et surtout la péri-aortite et son rôle sur le système nerveux. En outre, l'œdème aigu du poumon est souvent précédé d'un abaissement considérable de la tension aortique et d'une augmentation de la tension pulmonaire, contre laquelle le ventricule droit lutte et s'hypertrophie, quand il cède l'œdème aigu du poumon survient rapidement. Si le ventricule gauche cédait l'asystolie aurait lieu.

M. *Dieulafoy* (2) admet au contraire que l'élément pathogénique péricordial et une lésion rénale, car les malades présentent toujours de l'albuminurie, en outre la saignée est le seul traitement applicable. M. Brouardel partage cette opinion.

Nous avons noté chez notre malade trois faits ne cadrant guère avec ces théories : l'hypertension artérielle considérable, l'absence d'albuminurie et l'aspect rutilant du sang veineux, l'accouchée ne présentant pas la moindre cyanose.

Si la malade avait été brightique, il est certain que, pendant sa grossesse, elle aurait présenté une albuminurie intense, nous n'en avons trouvé que des traces une seule fois. Au cours du travail, les urines étaient normales tant au point de vue de la qualité que de la quantité. L'élément rénal n'est donc pas nécessaire à la production de l'œdème aigu.

Reste l'élément nerveux. Notre malade âgée de 23 ans ne présentait pas d'artério-sclérose, mais le plexus péri-aortique pourrait être lésé par un processus différent. Nous croyons que deux conditions sont nécessaires pour donner naissance à un œdème actif. En premier lieu le trouble circulatoire, vaso-moteur, puisqu'il ne s'agit pas d'une stase passive ; en second lieu, l'altération sanguine permettant la dialyse du sérum.

Le trouble vaso-moteur est de nature réflexe, son point de départ, pour M. Huchard, est dans les lésions du plexus péri-aortique ; mais ne peut-il être que là ? De même que chez la femme enceinte l'utérus gravide peut donner naissance à des réflexes vaso-moteurs provoquant les hémoptysies supplémentaires des règles, de même un poumon dont la circulation est gênée par la présence d'un rétrécissement mitral peut subir l'influence des excitations nerveuses de l'utérus. Nous admettons donc comme cause déterminante de l'œdème aigu du poumon chez notre malade un réflexe à départ utérin. Cette opinion cadre assez bien avec celle de M. Bouveret (3) admettant que ces brusques fluxions congestives procèdent d'un trouble vaso-moteur dans le territoire de l'artère pulmonaire. Le point de départ de cette incitation pour cet auteur serait difficile à déterminer. Nous croyons qu'il est variable, péri-aortique, rénal, toxique ou utérin.

(1) Huchard, *Acad. de méd.*, 27 avril 1897.
(2) Dieulafoy, *Acad. de méd.*, 27 avril 1897.
(3) Bouveret, Œdème pulmonaire brightique (*Revue de médecine*, 1890).

En outre, on remarquera que nous avons expliqué l'aggravation seule des troubles pulmonaires par la rupture de la circulation utéro-placentaire. Quant à l'altération sanguine, elle n'est pas attribuable ici à une lésion rénale, mais, peut-être aux modifications de ce liquide qui se rencontrent dans la grossesse. Le sang veineux étant rouge comme celui des artères il faut bien admettre une anomalie dans sa constitution chimique.

Le rétrécissement mitral est, croyons-nous, une cause prédisposante aux accidents de cette nature par l'entrave qu'il apporte au bon fonctionnement de la circulation pulmonaire.

V. Le traitement suivi par nous est indiqué par tous les auteurs: Huchard, Dieulafoy, Vinay sont unanimes à conseiller la saignée. Nous n'avons pas hésité, et, aussitôt après la malade était notablement soulagée. Rien n'avait indiqué une intervention obstétricale active dans ce cas. Mais tous ne sont pas aussi bénins, témoins les deux observations de M. Vinay.

Toutes les fois que les accidents asystoliques sont menaçants il faut délivrer la malade aussitôt que possible. En outre, si une parturiente, en état d'asystolie, présente de l'œdème aigu du poumon, comme les deux premières accouchées de M. Vinay, on doit extraire le fœtus à tout prix. Cet auteur fait remarquer que, grâce au ballon de M. Champetier de Ribes, il est possible de déterminer un travail rapide avant que les accidents soient irrémédiables. Mais dans les cas qui font l'objet de sa troisième observation et de la nôtre, il faut laisser évoluer l'accouchement. Nous croyons qu'il est préférable d'avoir la lancette en main que le forceps, puis tout le danger, dans notre cas, est survenu après la délivrance.

Conclusions. — 1° Il existe pendant la grossesse et l'accouchement des accidents congestifs aigus du poumon, pouvant évoluer isolément sans que le cœur soit en état d'asystolie.

2° Lorsque l'œdème aigu du poumon existe seul, le travail semble ne l'aggraver que faiblement alors qu'il accentue les troubles asystoliques; mais il faut redouter les accidents éclatant après la délivrance.

3° Cette aggravation de l'œdème aigu, nous paraît liée à la rupture de la circulation utéro-placentaire; alors que l'évacuation de l'utérus, l'hémorrhagie de la délivrance, la suppression de la circulation utéro-placentaire soulagent un cœur en asystolie.

4° Nous croyons que les accidents congestifs aigus présentés par notre malade étaient liés à un réflexe d'origine utérine, et aux modifications du sang pendant la grossesse; le rétrécissement mitral prédisposant le poumon à ces troubles circulatoires.

5° Il faut terminer ou provoquer l'accouchement le plus tôt possible lorsqu'il existe des accidents asystoliques graves, ou lorsque l'œdème aigu se surajoute à l'asystolie. L'expectative peut être conseillée alors que l'œdème aigu existe seul à moins qu'il ne prenne une allure suraiguë. La saignée est, dans tous les cas, un excellent moyen de lutter contre ces accidents.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Pion (P.-A.). *Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen.* N° 118. (A. Malverge.)

M. Rosain (Claude-Marie). *Contribution à l'étude des abcès gazeux sous-diaphragmatiques.* N° 120. (A. Maloine.)

M. Yordanoff (Ivan). *Recherches cliniques et bactériologiques des salpingo-ovarites.* N° 127. (Carré et Naud.)

M. Vanverts. *De la splénectomie.* N° 101. (G. Steinheil.)

M. Bordet (Emile). *Des modifications du sang après la splénectomie.* N° 108. (H. Jouve.)

M. Brenugat (Charles). *Étude historique sur l'enseignement obstétrical en Bretagne et principalement à Rennes.* N° 105. (H. Jouve.)

M. Kravetz (M.). *La vie, la mort du nourrisson.* N° 94. (H. Jouve.)

M. Caillard (J.-B.). *Pronostic de l'albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare.* N° 96. (Carré et Naud.)

M. Galca (Georges). *De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près de terme avec enfants vivants.* N° 95. (Steinheil.)

M. Montignac (Jean). *Atrophie rénale consécutive à la scarlatine.* N° 19. (H. Jouve.)

M. Legrand (Emile). *Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le sublimé.* N° 8. (H. Jouve).

De sa thèse, basée sur une observation personnelle, où M. Moulonguet (d'Amiens) a opéré, M. Pion conclut que l'imperforation vaginale est due le plus souvent à un vice de conformation d'origine congénitale, par suite d'arrêt de développement. Cette malformation se présente assez rarement et n'est, en général, reconnue qu'à l'époque de la puberté, alors que les accidents dus à l'apparition des règles commencent à se faire sentir. Ce diagnostic devient facile quand on a eu le soin de pratiquer un examen soigneux et complet. Le pronostic de cette affection est souvent bénin. Il s'assombrit quand on se trouve en présence d'accidents imminents qui l'aggravent. La seule complication dangereuse se rapporte à la dilatation des trompes qui peuvent se rompre et, donnant issue au sang dans le péritoine, produire une hématocèle rétro-utérine susceptible d'entraîner une terminaison fatale. Heureusement, cette complication est extrêmement rare et l'on peut rencontrer une tumeur abdominale très volumineuse, sans qu'il y ait dilatation ni des trompes de l'utérus. Il faut toujours opérer.

M. Rosain reprend, à l'aide des observations de son maître Courtois-Suffit, l'étude des abcès gazeux sous-diaphragmatiques. Ils ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le pense communément et il est regrettable que la plupart des chirurgiens, n'ayant en vue que le traitement, aient confondu jusqu'ici dans une même étude, les abcès simples et les abcès gazeux.

La symptomatologie de ces derniers s'est suffisamment précisée depuis quelques années pour que le diagnostic soit devenu relativement facile. Cependant comme il n'y a pas de signe pathognomique connu jusqu'ici, il sera toujours prudent de n'affirmer la présence d'une collection gazo-purulente sous le diaphragme que sur l'ensemble des symptômes, et les troubles digestifs antérieurs. La ponction exploratrice sera toujours un guide précieux; peut-être la radioscopie pourra-t-elle aussi rendre des services.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie, à côté des abcès dus à des perforations du tube digestif, on en rencontre tant d'autres où ce processus ne saurait être invoqué, que nombre de cliniciens, s'appuyant sur la bactériologie, ne sont pas loin d'affirmer la production spontanée de gaz au sein de péritonites partielles.

Il n'y a pas d'opération de choix; étant donné que ces abcès

n'ont pas tous la même physionomie, le meilleur procédé est celui qui obtient l'évacuation du pus la plus complète. Tout au plus peut-on dire que la voie transpleurale avec résection costale pour la variété thoracique, la laparotomie sus-ombilicale pour la variété abdominale sont particulièrement indiquées. Comme le montrent les statistiques, le pronostic est beaucoup moins sombre qu'autrefois. L'appendicite, mieux connue et mieux traitée depuis quelque temps, entrera pour une part de plus en plus faible dans l'étiologie de l'abcès gazeux sous-diaphragmatique.

M. Yordanoff pense que les salpingo-ovarites à streptocoques sont les plus nombreuses; les salpingo-ovarites à gonocoques viennent ensuite; les autres salpingo-ovarites à staphylocoques, à bacterium coli, à pneumocoques, etc., sont beaucoup plus rares. La salpingo-ovarite à gonocoques est toujours due à une blennorrhagie uréthrale ou vaginale. La salpingo-ovarite à streptocoques est presque toujours due à une infection puerpérale. La propagation du gonocoque se fait en général par la continuité de la muqueuse. Le streptocoque envahit de préférence les annexes par les vaisseaux sanguins et les lymphatiques. Le streptocoque envahit presque toujours la trompe et l'ovaire, tandis que le gonocoque envahit souvent seulement la trompe.

En ce qui concerne les symptômes généraux : ordinairement graves quand ils sont dus au streptocoque, ils sont presque toujours bénins dans la salpingo-ovarite à gonocoques. La salpingo-ovarite à streptocoques a peu de tendance à la guérison, elle donne des complications très graves. Tout au contraire, la salpingo-ovarite à gonocoques est susceptible de guérir, après la ponction, lorsque le pavillon de la trompe n'est pas fermé; en tous cas, ses complications sont beaucoup plus rares.

Les salpingo-ovarites à bacterium coli pur sont rares, on trouve d'ordinaire ce microbe associé à différents micro-organismes. Le bacterium coli pénètre dans les annexes par la continuité des muqueuses vaginale et utérine et, dans certains cas, grâce à des adhérences formées, entre les annexes et l'intestin, par la contiguïté des tissus. Il donne lieu à des symptômes généraux aigus.

D'une étude remarquablement documentée, M. Vanverts conclut que la suppression des fonctions de la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rate au point de vue de l'hématopoïèse.

Les difficultés et accidents qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie sont presque toujours dus à l'existence d'adhérences périspléniques. Leur libération prolonge notablement l'acte opératoire et détermine fréquemment des hémorrhagies. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisme et surtout leucémie) avec des caractères graves d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncer à enlever toute rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une exosplénopexie ou d'une laparotomie exploratrice dont l'influence peut être favorable.

L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève un kyste ou une tumeur. On peut dire qu'elle est, lorsqu'elle est pratiquable, supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu, exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer, et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie paludique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou hypertrophies chroniques de la rate, la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats, mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas, elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur, souvent considérable, du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchirer, on prendra grand soin de pratiquer une hémostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

Des résultats obtenus par les physiologistes et les chirurgiens dans leurs recherches sur les modifications du sang consécutives à l'extirpation de la rate, M. Bordet conclut que la splénectomie produit deux sortes d'altérations du sang, les unes d'ordre banal, les autres spécifiques. Les altérations banales sont : la diminution passagère du nombre des globules rouges et l'augmentation du nombre des globules blancs. Cette leucocytose est généralement totale; parfois, elle peut augmenter le nombre des lymphocytes par rapport aux leucocytes polynucléaires (Vaquez); mais elle a pour caractères de se produire très rapidement, d'être modérée et essentiellement transitoire. Les altérations spécifiques sont : *a*) l'apparition d'une leucocytose lymphocytique se produisant de 4 à 8 semaines (Hartmann et Vaquez) pendant la 1re année, (Kourloff) dans la 2me année, (Vinogradoff), en tous cas tardive et dont la durée est variable. *b*) L'apparition habituelle, mais très tardive, d'une leucocytose éosinophile (2e année, Kourloff). Cette leucocytose est modérée (Vaquez). *c*) Dans une certaine mesure, l'abaissement du chiffre de l'hémoglobine et la lenteur de son relèvement (Malassez, Laudenbach, Hartmann et Vaquez). La signification de cette leucocytose lymphocytique et à cellules éosinophiles n'est pas connue actuellement. Ces modifications du sang n'assombrissent pas le pronostic de la splénectomie dont les résultats sont généralement suivis de guérison; toutefois, l'anémie qu'elle peut causer serait passible d'entraîner la mort (Laudenbach).

Après une étude intéressante sur l'enseignement de l'art obstétrical, en Bretagne, M. Brenugat conclut en disant que, comme partout ailleurs, l'obstétrique a fait à Rennes les plus grands progrès. L'instruction obstétricale est excellente et bientôt viendra le moment où les accidents signalés encore de nos jours dans les campagnes n'arriveront plus.

D'après une statistique fournie par M. Kravetz, la mortalité qui sévit sur les nouveau-nés est de 42 p. 100. Cette mortalité est due surtout à la mauvaise hygiène, à la pauvreté de la nourrice et à la négligence de médecin-inspecteur. Pour remédier à cet état à choses, il faut établir à l'école un enseignement d'hygiène, exiger un certificat d'instruction hygiénique de la nourrice à qui on confie un enfant; d'autre part l'État devra prendre à sa charge les enfants que les parents ne pourront nourrir convenablement.

L'albuminurie des femmes grosses serait, pense M. Caillard la résultante d'une double lésion, lésion rénale, lésion hépatique, transitoires ou permanentes. Quand l'albuminurie survient pour la première fois chez une multipare, son apparition est due à des maladies infectieuses ayant évolué dans l'intervalle des deux grossesses, à des conditions de misère physiologique, à une déchéance organique qui peut être le fait des gestationr antérieures, quelquefois des caractères nouveaux de la gravidité (grossesse multiple). Le pronostic, dans ce cas, se fondera sur la durée plus ou moins longue de l'albuminurie, sur sa disparition plus ou moins rapide, quand la grossesse est terminée.

Les accidents les plus graves de la toxémie gravidiques sont l'infection, qui a amené 3 fois la mort sur 53 éclamptiques,

les hémorrhagies placentaires après l'avortement ou l'accouchement prématuré, et surtout l'éclampsie dont la mortalité, sensiblement affaiblie de nos jours, est encore de 21 p. 100 (clinique Baudelocque, de 1893 à 1896).

Le pronostic éloigné varie suivant que la lésion est passagère ou durable. Si la lésion est passagère, de nouvelles grossesses pourront survenir sans que l'albuminurie reparaisse. Mais si la lésion est définitivement installée, le pronostic de l'albuminurie sera alors celui d'une brightique; et chaque nouvelle grossesse ne fera que rendre encore plus marquée la tare dont l'organisme maternel est atteint. L'albuminurie suit donc une marche opposée à la syphilis. Il est de toute évidence que le traitement et en particulier le régime lacté, continué pendant longtemps après l'accouchement et repris à chaque nouvelle grossesse, pourra atténuer, dans un certain mesure, l'influence nocive de la toxémie.

Le pronostic des enfants nés de mères albuminuriques est aussi fort sombre; la mortalité varie entre 30 et 50 p. 100. Le traitement (régime lacté) diminue ces chiffres excessifs; cependant, par suite de la fréquence de l'accouchement avant terme, et à cause de leur débilité congénitale, les enfants d'albuminuriques demandent des soins tout particuliers. La couveuse, le gavage, le sérum de chien, et surtout l'allaitement maternel, que l'on ne saurait trop encourager, même si la mère est albuminurique, seront ici d'une importance majeure.

M. Galca étudie au point de vue de la délivrance les résultats obtenus à la clinique Baudelocque, par la méthode du professeur Pinard. Pendant la période de délivrance, le palper permet de reconnaître le mouvement ascensionnel normal de l'utérus, indice du décollement placentaire. Par le palper, on peut encore constater l'existence d'inertie ou de tétanisation utérine, d'enchâtonnement, d'inversion utérine, etc. Après une demi-heure d'attente, on doit se rendre compte, par le toucher, de la situation occupée par le délivre ; si le doigt arrive sur l'insertion placentaire de la tige funiculaire, le placenta est dans le vagin ou au niveau de l'orfice utérin. Il y aurait alors imprudence à attendre l'expulsion spontanée, qui n'a que des inconvénients; on doit intervenir, on va voir comment. Mais si le doigt n'atteint pas l'insertion du cordon, de deux choses l'une : ou le placenta n'est pas encore décollé (ici il faut s'abstenir de toute intervention), ou en rencontre le bord du placenta (présentation du bord).

L'intervention se fait de 2 façons : 1° par traction sur le cordon qui convient surtout aux présentations de la face fœtale; 2° par expression française (par opposition à l'expression allemande de Crédé qui s'exécute pendant la contraction) surtout usitée dans les cas de présentation de la face utérine ou du bord. On peut aussi combiner ces deux méthodes.

M. Montignac, élève de M. Brault, a réuni dix observations d'atrophie rénale consécutive à la scarlatine. L'absence dans les cas qu'il cite de saturnisme ou de syphilis, l'intégrité parfaite de tous les organes et particulièrement de l'appareil circulatoire lui font admettre une relation étiologique certaine entre l'atrophie rénale et la scarlatine. Dans ses observations l'atrophie rénale s'est développée chez les jeunes sujets à l'âge de 20 à 40 ans, par suite quand on la trouve à cet âge et même plus tard, il faut avoir en vue la possibilité de son origine scarlatineuse.

M. Legrand étudie les accidents redoutables d'intoxication aiguë dûs au sublimé. Il insiste sur ce fait que les symptômes graves peuvent s'amender du 2e au 5e jour, mais que l'amélioration n'est qu'apparente et que le pronostic reste sombre, trop souvent fatal. Dans les intoxications aiguës par ingestion, que l'auteur a surtout en vue, le maximum des lésions à l'autopsie est constaté; dans certains cas : 1° au niveau des points du tube digestif où le sublimé a siégé (cæcum et grande courbure de l'estomac), et non ceux où il a simplement passé; 2° au niveau des organes modificateurs, accumulateurs et éliminateurs (foie et rein). Outre l'état de congestion de la muqueuse, les taches bleuâtres, les ulcérations, les ecchymoses, les eschares déjà connues et décrites, il peut exister un état d'hypertrophie de la muqueuse du tube digestif, avec saillies polypiformes congestives ou ulcérées. Il a été de plus constaté un état de dégénérescence profonde de ces tissus, analogue à celui de la putréfaction, sans qu'il y ait cependant trace de décomposition.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Gangrène pulmonaire consécutive à la perforation de l'œsophage par un corps étranger (Lungengangrän in Folge von Perforation des Oesophagus durch einen verschlukten Fremdkörper), par Schrœder (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 2, p. 33). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une femme de 53 ans, qui en mangeant avait avalé un os dont le passage le long de l'œsophage avait provoqué une douleur extrêmement vive. Dix jours après cet accident se développèrent progressivement tous les signes de la gangrène pulmonaire (fièvre, fétidité de l'haleine, présence de lambeaux de parenchyme pulmonaire dans les crachats), en même temps qu'un épanchement très probablement enkysté se formait dans la plèvre droite, à la hauteur de l'angle de l'omoplate droite. La ponction exploratrice montre que l'exsudat était un liquide séro-purulent stérile. Les signes de gangrène et de pleurésie se dissipèrent peu à peu et la malade guérit spontanément.

L'auteur suppose que les choses se sont passées dans ce cas de la façon suivante : l'os avait éraillé l'œsophage et la plaie s'est gangrénée; la gangrène a ensuite envahi une partie du médiastin et, après avoir provoqué une pleurésie adhésive, a suivi ces adhérences pour frapper en dernier lieu le poumon.

Phlegmon para-articulaire provoqué par des gonocoques (Zur Kasuistik der durch Gonokokken hervorgerufenen para-artikulären Phlegmonen), par Meyer (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 1, p. 20). — Il s'agit d'un homme de 31 ans qui affirmait n'avoir jamais eu la gonorrhée ni la syphilis et qui est entré à l'hôpital avec une tuméfaction inflammatoire de la face interne du bras, englobant le coude. L'exploration montra qu'il n'y avait pas d'exsudat dans le coude, que les mouvements, fort douloureux, étaient pourtant possibles. Le condyle interne était un peu épaissi.

L'immobilisation et les pansements humides n'ayant pas amené d'amélioration, on fit une incision qui montra l'existence sous la peau de plusieurs granulations imbibées de pus et sans connexion avec l'articulation. Grattage et tamponnement de la plaie. Guérison.

L'examen histologique et l'ensemencement des granulations enlevées montra la présence des gonocoques. L'examen du mucus uréthral, malgré l'absence d'écoulement, montra la présence de quelques gonocoques isolés; mais une injection de nitrate d'argent donna lieu au développement d'un écoulement abondant à gonocoques. L'examen radiographique de l'articulation montra plus tard que celle-ci était saine.

L'auteur suppose que les gonocoques avaient d'abord envahi l'articulation du coude et passé ensuite dans le tissu para-articulaire.

Les propriétés antitétaniques du système nerveux central (Ueber tetanusantitoxische Eigenschaften des normalen Centralnervensystems), par Wassermann et Lakaki (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 2, p. 5). — Le point de départ de ce travail a été la théorie d'Ehrlich qui admet que la toxine tétanique, lorsqu'elle pénètre dans l'organisme, se combine avec les cellules du système nerveux central pour lequel elle a une affinité particulière et que les antitoxines tétaniques ne sont autre chose que les parties détruites des cellules nerveuses, qui après leur dissolution passent dans le sang.

Les auteurs ont alors recherché si le système nerveux central (cerveau et moelle) ne contient pas normalement des antitoxines tétaniques. A cet effet, ils ont fait une série d'expériences qui ont consisté à injecter à des souris un mélange de toxine tétanique et d'émulsion de substance cérébrale ou mé-

dullaire d'un animal sain (cobaye, pigeon, cheval, homme). Ils ont trouvé que dans ces conditions les animaux survivent, tandis que les animaux témoins injectés avec la toxine pure ou avec la toxine mélangée avec une émulsion de foie, de rate, de reins, etc., succombent régulièrement.

L'émulsion de substance cérébrale possède encore des propriétés prophylactiques et des propriétés thérapeutiques. Si on l'injecte 24 heures avant ou 6 heures après l'injection de toxine tétanique, l'animal reste en vie.

Les auteurs expliquent ces faits en supposant que l'affinité de la toxine pour les éléments du système nerveux central est telle qu'elle se combine avec les éléments qui ont été injectés et qui circulent avec le sang, et épargne ainsi le système nerveux de l'organisme dans lequel elle a pénétré.

Extirpation du thymus (Esperienze sul l'estirpacione della ghiandola timo), par T. Carbane (*Giornale d. Accad. di Medic. di Torino*, juillet 1897, p. 561). — D'expériences faites sur les lapins, l'auteur conclut que le thymus n'est pas un organe indispensable à la vie ; son extirpation n'exerce aucune influence sur la croissance de l'animal ; il n'exerce probablement non plus aucune fonction hématopoiétique, du moins pendant la vie extra-utérine. La légère azoturie qui suit l'extirpation du thymus paraît devoir être attribuée à l'irritation du pneumogastrique.

Hermaphrodisme (Utero e trombe di Fallopio in un numo), par Gruner (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, mai 1897, p. 257). — Homme de 36 ans, atteint depuis un mois de hernie inguinale gauche ; opération de cure radicale ; en arrière du testicule, qui était normal, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon qui se prolonge profondément dans l'abdomen et est réuni au testicule par un cordon fibreux qui a la forme de la trompe de Fallope ; ce corps rappelle la forme de l'utérus et est formé de tissu musculaire compact. L'examen histologique de la pièce confirma la nature de ces organes.

Végétations adénoïdes (Contributo all' istologia della tonsilla faringea ipertrofica), par A. M. Luzzatto (*Giornale della Accad. di medic. di Torino*, juillet 1897, p. 625). — De l'étude histologique de 50 cas de végétations adénoïdes, l'auteur conclut que, dans cette affection, il y a simplement hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx, avec réticulum à mailles minces, renfermant de nombreux follicules dont le centre est souvent riche en mitoses. L'épithélium, dans presque tous les cas, revêt les 3 formes vibratile, cylindrique, pavimenteux, stratifié. Cette dernière forme ne paraît pas en rapport avec des compressions, mais est plutôt la conséquence de ce que l'on observe dans le pharynx normal. Dans aucun cas, il n'y avait de zones étendues de sclérose ; il y avait assez souvent des hémorrhagies, pour la plupart récentes, et des kystes. Dans 2 cas sur 50, il y avait des lésions tuberculeuses, un de ces cas a déterminé chez le cobaye une forme très atténuée de tuberculose.

Ostéomyélite suppurée aiguë à pneumocoques (Zur Casuistik der durch Pneumococcus bedingten acuten Eitrigen Osteomyelitis), par Perntz (*München. med. Wochenschr.*, 1898, n° 2, p. 80). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un enfant de 11 mois, qui, 8 jours environ après une bronchopneumonie, fut pris de fièvre suivie au bout de quelques jours de développement d'une tuméfaction inflammatoire de l'épaule droite. L'incision montra qu'il existait une arthrite suppurée de l'épaule. La capsule articulaire était détruite en avant et en dehors et le pus avait fusé sous l'aisselle.

La tête était creusée par la suppuration et en partie détruite, et la diaphyse de l'humérus était dénudée sur une étendue de 2 centimètres environ. Résection de la tête de l'humérus ; tamponnement et drainage de l'articulation. Guérison avec des résultats fonctionnels satisfaisants.

L'examen bactériologique du pus montra qu'il contenait des pneumocoques très virulents.

L'arthrite à pneumocoques chez l'enfant a été déjà signalée par Fischer et Lévy (genou), Lannelongue et Achard (hanche), Lewi (pied).

MÉDECINE

Diabète sucré avec albuminurie, par Branthomme (*Rev. de médec.*, 1897, n° 12, p. 995). — L'intérêt de cette observation, qui se rapporte à un homme de 52 ans diabétique et albuminurique à la fois, réside dans la disparition du sucre de l'urine sous l'influence du traitement thyroïdien.

Contribution à l'étude des tumeurs du corps calleux, par Devic et Paviot (*Rev. de médec.*, 1897, n° 12, p. 963). — Dans ce travail qui est une étude d'ensemble très complète des tumeurs du corps calleux, les auteurs rapportent une observation personnelle relative à un épileptique de 46 ans, qui a succombé avec des phénomènes convulsifs prédominants à gauche et de l'hyperthermie.

A l'autopsie on trouva un gliome du corps calleux ayant envahi les circonvolutions adjacentes de la face interne de l'hémisphère droit jusqu'à son bord supérieur et ayant filé dans la moitié supérieure du centre ovale de tout le lobe frontal du même côté. Un foyer apoplectiforme se trouvait en plein gliome au niveau du lobule paracentral droit. A gauche la tumeur s'étendait seulement à la corticalité de la circonvolution du corps calleux.

La gastro-entérite avec acétonurie chez les enfants, par P. Vergely (*Rev. des mal. de l'Enf.*, 1898, n° 1, p. 1). — Ce travail renferme une dizaine d'observations dont l'étude amène l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° La présence de l'acétone, de l'acide diacétique, de l'acide oxybutyrique β dans les urines des enfants, des jeunes gens atteints de troubles digestifs, est assez fréquente ;

2° Ces troubles digestifs ont une physionomie particulière due à la formation de ces substances dans le tube digestif ;

3° La présence de l'acétone, de l'acide oxybutyrique et de l'acide diacétique chez les jeunes sujets quand les reins, le foie, les poumons, le système nerveux sont indemnes de lésions graves, comporte un pronostic favorable ;

4° Il est possible que l'acide oxybutyrique β, l'acide diacétique, l'acétone se forment dans le tube digestif par l'action de microorganismes sur les substances albuminoïdes et sucrées de la masse alimentaire ; que chez les inanitiés, l'arrivée dans le sang de substances albuminoïdes et de la graisse par le fait de l'autophagie suit le point de départ de formation de produits acétonuriques ;

5° La diète carnée doit être prescrite et les hydrates de carbone doivent être les aliments de la période aiguë. On aura recours à divers évacuants, purgatifs ou vomitifs, et ensuite à l'usage des alcalins, de la glycérine, de l'hyposulfite de soude, du moins chez les sujets non diabétiques.

De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas, par Bard et Pic (*Rev. de médecine*, 1897, n° 12, p. 920). — Les auteurs montrent dans leur travail que la glycosurie, au cours du cancer primitif du pancréas, s'observe dans deux séries de faits bien différents. Tantôt il s'agit d'une glycosurie abondante, accompagnée du syndrome diabétique, tantôt d'une glycosurie légère, variable, à l'état de phénomène isolé.

Le diabète vrai est indépendant du cancer pancréatique, mais il peut y prédisposer en quelque manière, et par contre le développement du cancer peut atténuer ou faire disparaître les phénomènes diabétiques. Quant à la glycosurie légère, elle relève de la sclérose ascendante du pancréas, qui est le fait de l'obstruction du canal de Wirsung par le cancer ; elle ne s'observe d'ailleurs que dans un petit nombre de cas. La sclérose secondaire du pancréas marche de pair avec la sclérose similaire du foie. Ce parallélisme peut être utilisé en clinique pour le diagnostic du cancer primitif du pancréas.

Injections de lécithine (Sulle iniezioni di lecitina nell' uomo e negli animali), paa C. Seroveo (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, juin 1897, p. 457). — Les injections de lécithine améliorent l'état général, augmentent le poids du sujet, qui mange davantage et assimile mieux ; le nombre des globules rouges augmente rapidement, celui des globules blancs reste stationnaire ; il y a dans les urines des traces de nucléo-albumine, sans autre altération.

La leucocytose de digestion dans les affections de l'estomac (Beitrag zur Verdauungsleukocytose bei Magenkranken), par Chadbourne (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 2, p. 31. — Pour vérifier l'opinion de Schneyer d'après laquelle la leucocytose de digestion, c'est-à-dire l'augmentation du nombre des leucocytes après les repas, ferait régulièrement défaut dans le cancer de l'estomac, l'auteur a étudié ce phénomène dans 10 cas de carcinome de l'estomac, 3 cas d'anémie avec troubles stomacaux, 5 cas d'atrophie de l'estomac et dans 3 cas d'ulcère. Ces recherches ont montré que si la leucocytose de digestion fait souvent défaut dans le carcinome de l'estomac, elle ne se produit pas également dans un certain nombre d'autres affections stomacales et existe dans un certain nombre de carcinomes de l'estomac. Pour toutes ces raisons, l'absence de la leucocytose de digestion ne peut être considérée comme un signe pathognomonique du cancer de l'estomac.

MÉDECINE PRATIQUE

La digitale dans les infections,

D'après M. le Dr Bourgain.

La question de l'administration de la digitale dans les infections est des plus importantes à connaître pour le praticien. M. Bourgain qui vient de faire un travail sur ce point (1), aboutit aux conclusions les plus optimistes sur l'action de ce médicament. Dans la pneumonie franche aiguë, dans les pneumopathies grippales, la grippe, même dans sa forme gastro-intestinale, la fièvre typhoïde, la digitale agirait à la fois comme antithermique, comme tonicardiaque et comme antitoxique (surtout vis-à-vis du pneumocoque). Ces résultats méritent donc qu'on s'y arrête et qu'on les discute.

Dans la pneumonie, la digitale a été administrée systématiquement à doses massives par Fickl, Hœpfel, Petrescu ; à doses moyennes par Traube, Hirtz. Les statistiques relèvent de nombreux faits de guérison. Petrescu n'aurait pas eu sur un millier de cas plus de 2 p. 100 de décès. Il pense même que l'on peut arriver à juguler la maladie, si le médicament est administré dès le début des signes physiques et généraux, qui disparaîtraient alors en trois jours dans le plus grand nombre des cas.

Les chiffres donnés à l'appui de cette pratique sont faits évidemment pour entraîner les convictions. Néanmoins ce serait une grave erreur de regarder la digitale comme le spécifique de la pneumonie. Le problème thérapeutique que soulève cette maladie est plus complexe que ne sembleraient le faire croire les apôtres des médications systématiques. Il comporte en effet des solutions nombreuses qui varient avec les données particulières à chaque cas. Tantôt c'est le poumon dont l'état de résistance sera modifié par des lésions antérieures; tantôt c'est le cœur qu'il faut soutenir, relever ou modérer; tantôt c'est le système nerveux dont l'état d'éréthisme ou d'adynamie dominera la scène; tantôt c'est l'appareil digestif qui sera le point de départ d'infections secondaires; tantôt c'est l'insuffisance rénale qui constituera le danger pressant; tantôt c'est l'hyperthermie; d'autres fois enfin ce seront les localisations du pneumocoque dans les divers appareils de l'économie, qui réclameront l'intervention du thérapeute.

Dans la pneumonie comme dans toute autre maladie, le traitement se déduira de l'étude attentive du processus morbide, des symptômes, des réactions de l'individu : il devra être, comme le définit si heureusement M. Landouzy, *clinique* en ses informations, *pathogénique* en ces indications, *physiologique* en ses moyens, *opportuniste* en ses décisions. Le corollaire de cette proposition, est l'exclusion de toute médication systématique.

Sous le bénéfice de ces considérations nous pouvons aborder l'examen de l'*opportunité* de la digitale dans la pneumonie. Au début elle peut être utilisée dans le but d'agir sur la toxalbumine fournie par le pneumocoque. M. Landouzy a, l'un des premiers, émis l'hypothèse du pouvoir antitoxique de la digitale vis à vis du pneumocoque, et c'est ainsi qu'il faudrait expliquer les résultats remarquables obtenus dans certains cas et qui ne peuvent être expliqués par la simple action cardiotonique, puisque la caféine, le strophantus, qui sont également des médicaments toniques du cœur, demeurent sans effet sur la marche et l'évolution du processus morbide.

A une autre période, vers le 4e jour, on peut encore utiliser l'action cardiomodératrice de la digitale, lorsque le pouls devient rapide et misérable, que le cœur semble au-dessous de sa tâche. C'est surtout à ce moment que l'action antithermique du médicament a été observée : la défervescence peut s'obtenir dès les premières doses.

Dans les autres infections énumérées, les indications de la digitale sont assez restreintes : il vaut mieux avoir recours à la caféine qui, administrée par la voie hypodermique, a un effet sûr et rapide.

Nous devons faire cependant une mention particulière pour la grippe. Fréquemment le poison secrété par le bacille de Pfeiffer se localise primitivement dans l'appareil d'innervation cardiaque. Dans ces cas, la digitale répond à une indication pressante en stimulant la contractilité artérielle et en relevant l'énergie des contractions ventriculaires.

Quelle préparation de digitale doit-on employer? A notre avis, une seule est fidèle, c'est la digitaline cristallisée en solution au millième. On prescrit comme dose maxima 30, 40 gouttes à prendre en un jour, et le lendemain on peut redonner la moitié de la dose de la veille. Mais le mode d'administration le plus sûr, lorsqu'on n'est pas pressé par les événements, est de faire prendre dix gouttes aux malades chaque jour pendant une période qui ne doit pas excéder six jours. Cette méthode offre plus de sécurité que l'emploi des préparations de feuilles de digitale, de teinture alcoolique, etc.

G. Maurange.

1. Bourgain, La digitale dans les infections en général (thèse de Paris, 1897, n° 197).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Acide salicylique. — Salicylate de soude.

Solubilité. — L'acide salicylique est presque insoluble dans l'eau (1 p. 413), assez soluble dans l'eau alcoolisée, l'alcool, la glycérine, très soluble dans l'éther.

Le salicylate de soude est soluble *à chaud* dans son volume d'eau.

Propriétés thérapeutiques. — L'acide salicylique jouit de propriétés antiseptiques comparables à celle de l'acide phénique. Il a en outre une action véritablement spécifique sur l'organisme pathogène, encore inconnu, du rhumatisme articulaire aigu; et cette action est d'autant plus remarquable que l'accès est plus récent, que la fièvre est plus élevée, et que la phlegmasie articulaire paraît plus intense. Mais ces effets sont plus aisément obtenus avec le salicylate de soude qui présente sur l'acide salicylique l'avantage d'être moins irritant, moins toxique et plus assimilable par les tissus.

L'acide salicylique et le salicylate de soude sont en outre cholagogues, mais sont peu employés comme tel. Au contraire, leur pouvoir antithermique a été utilisé dans certaines pyrexies, notamment la fièvre typhoïde, et dans la fièvre des tuberculeux (Jaccoud, S. Bernheim). Dans ce dernier cas, ils se sont montrés presque aussi inefficaces que la plupart des antipyrétiques expérimentés.

Cette action sur la sécrétion biliaire et la fièvre l'ont fait préconiser dans le traitement du *vomito negro*, où ils auraient donné quelques succès entre les mains de Domingo Freire.

L'opportunité de la voie hypodermique pour l'acide salicylique et le salicylate de soude peut être discutée. Si d'une part les troubles gastriques résultant de l'administration prolongée de ces médicaments peuvent être ainsi prévenus, il n'est pas démontré que l'on puisse compter d'une façon aussi complète sur l'injection que sur l'ingestion. Il y a là des conditions toutes spéciales d'absorption, réalisées par la muqueuse gastrique, qui paraissent être plus favorables que celles que présente le tissu cellulaire sous-cutané. Au surplus, les rhumatisants présentent une hyperesthésie telle du tégument externe qu'il es

difficile de répéter les piqûres. Et l'on sait que la médication salicylée doit être prescrite à doses fractionnées si l'on veut éviter des accidents de collapsus cardiaque. D'autre part, l'injection, indépendamment de la sensibilité particulière des malades que nous avons visés, est très douloureuse, spécialement l'injection d'acide salicylique. Il en résulte une série de difficultés pratiques qui semblent restreindre singulièrement les indications de l'emploi hypodermique de ces substances. En tous cas, devrait-on s'adresser de préférence au salicylate de soude. Enfin rappelons qu'il ne faut pas continuer longtemps l'administration de doses élevées, car il faut craindre l'accumulation toujours possible.

Dose usuelle. — a) *Acide salicylique.— Chez l'enfant* : inusité.— *Chez l'adulte* : 20 à 25 centigrammes par injection ; 1 à 2 grammes par jour. La dose de 2 grammes implique une surveillance exacte de l'élimination urinaire, car en cas d'insuffisance de l'émonctoire rénal, elle pourrait amener des accidents.

b) *Salicylate de soude.— Chez l'enfant* de 2 à 5 ans : 10 centigrammes par injection jusqu'à 40 centigrammes par jour; de 5 à 10 ans, 20 centigrammes par injection jusqu'à 1 gramme par jour; de 10 à 20 ans, 30 centigrammes par injection jusqu'à 2 et 4 grammes.— *Chez l'adulte* : 1 gramme par injection jusqu'à 6 et 8 grammes par jour.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats* : L'injection d'acide salicylique est fort douloureuse; la sensation de tension persiste longtemps, les indurations locales sont fréquentes. L'injection de salicylate de soude est moins douloureuse surtout si elle est peu concentrée et si sa température atteint 38°.

b) *Eloignés* : L'élimination de l'acide salicylique comme du salicylate de soude débute rapidement : quelques minutes à une demi-heure après l'injection, on retrouve la réaction caractéristique dans l'urine. Puis cette élimination se ralentit pour devenir nulle au bout de 2 à 3 heures, sans pour cela que l'organisme se soit débarrassé de la totalité du sel injecté. On note le plus souvent une élévation assez marquée de la diurèse; il y a de la congestion de l'appareil génito-urinaire, des mictions fréquentes. L'urine excrétée est plus riche en matériaux solides; le coefficient uro-toxique est notablement relevé. Quant aux sueurs, elles sont provoquées abondamment chez les fébricitants, mais diminuées chez les rhumatisants et chez quelques tuberculeux. Notons enfin l'action emménagogue très certaine du salicylate de soude qui en doit faire proscrire l'emploi chez les femmes enceintes.

L'abaissement thermique est la règle : il paraît être d'un degré en une heure avec 2 grammes de salicylate de soude, 1 gr. 50 d'acide salicylique.

FORMULES

Acide salicylique.

Acide salicylique. . . . . 2 gr.
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
Alcool . . . . 6 gr.
Glycérine neutre . . . . 4 gr.
2 centimètres cubes.

Acide salicylique. . . . . 1 gr. 50
Ether sulfurique. . . . . 3 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée . . . 10 gr. 50
2 à 4 centimètres cubes.

(Bernheim.)

Salicylate de soude.

Salicylate de soude . . . . 1 gr.
Eau stérilisée . . . . 4 c. cubes.
pour une injection.

(Domingo-Freire.)

Salicylate de soude . . . . } ââ 10 gr.
Eau stérilisée chaude . . . . . . }
2 à 4 centimètres cubes.

(Jaccoud.)

Salicylate de soude. . . . . 2 gr. 50
Eau stérilisée . . . . 10 gr.
4 centimètres cubes. (Formule recommandée.)

Association. — Le salicylate de soude a été associé à la caféine dont il augmente la solubilité dans l'eau et à laquelle il ajoute son action spécifique antirhumatismale; cette association paraît indiquée dans le traitement de l'endocardite rhumatismale; elle est au contraire contre-indiquée dans la péricardite ou la pleurésie avec épanchement, d'origine rhumatismale.

FORMULE

Caféine. . . . . 2 gr. 50
Salicylate de soude. . . . . 4 gr.
Eau stérilisée Q. s. p. 20 centimètres cubes.
2 à 4 centimètres cubes.

Une autre association assez recommandable est l'association à l'antipyrine. Elle donne des résultats excellents dans les formes subaiguës, sans élévation thermique notable (38° à 38°5) et d'une façon générale dans le traitement des algies rhumatismales.

FORMULE

Antipyrine . . . . } ââ 5 gr.
Salicylate de soude . . . . }
Eau stérilisée Q. s. p. 20 centimètres cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Question de responsabilité médicale.

Il y a quelques jours (n° 6), nous reproduisions un jugement rendu par le tribunal correctionnel de Bordeaux. Il s'agissait d'un médecin ayant prescrit des crayons au sublimé sans indiquer la dose exacte de bichlorure de mercure que devait renfermer chaque crayon. L'élève en pharmacie chargé de la préparation fabriqua des crayons dosés à 2 grammes et le médecin les accepta, en fit usage, et détermina des accidents d'empoisonnement qui nécessitèrent un long traitement consécutif.

La malade ayant guéri, le médecin, le pharmacien responsable et l'élève en pharmacie, furent cependant condamnés tous trois; et la peine infligée au médecin fut double de celle que durent subir le pharmacien et son élève.

Il nous semble toutefois que les plus coupables étaient d'abord l'élève en pharmacie qui prit sur lui d'interpréter une formule sans consulter aucun ouvrage, aucun codex, sans demander l'avis de son patron, sans en référer au médecin pour supplément d'information, puis le pharmacien responsable de ce qui se fait dans son officine et obligé légalement à transcrire sur un registre les formules qu'il exécute. S'il avait rempli son devoir, le médecin aurait été consulté et aurait sans doute indiqué d'autres doses.

Celui-ci d'ailleurs, on ne peut le nier, s'est rendu coupable d'inadvertance en se servant d'un médicament toxique sans se préoccuper de la composition. Toutefois sa responsabilité nous paraît moindre que celle des pharmaciens qui ont pris sur eux de préparer, contrairement à toutes les règles de l'art, des crayons manifestement toxiques.

Voici un autre jugement. Celui-ci mérite, au contraire, d'être cité comme exemple. Le Dr Aubert, en effet, a eu la bonne fortune d'avoir affaire à un magistrat éclairé, qui n'a pas craint de demander à une expertise contra-

dictoire l'appréciation de faits qui échappaient à sa compétence. Qu'arriverait-il, en effet, si les malades se considéraient comme lésés toutes les fois qu'un traitement, institué par un médecin consciencieux, n'aurait pas réussi et si les tribunaux leur accordaient des dommages-intérêts? Comme l'a dit excellemment le juge de paix d'Alger, l'exercice de la médecine n'aurait plus de raison d'être.

Nous reproduisons donc ce jugement parce qu'il démontre l'utilité et l'importance d'une expertise contradictoire dans tous les cas où la religion du juge ne peut être fixée que par l'avis des experts. Puisse l'exemple donné par M. Paul Hourie, juge à Alger, être suivi par tous les magistrats de France. Cette expertise contradictoire, faite par des médecins éclairés, remplacerait avec avantage dans tous les cas de litige judiciaire les Conseils de l'Ordre si difficiles à organiser.

Voici ce jugement :

Attendu que par exploit de Me Prunelle, huissier à Alger, du 8 février dernier, le Dr Aubert a fait citer devant nous, les époux B... en paiement de la somme de 90 francs, montant d'honoraires à lui dûs, pour soins donnés à la défenderesse en mai, juin et juillet 1896;

Que les époux B... ont formé une demande reconventionnelle en paiement de la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts;

Qu'ils ont soutenu, à l'appui de leur demande, que le Dr Aubert avait été chargé de soigner la dame B..., atteinte d'une maladie des fosses nasales et lui avait inoculé le sérum de la diphthérie;

Que, d'après eux, la santé de la demanderesse en avait été ébranlée et qu'en prescrivant un tel traitement, Aubert avait commis une faute lourde, engageant sa responsabilité.

Attendu que les parties se sont présentées devant nous le 25 mars dernier, et nous ont déclaré proroger d'un commun accord notre compétence pour qu'il fût statué par nous en dernier ressort, tant sur la demande principale que sur la demande reconventionnelle; que nous leur avons donné acte de leur déclaration;

Que, l'affaire étant revenue à l'audience, les parties ont conclu à une expertise que nous avons ordonnée; que le Dr Aubert a désigné comme expert le Dr Moreau, les époux B... le Dr Frison, et que nous avons, de notre côté, choisi comme tiers expert le Dr Bruch, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger;

Que ces experts ont été dispensés du serment par les parties;

Que par jugement en date du 30 mars dernier, nous avons défini la mission des experts, les chargeant notamment de nous dire si en appliquant le sérum antidiphthérique aux maladies des fosses nasales, le Dr Aubert avait commis une faute caractérisée, fait preuve d'imprudence, ou tenté un de ces essais hasardés, téméraires, qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait;

Que les experts ont procédé à la mission qui leur était confiée et dressé leur rapport;

Qu'il résulte de ce rapport, que l'ozène dont la dame B... est atteinte est une maladie des fosses nasales rebelle à tout traitement; qu'on a été amené, en ces derniers temps, à appliquer à cette affection, qui paraît avoir un lien de parenté avec la diphthérie, le sérum découvert par le Dr Roux; que les résultats obtenus par cette méthode ont même, paraît-il, été encourageants;

Que dès lors, en pratiquant sur la dame B... des injections de sérum antidiphthérique, le Dr Aubert n'a pas commis de faute lourde, ni fait preuve d'imprudence en tentant un de ces essais hasardeux qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait;

Qu'ainsi, le rapport conclut que les injections de sérum étaient indiquées, qu'elles étaient suffisamment justifiées par les succès qu'ont obtenu des praticiens autorisés; qu'elles avaient été acceptées par la dame B..., et que, d'ailleurs, le mal dont cette dame était atteinte n'avait été ni atténué, ni aggravé par le traitement;

Que, dans ces conditions, le Dr Aubert a formé une demande additionnelle en paiement de la somme de 1 francs à titre de dommages-intérêts;

Attendu qu'en principe, le médecin exerce sa profession en vertu des droits que lui confère la loi et doit agir en pleine indépendance, suivant ses lumières et sa conscience;

Que, néanmoins, dans la pratique de son art, il s'est soumis à la responsabilité générale édictée par les articles 1882 et 1883 du Code civil;

Qu'il ne nous appartient pas de trancher des questions d'ordre scientifique, d'apprécier des méthodes, de nous faire juge de l'opportunité d'un traitement et que les questions purement techniques échappent à notre compétence;

Mais que nous pouvons rechercher s'il y a, de la part du médecin, négligence caractérisée, oubli des précautions que la prudence commande, des règles admises partout comme certaines;

Que c'est en nous plaçant dans cet ordre d'idée, que nous devons trancher la question;

Qu'il est établi, par le rapport, que non seulement le Dr Aubert n'a commis aucune faute personnelle, ne s'est en rien écarté des règles que dictent la prudence et les notions générales de la science, mais, qu'au contraire, il a judicieusement appliqué à une maladie rebelle, un remède qui, par analogie, était indiqué;

Qu'ainsi, le Dr Aubert ne tombe pas sous le coup des articles 1382 et 1383 du Code civil;

Qu'au surplus, l'exercice de la médecine n'aurait plus de raison d'être, si les médecins n'avaient qu'à se croiser les bras dans les cas extrêmes et s'il ne leur était permis de rien essayer;

Qu'il faut leur reconnaître ce droit, du moment où, comme Aubert, ils ne se départissent pas des règles que dictent le bon sens et la prudence, si, comme Aubert, ils ne poursuivent d'autre but que la guérison du malade, et ne se livrent pas à ces essais téméraires que réprouveraient tous les praticiens expérimentés;

Qu'en réclamant une somme aussi minime, Aubert a voulu simplement affirmer l'indépendance du médecin dans la pratique consciencieuse de son art; que nous devons, en conséquence, faire droit à sa demande principale en paiement d'honoraires et à sa demande additionnelle en dommages-intérêts;

Que par contre, la demande reconventionnelle formée par les époux B..., n'est pas justifiée et doit être écartée.

En ce qui concerne les délais demandés par les époux B... :

Attendu qu'Aubert ne s'oppose pas à ce qu'ils soient accordés; et qu'il y a lieu de leur permettre de se libérer par paiements mensuels de 30 francs;

Par ces motifs,

Condamnons les époux B... à payer à Aubert la somme de 90 francs, montant des honoraires que ce dernier leur réclame;

Déboutons les époux B... de leur demande reconventionnelle;

Les condamnons à payer à Aubert, la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts;

Disons qu'ils se libéreront du montant des condamnations prononcées contre eux par le paiement d'une somme de 30 francs par mois, à partir du 1er décembre prochain.

Certificats médicaux de complaisance.

Il y a dix-huit mois, nous avons fait connaître un jugement de la cinquième Chambre du tribunal civil de la Seine portant qu'un certificat médical devait être rédigé sur la constatation personnelle du médecin.

La sixième Chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement disant que commet un quasi-délit le médecin qui, dans un certificat de complaisance, constate l'existence de lésions graves devant entraîner une longue incapacité de travail, alors qu'en réalité il n'y a eu qu'une très légère contusion. Par suite, si ce certificat a contribué à déterminer une Compagnie d'assurances à remettre une indemnité à un tiers, le médecin est passible de dommages-intérêts envers cette Compagnie.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Péritonite tuberculeuse. Occlusion intestinale. Laparotomie. Section complète de l'intestin. Mort. Autopsie.

Par P. Audion,

Interne des hôpitaux.

Le 29 avril 1897 dans l'après-midi, entre à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Josias, Marie D..., âgée de 14 ans, enfant d'apparence chétive.

Notre attention est tout de suite attirée du côté de l'abdomen par l'enfant elle-même, qui accuse des douleurs vives dans le ventre; le nez est pincé, les yeux légèrement excavés et cerclés de noir, la langue sèche, la respiration fréquente. L'abdomen est un peu ballonné, douloureux dans toute son étendue, spontanément et à la palpation, surtout dans la fosse iliaque gauche. Les deux fosses iliaques sont mates à la percussion. Température 37°, pouls 140. L'enfant a des nausées et nous apprenons qu'il y a des vomissements depuis 3 jours.

Il n'y a pas eu de selle depuis la veille.

Nous interrogeons la famille : la petite malade n'a jamais eu de maladies aiguës, mais a toujours été d'une santé délicate, comme ses frère et sœur qui sont en ce moment à la campagne (anémie, peut-être affection pulmonaire). Le père et la mère sont morts de maladie de poitrine.

Depuis plusieurs années l'enfant se plaint fréquemment du ventre et on ajoute que ces douleurs ont commencé en 1892 : à cette époque la malade aurait été opérée à Trousseau d'un abcès au niveau des organes génitaux (?).

Depuis plusieurs mois elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation, et l'appétit fait défaut, mais l'état général en souffre peu.

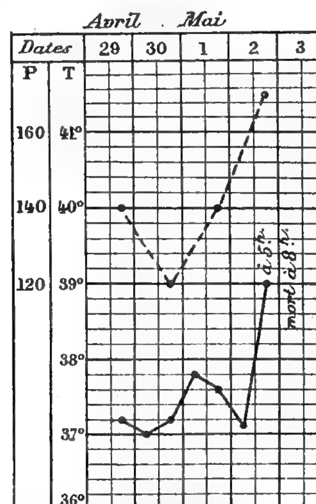
Trois jours avant l'entrée dans notre salle, le 26 avril, les douleurs abdominales ont augmenté assez brusquement et, dans la nuit, sont survenus des vomissements alimentaires abondants.

Le 27, intolérance gastrique absolue et vomissements continuels, glaireux et bilieux.

Le 28 même état, douleurs abdominales, une selle noire liquide (mélæna?).

Le 29 l'enfant entre à l'hôpital n'ayant gardé aucun aliment depuis 2 jours. Nous avons décrit son état; ajoutons que le 26 elle aurait été prise subitement d'un accès d'oppression et d'un point de côté à gauche : aujourd'hui chaque inspiration éveille encore de la douleur au niveau des dernières côtes gauches, et on entend des frottements pleuraux sur la ligne axillaire gauche.

Dans la soirée et la nuit les vomissements continuent; pas de



selle. L'enfant a été mise à la diète lactée, avec cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 30 matin : douleurs abdominales généralisées, plus intenses dans les flancs; vomissements alimentaires et bilieux. Pouls 104. Traces d'albumine dans les urines.

M. le Dr Josias porte le diagnostic d'entérite tuberculeuse assez ancienne et de péritonite tuberculeuse par propagation récente.

Traitement : lait glacé, eau de Seltz et sirop de groseilles Collodion riciné sur l'abdomen. Sirop de morphine 15 grammes dans un julep.

Le soir : à 5 h. 1/2 le pouls est à 120, il est petit, la température est à 37°; mais l'enfant est très abattue, et nous apprenons que, depuis 1 heure de l'après-midi, les vomissements sont devenus fécaloïdes, on nous les montre.

L'abdomen est ballonné, très douloureux, particulièrement dans la fosse iliaque gauche et le long du côlon descendant.

M. le Dr Broca, appelé, diagnostique une péritonite tuberculeuse avec occlusion intestinale, et opère la malade le soir à 8 heures.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; pendant le lavage de la peau on entend un clapotement intestinal anormal. A l'incision du péritoine, il s'écoule un peu de liquide clair, citrin, ascitique.

L'épiploon présente dans son épaisseur des granulations tuberculeuses.

Les anses intestinales sont rouges, violacées, distendues. Le mésentère épaissi présente des granulations tuberculeuses dans son épaisseur et aussi des ganglions hypertrophiés.

En dévidant l'intestin on arrive à une bride épiploïque qui le comprime en un point : là siège probablement l'occlusion car les anses intestinales sont affaissées au-dessous du point comprimé; l'intestin n'est pas sphacélé sous la bride. On coupe la bride entre deux ligatures. Plus bas, on trouve en plusieurs endroits des adhérences d'anse à anse et d'une anse à la paroi abdominale, adhérences qui produisent des coudures plus ou moins prononcées.

L'exploration du petit bassin montre des adhérences nombreuses réduisant la partie terminale de l'intestin grêle, le cæcum et l'S iliaque en un magma assez compact qui est en partie et avec précaution dissocié par la main du chirurgien.

Surget au catgut en trois plans pour fermer le péritoine, la paroi musculaire et la peau.

Le 1er mai : matin : la nuit a été assez bonne, à 4 heures du matin, une selle diarrhéique, 3 autres selles liquides dans la journée.

Le soir : pouls 140. Pas de vomissements, champagne et todd pour toute alimentation.

Le 2 mai : matin : l'enfant est assez bien, éveillée, sans agitation. Le pouls est fréquent, mais assez plein, pas de vomissements, selles moins liquides; *le soir*, à 3 heures, l'enfant est prise brusquement de vomissements; 2 heures après, son état est très grave et contraste avec l'impression satisfaisante que nous avions eue le matin : faciès grippé, sueurs froides, refroidissement des extrémités, oppressions; l'enfant est agitée, se plaint, le pouls est incomptable, la température s'élève à 39°. Ce brusque changement survenu au milieu de la journée ne laisse aucun espoir, l'état de la malade va s'aggravant d'heure en heure et elle meurt à 8 h. 1/2 du soir.

Autopsie, le 4 mai.

A l'ouverture de l'abdomen un exsudat fibrino-purulent s'écoule.

L'épiploon est très congestionné, rétracté, farci de granulations. Les anses intestinales auxquelles il adhère sont agglutinées entre elles par des néo-membranes.

Le mésentère est rétracté, épaissi, infiltré de masses ganglionnaires caséeuses.

En décollant les anses intestinales, on trouve dans l'hypochondre gauche quelques gouttes de pus bien lié, enkysté entre des fausses membranes péritonéales, au voisinage de l'angle duodéno-jéjunal.

On dévide ensuite l'intestin : on note chemin faisant de nombreuses coudures et compressions, mais jusque là il n'y a pas de perforation intestinale.

Enfin, dans la fosse iliaque gauche, l'intestin grêle, à environ un mètre au-dessus de la valvule iléo-cæcale, est sectionné complètement : les deux bouts ne sont plus maintenus au voisinage l'un de l'autre que par le mésentère : à ce niveau les matières fécales se sont répandues dans le péritoine, et ont fusé avec le pus dans le petit bassin.

La dissection des organes du petit bassin a été considérée comme impossible, vu l'abondance des adhérences et la putréfaction des exsudats.

Réflexions. — N'ayant pas trouvé de pus dans la grande cavité péritonéale lors de l'opération, ni de sphacèle de l'intestin, on pouvait espérer sinon une guérison, de la maladie causale, du moins une survie aux accidents aigus d'occlusion. La malade allait à la selle, les vomissements avaient cessé, l'état général était satisfaisant.

Brusquement, au milieu du second jour, la situation change, et l'enfant qui semblait, quelques heures auparavant, devoir guérir, est enlevée le soir même avec les signes d'une péritonite suraiguë par perforation.

Sans aucune doute, la section de l'intestin observée à l'autopsie a dû se produire à ce moment précis où l'enfant a été prise de nausées et de vomissements, vers 3 heures, le 2 mai.

La pathogénie de cette section est difficile à élucider : au niveau de la solution de continuité l'intestin paraissait sphacélé : mais, en raison de son altération avancée, nous ne pouvons dire s'il y a eu coudure ou compression et sphacèle, ou rupture au niveau d'une ulcération tuberculeuse à la faveur d'un mouvement brusque de l'enfant, d'un mouvement péristaltique un peu violent de l'intestin.

Quoiqu'il en soit c'est cette rupture intestinale qui a déjoué les ressources de l'art et c'est elle qui nous a paru rendre cette observation intéressante.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er Février 1898.

Indications du vésicatoire.

M. Hervieu revient sur la communication de M. Robin pour signaler les services que les vésicatoires et les ventouses scarifiées lui ont rendu dans le traitement de la péritonite puerpérale et de ses complications.

La cirrhose dans le département de l'Yonne.

M. Rocher communique au nom de 14 de ses collègues et au sien les résultats de leur enquête sur la fréquence de la cirrhose dans le département de l'Yonne.

Il résulte de cette enquête que la cirrhose ne s'observe pas ni chez les paysans qui boivent du cidre et de l'eau-de-vie de marc, ni chez les ouvriers qui boivent du vin et quelquefois de l'eau-de-vie, ni chez les commerçants qui boivent du vin et des liqueurs de qualité supérieure. La cirrhose s'observe par contre 10 fois sur 11 chez les artisans et les petits commerçants qui prennent souvent des apéritifs. Il s'en suit donc que la cirrhose veineuse est tout à fait exceptionnelle.

Des greffes d'os vivants.

M. Ricard aborde a nouveau cette question : 1° pour compléter la description d'un fait curieux dont il a donné la description à cette tribune en 1891 ; et 2° pour apporter la relation d'un deuxième fait, non moins intéressant à différents égards.

Le premier se rapporte à une femme de 40 ans, opérée par M. Ricard, le 15 avril 1891, d'un ostéo-sarcome de l'os frontal, dont l'extirpation nécessita une large brèche osseuse mettant à découvert les méninges. Cette brèche fut comblée séance tenante, par l'os coxal d'un chien sacrifié au même moment et dont le bassin fut extirpé avec tous les soins mis aux opérations chirurgicales courantes. La greffe réussit parfaitement.

En 1896, 5 ans après l'opération, la malade se présentait à la consultation de la Salpêtrière pour des tumeurs multiples des os, existant principalement sur le squelette des membres supérieurs. Il s'agissait évidemment d'une généralisation sarcomateuse, mais localement la récidive ne s'était pas produite. Ainsi l'exérèse d'une tumeur maligne du crâne a été possible et la perte de substance a pu être comblée par une greffe hétéroplastique qui a persisté jusqu'à la mort de la malade. Il est intéressant d'enregistrer l'absence absolue de récidive locale, pour une tumeur aussi maligne que l'ostéosarcome, et l'absence de généralisation pendant plus de 5 années : résultat qui n'est pas commun dans la thérapeutique des ostéosarcomes et, en particulier, des ostéosarcomes crâniens.

Dans le deuxième fait il s'agit cette fois d'une *greffe autoplastique*, c'est-à-dire empruntée au sujet lui-même.

Une jeune femme de 28 ans était atteinte, depuis les premières années de sa vie, d'une déformation nasale comme sous le nom de « nez en lorgnette ». Deux fois elle fut opérée sans succès par un chirurgien, par l'implantation intercutanéo-muqueuse d'un trépied en platine.

Lorsque M. Ricard vit la malade, elle avait donc eu déjà deux dissections de toute la peau nasale et deux ulcérations médianes consécutives ayant altéré la vitalité des téguments du nez. Dans une première séance il enleva le trépied métallique encore solidement implanté et attendit la guérison des trajets d'implantation. Lorsque tout fut cicatrisé, il intervint, de la façon suivante :

Il incisa sur la ligne médiane les téguments du nez depuis le front jusqu'au lobule médian; il disséqua ensuite en détachant la peau de la muqueuse, mais en ayant grand soin de respecter celle-ci, et la gouttière longitudinale et médiane ainsi formée et occupant toute la hauteur du nez déformé, et la brèche ainsi formée fut comblée par le quatrième métatarsien qu'on enleva séance tenante à la malade, et qui fut taillé d'une façon appropriée.

On réunit par une suture minutieuse au crin de Florence les téguments du nez au-devant de la greffe osseuse, et on appliqua par-dessus un pansement aseptique légèrement compressif. La réunion fut parfaite, et le nez restauré dans une forme des plus satisfaisantes. Cinq mois après, la malade revint à l'hôpital et on constata la persistance de la restauration ; la tige osseuse conservait sa solidité. Ce résultat persiste encore actuellement 18 mois après l'opération. La greffe osseuse s'est complètement résorbée; à sa place existe un épaississement fibreux élastique, rendant le nez mobile et souple, mais la déformation s'était maintenue corrigée, à tel point que la malade peut être considérée comme ayant un nez d'aspect absolument normal.

Mode de réparation des cavités closes.

MM. Cornil et **Carnot** communiquent une nouvelle série de recherches qui, cette fois, ont été faites sur la vessie des chiens.

Ces expériences ont consisté tout d'abord à étrangler la vessie par son milieu à l'aide d'un fil de catgut, et à pratiquer une incision sur la paroi postérieure ainsi que sur la paroi postérieure de cet organe. Ces deux plaies furent obturées par de l'épiploon et lorsqu'au bout de plusieurs jours on a sacrifié les animaux, on a pu constater que la réparation de la vessie était complète.

Dans une autre série d'expériences, MM. Cornil et Carnot ont réséqué la partie supérieure de la vessie étranglée par son milieu, comme dans les expériences précédentes, et remplacé la calotte réséqué par de l'épiploon qui fut fixé à la plaie par six points de suture. L'animal a été sacrifié au bout de huit jours, et l'autopsie a montré que la vessie était surmontée d'une tumeur avec laquelle elle communiquait, et qu'elle était en voie de se réparer aux dépens du grand épiploon.

M. Chipault fait : 1° une communication sur le traitement de l'épilepsie par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique; 2° une communication sur le traitement des scolioses par l'immobilisation.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Janvier 1898.

Traitement du lymphatisme.

M. Huchard a vu beaucoup d'adénoïdiens qui n'avaient les attributs ni du lymphatisme, ni de la scrofule; inversement, il a rencontré des scrofuleux dont le nasopharynx était normal. La formule de M. Gallois n'est donc pas acceptable et l'on peut dire que l'adénoïdisme et la scrofule sont deux états totalement différents, qui peuvent exister ensemble, mais qui ne s'entraînent pas nécessairement.

A côté de l'adénoïdisme chronique, avec ses troubles particuliers et son allure insidieuse spéciale, prend place l'adénoïdisme aigu, autrement dit, une infection aiguë ou suraiguë à point de départ naso-pharyngien.

M. Huchard relate, à ce propos, une intéressante observation de jeune enfant pris subitement de phénomènes fébriles intenses, avec odeur fétide de l'haleine, sans manifestations pharyngées apparentes; le lendemain l'infection est plus intense encore, des ecchymoses sous-conjonctivales sont survenues, il est apparu un œdème accusé de toute la face, la situation paraît grave; aucune localisation ne peut être trouvée malgré plusieurs examens minutieux. L'enfant ayant eu des accès de faux croup et conservant la voix un peu rauque, on se demandait si le bacille de Löffler n'était pas la cause des accidents, quand les phénomènes inquiétants s'amendèrent et rapidement disparurent. L'examen du naso-pharynx pratiqué par M. Lermoyez à ce moment révéla l'existence d'adénoïdes très peu développées; il n'est point douteux que toutes les manifestations morbides n'aient eu pour origine une infection partie de là.

Des gelées à l'agar-agar dans la thérapeutique dermatologique en particulier.

M. Paul Gallois a eu l'idée d'utiliser la gélose ou agar-agar dans la thérapeutique dermatologique pour maintenir appliqués, sur la peau, des médicaments s'incorporant difficilement dans l'axonge ou la vaseline. La formule qu'il emploie habituellement, dans le traitement de l'érysipèle en particulier, est la suivante :

Eau		100 gr.
Gélose		1 gr.
Sublimé	} àà	0 gr. 10
Acide tartrique		

La gelée est facile à réussir par le pharmacien. Le malade en prend des fragments et les écrase sur la face aux régions occupées par l'érysipèle. La gelée ainsi étalée en couche mince se sèche assez rapidement. On peut renouveler les applications plusieurs fois par jour sans difficulté.

Le grand avantage de ce procédé c'est sa propreté. Les compresses d'eau de sureau, autrefois employées, tachaient le linge et étaient difficiles à maintenir en place, la nuit surtout. Le jour elles étaient incommodes pour le malade. Il en est de même de toutes applications liquides sur compresses qui ont été utilisées dans le même but. Quant aux pommades, elles ne sont pas beaucoup plus pratiques. En outre, elles ont pour le malade un petit inconvénient, c'est qu'elles tiennent chaud à la peau, ce qui est souvent désagréable, pour les érysipélateux spécialement, qui ont déjà, du fait de leur maladie, une sensation de chaleur permanente. C'est là une remarque que Unna, d'ailleurs, a déjà faite à propos de la gélatine.

Mais les gelées à la gélatine ont un gros inconvénient, c'est que, une fois appliquées sur la peau, elles se rétractent d'une façon considérable, produisent des tiraillements très pénibles et souvent déterminent des fissures cutanées par arrachement. Les gelées à la gélose ne sont pas rétractiles et provoquent pas de semblables accidents.

Cette gelée au sublimé est encore employée par M. Gallois pour lubréfier les sondes uréthrales. Le revêtement mucilagineux dont elles sont ainsi recouvertes est sûrement antiseptique et possède l'avantage de ne pas dissoudre la gomme ou le caoutchouc dont sont faites les sondes. Dans l'emploi de cette gelée sur les sondes il y a un détail de pratique dont il est bon d'être prévenu. Il faut sonder le malade aussitôt après avoir enduit la cathéter, car si la gelée s'est séchée, elle colle légèrement au méat et pourrait faire croire à un rétrécissement. L'addition d'un peu de glycérine éviterait sans doute cet inconvénient.

La gelée au sublimé n'est pas la seule qu'on peut employer. M. Gallois a fait faire assez fréquemment des gelées à l'oxyde de zinc qui réussissent très bien, surtout dans les eczémas non suintants. Des substances, comme l'acide picrique, ne paraissent pas aptes à former gelée avec l'agar-agar parce qu'elles le précipitent en flocons.

L'application de la gelée d'agar est très facile; il est inutile de la chauffer préalablement, ce qui est nécessaire avec les colles à base de gélatine. L'enduit formé par la gelée d'agar à la surface de la peau a, en outre, cette propriété de résister, assez énergiquement, aux frottements et, par contre, de s'enlever avec la plus grande facilité par un simple lavage.

Traitement général de la tuberculose génito-urinaire.

M. Desnos. — L'hygiène occupe la première place; tous les malades qui sont placés dans de bonnes conditions climatériques obtiennent une amélioration; si l'on est en présence d'une forme congestive avec des tendances hémorrhagiques, le climat de haute altitude est plutôt défavorable; ce qui convient le mieux, c'est une cure d'air dans une campagne saine, bien abritée.

Le bord de la mer est indiqué quand la localisation principale se fait sur l'appareil génital; il donne des résultats funestes quand c'est l'appareil urinaire qui est pris essentiellement.

Les eaux arsenicales conviennent aux formes congestives.

Dans l'alimentation, on évitera toutes les substances capables d'irriter localement les voies urinaires, et on s'abstiendra de bière et de liqueurs. Le régime lacté est inutile et sans effet, (hors le cas de poussée aiguë de cystite).

La suralimentation donne de bons résultats. Au point de vue thérapeutique, la créosote et le gaïacol sont les meilleurs médicaments à conseiller.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 Janvier 1898.

De l'anémie séreuse.

MM. Gilbert et **Garnier** proposent de désigner sous le nom d'anémie séreuse, l'état particulier de l'organisme succédant à la soustraction rapide d'une grande quantité de sérum sanguin, condition qui se trouve réalisée dans la ponction de l'ascite dans la cirrhose. L'anémie séreuse aiguë qui succède immédiatement à la paracentèse, et qui est due à la reproduction rapide de l'ascite, se caractérise hématologiquement par une hyperglobulie relative. Dans 7 cas où les variations du chiffre des globules ont été suivies avant la ponction et dans les jours qui suivent, chez 3 malades différents les auteurs ont toujours trouvé une augmentation dans le chiffre des globules rouges le lendemain de la ponction, augmentation pouvant aller jusqu'à 1 ou 2 millions.

Cette hyperglobulie est transitoire et varie suivant certaines circonstances, notamment les hémorrhagies pouvant se produire par diverses voies.

L'anémie séreuse chronique, déterminée par les ponctions successives et rapprochées, est due à la déperdition en matières albuminoïdes qui partent dans le liquide ascitique; c'est un état cachectique spécial qui peut conduire à la mort; elle représente une des façons de mourir des cirrhotiques.

Le tétragène dans les angines.

M. Apert communique plusieurs observations d'angines dans lesquelles l'examen direct et les cultures ont montré la présence de micrococcus tetragenes; il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le tétragène, que l'on trouve quelquefois dans les gorges normales comme hôte inoffensif, peut, dans certains cas, acquérir de la virulence et donner lieu à des angines.

2° Dans certains cas d'angine à tétragène pur, l'aspect de la gorge est spécial. L'exsudat est formé de très petits points isolés sur fond rouge, couvrant le pharynx, le voile du palais et les piliers, répandus comme des grains de sable. M. Dieulafoy a caractérisé cette angine par le nom d'angine sableuse.

3° D'autres fois, le tétragène est associé à d'autres microbes; l'angine avait alors un aspect n'offrant rien de particulier; dans ces cas, tantôt le tétragène était très virulent (tuant la souris en 24 heures), il est permis alors de supposer qu'il a contribué à causer l'angine; tantôt il n'est pas virulent, on peut croire qu'il existe alors comme hôte inoffensif au même titre que dans certaines gorges normales.

4° Dans les cas observés, l'angine à tétragènes s'est toujours accompagnée de manifestations morbides. Du côté de la plèvre, elles précèdent souvent l'angine.

Étude d'un cas d'acromégalie à l'aide de rayons de Röntgen.

MM. Gilbert, Garnier et **Poupinel** présentent des radiographies d'un acromégalique du type massif. Au niveau des mains et l'écartement en éventail des métacarpiens, l'augmentation énorme des épiphyses et des irrégularités osseuses des extrémités des phalangines et des phalangettes. Aux pieds les lésions sont les mêmes. On y voit de plus la diminution de l'opacité aux rayons Röntgen de l'extrémité antérieure des métatarsiens, révélant une altération anatomique du tissu osseux à ce niveau. Enfin, sur l'épreuve du thorax on voit une ombre surmontant l'ombre du cœur et qui paraît être le thymus hypertrophié.

Sur un nouveau streptothrix fréquemment isolé du vaccin de génisse.

MM. Sabrazès et **Joly** (de Bordeaux). — Lorsqu'on pratique, pendant la saison estivale, des ensemencements de pulpe vaccinale fraîche prélevée sur génisse, on isole, entre autres microbes secondaires, un streptothrix dont la fréquence est telle que sur 20 récoltes dont le produit a été mis en culture, sur la demande de M. le professeur Layet, 6 fois ce champignon s'est développé. Des colonies de ce même streptothrix ont été obtenues en laissant au contact de la gélose des mouches prises sur la peau d'une génisse vaccinifère. Si on transporte sur les milieux nutritifs la pulpe vaccinale incorporée depuis un temps variable à parties égales de glycérine neutre on sait que le nombre des divers microorganismes associés au virus-vaccin diminue progressivement; la culture de notre streptothrix est restée positive, dans ces conditions, 6 fois sur 43 ensemencements.

Les cultures initiales ont l'aspect d'îlots blancs, crayeux, plats, arrondis, avec bordure concentrique parfois craquelée et avec petit bouton ou godet central. La face profonde est jaune brunâtre. L'examen microscopique montre un mycélium fin, très onduleux, enchevêtré, ramifié, non segmenté, supportant des filaments qui par leur extrémité libre émettent des spores ronds dont le diamètre d'excède pas 1,20. Ce champignon, strictement aérobie, se développe à la température de 15° à 40°, l'optimum est à 37°, il pousse sur les milieux solides sous forme d'une membrane tourmentée, poudrée de blanc (sauf sur gélose glycérinée), exhalant une forte odeur de moisi. Sur les milieux liquides la croissance se fait surtout en surface. Dans le lait il se nourrit aux dépens de la caséine et du beurre et n'attaque que très faiblement la lactose. Il liquéfie la gélatine et le sérum sanguin coagulé. Il couvre la pomme de terre d'une végétation d'aspect plâtreux et la pigmente en brun verdâtre. Il fait virer la patate douce à la teinte vert glauque.

La patate douce, en raison de sa richesse en sucre, convient admirablement à la culture de la plupart des hyphomycètes. Crue, elle contient une oxydase qu'il est facile de mettre en évidence à l'aide de la teinture de gaïac ou d'une solution à 1/100 de gaïacol additionnée d'une trace d'eau oxygénée (Dupouy). Cuite, elle contient une substance qui vire au vert quand on y cultive notre champignon. Le streptothrix d'Eppinger qui forme sur patate des colonies rouge brique provoque aussi un verdissement intense de ce milieu.

Ce streptothrix peut vivre aussi sur paille humide et à la surface des feuilles de chêne. Les spores ne résistent pas à un chauffage de 75° pendant un quart d'heure. Son mode de fructification conidienne est celui des oospora, le mycélium et les spores se colorent par la méthode de Gram et conservent la couleur rouge de la fuchsine phéniquée de Ziehl après l'action de l'acide sulfurique au 1/5 ou du chlorhydrate d'aniline à 2/100 associé à l'alcool absolu.

L'optimum de croissance à 57°, la propriété de peptoniser les matières albuminoïdes plaident en faveur de la possibilité d'une adaptation parasitaire de ce champignon. Nous verrons si de saprophyte on peut l'élever à la dignité de pathogène.

Paralysie réflexe du deltoïde avec déplacement secondaire passif de l'humérus.

M. Mally. — Certaines paralysies du deltoïde consécutives à une luxation de l'épaule entraînent un déplacement permanent de l'humérus en bas (déplacement secondaire passif de M. Hennequin).

Ces paralysies sont de nature réflexe; elles comportent une altération organique des cellules de la corne antérieure, altérations constatées par M. Klippel en 1888.

L'exploration électrique est d'un secours précieux pour distinguer ces paralysies réflexes, des névrites traumatiques.

Enfin la lésion médullaire explique la formation de la laxité articulaire. Cette laxité articulaire n'accompagne jamais les paralysies du deltoïde creusées par une lésion du nerf axillaire.

Endocardite végétante mitrale provoquée chez le lapin par inoculation intra-veineuse d'un cocco-bacille extrait de sang du rhumatisme articulaire aigu de l'homme. Bactériologie du rhumatisme aigu.

MM. Triboulet et **Coyon.** — Nous présentons le cœur d'un lapin mort d'asystolie aiguë au cours d'un état fébrile continu 20 jours après l'inoculation dans la veine d'une culture du cocco-bacille en points doubles déjà signalé par nous et que nous avons actuellement extrait de 11 cas de rhumatisme. Ce qui doit frapper avant tout c'est l'intensité des lésions de l'endocarde et leur similitude avec celles du rhumatisme articulaire aigu de l'homme. Comme elles les lésions expérimentales sont denses, fibreuses, nacrées, quasi élastiques, verruqueuses, non ulcéreuses. Ces lésions ont envahi tout le circuit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche au point de déterminer un rétrécissement mitral assez serré pour n'admettre que le passage d'une sonde canelée, aussi en est-il résulté une dilatation mécanique considérable du cœur, l'oreillette gauche en particulier est très augmentée de capacité et il y a nettement de l'hypertrophie musculaire. L'examen histo-bactériologique décèle la présence du diplocoque inoculé en abondance.

Nous signalons en outre la présence du liquide péricardique (2 cent. cubes) l'existence d'une pleurésie bilatérale (5 cent. cubes environ) tous ces liquides franchement séreux renferment des flocons de fibrine. Par contre, le péritoine, les séreuses articulaires étaient absolument indemnes.

La culture directe du sang, du foie, de la rate, de la moelle osseuse, du rein et du liquide céphalo rachidien ont fourni les cultures pures et typiques du cocco-bacille en points doubles, inoculé.

Nous n'apportons peut-être pas la démonstration entière du rôle pathogène exclusif de notre cocco-bacille en points doubles dans le rhumatisme articulaire puisque nous n'avons pas jusqu'ici, obtenu de manifestations articulaires identiques à la polyarthrite rhumatismale aiguë de l'homme, néanmoins il est à remarquer que notre microbe a reproduit toute une partie et non la moins importante du complexus rhumatismal. Fièvre et déterminations viscérales. En outre, il est à noter que ce microbe inoculé, même à doses massives, ne cause aucune suppuration bien qu'il existât dans tous les viscères, qu'il n'y a non plus aucune formation néoplasique quelconque, sauf les végétations endocardiques et qu'en tous ses points son histoire expérimentale vient calquer l'histoire clinique des déterminations viscérales du rhumatisme articulaire aigu franc.

M. Apert. — Dans deux cas de chorée avec endocardite, j'ai, sur la demande de M. Dieulafoy, ensemencé du sang dans deux tubes de lait anaérobies, selon le procédé de M. Thiroloix.

Dans un des cas, la culture est restée stérile; il s'agissait d'une chorée à son déclin. Dans le second cas où la chorée était en pleine activité, le lait de la culture s'est coagulé en 48 heures et l'examen microscopique a révélé la présence à l'état pur d'un diplocoque à grains ovoïdes, prenant le Gram. Un centimètre cube de culture, injecté à un cobaye, n'a produit qu'une induration locale.

Les caractères de ce microbe le rapprochent tout à fait de celui que M. Triboulet a trouvé dans 11 cas de rhumatisme articulaire aigu. Chez nos 2 malades les attaques de chorée avaient du reste alterné avec des attaques de rhumatisme articulaire aigu, mais, lors de l'ensemencement, il n'y avait plus eu de rhumatisme depuis plusieurs années.

Ponction du cœur contre les accidents de l'entrée de l'air dans les veines.

M. Bégouin (de Bordeaux). — Dans une première série d'expériences je me suis rendu compte que l'introduction de l'air dans certaines veines (la jugulaire) peut se faire *spontanément* et que cette entrée spontanée d'air est suffisante pour déterminer une mort très rapide par asphyxie. Si au lieu de laisser l'air entrer spontanément on l'insuffle dans la veine avec la bouche la mort est encore plus prompe. Au cours de ces expériences j'ai également acquis la conviction que la mort dans le cas de mort rapide était due à l'accumulation de l'air dans le ventricule droit qu'on trouvait à l'autopsie distendu et sonore. Aussi sur des chiens et des lapins qui après insufflation d'air dans les veines étaient exposés à des accidents asphyxiques graves qui devaient selon toute probabilité se terminer par la mort comme dans les premières expériences, je fis la ponction aspiratrice capillaire de l'air contenu dans le ventricule droit : à mesure qu'on retirait l'air du cœur, les accidents asphyxiques s'atténuaient; les animaux revenaient à la vie, reprenant une respiration de plus en plus calme et bientôt tout signe alarmant cessait. Aussi je propose la ponction aspiratrice capillaire du ventricule droit pour combattre les accidents asphyxiques *immédiatement très graves* de l'introduction de l'air dans les veines.

Insuffisance glycolytique.

MM. Achard et **E. Weil.** — L'épreuve de la glycosurie alimentaire renseigne seulement sur l'aptitude du foie à fixer le sucre. Mais il peut être intéressant de rechercher dans quelle mesure les autres tissus utilisent le sucre. Pour évaluer cette glycolyse générale, nous avons injecté du glycose sous la peau et nous avons recherché s'il passait dans l'urine.

Chez les sujets sains et chez la plupart des malades, la tolérance des tissus est très grande et 10 grammes de glycose ne donnent lieu à aucune glycosurie. Mais chez 2 diabétiques, nous avons vu l'injection de 2 gr. 50 seulement produire une recrudescence de la glycosurie, et chez l'un d'eux, qui, sous l'influence d'un régime peu sévère, n'avait plus que des traces de sucre à la fin de la journée, l'injection de cette même dose a provoqué la glycosurie dans la matinée, au bout de 3 heures.

Chez 5 sujets non glycosuriques, mais arthritiques, et ayant une tendance à l'obésité, une glycosurie légère et transitoire est survenue après l'injection de 2 gr. 50 à 10 grammes de glycose. En outre, chez 2 d'entre eux, comme chez les diabétiques avérés, le pouvoir glycolytique du sang était abaissé. Enfin l'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné aussi chez eux, comme chez les diabétiques, un résultat positif.

Ces malades se rapprochent donc des diabétiques par un caractère fondamental : l'*insuffisance glycolytique* de leurs tissus. On est donc conduit à se demander s'il ne s'agit pas là d'un *diabète fruste*, auquel manqueraient la glycosurie et ses conséquences (polyurie, polydipsie), mais qui serait caractérisé par un premier degré d'insuffisance glycolytique et qui surviendrait, d'ailleurs dans des circonstances étiologiques analogues à celles du diabète gras. Il serait intéressant de suivre ces malades afin de voir si la glycosurie habituelle s'installera chez eux et si ce diabète fruste représente simplement un stade préglycosurique du diabète confirmé.

On peut conclure de ces recherches que, chez les diabétiques dont la glycosurie a disparu presque entièrement et dont le diabète est devenu latent, l'épreuve de la *glycosurie par injection sous-cutanée* peut le rendre apparent. De plus, cette même épreuve permet de reconnaître que certains sujets, non spontanément glycosuriques, sont atteints d'insuffisance glycolytique

générale et peuvent être considérés comme étant en imminence de glycosurie.

MM. Gley et **Camus** font une communication sous l'action globulicide du sérum d'anguille et sur l'immunisation contre cette action.

M. Weiss expose ses recherches sur la contraction isométrique.

M. Dastre fait une communication sur l'hépatochlorophylle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Janvier 1898.

Perméabilité rénale dans le diabète.

M. Troisier revient sur la communication de M. Achard pour citer le cas d'un malade de son service, diabétique urinant 17 litres d'urine par jour avec 1 000 grammes de glycose, et 0 gr. 12 d'albumine par jour. Or, malgré tout cela, l'élimination du bleu de méthylène se fait aussi rapidement qu'à l'état normal. Il apparaît, en effet, dans l'urine au bout de 30 minutes. Son élimination n'est donc pas retardée par l'albuminurie. Peut-être s'agit-il là seulement d'un trouble fonctionnel sans lésions rénales.

M. Achard. — L'observation de M. Troisier est intéressante en cela, surtout, qu'on y voit de l'albumine exister en quantité notable chez un grand diabétique, ce qui est exceptionnel, sauf à la période terminale de la maladie. On dit souvent, alors, que l'albuminurie s'est substituée au diabète. Il n'en est rien. Le diabète n'a pas disparu; il est seulement masqué par l'imperméabilité rénale. La glycémie reste la même bien que la glycosurie soit très modifiée.

Il se peut que, malgré la persistance de la perméabilité rénale, le malade de M. Troisier n'ait pas les reins sains et qu'il y ait de légères lésions anatomiques. La perméabilité rénale au bleu de méthylène indique un état fonctionnel, mais non un état anatomique.

M. Rendu partage entièrement l'opinion que vient d'émettre M. Achard. Les prétendues albuminuries fonctionnelles des diabétiques cachent des lésions latentes des reins, qui peuvent se révéler brusquement par des troubles graves. C'est ce qu'il a obtenu chez un diabétique qui, à la suite d'une attaque de grippe, a été pris subitement d'accidents urémiques, avec respiration de Cheyne-Stokes, alors que, auparavant, il semblait se bien porter, malgré son diabète.

Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques.

MM. Troisier et **Decloux** communiquent l'observation d'un garçon de 19 ans qui, à la suite de l'angine pultacée ou herpétique, qui appartient aujourd'hui au groupe des angines à streptocoques, présenta une phlébite bénigne de la jambe. La culture du sang fut négative au point de vue de la présence du streptocoque, mais cette recherche ne fut faite que 3 jours après l'apparition de la phlébite, c'est-à-dire à une époque beaucoup trop tardive. On sait, d'ailleurs, combien il est rare de trouver des streptocoques dans le sang, même dans les formes graves de l'infection, et, dans le cas dont il s'agit, l'infection était réduite à son minimum.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

MM. Triboulet et **Coyon.** — Nos recherches bactériologiques sur le rhumatisme articulaire aigu peuvent, à l'heure actuelle, se résumer ainsi :

1° Dans 11 cas consécutifs de rhumatisme articulaire aigu, nous avons retrouvé un diplocoque déjà décrit dans une communication du 24 décembre 1897, à la Société médicale des hôpitaux, à propos de l'examen de 6 cas de rhumatisme.

2° L'examen microscopique direct du sang des malades montre quelquefois ce diplocoque avec une extraordinaire abondance, dans d'autres cas, en quantité moins grande.

3° Ce que nous connaissons du rhumatisme en fait donc une septicémie.

4° Cette septicémie peut être simple ou complexe, puisqu'on peut y trouver deux formes microbiennes (diplocoque et bacille fin) et dans un de nos cas même (avec bacille d'Achalme en plus) trois formes microbiennes réunies sur le même sujet, quoique toujours avec une grande prédominance de notre diplocoque qui se rencontre dans tous les cas sans exception.

5° Ce dernier paraît, au moins au point de vue clinique, assumer la plus lourde responsabilité, puisqu'il semble la cause des déterminations valvulaires du rhumatisme.

6° En effet, l'inoculation intra-veineuse d'une culture pure de ce microbe a pu déterminer, sur la valvule mitrale du lapin, la formation de végétations assez grosses pour tuer l'animal en 20 jours par rétrécissement mitral aigu, végétations que l'examen histo-bactériologtque révèle nettement comme consécutives à l'action du diplocoque inoculé.

Lésions histologiques fines de la cellule nerveuse dans le tétanos et l'immunité antitétanique.

MM. Chantemesse et **Marinesco.** — Dans les cellules nerveuses des animaux qui ont reçu simultanément de la toxine tétanique et de l'antitoxine, on ne constate qu'une légère ampliation du corps cellulaire, du noyau et du nucléole. Il n'y a pas de véritables lésions. Il reste cependant de ces constatations ce fait, que l'immunité contre le poison tétanique se traduit anatomiquement par des modifications cellulaires nerveuses appréciables.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances du 17 et du 24 Janvier 1898.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Annequin rappelle que les cas de fièvre typhoïde contractée par les infirmiers militaires sont loin d'être rares, bien qu'un certain nombre de causes d'infection doivent être écartées pour eux, qui existent pour les autres corps de troupe (eaux souillées bues au cours des marches, etc.).

D'après les statistiques, pour la fièvre typhoïde dans l'armée française, la morbidité dans ces dernières années a été la suivante :

Années	Morbidité p. 1 000	
—	Générale	Infirmiers
1878	13,18	13,60
1882	11,65	19,52
1890	10,57	40,21
1892	12,12	21,25
1893	9,59	27,31
1894	9,29	23,69
1895	8,95	24,98

Ce qui ferait une morbidité moyenne de 10,77 p. 1 000 pour toute l'armée, et de 23,31 pour les infirmiers.

Les infirmiers militaires contractent donc 2 fois plus la fièvre typhoïde que les autres corps, et la proportion est, en réalité, plus forte qu'il n'en résulte de cette statistique, car on ne tient pas compte des infirmiers des hôpitaux mixtes, et des hôpitaux civils de certaines villes où les militaires sont hospitalisés.

Un cas de dystocie.

M. Vignard rapporte le cas d'une malade entrée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vinay. L'accouchement eut lieu à terme, après une grossesse normale, sauf des contractions fréquentes et douloureuses de l'utérus. L'engagement ne put se faire spontanément par suite de la présence d'une tumeur de la taille d'une grosse orange, molle, fluctuante, qui refoulait en avant la paroi postérieure du vagin. Une ponction avec un trocart dans le cul-de-sac postérieur

donna issue à 300 grammes environ d'un liquide ressemblant à du sirop d'orgeat, contenant de l'albumine, des globules graisseux et quelques cristaux. L'accouchement se termina alors sans difficulté.

L'absence de troubles antérieurs du côté des annexes, et la nature du liquide semblent devoir faire éliminer l'hypothèse de collection salpingienne, et feraient plutôt pencher vers celle de kyste de l'ovaire prolabé dans le cul de-sac postérieur.

Pleurésie pulsatile.

M. Lépine communique un nouveau cas de pleurésie pulsatile qu'il a observé chez un homme de 41 ans, atteint de pleurésie totale du côté gauche. Le cœur était fortement déplacé à droite, la matité à la base gauche et en avant dépassait en bas l'espace de Traube; c'est précisément en ce point, en plongeant avec le doigt dans l'hypochondre gauche, qu'on percevait des battements très nets, isochrones aux systoles cardiaques, et sans expansion. Une ponction fut faite d'urgence, et les battements disparurent avant même qu'un quart de litre ait été évacué.

Il est à noter que la tension positive intra-pleurale était très forte au moment de la ponction. Le liquide était séro-purulent.

M. Lépine estime que, dans ce cas, on ne peut expliquer les battements constatés à l'hypochondre par la dilatation des vaisseaux pulmonaires, au moment de la systole cardiaque. Dans le cas actuel, la tension positive intra-pleurale était très forte; dans l'hypothèse qu'on vient de citer, les battements auraient certainement augmenté après la soustraction d'une certaine quantité de liquide; car la diminution d'une contre-pression extérieure augmente l'amplitude des battements artériels. Or, c'est le contraire qui s'est produit.

M. Destot fait remarquer la solidarité qui existe entre le diaphragme, le péricarde, et le hile des gros vaisseaux. Il pense que les battements sont dus au diaphragme immobilisé par les fausses membranes, et formant masse avec le sac péricardique. La fonction respiratoire du diaphragme tend de plus en plus à disparaître sous l'effort de la pression du liquide pleural. Cette pression peut devenir telle que non seulement elle fait équilibre à la contracture du diaphragme, mais encore qu'elle refoule ce muscle qui devient alors comparable à une membrane inerte, élastique, saillante du côté de l'abdomen. Dans ces conditions, le diaphragme tire sur le péricarde qu'il tend comme une corde vibrante, qui reçoit toutes les impressions de la contraction du cœur.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 16 et du 26 Janvier 1898.

Tuberculose infantile héréditaire.

M. Bonnet rapporte l'observation d'un nourrisson mort de tuberculose dans le service de M. Colrat. Il était né à 7 mois; à l'entrée, 11 jours après la naissance, il ne pesait que 1 700 gr. Il prit du poids pendant 2 mois 1/2, jusqu'à 2 kil. 950; puis diminua pendant un mois, jusqu'à la mort. Il pesait à ce moment 2 kil. 350. Il avait toujours toussé; dans la dernière période, il eut de la fièvre et de la diarrhée. Les deux poumons étaient criblés de tubercules caséeux situés dans un parenchyme hépatisé. L'intestin présentait 3 ou 4 ulcérations nettement tuberculeuses sur la partie toute terminale de l'intestin grêle. Nombreux ganglions mésentériques volumineux et caséeux, contenant des bacilles. Foie graisseux avec quelques granulations. Granulations dans les reins et dans la rate.

La mère est morte de tuberculose pulmonaire à l'Hôtel-Dieu 2 mois après la naissance de cet enfant. Elle avait eu plusieurs autres enfants; un seul est vivant âgé de 3 ans et presque toujours malade.

Ce fait présente de l'intérêt à cause de la rareté de la tuberculose à cet âge; en second lieu, en tant qu'exemple de tuberculose héréditaire.

Les cas de tuberculose dans les 3 premiers mois, on le sait, sont extrêmement rares.

En second lieu, il semble qu'il s'agisse bien de tuberculose héréditaire, transmise directement par la mère. L'enfant n'est resté que 10 jours chez ses parents et a été, depuis, nourri au sein par une nourrice très bien portante et qui allaitait un autre enfant également sain.

Fractures de l'astragale,

M. Destot présente l'observation d'un homme atteint d'une fracture de l'astragale depuis 10 ans, produite par une chute de 3 mètres de haut. Il fut traité pour une fracture bimalléolaire, mais ne put quitter l'hôpital qu'au bout de 18 mois; la guérison complète nécessita 2 ans. Il y a quelques jours, il se fit une légère entorse, qui le ramena à l'hôpital. Le bas de la jambe est globuleux, les gouttières rétro-malléolaires sont effacées. Le calcanéum a conservé sa forme normale et son épaisseur, mais, en avant, le gonflement s'étend plus bas que la ligne tibio-tarsienne et le pied présente un allongement apparent. C'est grâce à ces symptômes qu'on peut faire le diagnostic de fracture de l'astragale avec fractures des malléoles, et la radiographie confirme pleinement ces données. Le plateau tibial est considérablement augmenté de volume et présente des ostéophytes. L'astragale est énorme, déborde en arrière sur la face supérieure du calcanéum, il est soudé au tibia et présente, en avant, une saillie de 1 centimètre de hauteur. Enfin des productions osseuses nouvelles soudent l'astragale avec la petite apophyse du calcanéum. L'articulation calcanéo-astragalienne est également soudée.

M. Destot rappelle que c'est le 25e cas de fracture de l'astragale qu'il a pu observer depuis un an. Ce cas est remarquable: par la longueur du temps exigé pour la consolidation (une fracture malléolaire simple n'eût pas demandé 18 mois pour se consolider) et par la guérison spontanée par ankylose.

Les fractures de l'astragale peuvent être divisées en plusieurs catégories :

1° Fractures s'accompagnant de déplacement, 3 types : A. luxation du fragment antérieur sous la peau; B. luxation du pied en avant, par glissement du fragment postérieur de l'astragale en arrière, sur la face supérieure du calcanéum; C. Le col reste en place et le corps se jette en arrière.

Ces fractures nécessitent une intervention d'urgence et ce sont celles qui sont ordinairement diagnostiquées.

2° Fractures sans déplacement de l'astragale,

On rencontre dans ces cas plusieurs types : A. type malléolaire; B. type calcanéen. La fracture emprunte alors les symptômes et le mécanisme des fractures des malléoles ou du calcanéum et est ordinairement, méconnue et confondue avec l'une de ces dernières. C. Type fracture de l'astragale seul. Elles passent en général inaperçues, soit qu'il s'agisse d'une fracture de l'extrémité antérieure de l'astragale, soit de l'apophyse postérieure, soit enfin du col. Tous ces genres de fractures, simples ou compliquées sont caractérisées par la durée de l'impotence fonctionnelle et par la persistance des douleurs. Il y a donc un intérêt considérable à les diagnostiquer et chacun sait à quelles difficultés donne lieu ce diagnostic, recherché par les moyens ordinaires, d'où l'importance de la radiographie dans ce cas.

Appendicite.

M. Comte présente un appendice réséqué par M. Jaboulay à la suite d'une série de crises de coliques. L'appendice est volumineux, court, les parois épaissies, et à l'intérieur on ne trouve pas de calcul.

Cancer du rein. Néphrectomie transpéritonéale.

M. Voron rapporte l'observation d'une malade de 68 ans opérée par M. Jaboulay pour un cancer du rein gauche. On fit une néphrectomie transpéritonéale, dont les suites furent excellentes. La malade a pu quitter l'hôpital dans un état général un peu meilleur, résultat intéressant si l'on songe à la gravité possible d'une néphrectomie chez une malade de cet âge, déjà profondément cachectique.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 Décembre 1897.

Plaie du sciatique datant de cinq mois. Suture nerveuse. Retour de la sensibilité immédiate.

M. Laubié. — Une jeune femme de vingt-quatre ans se fait à la cuisse gauche une profonde blessure en tombant dans un escalier sur des ciseaux de couturière qu'elle portait sur elle. La malade ayant perdu connaissance constata, le soir même, une anesthésie du membre atteint, ainsi qu'une impotence absolue.

La plaie, suturée le lendemain, guérit en quinze jours; mais les troubles sensitifs et moteurs n'ont subi aucune modification.

Quatre mois après, la malade, se trouvant devant le feu, a eu une brûlure étendue de la plante du pied et des orteils. Cette brûlure se cicatrisant très lentement, la malade entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Lanelongue.

Sur la face postérieure de la cuisse gauche, on voit une cicatrice linéaire un peu douloureuse à la pression. Il existe une atrophie musculaire assez marquée des muscles de la région antérieure de la jambe; mais par suite du développement du tissu cellulaire, la mensuration ne donne pas de différence avec le membre sain. La motilité est très altérée. La malade peut à peine soulever le pied à 50 centimètres de hauteur. Les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne sont abolis. L'anesthésie est complète dans tous ses modes dans le territoire du sciatique poplité externe. Une bande d'hypoesthésie de quatre travers de doigt de largeur s'étend de l'interligne articulaire jusqu'à la cicatrice. Tous les muscles de la cuisse réagissent à l'excitabilité faradique. Mais ceux de la jambe et du pied ne donnent aucune réaction. Ces mêmes muscles présentent une hypoexcitabilité très nette au courant galvanique. La branche poplitée externe, en arrière de la tête du péroné, est inexcitable.

M. Lanelongue fait la suture nerveuse le 26 mai. Le nerf sciatique complètement sectionné ne réagit pas à l'excitation électrique. Le soir même la sensibilité était revenue dans le membre. Le lendemain une exploration attentive montrait qu'il existait de l'hyperesthésie à la cuisse et à la jambe. Seul le pied présentait de l'hypoesthésie. Les jours suivants, l'hyperesthésie diminua progressivement pour les différents modes. Le 1er juin, elle était normale sauf au pied; mais il existait un retard de deux à trois secondes, et la localisation était encore troublée. L'étude séparée des différents modes de sensibilité, consignée sur des schémas, montre que la sensibilité thermique apparaît plus tardivement et d'une manière moins complète que la sensibilité au contact et à la piqûre. De même, la pression était bien perçue mais n'éveillait pas de douleur. La motilité n'avait subi aucune modification notable plusieurs semaines après l'opération.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 25 Mai 1897.

Prurit vulvaire pendant la grossesse.

M. Fieux. — Il s'agit d'une femme de 34 ans, tertipare, n'ayant aucun antécédent nerveux dans son casier pathologique.

La grossesse actuelle, bien que compliquée par la présence d'un fibrome de la lèvre postérieure du col, n'a rien présenté de particulier jusqu'au mois d'avril dernier. A cette époque, milieu du 7e mois, la malade est prise, du côté de la vulve, de démangeaisons intolérables. Elle ne dort plus, mange à peine, est devenue très irritable. Malgré cela, elle ne dit rien de son état, s'administre deux fois par jour des injections au sublimé et se place en permanence des compresses d'eau fraîche sur la vulve.

Au bout de 15 jours, n'y tenant plus, elle nous raconte ses souffrances et l'inutilité des moyens qu'elle a tentés.

Les organes génitaux ne présentent rien de particulier, si ce n'est la trace de coups d'ongles et d'éraillures provenant du grattage. Pas d'oxyures, pas de pédiculi, pas d'écoulement blennorrhagique.

Je ne m'attardai pas alors aux pommades et aux lotions diverses préconisées en telle occurence, leur effet est des plus douteux, et j'employai immédiatement la médication de Paul Ruge (de Berlin), qui consiste en une toilette minutieuse et antiseptique des organes génitaux.

Je brassai et savonnai la vulve et l'orifice vaginal; je frottai et savonnai le vagin et le col. Après quoi, tout en continuant avec les doigts à déplisser et à décaper les parois vaginales et les organes vulvaires, je fis passer 8 à 10 litres de sublimé à 0gr25 p. 1000.

Cette petite séance, qui dura 15 minutes environ, mit fin immédiatement et définitivement aux démangeaisons.

Paul Ruge emploie la même opération deux ou trois fois et la fait suivre d'une onction de la vulve avec de la vaseline phéniquée à 5 o/oo. Chez notre malade une seule séance a suffi, et rien que le décapage et le rinçage au sublimé, sans emploi de pommade, ont immédiatement et définitivement amené la guérison.

Le traitement date aujourd'hui de 1 mois 1/2 et le prurit ne s'est pas renouvelé.

Cette observation, jointe à celle du médecin de Berlin, si elle ne nous permet pas de nier l'évidence d'un prurit vulvaire purement nerveux, nous laisse penser que bien des cas de ce genre sont d'origine bactérienne.

Quoiqu'il en soit, voilà une méthode de traitement qui ne doit pas être négligée puisque, en quelques minutes, cette affection si rebelle et si insupportable peut être radicalement guérie.

Mais il est un point sur lequel je désire insister : les injections et les lavages faits par la malade ou par une personne inexpérimentée n'arrivent à aucun résultat. La guérison ne survient que si le médecin lui-même pratique un nettoyage à fond, rigoureux, à la fois mécanique en antiseptique de la vulve et du vagin.

M. Lugeol. — Je me demande si, comme le veut M. Fieux, le sublimé a agi comme microbicide; le succès obtenu ne prouve point que la maladie soit d'origine bactérienne, la guérison n peut-être été obtenue grâce à l'action mécanique.

M. Fieux. — Je ne crois pas qu'une simple action mécanique puisse être invoquée pour expliquer le succès du brossage au sublimé; la malade, en effet, pendant une quinzaine de jours, avait exercé inutilement d'énergiques frottements sur les parties malades.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MEDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Janvier 1898.

Myocardite d'origine traumatique.

M. Mendelsohn a communiqué l'observation d'un palefrenier de 24 ans qu'un cheval poussa contre le mur et maintint dans cette position pendant quelques minutes en lui comprimant justement le thorax contre le mur. Le malade a été obligé de garder le lit pendant plusieurs jours après cet accident; lorsqu'il reprit ses occupations, il a vu se développer une série de symptômes relevant d'une affection cardiaque et qui persistent encore aujourd'hui : douleur précordiale, palpitations, dyspnée, cyanose, œdème des malléoles, etc. A l'auscultation les bruits du cœur paraissent normaux, mais le cœur est manifestement dilaté, surtout à droite.

Pour M. Mendelsohn il s'agit là d'une myocardite dont les rapports avec le traumatisme antérieur ne peuvent être mis en doute.

Cirrhose hypertrophique chez un syphilitique.

M. Klemperer a communiqué l'observation d'un malade, ancien syphilitique, qui était entré il y a 10 ans dans le service de M. Leyden avec tous les signes de cirrhose hypertrophique : ictère, hypertrophie du foie et de la rate, pas d'ascite. Contrairement à ce qui se passe ordinairement en pareil cas, l'affection prit une marche subaiguë, et au bout de quelque temps le malade a pu quitter l'hôpital notablement amélioré. Il y retourna ensuite à plusieurs reprises et finalement y succomba à une tuberculose pulmonaire qu'il avait contractée 2 ans auparavant.

A l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques de la cirrhose hypertrophique. et l'examen histologique fait par M. Jurgens a fait constater que ces lésions n'avaient nullement les caractères d'une cirrhose syphilitique.

Modifications des cellules ganglionnaires dans la fièvre élevée.

M. Goldscheider a montré la préparation microscopique de la moelle d'un tétanique et d'un scarlatineux qui ont succombé après avoir présenté une température de 40°. Sur ces préparations on distingue au niveau des cellules ganglionnaires une des lésions identiques à celles qu'on trouve chez les animaux soumis à des températures élevées : dissolution et disparition des corpuscules de Nissl, déformation des corpuscules granuleux, tuméfaction des prolongements protoplasmiques et disparition de leurs noyaux.

Ces lésions diffèrent essentiellement de celles qu'on trouve dans le tétanos et qui sont caractérisés par une tuméfaction des corpuscules granuleux et des corpuscules de Nissl qui finissent par se détruire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 19 Janvier 1898.

Traitement de la gonorrhée chez les prostituées.

M. Behrend ayant constaté que les antiseptiques donnaient des résultats très médiocres dans le traitement de la gonorrhée chez la femme, est revenu à l'ancien traitement par les astringents. Il fait le lavage du vagin avec une solution d'alun, touche le col avec une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, tamponne le vagin avec de la ouate trempée dans une solution d'alun et saupoudre la vulve avec de l'iodoforme. L'uréthrite et la bartholinite secondaires guérissent d'habitude spontanément après la guérison de la gonorrhée. S'il existe de l'uréthrite chronique. M. Behrend a recours aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent.

De la cataracte par action de la chaleur.

M. Hirschberg a présenté cinq souffleurs en verre, employés dans une fabrique qui n'occupe que trente ouvriers. Ces cinq individus sont atteints de cataracte, ce qui, par rapport au petit nombre des ouvriers, constitue une proportion énorme.

On avait déjà signalé la fréquence et aussi la précocité (souvent avant 40 ans) de la cataracte chez les souffleurs en verre, que leur travail expose à l'action de la chaleur rayonnante. D'autre part, la cataracte est plus fréquente dans les pays chauds que dans les pays froids; ainsi, dans l'Inde, la cataracte débute souvent à quarante ans, tandis qu'en Allemagne elle débute en moyenne vers soixante-deux ans. A ce point de vue il existe une différence entre les habitants des villes et ceux des campagnes; les campagnards sont atteints de cataracte à un âge moins avancé que les citadins, ce qui s'expliquer par l'action des rayons du soleil auxquels ils sont plus exposés que les habitants des villes.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 20 Janvier 1898.

La nouvelle tuberculine.

M. Huber a exposé les recherches qu'il a faites avec la nouvelle tuberculine sur 60 animaux (16 lapins et 44 cobayes), dont les uns avaient user des injections de tuberculine avant l'infection tuberculeuse, les autres après cette infection. Au début, deux cobayes ont été rendus tuberculeux par la tuberculine elle-même, et dans ce produit on a trouvé, de plus, des staphylocoques.

Les animaux traités par la tuberculine sont tous morts de tuberculose abdominale ou pulmonaire plus rapidement que les animaux témoins qui n'avaient pas été traités par la tuberculine. M. Huber ne croit pas qu'on puisse lui reprocher d'avoir employé une trop grande quantité de matière virulente pour les inoculations ou une trop petite quantité de tuberculine pour les injections.

La tuberculine a été essayée par lui chez 19 malades, dont 4 n'étaient pas tuberculeux; et 15 étaient tuberculeux d'après les faits qui ont été constatées M. Huber conclut que le traitement par la nouvelle tuberculine n'a été ni utile, ni nuisible. Les améliorations constatées dans quelques cas pouvaient être attribuées au traitement général.

M. Burghart a traité par la nouvelle tuberculine 10 tuberculeux, dont 5 avaient de la fièvre et 5 n'en avaient pas. Il a constaté pendant le traitement tantôt une aggravation, tantôt une amélioration de l'état des malades, dont le poids, en somme, a plutôt augmenté. Pour ce qui est de la réaction générale, il l'a trouvée plus intense qu'avec l'ancienne tuberculine. Mais il ne la juge pas caractéristique, car des individus bien portants ou des malades atteints d'autres affections ont ainsi présenté une réaction après ces injections.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 18 Janvier 1898.

Tremblement hystérique.

M. Nonne a communiqué l'observation d'un homme de 30 ans, matelot de profession, qui à la suite d'un accès de malaria grave a présenté le syndrome de parésie pseudo-spasmodique avec tremblement. Actuellement les troubles moteurs sont limités au membre inférieur du côté droit. Ce qui plaide en faveur de l'origine hystérique de ces troubles ce sont : une analgésie strictement limitée au membre inférieur droit, un rétrécissement considérable du champ visuel de deux côtés; les modifications tout à fait spécifiques du caractère du malade et enfin les changements qui s'opèrent dans les troubles moteurs sous l'action des influences psychiques.

Maladie des tics.

M. Nonne a montré un homme de 46 ans qui à la suite d'une chute sur la tête a présenté des troubles rhythmiques de la marche. Il ne peut marcher qu'en sautillant, et lorsqu'il est debout ou assis, son tronc et sa tête sont animés d'oscillations rhythmiques. On ne trouve pas chez lui de stigmates objectifs d'hystérie, mais il présente une dépression psychique d'intensité moyenne avec hyperesthésie anormale, de l'inappétence, de l'insomnie et une constipation d'ordre nerveux.

Une autre malade, que M. Nonne montre à cette occasion, est une jeune fille de 18 ans qui à la suite d'une émotion violente a présenté également des troubles rhythmiques des mouvements. Sa tête, son cou, son tronc et ses membres supérieurs sont notamment animés de mouvements rythmiques de balancement; elle présente encore un clignotement rhythmique. Comme le malade précédent, elle présente aussi une hyperesthésie psychiques, de l'insomnie et de la constipation. Les stigmates objectifs d'hystérie manquent chez elle.

Plaie du cerveau par arme à feu.

M. Graff a présenté une série de malades qui au cours de

la dernière année ont été soignés à l'hôpital pour des plaies du cerveau par armes à feu.

Le premier malade s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite. La balle après avoir éraillé le nerf optique droit est venue se loger dans le maxillaire supérieur gauche. Actuellement le malade présente seulement un rétrécissement partiel du champ visuel à droite.

Chez le second malade, la balle, tirée dans la tempe droite, sectionna le nerf optique et vint se loger dans l'hémisphère gauche, comme on a pu le constater par la radiographie. Il guérit également en conservant une amaurose droite et une propulsion du globe oculaire du côté droit.

Le troisième malade, qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe gauche, a été apporté à l'hôpital dans le coma qui se dissipa après une ponction lombaire à l'aide de laquelle on retira 60 centimètres cubes de liquide sanguinolent. Les jours suivants le coma reparut, et c'est ainsi que l'on a été obligé de pratiquer, à plusieurs jours d'intervalles, encore deux ponctions. Le malade guérit avec une parésie du bras gauche et quelques troubles psychiques. La balle est restée dans l'hémisphère droit.

Le quatrième malade, qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite, a eu comme symptômes du coma une céphalalgie avec délire et de l'hémiplégie gauche. La ponction lombaire faite au 9e jour n'ayant amené aucune amélioration, on fit la trépanation au niveau de l'entrée de la balle, ce qui permit d'extraire à 14 centimètres de profondeur plusieurs esquilles osseuses. La balle ne fut pas trouvée. Le malade guérit en conservant une hémi-parésie gauche avec hémianopsie homonyme, et des troubles psychiques. La balle, comme l'a montré la radiographie, est restée dans l'hémisphère gauche.

En analysant ces cas, M. Graff soutient que dans les plaies pénétrantes du cerveau on doit se contenter d'un pansement occlusif et ne faire la trépanation qu'avec des indications précises.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 25 Janvier 1898.

Résultats définitifs de l'amputation du sein pour cancer.

M. Marmaduke Sheild a lu un mémoire sur les résultats définitifs de l'ablation du sein pour cancer. Les cas qu'il a réunis se divisent en deux groupes : dans l'un, comprenant 44 cas, l'opération n'a pas été suivie de récidive locale: dans l'autre, comprenant 64 cas, il y a eu des récidives locales ou des métastases dans d'autres organes. Ce qui est particulièrement intéressant à noter, c'est que les cas avec une survie de très longue durée ont été caractérisés par la fréquence des récidives locales ayant nécessité plusieurs interventions. En analysant ces cas M. Sheild arrive à conclure que les résultats définitifs dépendent moins de la façon radicale dont a été faite l'opération que de la nature des tumeurs ou de la résistance individuelle des malades.

M. Pridgin Teale a pu suivre 18 malades sur 35 qu'il a opérées. Sur ces 18 cas de carcinome du rein, la survie a été dans un cas de 8 ans; dans tous les autres cas les malades ont succombé à la récidive au bout de 2 ou 3 ans après l'opération.

Au point de vue technique, M. Teale tient à déclarer qu'en cas de carcinome il enlève toute la glande et la peau qui semble suspecte. Au début il ne curait pas l'aisselle, mais actuellement il ouvre systématiquement dans tous les cas le creux de l'aisselle et enlève tous les ganglions qu'il arrive à sentir. Dans aucun cas il n'a réséqué l'aponévrose du grand pectoral, et il ne pense pas que le fait de laisser l'aponévrose favorise la récidive.

M. Bryant est intervenu dans 72 cas de cancer du sein. Sur ce nombre, 55 p. 100 ont succombé dans l'espace de trois ans; 44 p. 100 vivent encore depuis plus de trois ans après l'opération; dans la moitié de ces cas la survie dépasse déjà cinq ans. Le curage de l'aisselle et la résection de l'aponévrose du grand pectoral ne doivent pas être faits d'une façon systématique, du moins M. Bryant ne les fait que dans les cas où l'indication de cette opération complémentaire est précise. Du reste, les résultats de ces opérations soi-disant incomplètes sont parfois meilleurs que ceux des opérations dites complètes qui, chez les vieilles femmes du moins, se terminent encore assez souvent par la mort.

Un autre point sur lequel M. Bryant insiste c'est que le cancer du sein n'est pas toujours une affection à tendances envahissantes; il peut rester stationnaire et strictement local pendant de longues années, comme le prouvent certains cas de carcinome fibreux qui restent dans le sein pendant vingt ans et plus. Dans les cas de ce genre, il est prudent de ne pas intervenir, car l'intervention est souvent suivie de récidive. C'est ainsi que M. Bryant a eu l'occasion d'observer une femme de 65 ans qui avait un sarcome du sein droit et un carcinome fibreux du sein gauche. Le sarcome fut enlevé et dans l'espace de cinq ans la malade a eu 18 récidives qui ont nécessité autant d'opérations. Finalement le carcinome du sein gauche envahit les veines du bras et la malade succomba à des accidents du côté des poumons. L'autopsie n'a pas été faite.

M. Heath communique 4 cas où la récidive n'est pas encore survenue au bout de 5 ans, 7 ans, 9 ans et 11 ans. Dans deux autres cas, les malades ont succombé au bout de 5 ans, avec des accidents dus à des métastases dans les poumons.

M. Barwell a observé des malades chez lesquelles il n'y a pas eu de récidives encore 10 à 20 ans après l'opération et qui ont succombé à une affection quelconque. D'un autre côté il a vu la récidive se produire parfois 15 ans après la première opération. L'ablation de l'aponévrose du grand pectoral et le curage de l'aisselle lui semblent fort importants au point de vue des résultats définitifs.

EDINBURGH MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 19 Janvier 1898.

Drainage du quatrième ventricule dans un cas d'hydrocéphalie acquise.

MM. Bruce et Stiles ont communiqué l'observation d'une fillette de 13 ans, présentant les stigmates de la syphilis héréditaire et qui un jour a été prises d'une série de symptômes relevant d'une méningite chronique de la base : fièvre irrégulière, raideur de la nuque, nystagmus, parésie des membres inférieurs, amaurose progressive, faiblesse et émaciation. Le traitement médicamenteux ayant échoué et la situation s'aggravant de plus en plus, on se décida à faire la trépanation et à drainer le système des ventricules à travers le 4e ventricule.

La trépanation a été sur la ligne médiane au niveau du bout supérieur du grand trou occipital et la dure-mère incisée après la ligature du sinus occipital; le ventricule une fois ouvert il s'écoula une grande quantité de liquide cérébro-spinal. Drainage et pansement.

L'intervention avait amené la disparition presque immédiate de tous les symptômes, mais ceux-ci reparurent au bout de 8 jours, et la malade finit par succomber avec une température très élevée, au 19e jour après l'opération. L'autopsie conforma le diagnostic fait pendant la vie.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 4 Décembre 1897.

De l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin.

M. Jacobs. — Depuis la publication du travail de MM. Rouffart et Cittadini, j'ai fait 8 fois la laparotomie dans

le cancer du col et en choisissant mes cas d'après les indications posées dans un article du *Journal médical*, par M. Rouffart. J'ai eu un insuccès opératoire, 7 succès, mais j'ai déjà 3 récidives.

Même avec les lésions les moins marquées, j'ai trouvé des ganglions dans le petit bassin et, forcément, mon intervention a été incomplète; j'ai dû m'arrêter sans pouvoir tout enlever. J'estime que l'opération vaginale, dans l'état actuel de la question, est la meilleure intervention dans la cure du cancer utérin. Elle présente d'ailleurs l'avantage de permettre facilement l'ablation d'un lambeau considérable du vagin; or, c'est sur cet organe que le carcinome récidive.

M. Rouffart. — Quoique M. Jacobs ait suivi les indications posées par moi dans le *Journal médical*, il a cependant opéré tardivement, puisqu'il y avait des ganglions nombreux engorgé dans le bassin. Dans ces cas, par la voie vaginale, le résultat eût été sensiblement le même, les ganglions continuant à évoluer. Un fait reste acquis : c'est que, d'après M. Jacobs, le pronostic n'est pas plus grave pour l'hystérectomie abdominale que pour l'hystérectomie vaginale, et cela résulte de la statistique des cas qu'il vient d'opérer. Dans ces conditions, je persiste à croire qu'il est plus chirurgical de prendre la voie haute, qui permet de tout enlever, du moins tout ce qui est appréciable, que d'opérer par le vagin, le champ opératoire étant forcément limité par cette voie. Faut-il toujours opérer par l'abdomen? Oui, quand on peut espérer enlever tous les tissus entrepris par la néoplasie.

Quant à l'avantage qu'il y aurait à pouvoir plus facilement enlever un lambeau du vagin en opérant sur cet organe, j'ai pu, dans le premier cas rapporté par Cittadini, enlever par l'abdomen une portion cancéreuse de cet organe. Quant à la statistique actuelle, l'opération est trop récente pour qu'elle puisse nous renseigner sur la valeur thérapeutique de la voie haute.

M. Jacobs. — Les cas que j'ai opérés sont des cas de cancer du col sans envahissement du vagin. Dans un cas, la lumière du canal cervical était seule malade : l'utérus était mobile, tous signes qui font croire à un cancer au début.

Cependant il y avait d'énormes ganglions dans les ligaments larges et il eût été difficile et dangereux de vouloir les extirper complètement. Je ne crois pas qu'il soit donné à un chirurgien de pouvoir les enlever et, dans ces conditions, l'hystérectomie abdominale ne nous donnera pas de résultats tardifs meilleurs.

M. Rouffart. — Ma pratique ne m'a pas donné les mêmes résultats qu'à M. Jacobs. J'ai vu des carcinomes envahissant le col utérin sans pouvoir découvrir de ganglion dans le bassin. S'il était vrai qu'à toute époque il y a des ganglions dans tout le petit bassin, il y aurait contre-indication à l'hystérectomie, quelle que soit la méthode suivie!

M. Keiffer. — Les trois cas les plus favorables de cancer utérin que j'ai observés et opérés d'hystérectomie vaginale totale concernaient des femmes chez lesquelles l'ulcération maligne ne dépassait pas la grandeur d'une pièce d'un franc et siégeait au col. Mes 3 malades ont présenté une récidive rapide et je pense que le traitement du cancer sera un traitement chirurgical palliatif.

M. Rouffart. — Dans ces cas, il n'est pas douteux que des tissus cancéreux ont été laissés en place. Il faut ou laisser de parti pris les ganglions lymphatiques et recourir à la voie vaginale, ou bien chercher à enlever la lésion dans sa totalité, et la voie haute seule peut le permettre.

M. Jacobs. — La théorie de M. Keiffer est en désaccord avec sa pratique, puisqu'il tente la cure radicale. Quant à mes observations, elles ont pour but de faire remarquer combien il est difficile de faire le diagnostic des ganglions des ligaments larges. La voie haute permet d'intervenir plus largement et donnera peut-être de meilleurs résultats dans le traitement du cancer utérin.

M. Keiffer. — S'il était possible, nous dit M. Jacobs, d'enlever tous les ganglions du petit bassin par la voie abdominale, nous pourrions améliorer le pronostic. A cela je réponds qu'enlever tout le tissu lymphatique du petit bassin est impossible.

Or vous ne pouvez être satisfait de votre intervention que si vous arrivez à extirper ganglions et vaisseaux lymphatiques. Quelle que soit l'habileté de celui qui l'entreprend, personne ne peut prétendre y arriver, et ainsi des germes de récidive restent dans le bassin. J'ai tenté mes hystérectomies à une époque où la maladie me donnait des chances de longue survie, et cependant le résultat a été désastreux. Je me demande si, la récidive étant fatale, des opérations aussi compliquées que la laparo-hystérectomie sont justifiées.

M. Rouffart. — M. Keiffer parle en théoricien. Tout d'abord, la récidive est-elle fatale et n'est-ce pas le procédé opératoire qui rend la récidive rapide et inévitable? Des cas de non-récidive du cancer du sein ont été constatés; pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'utérus?

M. Jacobs vient d'accorder que le pronostic opératoire n'est pas plus grave, quelle que soit la voie choisie dans le traitement du cancer utérin. Dans ce cas, il faut s'adresser au manuel opératoire qui nous permettra d'enlever le mieux possible les tissus malades.

La grande objection est la difficulté de l'opération, mais cette objection tombera du jour où nous aurons fait un certain nombre de ces opérations. D'ailleurs il s'agit d'aller à la recherche de ganglions malades, comme cela se fait pour le sein, et non pas de rechercher tout le système lymphatique du petit bassin. Une malade qui porte une tumeur cancéreuse se présente. Faut-il l'opérer? Je réponds oui, et je dis qu'il faut pratiquer l'opération la plus complète possible. Et, en me basant sur ce principe, j'aurai plus souvent recours à la voie haute qu'à l'intervention vaginale.

M. Debaisieux. — Je ne puis me résoudre à partager l'opinion de M. Rouffart à cause du grand danger de l'opération, comparé aux faibles avantages qu'il est permis d'en attendre. Dans son travail, M. Jacobs nous dit qu'il a dû s'arrêter et ne pas extirper tous les ganglions malades. Dans ces conditions, les sept succès opératoires ne m'étonnent pas, mais ce n'est plus l'opération comme le veut M. Rouffart, qui enlève tous les ganglions augmentés de volume. Pour cela, il faut faire un grand traumatisme, il faut inciser en divers endroits le péritoine pelvien, mettre à nu les vaisseaux iliaques, poursuivre le long de ces vaisseaux la chaîne des ganglions et, avec une telle opération, il y aura une mortalité importante.

J'imiterai la conduite de M. Rouffart le jour où notre collègue viendra avec des faits de sa pratique me prouver que je me trompe, et sur la gravité de l'opération et sur les résultats définitifs.

M. Rouffart. — Je comprends les scrupules de M. le professeur Debaisieux. Nos faits sont peu nombreux. Depuis la séance de juillet, j'ai opéré sept fois par laparotomie dans le cancer utérin et j'ai eu deux décès; mes cinq opérées vivent encore et sans récidive. Je n'ai pas encore assez de cas pour faire une statistique complète, car je crois que le pronostic opératoire s'améliora encore. De plus, M. Debaisieux me paraît croire que je suis partisan de l'intervention dans les cas où tout le petit bassin est envahi; or je fais l'opération par la voie haute dans les cas de cancer au début. J'estime que c'est à cette période qu'il faut chercher à enlever toute la néoplasie avec le territoire lymphatique correspondant. Quand l'utérus est immobilisé, que tout le petit bassin est entrepris, il est trop tard, et c'est alors un traitement palliatif qu'il faut instituer. C'est en cela que les indications telles que je les comprend diffèrent des indications des chirurgiens américains, qui, à mon avis, ont trop tard recours à la laparotomie. En résumé, j'irai par la voie haute quand je croirai pouvoir enlever ainsi tous les ganglions, tous les tissus entrepris. Je réserve la voie vaginale pour le premier indice du cancer, pour l'opération faite, comme en Allemagne, au plus léger symptôme; les autres cas de cancer utérin sont du domaine du traitement palliatif.

Hystérotomie médiane antérieure vaginale appliquée au morcellement d'un polype utérin.

M. Rouffart. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un polype utérin, gros comme une tête de fœtus à terme, enlevé de la cavité utérine, par morcellement, après incision de la paroi antérieure de l'utérus. La facilité de l'opération, le but conservateur de l'intervention, la sécurité relative qu'elle offre m'ont engagé à appeler l'attention de la Société sur le procédé qui a

été suivi. Ce procédé dérive du procédé d'hystérectomie vaginale de Doyen. Le diagnostic de fibrome utérin développé dans la cavité et implanté sur la paroi postérieure de l'utérus ayant été posé, je me promis de tenter l'extraction et, dans ce but, je pratiquai tout d'abord la désinsertion du vagin à la partie antérieure du col et refoulai la vessie, puis le péritoine, que je détachai de la paroi utérine le plus haut possible. Cela fait, j'incisai la face antérieure de l'utérus sur la ligne médiane et écartai les lèvres de la plaie utérine en me servant de pinces à griffes minces pour ne pas contusionner trop fortement les tissus. J'aperçus ainsi la tumeur fibreuse dans l'utérus et harponnai le polype avec des pinces à traction qui me servent dans l'hystérectomie vaginale. Je procédai alors au morcellement du néoplasme à l'aide des longs couteaux de Péan et de ciseaux, et réussis à enlever toute la tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, en la faisant passer par fragments à travers l'ouverture pratiquée dans la matrice. Alors, par la même ouverture, je sectionnai les lambeaux de la muqueuse et de capsule du fibrome, et touchai au thermocautère les surfaces dénudées. Je finis par tamponner légèrement avec une bande de gaze stérilisée et j'ai suturé la paroi utérine par deux rangées de sutures au catgut, l'une profonde, arrivant jusqu'à la muqueuse, l'autre superficielle. Puis j'ai fermé la plaie vaginale au crin de Florence.

La malade a présenté le premier jour une grande élévation de température qui a atteint 39°4; le lendemain soir, il y avait 38°2, puis la température est tombée à 37° et est restée à ce degré jusqu'à la guérison complète.

Cette élévation de température suivant immédiatement l'opération arrive parfois dans les opérations conservatrices de l'organe utérin. Il semble que les manœuvres que subit la matrice ont plus de retentissement sur l'organisme que l'extirpation de l'organe.

L'opération m'a paru intéressante, parce qu'elle appelle l'attention sur un procédé d'exploration de la cavité utérine, procédé qui permet d'ouvrir l'utérus, d'enlever par morcellement, curetage ou énucléation une tumeur, limitée ou non, puis de refermer l'utérus, de le suturer et de conserver à la malade l'intégrité de ses organes génitaux.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 18 Décembre 1897.

De l'intervention chirurgicale dans la néphrite hémorrhagique.

M. Debaisieux. — La relation faite par M. De Keersmæcker d'un cas d'hématurie par néphrite chronique unilatérale m'engage à vous communiquer à mon tour une observation d'hématurie essentielle, sans lésion apparente du rein, que j'ai observée il y a quelques années.

Le sujet est une jeune fille de 20 ans, qui commença à uriner du sang en octobre 1894. Pendant six mois, les mictions restèrent sanguinolentes. Il n'y avait pas de troubles vésicaux, mais des douleurs lombaires qui prirent, par intervalles, le caractère de véritables coliques néphrétiques.

Croyant à la présence d'un calcul dans le bassinet, je pratiquai la néphrotomie le 18 mai 1895. Contrairement à mon attente, le bassinet était vide et le rein absolument sain. Je ne pus que suturer le rein et refermer la plaie. Dès le lendemain, les urines étaient déjà beaucoup moins chargées de sang qu'avant l'opération; trois jours après, elles étaient absolument limpides; deux ans et demi se sont écoulés depuis l'opération et la guérison ne s'est pas démentie.

Il m'a paru intéressant de rechercher dans la littérature les cas connus d'hématurie rénale essentielle. Ces cas sont encore peu nombreux. J'en donne un court résumé dans le travail qui paraîtra aux *Annales*.

De la lecture attentive de ces observations, il résulte que les hématuries rénales rebelles ne sauraient être attribuées à une cause toujours la même. Il en est dans lesquelles on doit incriminer la tuberculose, la lithiase, la présence d'un néoplasme, le purpura, l'hémophilie. Les exemples d'hématuries rénales persistantes dues à une néphrite sont extrêmement rares; je ne connais, pour ma part, que le cas de Sabatier. L'observation que nous a communiquée M. De Keersmæcker paraît bien appartenir à cette catégorie, et, vu la rareté du cas, elle est particulièrement intéressante. Mais en dehors de toutes ces variétés, on ne peut nier qu'il existe des hématuries rénales indépendantes de toute lésion anatomique appréciable. Avec Lancereaux et A. Broca, il est permis de croire que ces hématuries, dites essentielles, dépendent d'un trouble nerveux de la circulation rénale, d'une véritable angio-névrose. C'est presque la seule façon d'expliquer comment ces hématuries ont pu disparaître à la suite des opérations les plus diverses, telles qu'une taille hypogastrique, une pyélotomie, une néphrotomie ou même une simple incision lombaire exploratrice.

La conduite du chirurgien en présence d'une hématurie rénale persistante de cause indéterminée ne saurait être douteuse. C'est à la néphrotomie qu'il doit s'adresser tout d'abord. Cette opération aura le grand avantage de fixer d'emblée le diagnostic et d'être fréquemment curative. Et s'il arrive que l'on trouve le rein manifestement altéré dans sa texture, rien n'est plus simple que de terminer par l'enlèvement total de l'organe.

M. Dandois a observé un cas se rapprochant beaucoup de celui communiqué par M. De Keersmaecker. Il s'agit d'une femme devenue enceinte chez laquelle, brusquement après la conception, s'est produite une hématurie accompagnée de douleurs atroces à la région rénale droite. Croyant avoir affaire à un calcul, M. Dandois fit la néphrotomie. Le rein était volumineux, noir, offrant de la stase veineuse et présentant un état inflammatoire aigu, mais il n'y avait pas de calcul. Il fit la suture du rein et, à la suite de cette simple intervention, les douleurs disparurent et l'hématurie ne se représenta plus. M. Dandois se demande à quelle cause attribuer l'hématurie dans un cas semblable. Est-ce à la grossesse? C'est là un point sur lequel il n'oserait se prononcer.

M. Depage a présenté, en 1894, à la Société de chirurgie, une observation de rein kystique, pour laquelle il avait fait la néphrectomie. D'après l'analyse microscopique, ce cas offrait beaucoup d'analogie avec celui présenté par M. De Keersmæcker. Les kystes observés dans le rein étaient en effet secondaires à la sclérose rénale. Il y avait eu également chez la malade des accès d'hématurie, et le rein extirpé était le siège de foyers hémorrhagiques. La malade alla bien pendant un an, puis, brusquement, elle fut prise d'une anurie qui dura 4 jours et qui céda à l'élimination d'un calcul. Depuis, cette femme se porte admirablement bien. D'après M. Depage, il paraît évident que, dans son cas, les deux reins étaient malades et que celui qui persiste est également atteint d'un certain degré de sclérose. Dans le cas présenté par M. De Keersmæcker, rien ne prouve qu'il s'agisse d'une néphrite unilatérale. Peut-être l'autre rein présente-t-il également de la sclérose; ce n'est que par la suite qu'on pourra se faire une opinion nette à cet égard.

M. Lambotte reconnaît que le rein est souvent le siège d'hémorrhagies et de névralgies sans cause appréciable. Il ne peut admettre comme cause de ces phénomènes ni la sclérose, ni l'influence nerveuse ou réflexe. Il trouve d'ailleurs qu'on a fait abus de la théorie du réflexe nerveux en pathologie. Le réflexe est physiologique et non pathologique. Dans le cas de M. Dandois, il croit ne pas devoir recourir à une cause nerveuse pour expliquer l'hémorrhagie. La congestion rénale serait le point de départ de la maladie. Le rein est à l'étroit; par la néphrotomie, on fend la capsule, on dégage le tissu rénal, on sectionne les nerfs et les adhérences, et rien d'étonnant alors que les douleurs et les hématuries disparaissent.

M. Gallet considère comme point important de la communication de M. De Keersmæcker le diagnostic de néphrite unilatérale. Il ne comprend pas l'unilatéralité si l'on n'en donne pas la cause. On pourrait admettre une infection unilatérale. En effet, la malade était scoliotique et son rein était mobile. L'hématurie n'est pas rare dans le rein mobile et elle peut s'expliquer par le tiraillement des vaisseaux, par une entrave à la circulation veineuse.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

De la néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation préalable du péritoine,

Par E. Villard,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Depuis l'époque où en 1869 Simon (de Heidelberg) enlevait pour la première fois un rein par la voie lombaire, la néphrectomie, profitant de l'innocuité conférée par l'antisepsie, a considérablement étendu ses indications. Mais en même temps son manuel opératoire s'est modifié, et les chirurgiens, abandonnant la voie lombaire pour les grosses tumeurs du rein, abordèrent l'organe par la voie abdominale suivant l'exemple qui leur avait été donné par Kocher en 1876.

Malgré pourtant l'habileté des opérateurs, les perfectionnements de l'instrumentation et des pansements, la voie abdominale restait toujours plus dangereuse que la voie lombaire. En effet cette dernière, ménageant la séreuse péritonéale, évitait l'infection de celle-ci, alors qu'au contraire les incisions transpéritonéales risquaient la péritonite due soit à une infection par l'opérateur soit à rupture d'une collection suppurée du rein.

Pourtant malgré ses avantages la néphrectomie lombaire n'était pas toujours possible en raison du volume de la tumeur et de sa saillie dans l'abdomen. On a alors cherché à tourner la difficulté soit en utilisant avec M. Tuffier la néphrectomie par morcellement, soit en ayant recours à la néphrectomie para-péritonéale préconisée par Trélat dès 1885, mais surtout bien mise en lumière par le professeur Poncet (de Lyon) et son élève Rivière.

Ces différents procédés présentent évidemment de nombreux avantages, mais aussi des inconvénients, des difficultés pratiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Ce sont ces difficultés qui en 1895 nous suggérèrent une modification au manuel opératoire classique de la néphrectomie transpéritonéale; nous voulons parler du cloisonnement précoce de la cavité péritonéale prérénale par adossement du péritoine rénal au péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen, créant ainsi une sorte de marsupialisation, de poche au travers de laquelle il est possible d'atteindre et de décoller le rein sans risquer d'infecter la séreuse.

Déjà depuis longtemps M. Terrier, frappé des cas d'infection tardive survenant après les néphrectomies transpéritonéales et ayant reconnu que souvent celles-ci avaient pour cause des suppurations de l'extrémité supérieure de l'uretère malade, avait eu l'idée, au lieu de drainer la plaie par la voie lombaire, de cloisonner le péritoine en en suturant les lambeaux, et en créant ainsi un canal de drainage extra-péritonéal. Aussitôt après avoir pratiqué une néphrectomie transpéritonéale suivant le manuel opératoire classique, M. Terrier allait, avec des pinces hémostatiques, saisir profondément les bords du péritoine prérénal incisé verticalement, et, les attirant au dehors, il venait, par des points de suture, les fixer au péritoine de la paroi abdominale incisée, formant ainsi une sorte de puits limité par des cloisons séreuses et au fond duquel se trouvaient le hile du rein sectionné et l'uretère. Dès lors, les liquides septiques pouvaient facilement s'écouler au dehors sans risquer d'infecter la cavité abdominale.

Cette modification du professeur Terrier a certainement rendu de grands services au point de vue du drainage de la vaste cavité laissée libre par l'ablation du rein. Mais l'infection toujours à craindre au cours d'une néphrectomie transpéritonéale sera surtout à redouter lorsqu'il s'agira d'enlever un rein pour des accidents inflammatoires, calculs ou surtout tuberculose. Dans ces cas, des adhérences fixeront la tumeur aux parties voisines et des poches purulentes pourront se crever au cours de l'intervention en inondant la séreuse.

Nous avons pensé qu'une bonne manœuvre opératoire serait la fixation précoce des deux lèvres du péritoine prérénal incisé longitudinalement aux deux lèvres correspondantes du péritoine pariétal de la paroi abdominale, et cela avant toute tentative de décortication du rein, dès le début des manœuvres; de telle sorte que la séreuse péritonéale ne soit ouverte que quelques instants et qu'aussitôt la suture effectuée tout se passe pendant l'ablation du rein sans risques d'infecter la séreuse.

Nous avons pratiqué pour la première fois cette intervention le 6 août 1895 pour un gros rein tuberculeux. Dans un deuxième cas, notre maître M. le professeur Poncet que nous assistions, voulut bien avoir recours à ce manuel opératoire; ces deux cas ont été couronnés de succès et l'on pourra juger d'après le détail de nos deux observations des avantages que nous avons pu retirer de ce procédé.

Ces deux observations ont du reste été reproduites dans la thèse de M. Daubois (1) où l'on pourra trouver longuement exposés les détails du manuel opératoire et les indications.

1. Daubois, thèse de Lyon, 1897.

Observation I.— *Rein tuberculeux. Phlegmon périnéphrétique. Néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation péritonéale.*

J. P..., 40 ans, conducteur de voitures, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 août 1895, salle Sainte-Marthe, pour une volumineuse tuméfaction de l'hypochondre droit.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tous deux de pleurésie à forme aiguë; 3 frères et 2 sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de lésions de scrofule dans l'enfance. Pas de signes extérieurs de tuberculose, bonne santé habituelle, pas de syphilis; blennorrhagie il y a 4 ans suivie presque immédiatement de cystite. Depuis lors, le malade a toujours eu des mictions fréquentes, de temps en temps légère hématurie avec pus dans les urines, le malade rend parfois du sang par l'anus; phénomènes douloureux peu marqués. Etat général mauvais : faiblesse, perte de l'appétit.

Affection actuelle. — Le malade fut, il y a un mois, obligé de garder le lit à cause d'une douleur lombaire peu intense, exagérée par les mouvements et par les promenades en voiture. A la même époque, J. P... s'aperçut d'une tumeur du volume du poing siégeant dans la région lombaire droite, il eut en même temps de légères hématuries (le malade ne peut dire si elles étaient influencées par les mouvements). Les urines étaient purulentes, mais le malade ne peut affirmer si elles l'étaient pendant toute la durée de la miction; il prétend qu'à certains moments, les urines étaient claires, mais il ne sait pas si la purulence coïncidait avec les douleurs. Jamais de signes de coliques néphrétiques, ni jamais de constatation de graviers dans les urines.

Actuellement : l'hypochondre droit est augmenté de volume. Au niveau de l'arcade crurale dans son tiers externe, on note une tuméfaction rouge de la grosseur d'un œuf; pas de saillie dans la région lombaire. La jambe droite est en demi-flexion sur la cuisse depuis 2 mois et l'extension complète de la jambe est impossible. Aucune douleur soit dans le genou, soit dans la hanche. Pas de douleur par rapprochement des deux épines iliaques. Aucun symptôme du côté de la colonne vertébrale.

La *palpation* permet de reconnaître une masse volumineuse, saillante dans l'hypochondre droit et que l'on saisit nettement entre une main antérieure placée sur la paroi abdominale et une main postérieure située dans l'échancrure iléo-costale. Fluctuation manifeste donnant une sensation de ballottement rénal. Cette sensation de fluctuation peut être perçue jusqu'au niveau de la crête iliaque à deux travers de doigt au-dessus de celle-ci et dans son tiers externe. En ce point, la peau est amincie et a menace de la perforation.

On porte le diagnostic de rein tuberculeux avec abcès froid périnéphrétique ayant fusé vers la fosse iliaque. Une intervention chirurgicale est décidée.

Opération (M. Villard), 8 août. — Anesthésie à l'éther. Une première incision faite parallèlement à l'arcade de Fallope laisse échapper une grande quantité de pus, une deuxième incision lombaire étendue de la 12e côte à la crête iliaque, complète l'évacuation du phlegmon périnéphrétique. On sent alors le rein très volumineux, bosselé, et toute tentative d'extraction par la voie lombaire est jugée impossible en raison des dimensions de la tumeur. L'intervention par la voie transpéritonéale est donc décidée, et, pour éviter les chances d'infection, un manuel opératoire spécial est suivi. Incision de la paroi abdominale sur le bord externe du droit de 20 centimètres de largeur, ouverture du péritoine pariétal.

On aperçoit alors nettement la face antérieure du rein recouverte par la séreuse et côtoyée sur son bord interne par le côlon ascendant. Longue incision verticale faite sur la face antérieure du rein et pratiquée en dehors du côlon, intéressant le péritoine viscéral et la capsule propre du rein; l'isolement de ces deux enveloppes fait avec le doigt sur quelques centimètres est très facile et aussitôt des pinces à forcipressure sont placées sur les lèvres du péritoine pariétal et du péritoine viscéral, unissant celles-ci l'une à l'autre. On cloisonne ainsi la grande cavité péritonéale, la poche rénale est devenue extra-séreuse et les risques de rupture d'une poche purulente et de péritonite consécutive sont écartés. La décortication du rein est menée rapidement, elle se fait au doigt et très facilement; au niveau du pédicule deux pinces de Richelot sont placées et laissées à demeure, l'extraction de la tumeur est faite sans peine; deux poches purulentes ont pourtant dues être incisées pour diminuer le volume du rein et permettre son extraction au travers des lèvres de l'incision. Les pinces à demeure placées sur les lèvres des incisions péritonéales et qui avaient servi à cloisonner momentanément la cavité sont remplacées par un surget continu au catgut. Tamponnement à la Mickulicz de la cavité; drainage par les incisions iliaques et lombaires.

9 août. Le malade est assez bien. Dysurie : 150 gr. d'urine depuis l'opération jusqu'à aujourd'hui. Pas de sang dans les urines.

10 août. 500 gr. d'urine en 24 heures, trouble, pas de sang.

11 août. Pansement; on enlève les pinces de Richelot.

12 août. 500 gr. d'urine en 24 heures, transparente à l'émission.

13 août. 500 gr. d'urine en 24 heures; le malade a été agité toute la nuit.

16 août. 600 gr. d'urine en 24 heures.

17 août. 1 000 gr. d'urine.

21 août. 1 200 gr. d'urine en 24 heures tout à fait claires.

26 août. 1 100 gr. La plaie commence à se cicatriser.

30 août. La plaie se sépare de plus en plus, on enlève un des drains.

19 septembre. Etat général excellent, urines claires et limpides, quantité normale.

26 septembre. Le malade conserve un état général excellent, les urines sont limpides, pas d'albumine ni de pus, le malade voit une goutte de sang perler à son méat lorsqu'il va à la selle.

15 octobre. Etat général bon, urine quantité normale, absence d'albumine et de pus.

14 novembre. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu dans un état satisfaisant, présentant encore une légère fistule à la région lombaire, mais en voie de guérison.

Il nous écrit en date du 30 mai 1897 que son rétablissement est complet, que ses urines sont claires, sauf quand il se fatigue, auquel cas il urine quelques gouttes de sang, mais il n'a plus ressenti de phénomènes douloureux et la fistule est guérie depuis longtemps.

Obs. II. — *Tuberculose rénale primitive; néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation péritonéale immédiate* (M. le professeur Poncet).

P. M..., 26 ans, cuisinier, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1897, dans le service de clinique de M. le professeur Poncet.

Antécédents : Père mort goutteux à 60 ans, mère bien portante, trois frères et une sœur morts d'affections indéterminées; un frère au service militaire ayant eu une pleurésie.

Comme antécédents personnels, ce malade a eu à l'âge de 15 ans une coxalgie à la hanche droite ayant duré deux ans et guérie par ankylose parfaite. A 16 ans abcès ossifluent costal ayant duré trois mois, et guéri avec cicatrication parfaite; à part cela le malade a une bonne santé habituelle, aucune maladie vénérienne. Il y a quatre ans quelques excès alcooliques, qu'il a cessés au moment où il est soumis à un traitement pour la maladie actuelle qui date de six ans.

En 1891, début de l'affection par de la pollakiurie; un jour hématurie franche (caillots), puis amendement des symptômes, qui disparaissent même complètement pendant l'hiver de 1891-1892.

En 1893 la pollakiurie reparut avec troubles; le docteur La Saigne consulté trouve beaucoup d'albuminurie et met le malade au régime lacté absolu, régime suivi jusqu'à il y a trois mois. A cette époque apparaissent nettement des douleurs dans la région lombaire droite s'irradiant dans la cuisse du même côté. Le malade a néanmoins toujours continué son métier de cuisinier; il n'a jamais maigri et n'aurait perdu ses forces que depuis quelques jours, jamais de maux de tête ni d'œdème des pieds, digestion normale.

Actuellement on perçoit dans l'hypochondre droit, au-dessus du foie, une tumeur sphéroïde à parois assez régulières, qu'on peut limiter entre les 2 mains, l'une placée dans la région lombaire, l'autre en avant à droite de la ligne médiane. Sensation nette de ballottement.

Matité en avant de la tumeur, coupée pourtant par une bande sonore due au côlon.

Mictions fréquentes, pollakiurie trouble. Urine laissant déposer au repos une très épaisse couche purulente.

Pas de symptômes douloureux spontanés ou provoqués. La néphrectomie est décidée.

Opération le 9 mars. M. le professeur Poncet, assisté de M. Villard, chef de clinique, pratique l'intervention.

Anesthésie à l'éther. Incision de 15 à 20 centimètres sur le bord externe du droit, ouverture de la cavité abdominale, incision du péritoine de la tumeur, et de la capsule propre du rein faite verticalement, et en dehors du côlon qui est récliné en dedans. La capsule propre du rein et le péritoine viscéral, après un décollement portant sur quelques centimètres, sont suturés à l'incision de la paroi et au péritoine qui la tapisse par une suture à surjet continue au catgut, de façon à marsupialiser préventivement la cavité. Enucléation facile et rapide du rein tuberculeux. Pendant le cours de cette manœuvre plusieurs poches purulentes sont incisées et leur contenu évacué au dehors. On applique des pinces à pression continue sur le pédicule, et on les laisse à demeure; tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité laissée béante par ablation de la tumeur; une mèche de gaze est glissée en outre dans l'angle supérieur de la plaie au-dessous de la région hépatique, en un point où la suture séro-séreuse avait été imparfaitement pratiquée.

Points de suture dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement.

11 mars. Oligurie pendant les premiers jours, 200 à 330 gr. d'urine. Le taux des urines est actuellement de 500 grammes. Bon état général.

13 mars. Quantité normale des urines, 1000 à 1100 gr. On retire les mèches les plus superficielles.

20 mars. L'ablation totale du mikulicz a été pratiquée sans incident. L'état général se relève rapidement, rien de particulier à signaler du côté des urines.

20 avril. Le malade a présenté pendant quelque temps une fistulette stercorale.

20 mai. Etat général bon, la plaie est à peu près cicatrisée. La fistulette est en voie de guérison.

27 mai. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu dans un état satisfaisant. Il nous écrit quelques jours plus tard, annonçant la disparition de la petite fistule.

Examen du rein. Infiltration nodulaire. Sclérose cavernes. — La pièce, portée au laboratoire, a la forme générale du rein, elle pèse 180 grammes (il faut ajouter l'évacuation des collections suppurées). La surface est lisse, comme celle d'un rein complètement décortiqué, et la couleur est d'un blanc uniforme comme celle du gros rein blanc.

En plusieurs points se trouvent des saillies arrondies et hémisphériques qui déterminent une fausse lobulation, et qui sont fluctuantes; ce sont des abcès contenant un pus filant, verdâtre, muqueux (paralbumine) et dont la paroi a environ un demi-centimètre d'épaisseur et est constituée par la substance corticale du rein. Les abcès sont de dimensions variables, les plus petits sont gros comme des noyaux de cerises, les plus gros comme un abricot. Dans certains points on assiste au début de leur formation en ce sens que l'on voit une infiltration puriforme dont le centre commence seulement à se ramollir. La paroi des gros abcès est rugueuse et rappelle un peu l'intérieur des ventricules du cœur. Les abcès ne communiquent pas les uns avec les autres, ils sont tous nés séparément, et semblent avoir pris naissance à la limite qui sépare la substance des pyramides de la substance corticale.

Le bassinet n'est pas distendu, il est d'ailleurs difficile à retrouver.

La recherche du bacille de la tuberculose a donné un résultat positif.

Dans les deux observations qui précèdent, on a pu voir combien la néphrectomie transpéritonéale avait été facilitée et rendue moins dangereuse par la marsupialisation précoce du péritoine; on a pu voir également que cette manière de faire peut s'appliquer aussi bien aux cas de néphrectomie sus- ou sous-capsulaire; car dans les deux fois c'est la méthode sous-capsulaire qui a été employée.

Avant d'entrer dans l'exposé des détails du manuel opératoire que nous avons suivi et que nous préciserons, il est certaines considérations anatomo-pathologiques créées par le développement de la tumeur rénale qui rendent possibles les manœuvres de marsupialisation et que nous pensons devoir mettre ici en lumière.

Tout différents sont en effet les rapports du rein normal logé dans les gouttières lombaires de ceux contractés par le même organe malade et alors qu'il arrive à dépasser le volume d'une tête de fœtus ou d'une tête d'adulte. Le développement de la tumeur a lieu surtout en avant, là où elle rencontre la masse molle et dépressible constituée par les paquets intestinaux. Le côlon ascendant ou descendant soulevé par le néoplasme s'élève contre la paroi abdominale et subit en même temps un mouvement de translation en dedans, de telle sorte que, le système du gros intestin et des mésocolons renfermant en quelque sorte comme en un cadre le paquet des anses d'intestins grêles, celles-ci sont refoulées vers la ligne médiane et abandonnent plus ou moins le contact avec la face antérieure du rein. Dans le cas où la glande rénale a acquis un grand développement, elle vient se mettre directement en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen. La situation est alors la suivante :

Côlon en dedans et en bas : sur les deux tiers externes de la face antérieure du rein, le péritoine pariétal est en rapport avec le péritoine rénal, et sur le côté externe s'est formé une sorte de sinus péritonéal étendu, habituellement dépourvu d'anses intestinales et qui sera une voie facile pour aborder le rein. En haut, la tumeur sera, à droite, directement en contact avec le bord antérieur et la face inférieure du foie, et à gauche avec le lobe gauche du foie, la rate et la grosse tubérosité de l'estomac rejetée en dedans. Enfin, en bas, la tumeur descend plus ou moins loin vers la fosse iliaque, mais le plus souvent se limite à la partie supérieure de cette fosse.

Ces considérations anatomiques vont maintenant nous permettre de bien comprendre le manuel opératoire que nous avons adopté, le choix de l'incision et les différents temps qui pourront mettre à l'abri de l'infection péritonéale.

Manuel opératoire. — *1er temps. Incision de la paroi abdominale.* — Elle sera pratiquée sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, permettant ainsi d'éviter le côlon et de passer franchement en dehors de lui lorsqu'on arrive sur la face antérieure de la tumeur rénale, commencer cette incision à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, et la prolonger directement en bas sur une longueur de 15 à 20 centimètres et même plus, ces dimensions pouvant varier avec le volume de la tumeur à enlever.

Aussitôt le péritoine incisé, placer des pinces hémostatiques sur les lèvres de l'incision, de façon à attirer la séreuse au dehors.

2e temps. Incision du péritoine prérénal et marsupialisation immédiate. — L'incision abdominale permettra alors à ce moment, de voir la face antérieure du rein; le plus souvent celle-ci sera en rapport de contiguïté avec la face postérieure de la paroi abdominale, sans interposition d'anses d'intestin grêle. Si pourtant quelques-unes tendaient à faire hernie au dehors, une compresse de gaze les refoulerait et les maintiendrait réduites en dedans. Les côlons ascendant ou descendant et leur coude avec le côlon transverse sont vus alors appliqués exactement contre la face antérieure du rein avec lequel ils contractent des rapports intimes. La situation exacte de ces organes étant déterminée, on mènera verticalement sur la face antérieure du rein une incision qui passera à 4 ou 5 cen-

timètres en dehors du bord externe du côlon, lequel sera, après décortication, refoulé vers la ligne médiane. Cette incision aura comme longueur toute l'étendue de la face antérieure de la tumeur. Aussitôt quelle sera pratiquée, les deux lèvres du péritoine incisé s'écarteront légèrement l'une de l'autre et seront saisies avec les mors de pinces hémostatiques multiples destinées à servir de tracteur et à assurer l'hémostase de quelques veines qui pouvaient donner du sang.

De légères manœuvres de décortication permettront d'avoir ainsi deux petits lambeaux péritonéaux que l'on attirera par tractions sur les pinces hémostatiques au tra-

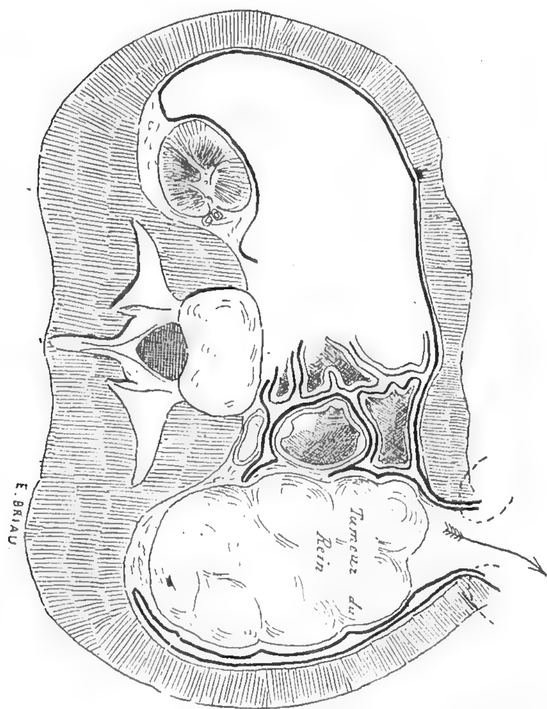


Fig. 1. — Coupe horizontale antéro-postérieure de la cavité abdominale montrant la marsupialisation péritonéale et la manière d'aborder le rein.

vers de l'incision de la paroi abdominale. Pratiquer à ce moment une suture en surjet au catgut unissant les aponévroses de l'abdomen et le péritoine pariétal d'une part au péritoine prérénal d'autre part et on aura ainsi créé une sorte de poche extra-péritonéale conduisant directement sur la face antérieure du rein et limitée latéralement par deux cloisons verticales fermées par la suture du péritoine de la paroi de l'abdomen. Les figures ci-jointes, que nous devons à notre excellent ami le docteur Briau, feront bien comprendre ces diverses manœuvres.

3e *Temps. Décortication et ablation de la tumeur.* — Il ne reste plus qu'à décoller le rein des adhérences lâches qui l'unissent à la face profonde de son revêtement séreux et à l'atmosphère graisseuse prérénale. C'est par ce travail des doigts de décortication de proche en proche que l'on arrivera à ce but et souvent ces manœuvres seront d'une remarquable facilité, surtout lorsque des lésions inflammatoires chroniques n'auront pas créé l'induration des tissus ou des adhérences anormales résistantes. La décortication terminée, on pratiquera soit la ligature du pédicule à la soie, soit la forcipressure du hile.

4e *Temps. Tamponnement à la gaze iodoformée.* — L'intervention se terminera par un tamponnement à la gaze iodoformée qui comblera la vaste cavité laissée par l'ablation de la tumeur et parera au suintement sanguin que pourraient fournir de petits vaisseaux. On utilisera une gaze très faiblement iodoformée pour éviter les accidents d'intoxication fréquents dans ce genre d'intervention.

Variété sous-capsulaire. — Dans le manuel opératoire précédent, nous avons décrit la néphrectomie avec marsupialisation immédiate extra-capsulaire. Dans nombre de circonstances et cela surtout parce que le procédé s'applique aux lésions suppuratives du rein tuberculeuses ou autres, des adhérences très fortes empêcheront la décortication sous-péritonéale, on aura alors recours à la décor-

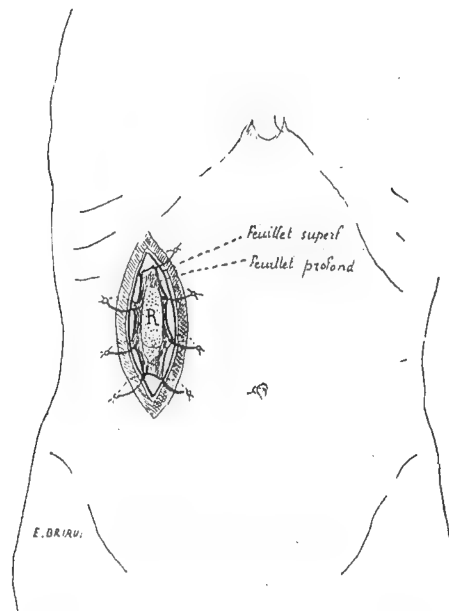


Fig. 2. — Aspect de la paroi abdominale au moment où l'on va commencer l'ablation du rein.

tication sous-capsulaire d'Ollier, qui facilitera singulièrement le manuel opératoire et l'on sera étonné, après l'incision de la capsule du rein, d'enlever en quelques secondes un rein volumineux qui semblait devoir résister à toute tentative de décortication tant qu'on se tenait en dehors de la capsule. Il suffira dans le deuxième temps, c'est-à-dire lors de l'incision du péritoine prérénal, d'inciser du même coup la séreuse et la capsule sous-jacente, de décoller solidairement ces deux membranes et de les suturer de même au péritoine pariétal antérieur.

Nous pouvons maintenant étudier la valeur comparative du manuel opératoire que nous venons de décrire avec les autres procédés de néphrectomie et voir si l'innocuité relative conférée par la marsupialisation précoce du péritoine ne doit pas étendre dans de certaines limites les indications de la néphrectomie transpéritonéale. A l'heure actuelle la voie lombaire reste la voie la plus sûre dans les ablations du rein et cela à juste raison : la néphrectomie lombaire met en effet à l'abri de toutes les complications septiques péritonéale et on sait combien celles-ci sont à redouter lorsqu'on intervient pour des lésions suppuratives du rein. Pas de risques non plus d'infection tardive par un moignon uretéral infecté, le drainage postérieur est facile, l'écoulement des liquides a lieu dans

des conditions parfaites. Il semble donc qu'à tous ces points de vue la néphrectomie lombaire soit l'idéal; mais le volume de la tumeur à enlever vient souvent rendre l'ablation des reins très difficile.

En effet, entre la dernière côte et la crête iliaque, la distance est courte; c'est profondément qu'il faut travailler lorsque la tumeur rénale ne peut être luxée même partiellement au travers de l'incision lombaire; aussi les opérateurs, redoutant toujours la voie transpéritonéale, ont-ils tenté par des moyens variés de restreindre les contre-indications tirées de la grosseur de la tumeur. Les uns ont utilisé des incisions obliques plus longues que la simple incision verticale, mais n'augmentant pas considérablement le jour opératoire. D'autres ont pratiqué des résections partielles de la 12e côte, mais c'est là toujours un temps opératoire délicat et même dangereux, étant donné les rapports variables du cul-de-sac pleural. C'est, guidé par les mêmes idées que M. Tuffier a proposé la néphrectomie lombaire par morcellement, et que M. Ratynski (de Constantinople) est revenu tout récemment (1) sur ce mode opératoire. C'est là évidemment une bonne méthode, et nous la croyons appelée à rendre de grands services vu l'absence de dangers d'infection péritonéale; mais, croyons-nous, c'est là une opération souvent difficile à appliquer, qui oblige à des manœuvres assez longues faites dans la profondeur; elle expose à laisser des fragments de tissu rénal altéré, aux fistules consécutives, aux opérations itératives, etc. D'autre part, si elle peut être plus particulièrement défendue pour les lésions suppuratives du rein, force est de la rejeter lorsqu'il s'agira de tumeurs de l'organe pour lesquels on se verra obligé de pratiquer des néphrectomies transpéritonéales. Enfin, le manuel opératoire de cette intervention sera toujours plus difficile que celui de la néphrectomie antérieure avec marsupialisation.

Dans le même sens encore était conçue la méthode de la néphrectomie para-péritonéale préconisée par Trélat, notre Maître, M. le professeur Poncet et son élève Rivière, méthode qui permettait d'utiliser une grande incision abdominale sans ouverture du péritoine.

En effet enlever un rein volumineux par une incision faite latéralement à la paroi abdominale dans une étendue aussi grande que l'on voudra, et alors que la séreuse péritonéale ne sera pas ouverte, qu'un décollement de celle-ci permettra d'aborder le rein sans risques d'infection du péritoine, n'est-ce pas là le but que doit chercher un opérateur se trouvant en présence d'une tumeur volumineuse du rein? Malheureusement là aussi existent quelques inconvénients. En effet, en réalité, il est difficile de pratiquer d'une façon absolument rigoureuse le décollement péritonéal et cela d'autant plus que l'on se trouvera en présence de lésions suppuratives du rein ayant créé des adhérences inflammatoires souvent résistantes, et alors chaque déchirure de la séreuse sera une porte d'entrée à l'infection et le but de la voie para-péritonéale ne sera pas atteint.

Cependant la voie para-péritonéale et les néphrectomies par morcellement sont évidemment un progrès incontestable sur la *méthode transpéritonéale ordinaire* typique dont la mortalité est toujours restée considérablement plus élevée que celle de la voie lombaire modifiée ou non. Voyons quelles sont les causes de cette mortalité et si la marsupialisation péritonéale immédiate que nous préconisons n'est pas appelée à les diminuer beaucoup. Ces causes relèvent de l'infection péritonéale avec toutes ses variétés étiologiques. Tout d'abord celles imputables au défaut d'asepsie du chirurgien ou de ses aides, fautes qui doivent évidemment disparaître et être tout à fait exceptionnelles, mais avec lesquelles il faut compter quand même. Plus graves sont les risques d'infection par rupture d'une poche purulente, tuberculeuse ou autre, au cours des manœuvres de décortication, ruptures qui pourront se produire malgré les plus grandes précautions. Enfin l'infection péritonéale pourra être réalisée tardivement parce que des suppurations existeront au niveau du pédicule du rein, suppurations surtout fréquentes vers le moignon uretéral, soit que celui-ci présente de l'infection calculeuse ou au contraire des ulcérations tuberculeuses. Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, MM. Bazy, Peyrot et Reynier revenaient sur le danger de ces infections secondaires et en faisaient une contre-indication à l'emploi de la voie transpéritonéale. Ce sont ces dangers dûs à la présence d'un uretère infecté qui avaient du reste poussé, comme nous l'avons vu, le professeur Terrier à fixer après ablation du rein les lambeaux péritonéaux de décortication aux lèvres de la plaie de laparotomie, de façon à éviter l'infection de la grande séreuse lors de l'écoulement au dehors des liquides septiques, et c'était là une heureuse modification au procédé typique de néphrectomie transpéritonéale. Pourtant, comme on le voit, les dangers de la néphrectomie abdominale restent considérables et contrebalancent les avantages de cette méthode qui sont ceux d'une opération à vue, permettant une décortication rapide, une ablation facile avec pincement et ligature des vaisseaux du hile faits sans difficulté.

Si donc on pouvait parer aux accidents d'infection péritonéale immédiats ou secondaires, la méthode transpéritonéale serait l'idéal pour l'ablation des reins volumineux; c'est ce but que nous croyons réaliser par la marsupialisation du péritoine. En effet, en utilisant ce temps opératoire aussitôt la paroi abdominale ouverte, le péritoine prérénal est incisé, une suture ou des pinces hémostatiques fixent d'une façon continue le péritoine viscéral au péritoine pariétal et aussitôt cet adossement réalisé l'opérateur se trouve dans des conditions d'innocuité au point de vue de l'infection péritonéale aussi grandes que s'il était intervenu par la voie lombaire. Il pourra dès lors pratiquer sans se presser la décortication de la tumeur du rein; des poches purulentes pourront crever elles s'évacueront au dehors sans risquer l'infection de la séreuse. Point de gêne opératoire provenant de la projection des anses d'intestin grêle au-devant de la tumeur, les deux murailles péritonéales s'opposant à leur issue. Enfin, lorsque la tumeur sera enlevée, il restera là une vaste cavité située dans l'atmosphère celluleuse péri-rénale, qu'il sera inutile de drainer par la voie lombaire. S'il existait des lésions septiques du bassinet ou de l'uretère, point de dangers d'infection secondaire, l'évacuation des liquides septiques s'effectuera sans inconvénient au travers de la cheminée d'appel ainsi créée. Ces appréciations théoriques ont reçu le contrôle de l'expérience clinique puisque dans les deux observations que nous rapportons et surtout dans la première il existait de vastes collections suppurées et même un phlegmon périnéphétique étendu jusqu'à l'arcade de Fallope; ces deux cas se sont heureusement terminés et à aucun moment nous n'avons eu à redouter l'évolution d'accidents septiques péritonéaux.

Ces considérations nous font donc penser que la néphrectomie avec marsupialisation immédiate du péri-

1. *Presse médicale*, 25 septembre 1897.

toine peut être une méthode de choi dans l'ablation des tumeurs du rein. Elle présente tous les avantages de la néphrectomie transpéritonéale, c'est-à-dire, la simplicité du manuel opératoire, la rapidité de l'exécution, l'ablation facile des plus volumineuses tumeurs. D'autre part elle en supprime les inconvénients c'est-à-dire les dangers d'infection péritonéale soit immédiats au cours de l'intervention soit tardifs en rapport avec une suppuration du pédicule. En effet la séreuse n'est ouverte que quelques instants et à un moment où il n'existe aucun risque d'infection.

Nous pouvons donc maintenant poser les indications de la néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation préalable. Ces indications seront celles de la néphrectomie transpéritonéale ordinaire mais très étendues. Elles seront tirées uniquement du volume du rein.

Nous croyons qu'il ne faut pas vouloir à tout prix enlever par la voie lombaire une grosse tumeur rénale, en ayant recours à des manœuvres plus ou moins compliquées de morcellement, à des incisions bizarres; toutes les fois que le volume du rein atteindra celui d'une tête de fœtus ou davantage, que la tumeur sera nettement perceptible par le palper abdominal et que l'on pourra prévoir des difficultés dans son ablation par l'étroite voie lombaire, il vaudra mieux, selon nous, avoir recours à la néphrectomie transpéritonéale. On voit ainsi que pour nous l'unique indication c'est le volume du rein, et que nous ne tenons aucun compte de la nature de la tumeur (nous entendons par tumeur toute augmentation de volume de l'organe néoplasique ou inflammatoire).

On tend en effet jusqu'à présent à accepter la néphrectomie transpéritonéale pour les lésions néoplasiques du rein et à pratiquer autant que possible les méthodes lombaires dans les affections suppuratives. Pour nous cette distinction ne doit plus exister car l'infection péritonéale n'est pas à redouter en utilisant la marsupialisation du péritoine, et nous préférons pratiquer facilement une néphrectomie transpéritonéale que difficilement la même opération par la voie lombaire, nous concluons donc : *Toutes les fois que l'augmentation de volume du rein fera soupçonner une extirpation laborieuse de l'organe par la voie lombaire il faudra avoir recours à la néphrectomie transpéritonéale avec marsupialisation immédiate.*

Reste un dernier point à discuter. Faudra-t-il pratiquer la néphrectomie extra- ou sous-capsulaire ?

La néphrectomie extra-capsulaire doit évidemment être la seule employée dans les tumeurs malignes du rein où l'on redoute la récidive du néoplasme.

Dans les lésions suppuratives, c'est encore au point de vue théorique la méthode de choix, car il ne faut pas oublier que lorsqu'on a recours à la méthode sous-capsulaire on est obligé de placer la pince du pédicule au niveau de l'insertion du bassinet au tissu rénal; il restera donc dans le pédicule un organe suppurant qui, lorsqu'il s'agira de tuberculose rénale pourra devenir le point de départ d'inoculations secondaires ou de fistules persistantes. En pratique les choses sont différentes; ce sont justement ces cas de lésions suppuratives qui présentent des adhérences très intimes à la périphérie du rein rendant les procédés extra-capsulaires inapplicables. Nous croyons donc qu'il faudra toujours tenter la décortication sous-péritonéale du rein, mais que si l'on s'aperçoit que celle-ci est trop difficile, qu'elle expose à des déchirures de la séreuse, il vaudra mieux, malgré les légers inconvénients que nous venons de signaler, recourir à la méthode sous-capsulaire (c'est du reste ce qui a été fait dans les deux observations que nous rapportons), quitte à pratiquer ultérieurement une opération itérative pour tarir la fistule

Notre dernière conclusion est donc la suivante : *Dans le cas de tumeurs malignes du rein, pratiquer la néphrectomie extra-capsulaire; dans les lésions suppuratives, tenter l'emploi de ce même procédé mais savoir que le plus souvent il faudra pratiquer une néphrectomie sous-capsulaire.*

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-98.

M. Coudeyras (Philippe). *Contribution à l'étude des formes légères de la fièvre typhoïde.* N° 10. (P. Delmar.)

M. Vauquelin (Albert). *Sur une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde.* N° 84. (Ollier-Henry.)

M. Marchegay (Pierre). *Symptômes analogues à ceux de la colique hépatique occasionnés par le ténia.* N° 73. (H. Jouve.)

M. Le Faguays (Fernand). *Des maladies infectieuses dont le germe pathogène est inconnu ou douteux.* N° 60. (H. Jouve.)

M. Jakhnine (Abraham). *L'adénopathie trachéo-bronchique simple chez les enfants.* N° 67.

M. Charrier (Léon). *Contributions à l'étude de l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites.* N° 24. (P. Delmar.)

M. Bouchard (A.). *Étude sur les bourdonnements et bruits d'oreille.* N° 113. (H. Jouve.)

M. Laporte. *Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis.* N° 442. (Steinheil.)

M. Gagnière (Gaston). *Nouvelles contributions au traitement de la syphilis par l'huile grise.* N° 12.

M. Seijo (E.) *Avantages des injections de benzoate de mercure dans le traitement mercuriel de la syphilis.* N° 451. (Jouve.)

M. Varet (R.) *Recherches sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme.* N° 598.

Le séro-diagnostic de Widal, a fait faire un progrès considérable dans la connaissance des fièvres typhoïdes légères.

M. Coudeyras en énonce les principaux caractères cliniques qui sont : le peu d'élévation de la température, le maintien d'un état général satisfaisant, l'absence des symptômes nerveux, l'atténuation des troubles digestifs. Elles affectent parfois les types dits de typhus ambulatorius, de fièvre typhoïde abortive, de dothiénentérie apyrétique, et simulent l'embarras gastrique fébrile. Leur diagnostic est la plupart du temps fort délicat. La séro-réaction permet de les distinguer des affections avec lesquelles elles offrent tant de ressemblances, telles que la grippe, la tuberculose aiguë, la fièvre paludéenne, mais c'est surtout dans les états gastriques que son intervention est précieuse; elle permet de déceler si le bacille d'Eberth est en cause ou non.

Leur pronostic est bénin, sauf les réserves à faire au sujet de la perforation intestinale. On ne peut rien déduire pour la gravité de la fièvre typhoïde de l'intensité de la réaction agglutinante.

M. Vauquelin étudie une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Tilly-sur-Seulles (Calvados) en 1891. L'origine de cette épidémie eut lieu par importation. L'épidémie se localisa dans la rue d'Enfer seulement, et les 20 cas observés se succédèrent d'abord par contagion directe, puis secondairement pour le cours d'eau qui longe cette rue, infecté par les détritus, les matières fécales des malades jetées sur les fumiers dont le purin s'épanchait dans le ruisseau, et enfin les linges des malades lavés dans celui-ci. Il n'y avait jamais eu d'épidémie de typhoïde à Tilly-sur-Seulles et le dernier cas observé remontait à 2 ans environ, et n'était pas dans la rue d'Enfer. Quoique le cours d'eau susnommé fût infecté depuis de nombreuses années par le purin des fumières, qu'il n'eût jamais été curé et que les

habitants de la rue d'Enfer s'en servissent journellement pour leur usage personnel et pour leur alimentation, un cas même isolé de fièvre typhoïde n'a jamais été observé, jusqu'au jour où la fièvre typhoïde fut importée par une malade qui avait été frappée et eut une rechute à Caen et y vint faire sa convalescence à Tilly. La marche que suivit l'épidémie prouve pleinement cette origine, et montre que l'influence de l'eau ne s'est fait sentir qu'une fois infectée par le bacille d'Eberth.

A propos d'une observation inédite analogue à celle publiée en 1882 par Letulle, M. Marchegay rappelle que des symptômes analogues à ceux de la colique hépatique peuvent se manifester sans obstruction des voies biliaires par un calcul, et provoqués par la seule présence du tœnia dans l'intestin ainsi que le prouve la disparition des accidents, après l'expulsion du ténia.

Il est un certain nombre de maladies dont la nature infectieuse semble prouvée, bien que leur agent pathogène soit encore totalement inconnu ou au moins douteux; c'est à l'étude bactériologique de ces diverses maladies, résumant les recherches faites et montrant ce qui les empêche d'être probants que M. Le Faguays consacre sa thèse : scarlatine, variole, varicelle, vaccine, rougeole, coqueluche, oreillons, rhumatisme, typhus, syphilis, scorbut, rage, pellagre, lymphadénie, anémie pernicieuse progressive, etc. On trouve aussi dans sa thèse un rapide résumé des recherches de Sanarelli sur le bacille de la fièvre jaune, ces recherches, si probantes qu'elles soient, n'étant pas encore classiques.

L'adénopathie trachéo-bronchique simple, qu'étudie M. Jakhnine, s'observe fréquemment chez les jeunes enfants. Quelquefois primitive, elle est le plus souvent consécutive à une maladie infectieuse intéressant l'un des organes dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions trachéo-bronchiques. L'auteur énumère l'ensemble des signes fonctionnels et physiques qui permettent de la distinguer facilement de toute autre maladie, et conclut que traitée à temps, l'adénopathie trachéo-bronchique simple guérit toujours. L'iodure de potassium et les révulsifs locaux constituent la base du traitement.

De ses recherches personnelles M. Charrier tire les conclusions suivantes :

La potasse urinaire s'élimine généralement mal dans les néphrites chroniques.

Le rapport potassico-minéral dans ces maladies est généralement moins élevé qu'à l'état normal.

La diminution du rapport potassico-minéral, indique que dans certains cas la potasse est à peu près la seule de toutes les matières minérales de l'urine à mal s'éliminer.

L'urée et les phosphates surtout suivent la même loi que la potasse.

L'analyse d'un vomissement chez un néphrétique, qui éliminait mal sa potasse urinaire, a montré à l'auteur que cet élément se retrouvait dans les matières vomies, prouvant ainsi un effort de l'organisme pour rejeter sa potasse. Aussi il pense qu'il faut respecter cet émonctoire éventuel.

Plusieurs analyses ont montré que le régime lacté amenait des décharges considérables de potasse et que dans ce cas le rapport potassico-minéral était augmenté.

Pour un même malade, l'élimination de la potasse est en raison directe de l'abondance de la miction.

Le dosage de la potasse étant long et difficile, on peut, avec une approximation suffisante dans bien des cas, se baser sur la quantité de phosphates pour apprécier celle de la potasse qui lui est à peu près proportionnelle.

A la raison tirée de M. Bouchard de l'influence de la potasse sur la toxicité urinaire pour proscrire les composés potassiques dans les néphrites, l'auteur en ajoute une autre basée sur leur élimination difficile.

Il proscrit du régime des néphrétiques les aliments riches en potasse et préconise ceux qui en renferment peu.

Les bruits d'oreille qu'étudie M. Bouchard ne constituent qu'un symptôme et non une entité pathologique.

Les bruits subjectifs sont dus à une irritation primitive ou secondaire du nerf auditif, dans son centre, son trajet ou ses expansions terminales; cette irritation dépend soit d'une exagération de la pression intralabyrinthique, soit d'une action directe, soit d'une action réflexe.

Les bruits internes résultent de la perception de bruits réels qui se produisent dans l'oreille ou les régions voisines; ces bruits sont d'autant mieux perçus que l'oreille se trouve dans des conditions de résonance plus favorables; la plupart de ces bruits internes peuvent être entendus par le médecin.

Les caractères des bruits d'oreille sont très variables. Les bruits sont généralement localisés dans l'oreille, quelquefois dans une partie quelconque de la tête et ils peuvent même être extériorisés. Ils ont une influence marquée dans la production de l'aliénation mentale; leur traitement joue un rôle considérable dans la marche et la guérison de la folie.

Les bruits d'oreille n'ont pas, en général, un pronostic grave, mais ils peuvent conduire au suicide et à la folie.

Le diagnostic causal est d'une importance extrême.

Le traitement est celui de l'affection qui leur a donné naissance.

L'hérédité syphilitique est commune, elle est désastreuse pour l'enfant qu'elle tue souvent, ou chez qui elle se manifeste en syphilis héréditaire précoce ou tardive. Enfin elle peut faire de lui dès sa naissance un débilité, qui sera atteint de certaines affections parasyphilitiques ou emporté par toute affection se développant sur ce terrain résistant. Voilà bien ce que l'on doit chercher à éviter par un traitement prophylactique efficace, qui comprendra :

Le traitement du père pendant six mois avant la fécondation.

Le traitement de la mère pendant la durée de la grossesse.

Les meilleurs résultats ont été donnés par l'emploi de l'iodhydrargyrate de potasse, dit M. Laporte.

L'huile grise, constate M. Gagnière, a une action rapide et énergique sur la cachexie du début de la syphilis. Après la deuxième injection de 3 gouttes 1/2, le sang reconquiert ses globules et redevient riche en hémoglobine. Le mercure en suspension dans l'huile est absorbé très vite, et son élimination dure peu de temps.

La clinique montre que l'action de l'huile grise est beaucoup plus énergique qu'on ne le pense généralement, et qu'elle agit vite sur presque toutes les manifestations du virus syphilitique aux diverses périodes de la maladie. La méthode permet de traiter sûrement les malades et d'injecter des doses rigoureusement connues.

L'injection est très peu douloureuse en général et l'est surtout moins que celle de calomel. Les inconvénients qu'on a cités à son actif étaient dus presque tous à son application non raisonnée ou imprudente. Les malades l'acceptent d'autant plus aisément qu'elle ne les assujettit pas à des visites fréquentes chez le médecin.

Le traitement, contre-indiqué dans quelques cas peu nombreux, est applicable couramment à la majorité des syphilitiques.

Le traitement mercuriel de la syphilis par les méthodes internes et externes offre des inconvénients sérieux : ils exposent à des accidents soit du côté du tube digestif soit du côté de la peau; on ne connaît jamais la quantité du médicament qui est absorbée.

Les méthodes hypodermiques permettent généralement le dosage exact de la quantité de mercure introduite dans l'organisme et agissent aussi vite que les méthodes externes les plus rapides.

Aux injections intra-veineuses on ne peut faire qu'un seul reproche, la difficulté de la technique.

Les injections de *sels insolubles* sont douloureuses et à doses massives peuvent produire des accidents graves, même mortels.

L'action des injections de *sels solubles* est sûre, rapide et on connaît toujours exactement la quantité de mercure absorbée. Elles sont *peu ou pas* douloureuses. Le seul reproche qu'on ait pu leur faire est la nécessité de les répéter fréquemment.

Parmi les injections de *sels solubles*, le benzoate de mercure a paru à M. Seijo exempt d'inconvénients et d'une action rapide et sûre.

D'après M. Varet l'acide chlorhydrique et les chlorures de l'organisme transforment les acétates, benzoates, picrates, azotates, sulfates de mercure en chlorures mercureux ou mercuriques suivant la nature du sel de mercure employé.

Ces réactions étant en elles-mêmes fortement exothermiques, l'intervention des chloromercurates n'est pas nécessaire à leur réalisation. Les deux oxydes de mercure subissent la même transformation et sont tous les deux amenés à l'état de chloromercurates de potassium, de sodium, d'ammonium, etc.

Les chlorures en solutions étendues n'exercent pas d'action notable à froid sur les bromure, cyanure et iodure de mercure.

En présence des chlorures, comme cela est réalisé dans l'estomac, cet acide met en liberté une certaine quantité d'acide cyanhydrique et il y a formation d'une dose équivalente de sublimé.

La conclusion pratique de ces faits la plus importante, c'est que les formules proposées pour les injections sous-cutanées, formules dans lesquelles le benzoate de mercure est solubilisé à l'aide de chlorore de sodium, ne contiennent *pas trace de benzoate de mercure*. Elles renferment du sublimé, du chlorure et du benzoate de sodium.

De pareilles prescriptions sont donc à rejeter et l'on devra se contenter d'ordonner du sublimé, du chlorure, et du benzoate de sodium si l'on croit que l'association de ces agents médicamenteux est utile.

Les bromures agissent comme les chlorures, mais avec plus d'énergie. En outre ils transforment le sublimé entièrement en bromure mercurique.

Les iodures transforment tous les sels de mercure mis en expérience en iodure. La transformation est totale excepté pour pour le cyanure en liqueur neutre. Dans ce dernier cas, il se fait un iodocyanure qui renferme la moitié de son mercure combiné à l'iode et l'autre moitié au cyanogène. En liqueur acide un excès d'iodure amène tout le mercure à l'état d'iodure.

Un excès d'iodure amène tous les sels de mercure à l'état d'iodomercurates (le cyanure excepté).

Dans le cas des sels mercureux ces derniers sont décomposés et la moitié de leur mercure est précipitée à l'état métallique. C'est l'énergie mise en liberté par la formation des iodomercurates qui provoque cette réaction et lui permet de s'accomplir.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Séquestre dans l'urèthre d'un homme (Sequester als Fremdkorper in der Harnrohre), par Grosglik (*Centralb. f. d. Krank. d. Harn- u. Sex.-Org.*, 1897, vol. VIII, n° 12, p. 641). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 26 ans n'ayant jamais eu la blennorrhagie, qui, un jour, après le coït, est pris d'une douleur violente dans l'urèthre. Le lendemain la douleur persiste, en même temps que le pénis et les bourses se tuméfient. Sous l'influence des bains locaux la tuméfaction disparaît, mais il s'établit un écoulement purulent qu'un médecin considère comme d'origine blennorrhagique et soigne comme tel pendant 18 mois.

En examinant le malade l'auteur a pu constater que ce pus ne renfermait de gonocoques et qu'un corps étranger se trouvait dans l'urèthre du malade au niveau de l'angle scroto-pénien. Ce corps étranger, dont l'extraction fut des plus difficiles, était un séquestre osseux de un demi-pouce de longueur sur un quart de pouce de largeur.

L'origine de ce séquestre s'expliquait par l'ostéomyélite chronique dont le malade a présenté les manifestations multiples pendant six ans. Le séquestre pouvait donc provenir soit du pubis, soit de l'acetabulum qui furent également le siège des poussées d'ostéomyélite; le séquestre a pu donc passer dans la vessie et de là dans l'urèthre où il s'est enclavé.

Hystérectomie vaginale vers la fin de la grossesse (Vaginale Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus am Ende der Schwangerschaft), par Fritsch (*Centralb f. Gynäk.*, 1898, n° 1, p. 1). — L'auteur a eu l'occasion de faire l'hystérectomie vaginale pour cancer utérin chez une vivipare qui se trouvait au 7e mois de sa grossesse. L'enfant vivant a été préalablement extrait avec le forceps après incision du col. L'hystérectomie vaginale totale a été faite ensuite avec la plus grande facilité. Pas de récidive locale depuis trois mois.

Déchirure intra-péritonéale de la vessie (Extra- und intraperitoneale Blasenverletzung durch Pfahlung), par Alsberg (*München. med. Wochenschr.*, 1898, n° 3, p. 79). — L'observation a trait à un garçon de 9 ans qui tombe sur une grille métallique dont un des barreaux lui pénètre dans la cuisse. Dans la soirée apparaissent les symptômes de péritonite et le malade est transporté à l'hôpital où l'exploration de la plaie de la cuisse avec une sonde montre que celle-ci passe très loin sous le ligament de Poupart. Une incision faite parallèlement au ligament fait découvrir une perforation de la paroi antérieure de la vessie dont l'exploration fait constater l'existence d'une autre, au niveau du sommet. Laparotomie et nettoyage du péritoine contenant une grande quantité d'urine, suture de deux plaies vésicales; drainage. Suites opératoires simples. Guérison.

Spermatorrhée artificielle (Ueber artificielle Mictionspermatorrhoe), par Dommer (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex., Org.*, 1897, vol. VIII, n° 12, p. 655). — L'auteur rapporte deux cas de spermatorrhée survenue au moment de la première miction chez les malades qui venaient de subir une séance de dilatation de l'urèthre suivie de lavage à l'acide borique dans un cas et au nitrate. Cette spermatorrhée pendant la première miction après le lavage de l'urèthre, s'est reproduite encore une ou deux fois au cours du traitement.

D'après l'auteur cette spermatorrhée artificielle, qui avait déjà été signalée par Kollmann à l'excitation réflexe de la prostate et des vésicules séminales, est provoquée par l'action du liquide de lavage sur la muqueuse de l'urèthre.

Ligature du canal cholédoque, par L. Lamacq (*Arch. de méd. expérim.*, nov. 1897, p. 1135). — Chez le chien en apparence normal on peut observer des nodules infectieux dans le foie; aussi faut-il se garder de les attribuer toujours à l'opération de la ligature du canal cholédoque. Celle-ci peut déterminer, quoique rarement, des foyers de nécrose. Il faut rejeter toute expérience où seule la ligature simple a été effectuée, parce que le cours de la bile n'est pas complètement arrêté et que l'infection ascendante est alors à peu près certaine. Après section aseptique du cholédoque entre deux ligatures, il n'y a pas de développement du tissu conjonctif et pas de néocanalicules biliaires. On observe des figures karyokinétiques dans les cellules des canalicules biliaires, mais il ne semble pas en exister dans les cellules hépatiques. Il n'y a pas de thrombose veineuse.

Typhlite suppurée sans lésion de l'appendice, par Lop (*Rev. de médecine*, août 1897, p. 63). — Observation d'un homme de 43 ans, sujet à la constipation habituelle, qui fut pris de symptômes rappelant tout à fait le tableau de l'appendicite, avec apyrexie. L'opération, faite tardivement, montre un foyer purulent à contenu fécaloïde, une perforation de la face postérieure du cæcum, avec intégrité de l'appendice. On fit un anus contre nature. Le malade survécut quelque temps. Cette observation est intéressante parce qu'elle montre que la vraie typhlite existe, bien qu'elle demeure exceptionnelle.

Arthrite purulente suraiguë à pneumocoques, par C. Tournier et Courmont (*Rev. de méd.*, septembre 1897, p. 681). — A côté des formes subaiguës et torpides d'arthrites à pneumocoques, décrites par Macaigne et Chipault, Juvigny, etc., il y a lieu de décrire une forme *suraiguë* phlegmoneuse, dont ce travail rapporte un tel exemple. Il s'agit d'un homme de 52 ans, syphilitique à la période secondaire, chez qui, consécutivement à une pneumonie, survint une arthrite du genou gauche, suppurée, avec destruction du cartilage, non améliorée par une arthrotomie précoce. Ultérieurement se déve-

loppèrent une arthrite *subaiguë* de l'épaule et une pleurésie purulente diaphragmatique. Mort. Le genou malade renfermait du pneumocoque assez virulent dont l'inoculation dans le sang d'un lapin provoque le développement d'une hémarthrose expérimentale après traumatisme articulaire.

MÉDECINE

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu, par P. Achalme (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* nov. 1897, p. 845). — Ce mémoire est consacré à l'étude du bacille découvert par l'auteur en 1891 et étudié récemment par M. Thiroloix (voir *Gazette* du 3 oct. 1897).

Ce bacille a été trouvé jusqu'à présent dans 9 cas. Deux fois, c'est à l'autopsie qu'il a été isolé; quatre fois, il a été trouvé dans le sang de la veine du bras à l'état de pureté; dans deux autres cas, il était associé à des microcoques.

Ce bacille a la forme d'un gros bâtonnet, rappelant l'aspect du bacillus anthracis, de longueur variable suivant le milieu où il s'est développé. Il est teinté aisément par les matières colorantes usuelles; il reste coloré après la réaction de Gram.

Il est exclusivement anaérobie. Le bouillon, surtout le bouillon de cheval, est un excellent milieu de culture, pourvu qu'il soit privé d'air. D'abord on voit se dégager des bulles de gaz; puis un trouble uniforme se produit, et plus tard un dépôt blanchâtre. Ensemencé dans des tubes de lait, le bacille provoque la coagulation en 12 à 15 heures, et produit un dégagement de gaz tel, que le tube peut éclater. Le lait est un milieu particulièrement favorable.

Il est difficile d'obtenir des cultures sur les milieux solides; les colonies ne sont parfois reconnaissables qu'au microscope. Le bacille y prend une forme plus régulière que dans les milieux liquides.

Particularité intéressante : le salicylate de soude empêche le développement des cultures. Enfin, les milieux où le bacille a végété deviennent rapidement acides et impropres à conserver sa vitalité; celle-ci peut être prolongée par l'adjonction de carbonate de chaux.

Au point de vue expérimental, le cobaye est l'animal réactif. Inoculé à la cuisse, il meurt en 20 à 36 heures, présentant localement un vaste œdème gélatiniforme ou une poche remplie de sérosité rougeâtre, décollant les muscles nécrosés. Le péricarde contient un exsudat séreux abondant et parfois des fausses membranes; la plèvre offre les mêmes altérations si l'inoculation est pratiquée en un point du thorax. Dans ces humeurs, on trouve le bacille spécifique. L'injection de la sérosité d'œdème, de cobaye à cobaye, amène la mort en 10 heures par septicémie suraiguë.

La souris est moins sensible que le cobaye; le chien est toujours demeuré réfractaire; le lapin exige des inoculations copieuses. En injectant directement, sans passage par les cultures, la sérosité du cobaye au lapin, M. Thiroloix a pu déterminer, chez ce dernier animal des cardiopathies qui rappellent les déterminations cardiaques du rhumatisme en clinique humaine.

Les associations microbiennes sont fréquentes à une période avancée de la maladie.

Ce mémoire se termine par la relation des 9 observations dans lesquelles le bacille a été rencontré.

Diabète avec hyperglycémie et lésions rénales, par R. Lépine (*Rev. de médecine,* octobre 1897, p. 832). — Observation d'une femme atteinte de gangrène diabétique du pied. Elle fut prise d'accidents comateux semblables au coma urémique plus qu'au coma diabétique. Une injection de solution alcaline ne produisit pas d'amélioration. La malade succomba et l'on trouva des reins malades. Le sang recueilli pendant la vie présentait le chiffre colossal de 10 gr. 6 de sucre par litre; le pouvoir glycolytique était à peu près nul. Les lésions rénales expliquent dans ce cas l'accumulation extraordinaire du sucre dans le sang.

Quelques cas de narcolepsie, par L. Lamacq (*Rev. de médecine,* septembre 1897, p. 699). — Il n'existe pas d'observation indiscutable de narcolepsie essentielle, comme l'admet M. Gélineau. La narcolepsie est un symptôme, qui comporte une grande variété de formes et de degrés, avec tous les intermédiaires entre le sommeil à début brusque et à durée minime et la somnolence continuelle.

Le début subit n'existe pas et le terme de narcolepsie a le défaut de rappeler l'invasion brutale de la crise d'épilepsie. Jusqu'à plus ample informé, on ne doit désigner sous le nom de narcolepsie qu'un état de somnolence traversé par des atteintes plus ou moins fréquentes de sommeil profond. L'aspect extérieur varie de celui du sommeil normal au coma.

Toujours la narcolepsie est symptomatique d'une affection locale ou générale.

Action des rayons de Röntgen sur les bactéries (Wirkung der Röntgenstrahlen auf Bacterien), par Rieder (*Münch. med. Wochenschr.,* 1898, n° 4, p. 101). — En exposant à l'action des rayons de Röntgen les cultures des bactéries pathogènes (vibrion cholérique, colibacille, staphylocoque, streptocoque, bacille typhique, bactéridie charbonneuse, bacille tuberculeux) sur agar, sur sérum, dans du bouillon, etc., a trouvé qu'au bout d'une heure au plus d'action ces rayons arrêtent le développement de ces bactéries et, dans certains cas, les tuent complètement. Il ne s'agit pas dans ces cas d'une modification chimique du milieu de culture, car d'un côté les colonies qui ne sont pas atteintes par les rayons continuent à se développer et de l'autre le développement des bactéries ensemencées sur un milieu soumis préalablement à l'action des rayons de Röntgen se fait normalement. L'auteur en conclut que les rayons de Röntgen possèdent une action bactéricide pouvant être utilisée en thérapeutique.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par E. Dineur (*Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique,* 30 oct. 1897). — De l'examen des faits publiés et de 55 observations personnelles, l'auteur conclut que la séro-réaction est un signe certain de fièvre typhoïde lorsqu'elle fournit un résultat positif complet au bout d'une heure, à la dilution d'au moins 1 p. 25. Le résultat négatif ne peut constituer qu'une probabilité très grande contre l'existence d'une fièvre typhoïde, à la condition qu'il soit obtenu d'une façon répétée dans le cours de la maladie.

Les infections associées à la fièvre typhoïde (tuberculose, streptococcie) n'empêchent pas la réaction de se produire.

Dans un cas de fièvre typhoïde qui laissa à sa suite une pleurésie purulente à bacilles d'Eberth, la séro-réaction disparut, malgré la persistance d'une infection locale.

Virulence des bacilles tuberculeux humains de sources diverses, par J. Auclair (*Arch. de méd. expérim.,* nov. 1897, p. 1124). — L'auteur a étudié, au point de vue de la culture et de la virulence par le cobaye, les variétés de bacilles provenant d'une phthisie chronique, d'une méningite tuberculeuse et de deux tuberculoses ganglionnaires, l'une à type scrofuleux, l'autre à marche rapide. Quelle que fût l'origine, les cultures ont revêtu très vite les mêmes caractères morphologiques et montré la même virulence pour le cobaye.

Il conclut qu'il n'existe pas de bacilles tuberculeux humains atténués au sens propre du mot. Tout au plus existe-t-il des bacilles affaiblis momentanément. Pour leur rendre leur virulence, il suffit de les faire passer par un cobaye et d'ensemencer ses organes.

Enophthalmie et exophthalmie alternantes (Stato enoftalmico associato ad esoftalmo intermittente), par E. Trombetta (*Giornale della Accad. di medic. di Torino,* juillet 1897, p. 537). — D'une observation nouvelle de ce type morbide, l'auteur conclut que l'enophthalmie en constitue la partie essentielle, et que l'exophthalmie est un symptôme accessoire qui peut, dans certains cas, devenir à peine manifeste et même manquer complètement. L'exophthalmie tient à l'atrophie du tissu cellulo-adipeux rétro-bulbaire, et est l'expression d'une trophonévrose faciale. L'exophthalmie transitoire n'est pas due à un état variqueux des veines rétro-bulbaires, mais à une simple dilatation de ces veines, qui ont perdu leur tonicité et leur élasticité en raison de la même cause qui produit l'atrophie du tissu adipeux de l'orbite (trophonévrose). La mydriase est due à une excitation réflexe du sympathique. L'analogie

entre cette affection et l'hémiatrophie faciale progressive est si manifeste qu'on peut en prévoir la fusion prochaine dans le groupe des trophonévroses, probablement liées au système sympathique.

Sérothérapie tuberculeuse (Relazione sul siero Maragliano nella cura della tuberculosi pulmonare; osservazioni clinische esequite nell' Ospedale di S. M. Della Pace), par Fasano (*Archivio internationale di medicina e chirurgia*, t. XII, fasc. VII). — Le sérum de Maragliano n'a pas d'effets nocifs; sauf quelquefois des éruptions cutanées qui disparaissent rapidement et des adénopathies correspondant au siège de l'injection, mais qui peuvent être évitées grâce à une antisepsie rigoureuse. Il a certainement une action antithermique, augmente le poids du corps, la force dynamométrique et l'appétit, diminue la fréquence des respirations et du pouls, diminue l'abondance de l'expectoration; les modifications directes des bacilles se produisent lentement.

Influence de l'alcoolisme sur l'immunité, par Deléarde (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, novembre 1897, p. 837). — La clinique a fait connaître depuis longtemps la diminution de résistance des individus intoxiqués par l'alcool vis-à-vis des maladies infectieuses. L'auteur a repris expérimentalement cette question chez des animaux soumis à l'ingestion quotidienne d'alcool éthylique.

Pour la rage, il a constaté que les animaux vaccinés avant l'intoxication ne perdent pas l'immunité, mais que les animaux intoxiqués au cours de la vaccination ne peuvent acquérir l'immunité, à moins que l'alcool ne soit supprimé dès le début de la vaccination. Un fait clinique, relatif à un alcoolique qui continua des excès pendant la vaccination et qui succomba, confirme ces conclusions.

Pour le tétanos, les animaux vaccinés, puis alcoolisés, perdent l'immunité et les animaux alcoolisés au cours de la vaccination acquièrent difficilement l'immunité, à moins que l'alcool ne soit supprimé dès le début de la vaccination.

Pour le charbon, il est impossible d'immuniser les lapins alcoolisés en même temps.

Fièvre typhoïde avec séro-diagnostic négatif, par G. Berghinz (*Gazette degli Ospedali*, 5 décembre 1897, p. 1542). — Observation de fièvre typhoïde terminée par la mort, au 12e jour seulement, et vérifiée par l'autopsie et l'examen bactériologique.

Le séro-diagnostic avait été négatif.

Action de la toxine diphthérique sur le système nerveux, par B. Mouravieff (*Arch. de médecine expérim.*, novembre 1897, p. 1165). — Expériences sur le cobaye. Le poison diphthérique produit tout d'abord des altérations spinales, mais les paralysies ne se développent que plus tard lorsque des névrites se sont constituées. Les lésions du cerveau et du bulbe (chromatolyse et vacuolisation des cellules) sont moins accentuées. Les ganglions spinaux étaient peu modifiés sauf dans une expérience où les cellules des ganglions étaient très altérées ainsi que les racines postérieures et les cordons de Goll.

Dans le cœur et les muscles il n'y a généralement pas de lésions, mais, dans le cas où les nerfs étaient profondément dégénérés, il y avait des ruptures de fibres musculaires. Les lésions vasculaires se réduisent à des hémorrhagies capillaires.

Le poison diphthérique est un poison électif qui porte son action de préférence sur les cellules motrices de la moelle et sur le neurone périphérique moteur, respectant le plus souvent la substance blanche.

Action du sérum pseudo-tuberculeux sur le bacille de la pseudo-tuberculose, par Ledoux-Lebard (*Ann. de l'Institut Pasteur*, décembre 1897, p. 909). — Recherches faites avec le bacille de la pseudo-tuberculose de Malassez et Vignal. Le sérum des animaux infectés produit le phénomène de l'agglutination; il détermine aussi le développement du bacille en filaments et la disposition en réseaux. Mais l'auteur ne se croit pas encore autorisé à affirmer que ces deux propriétés du sérum dérivent d'une même substance.

Toxicité du mercure en injections (Tossicità del mercurio metallico per iniezione), par L. Sablatani (*Giornale della Accad. di medicina di Torino*, juillet 1897, p. 569). — D'expériences d'injections intra-péritonéales, sous-cutanées ou intra-musculaires de mercure métallique émulsionné à divers animaux, l'auteur conclut que le mercure métallique, mis en contact direct avec les tissus ne provoque pas d'empoisonnement aigu, mais seulement des phénomènes d'intoxication très lente, et d'autant plus atténués que l'encapsulement par les tissus est plus complet.

Bronchite fibrineuse chronique (Ein Fall von chronischer fibrinöser Bronchitis), par Habel (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 1, p. 9). — L'observation a trait à une cardiaque de 41 ans sujette depuis plusieurs années à la bronchite fibrineuse. L'examen chimique de la fibrine expectorée montra qu'elle était composée non de fibrine, mais de mucine. L'auteur suppose donc que les sécrétions bronchiques de cette malade avaient pris, sous l'influence des microorganismes qui s'y trouvent, une réaction acide et que ce liquide acide amenait la coagulation de la mucine dont se composaient les moules fibrineux de bronches qu'on trouvait dans les crachats de la malade.

La proportion de fibrine dans le sang leucémique (Ueber den Faserstoffgehalt der leukämischen Blutes), par Pfeiffer (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 1, p. 1). — Il résulte de l'examen du sang fait par l'auteur dans trois cas de leucémie que l'augmentation du nombre de leucocytes ne s'accompagne pas d'une augmentation proportionnelle de la quantité de fibrine comme cela a lieu dans d'autres cas caractérisés par l'augmentation du nombre de leucocytes. Dans les trois cas étudiés par l'auteur la quantité de fibrine était augmentée, mais cette augmentation était minime surtout en comparaison avec l'augmentation du nombre des leucocytes.

MÉDECINE PRATIQUE

Extraction des corps étrangers de la cornée.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

Monsieur,

Vous m'avez fait l'honneur de reproduire dans la *Gazette* du 2 janvier une note de médecine pratique sur l'extraction des corps étrangers de la cornée, note parue dans le *Journal médical de Bruxelles* (n° 45, 1896). Dans le numéro du 13 janvier de votre estimable journal, le Dr Poncet (de Cluny) émet quelques remarques critiques sur cet articulet. J'ose espérer, Monsieur le Rédacteur, que vous voudrez bien m'accorder l'hospitalité de vos colonnes pour me permettre de répondre quelques mots à M. Poncet. Je crois en effet à mon tour qu'il est dangereux de laisser s'accréditer des principes semblables à ceux de M. Poncet. Une réfutation s'impose.

1° L'emploi de la *fluorescine* n'est pas superflu. Le corps étranger peut n'avoir pas séjourné dans la cornée; il l'a simplement éraillée. L'ulcération peut alors passer inaperçue, surtout aux yeux d'un médecin non spécialiste. Il n'y a rien de plus difficile à voir qu'une érosion épithéliale voisine du limbe chez les sujets d'un certain âge. Cette perte de substance peut échapper à l'observateur le plus attentif. Nous en avons eu la preuve vingt fois.

2° M. Poncet prétend rendre la *cornée insensible en 3 minutes*. Or, les travaux de M. le professeur Panas et de bien d'autres sur l'anesthésie locale par la cocaïne, ont établi que l'anesthésie cornéenne commence après une minute et atteint son maximum après 5-10 minutes, chez un sujet normal. Sur un œil injecté, l'anesthésie ne se produit jamais si rapidement. Il faut des instillations répétées.

3° M. Poncet soutient que l'*extirpation de la paillette est une méthode dangereuse qui allonge l'indisposition*. A ma connaissance, ce n'est pas la première fois que l'on énonce semblable hérésie. Vers 1868 florissait à Paris un oculiste nommé Du-

moulin, lequel disait aux patients porteurs de corps étrangers sur la cornée : N'y touchez pas, mon ami, cela s'oxydera. Ce que cette oxydation a amené de désastres, nul ne l'a jamais su. Voilà où, en 1898, veut nous ramener M. Poncet !

Le professeur Panas écrit dans son remarquable traité (t. I, p. 297) : « L'extraction dans le plus bref délai possible constitue l'indication principale ». Le professeur Fuchs dit semblablement : « Les corps étrangers introduits dans la cornée doivent être enlevés le plus tôt possible » (*Manuel d'ophthalmologie*, p. 213). Je ne veux point multiplier les citations. Elles concorderaient toutes. Je veux simplement démontrer que M. Poncet est à peu près seul de son avis et que la méthode que je recommande étant celle des grands maîtres n'est peut-être pas aussi criminelle que le lecteur pourrait le croire, après la lecture de l'article de M. Poncet.

4° Les corps étrangers de la cornée sont généralement très petits. Plus gros, ils retombent ou bien ils présentent des arêtes tranchantes, coupent les tissus et pénètrent dans l'œil. Mais l'ouvrier blessé n'a garde de courir immédiatement chez l'oculiste; des camarades complaisants s'efforcent d'extraire la paillette, mais, sous leurs doigts malhabiles, celle-ci s'enfonce de plus en plus, au sein d'une vaste desquamation épithéliale. Dans ces conditions, l'extraction est souvent laborieuse, tandis qu'un fragment — vierge de tout contact un peu rude — s'enlève avec une facilité extrême.

5° Quel est donc l'*instrument de choix*, puisque M. Poncet ne veut ni d'aiguille spéciale, ni de gouge? M. Panas dit : « Pour les corps récemment implantés et superficiels, il suffit « d'une aiguille, de la pointe d'un bistouri fin, voire même « d'un cure-dent ou d'une plume. Dans le cas contraire, on « fera usage de la mince curette tranchante de Von Graefe avec « laquelle on parvient à enlever la zone sphacélée environ- « nante. » Et M. Fuchs : « On se sert d'une aiguille spéciale « élargie à son extrémité ou d'un instrument ayant la forme « d'une petite gouge; à défaut de ces instruments, on peut se « servir d'une aiguille à coudre bien effilée qu'on a au préala- « ble stérilisée à la flamme. »

A Bruxelles, il existe de nombreuses fabriques où l'on travaille les métaux. A la Clinique de l'hôpital Saint-Jean (professeur Coppez), nous extrayons tous les ans de 600 à 700 corps étrangers de la cornée. Or, à qui confie-t-on cette extraction? Aux élèves du service. Le jour de leur entrée en fonctions, on leur montre le procédé. Ils s'acquittent parfaitement de cette petite manœuvre et jamais on n'a eu le moindre accident à déplorer. Si l'ulcération, bien délimitée par la fluorescine, est considérable, on met pour 24 heures un bandeau au blessé. Sinon on laisse aller les ouvriers comme ils sont venus; ils se sentent immédiatement soulagés et reprennent le travail souvent l'après-midi du même jour, au plus tard le lendemain? Nous sommes loin des 3 jours de M. Poncet !

6° *Est-ce bien une erreur de gratter le cercle rouillé?* Reprenons nos classiques : « Quand il s'agit de fragments de fer, dit « M. Fuchs, outre le corps étranger, il faut encore enlever par « le grattage l'anneau limitrophe de tissu cornéen teint en « brun. » M. Panas, nous l'avons plus haut, se sert à cet effet de la curette de Von Graefe. Czermak recommande la même pratique, etc.

Mais il y a plus. La seule présence de cet anneau peut provoque des douleurs aussi fortes que celles dues au corps étranger lui-même. Fréquemment, chez les sujets qui se présentent à la Clinique, le corps étranger a disparu. L'anneau seul subsiste; quand on l'enlève, les douleurs s'apaisent. Un élève extrait-il le corps étranger sans gratter l'anneau, le malade revient le lendemain, souffrant encore. On gratte et sitôt voilà le patient soulagé. Il est donc nécessaire d'enlever l'anneau en même temps que le corps étranger.

7° Que va-t-il se passer au contraire si l'on suit la pratique de M. Poncet, si on laisse le corps étranger séjourner dans la cornée? « Il se produit, dit encore M. Fuchs, une infiltration « inflammatoire qui entoure le corps étranger sous l'aspect « d'un anneau gris. Puis le tissu cornéen se détruit, le corps « étranger devient libre et finit par tomber. L'ulcère qui en « résulte se nettoie généralement avec rapidité et se cicatrise « en laissant dans la cornée une légère opacité. Ce processus « éliminateur s'accompagne de phénomènes irritatifs violents, « notamment d'hyperémie ou même d'une inflammation de « l'iris et se trahit par la formation d'un hypopyon et de sy- « néchies. »

La méthode de M. Poncet, l'expectation, amène donc à coup sûr une opacité plus considérable que la simple extraction. Elle empêche l'ouvrier de travailler pendant au moins 3 jours. De plus, les instillations de cocaïne toutes les 1/2 heures — nous voilà loin de notre modeste 1/4 d'heure que M. Poncet regardait déjà comme une perte de temps — auront une action funeste sur la régénération de l'épithélium. Enfin, danger beaucoup plus sérieux, les instillations, les lavages à l'eau boriquée ne se feront pas aseptiquement et le danger d'infection sera permanent.

Je me résume : les conseils donnés par M. Poncet seraient des plus pernicieux, si l'on s'avisait de les suivre. C'est pourquoi je me suis permis de les réfuter point par point.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr Henri Coppez,
Adjoint du service clinique d'ophthalmologie de Bruxelles.

FAITS CLINIQUES

Un cas de cholécystite due au bacille typhique,

D'après M. W. Richardson (1).

Au mois d'avril 1897, M. W. Richardson eut l'occasion d'examiner environ 300 grammes d'un liquide purulent provenant d'une vésicule biliaire qui avait été ouverte en raison de l'inflammation dont elle était le siège et d'un calcul qui en oblitérait le canal cystique.

Examiné au microscope, le liquide montra de nombreux bacilles disposés en gros amas. Des tubes de sérum furent ensemencés avec un pinceau trempé dans le liquide. Il se développa des cultures pures de bacille typhique.

Ce résultat donnait un grand intérêt à l'observation clinique. Il s'agissait d'une dame âgée qui, quatre semaines avant l'opération, présentait une température élevée, de la douleur dans la région iliaque droite, un aspect typhique. On pensa à une appendicite. Deux semaines avant l'opération, la température était encore élevée ; il y avait quelque douleur dans la poitrine, à droite; de la toux avec crachats rouillés. La rate n'était pas grosse; on n'avait pas vu de taches rosées. A ce moment apparut une tumeur arrondie, douloureuse, située à droite au-dessous des côtés; la tumeur semblait s'étendre du côté du dos; le diagnostic probable était pyo- ou hydronéphrose.

Une semaine avant l'opération, la température était tombée à 100° Fahrenheit, mais la tumeur s'était beaucoup accrue, et la douleur était très vive. Au moment de l'opération, le diagnostic était hésitant entre une pyonéphrite et une cholécystite aiguë. On trouva une vésicule biliaire énorme et distendue; on aspira la bile, on ouvrit la vésicule et on retira un calcul qui oblitérait le canal cystique. La santé de la malade commença à se rétablir. Une semaine après l'opération on recueillit un peu du sang de la malade et une parcelle d'une garde-robe. Le sang ne produisit pas de séro-réaction, on ne put pas obtenir de cultures typhiques avec les selles. *Cependant le liquide retiré de la vésicule biliaire au cours de l'opération donnait (après filtration) une agglutination très nette.* Les gros amas de bacilles que l'on voit dans ce liquide ne sont autre chose que le résultat d'une gigantesque séro-réaction qui s'est produite spontanément dans la vésicule biliaire.

Il est peu probable que l'on ait eu affaire à une infection typhique d'emblée de la vésicule. Une fièvre continue de quatre semaines, la douleur abdominale, l'aspect typhique, la bronchite, sont bien en faveur d'une infection typhique primitive de l'intestin. La séro-réaction négative obtenue avec du sang prélevé

1. *Boston med. a. surg. Jour.*, 2 décembre 1897, vol. CXXXVII, n° 23, p. 570.

au huitième jour de la convalescence ne prouve rien, car on sait que la séro-réaction peut disparaître peu de temps après la chute de la fièvre. D'autre part la cholécystite est une complication fréquente de la fièvre typhoïde (Mason, Chiari). La bile est un excellent milieu de culture pour les bacilles typhiques qui, là, persistent longtemps (Gilbert et Girode, Dupré). Dans trois autopsies successives de typhiques l'auteur put obtenir des cultures de bacille typhique en ensemençant de la bile. L'un de ces malades était mort de tuberculose aiguë six semaines après la fin de sa fièvre typhoïde. On trouva du bacille typhique non seulement dans la vésicule biliaire, mais dans d'autres organes. Ce cas de double infection est à rapprocher de celui de Guinon et Meunier.

En résumé, l'observation de Richardson montre qu'une cholécystite, conséquence d'une fièvre typhoïde, peut prendre dans le tableau clinique une place si considérable que les symptômes de la fièvre typhoïde sont en partie masqués, ou mieux attribués à l'évolution de la cholécystite même.

F.

Le traitement de la pneumonie,

D'après M. le Dr Elmer Lee (de New-York).

Après avoir étudié sérieusement les innombrables méthodes usitées pour guérir la pneumonie, M. E. Lee (de New-York) préconise fortement le traitement par l'eau, administrée de toutes façons. Cette méthode qu'il a expérimentée depuis 8 ans, dans les cas les plus divers et les plus compliqués, lui a toujours donné les résultats les plus sûrs, les plus rapides et des guérisons radicales.

Le principe qui a guidé sa pratique dans le traitement de la pneumonie a été de ménager le plus possible la résistance du malade. Les premiers symptômes du début : vomissements, frissons, sont l'indice de la perturbation de l'équilibre nerveux, due aux toxines qui ont déjà envahi le sang.

Eliminer ces toxines doit être le principal souci du médecin. Cette élimination est obtenue par l'hydrothérapie préconisée par l'auteur.

L'eau introduite en grande quantité dans la circulation à des intervalles convenables et réguliers empêche les progrès de l'inflammation et l'altération du parenchyme pulmonaire. Elle maintient la fluidité du sang et empêche la congestion fatale. En outre elle supplée dans une certaine mesure à l'oxygène nécessaire au sang. Il est vrai que dans les phlegmasies il se forme des produits toxiques qui ne sont pas solubles dans l'eau, mais heureusement l'eau a la propriété de les tenir en suspension et les charrie jusqu'à l'organe qui doit les éliminer. Toutes les expériences de M. Elmer Lee ont été couronnées de succès et après cette longue étude il résume ainsi le traitement qu'il a adopté.

L'eau est administrée, par la bouche, par verres d'eau contenant une très infime dose de morphine et donnés toutes les heures, durant le jour et la nuit. On peut aller jusqu'à 5 litres d'eau, et pour la morphine jusqu'à 1 centigr. 1/2 en 24 heures. Toutes les 3 heures, avec un appareil spécial, un bain-douche, ou à son défaut des lotions sur tout le corps. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur la poitrine et recouvertes de flanelle, et l'on pratique journellement le lavage intestinal avec 3/4 d'eau savonneuse.

Quant au régime, il consiste à établir la diète pour les 3 premiers jours; après cela la nourriture consiste en lait, œufs crus, jus de viande fraîche de bœuf, des fruits et de la limonade si le malade le désire.

M.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Scopolamine.

Définition. — La scopolamine est un alcaloïde retiré de la *scopolia japonica* (solanées). C'est un isomère de l'atropine, de l'hyosciamine et de l'hyoscine. On a même prétendu que l'hyoscine n'était que de la scopolamine impure (Ernst). A son tour l'existence de la scopolamine a été niée (Hesse) et regardée comme un mélange de deux bases isomères, dont l'hyoscine.

Quoiqu'il en soit de cette discussion chimique, un fait demeure acquis : c'est que le produit connu sous le nom de scopolamine a une action propre qui se différencie nettement de celle des alcaloïdes ses congénères.

On emploie le *chlorhydrate*, mais surtout le *bromhydrate* de scopolamine qui sont l'un et l'autre très solubles dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La scopolamine est **très toxique**; mais sa toxicité est 5 fois moindre (Rotislaw) que celle de l'atropine et de l'hyoscine; de plus elle agit à des doses inférieures à ses isomères, double avantage dont on sent l'importance au point de vue des applications thérapeutiques. Et comme elle paraît posséder la plupart des propriétés de l'atropine sans en avoir les inconvénients, on a même proposé (Rotislaw, De Stella, Kobert, Giovanni Noera) de remplacer totalement l'atropine et l'hyoscine par la scopolamine.

La scopolamine en effet, après une courte période de ralentissement, accélère le pouls et la respiration, modère les sécrétions (salive, sueur, bile, urine), dilate la pupille : Rotislaw regarde le pouvoir mydriatique de la scopolamine comme cinq fois supérieur à celui de l'atropine.

Mais le caractère distinctif de la scopolamine est son action sédative et calmante sur les centres nerveux. L'expérimentation démontre que cet alcaloïde diminue l'excitabilité de l'écorce cérébrale et que même à dose toxique il n'amène jamais de convulsions. Aussi tous les auteurs sont-ils d'accord pour en recommander l'emploi comme hypnotique, spécialement chez les malades atteints d'affections mentales. D'après un travail récent (Olderoggué et Jurman), les déments et les maniaques agités bénéficieraient tout particulièrement de ce médicament, qui serait moins efficace chez les lypémaniaques et sans action chez les alcooliques en proie au *delirium tremens*.

Le sommeil ainsi obtenu est tranquille et dure de 3 à 10 heures. Mais au réveil l'effet sédatif persiste et les aliénés ainsi traités restent calmes pendant plusieurs heures. Il est bon de se rappeler cette propriété car la thérapeutique est peu armée contre les crises d'excitation des déments.

La scopolamine est contre-indiquée dans les maladies du rein et les maladies de la nutrition : car elle provoque facilement de l'anorexie et le ralentissement des combustions.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte.* On prescrit un quart de milligramme a un milligramme pour une injection. Il est prudent de ne pas atteindre d'emblée la dose maxima et de commencer par le chiffre le plus faible.

Effets de l'injection.

a) Immédiats : Peu douloureuse, elle ne s'accompagne d'aucun phénomène de réaction locale.

b) Eloignés : 10 à 20 minutes après l'injection, le calme est obtenu et, bientôt après, le sommeil : il dure de 4 à 7 heures (G. Noera), 3 à 10 heures (Olderoggué). On note comme avec l'atropine, mais à un moindre degré, de la sécheresse de la bouche, une diminution générale des sécrétions glandulaires, une forte dilatation pupillaire. L'action sédative est, comme nous l'avons dit, très durable, et se fait sentir longtemps après le réveil.

FORMULES

Bromhydrate de scopolamine. . . 0 gr. 002
Eau stérilisée . . . . 10 cent. cubes.
2 à 5 cent. cubes.
(Ernts, Noera, etc.)

Chlorhydrate de scopolamine. . . 0 gr. 005
Eau stérilisée . . . . 10 cent. cubes
1/2 à 2 cent. cubes.
(Szalay.)

G. Maurange.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire

(en particulier chez les chlorotiques),

D'après le Dr G.-E. Papillon,

Interne des hôpitaux de Paris.

La tuberculose pulmonaire peut débuter sous des formes multiples, et dans nombre de cas, en l'absence d'une partie des signes classiques, c'est l'état général du malade qui éveille les soupçons du médecin, et peut amener à faire diagnostiquer la tuberculose avant l'apparition des signes stéthoscopiques. Chez les jeunes filles notamment, la chlorose et les chloro-anémies sont extrêmement fréquentes et sont souvent le premier symptôme d'une tuberculose latente; mais souvent aussi elles peuvent relever d'une autre cause, et ce n'est ni le mode ni l'époque d'apparition des phénomènes chloro-anémiques qui peuvent permettre de différencier une chlorose vraie de ces fausses chloroses. Y a-t-il des signes nets qui puissent permettre d'affirmer qu'une chlorotique ou chloro-anémique donnée soit en imminence ou au début de la tuberculose, avant l'apparition des signes stéthoscopiques classiques, à plus forte raison avant l'apparition des bacilles de Koch dans l'expectoration? C'est la question posée par M. Papillon dans son intéressante thèse (1), à laquelle, en se basant sur de nombreuses observations recueillies auprès de son maître le professeur Potain, il répond de manière affirmative. Il y a des chloro-anémies symptomatiques de la tuberculisation; il y a des chlorotiques vraies en apparence et qui sont au début d'une tuberculose encore latente, et dont le diagnostic précoce peut être fait. Sans insister sur les causes d'erreur possibles, que signale M. Papillon, dans la recherche des signes stéthoscopiques, sur l'insuffisance et les dangers du diagnostic par la tuberculine, sur la valeur seulement relative qu'ont dans la recherche du diagnostic les antécédents héréditaires, nous voulons étudier plus spécialement les signes auxquels l'auteur attribue une valeur dans le diagnostic précoce qui, pour lui, doit reposer sur l'habitus externe, la capacité respiratoire et surtout les caractères du pouls et de la pression artérielle.

I. *Habitus externe.* — La chloro-anémique prétuberculeuse n'a pas le même faciès que la chlorotique vraie. Dans ce dernier cas, faciès pâle à reflets verts, dans le premier *faciès jaunâtre,* d'un jaune spécial appelé par Constantin Paul « jaune de vessie ». De plus fréquemment, la chlorotique tuberculeuse présente d'anciens signes de scrofule (bouche lippue, gros nez, cicatrices d'anciennes adénites); aux vaisseaux du cou, bruits de souffle relativement peu intenses. En outre, la chloro-anémique est souvent *maigre,* alors que la chlorotique vraie ne l'est presque jamais, mais l'amaigrissement peut être masqué par la bouffissure et les œdèmes; c'est en tout cas un signe important, bien que sujet à exception (1) et toute chlorotique qui maigrit sans cause alimentaire, physiologique ou morale appréciable doit être considérée comme suspecte; à ce propos, M. Papillon insiste avec le professeur Bouchard (2) sur l'importance qu'il y a à déterminer la *corpulence,* c'est-à-dire le rapport du poids à la hauteur, le poids exprimé en hectogrammes, la hauteur en centimètres; ce rapport, d'après Bouchard, doit être pour la femme normale de 3,9 environ, or, parmi les anémiques examinés par M. Papillon, toutes celles dont la corpulence était inférieure à 3 étaient des anémiques tuberculeuses; aucune de celles dont la corpulence était supérieure ou égale à 3,2 n'a, jusqu'à présent, présenté aucun signe de tuberculisation.

La recherche des *rapports du périmètre thoracique et de la taille* a aussi son importance diagnostique. Pour M. Papillon, le périmètre thoracique mesuré exactement sous l'aisselle, en évitant autant que possible d'être induit en erreur, soit par la saillie du rebord inférieur du grand pectoral, soit par la saillie des seins, doit, chez la jeune fille saine, être *supérieur à la demi-taille.* Ce périmètre doit être mesuré en expiration moyenne, le sujet ayant la bouche ouverte et les bras ballants. Pour obtenir le périmètre thoracique en réplétion moyenne, on doit prendre deux mensurations au même niveau, la première au moment où la malade tousse (expiration forcée), la seconde au maximum d'un grand soupir (inspiration forcée) et prendre comme périmètre thoracique la moyenne entre ces deux inspirations; chez toutes les tuberculeuses au début, M. Papillon a trouvé un chiffre inférieur ou parfois presque égal, jamais supérieur à la demi-taille.

1. Papillon, th. de Paris, n° 34, 1898 (Asselin et Houzeau).

1. M. Queyrat (*Soc. méd. des hôp.*, 16 juillet 1897) insistait récemment sur la coïncidence possible de la tuberculose pulmonaire avec un enbonpoint marqué.

2. Bouchard, *Sem. méd.*, mai 1897.

II. *Capacité respiratoire maxima.* — Cette capacité se mesure par la *spirométrie*, manœuvre dans laquelle le sujet ayant rempli sa poitrine d'air au maximum par une inspiration forcée chasse ensuite cet air inspiré à travers un spiromètre par une expiration forcée; on a ainsi la capacité respiratoire totale, moins l'air résiduel minimum, manœuvre assez difficile à obtenir de la part des malades, qui a pourtant donné à M. Papillon d'assez bons résultats, malgré la diversité des appareils employés. Chez la femme normale et saine, de 18 à 25 ans, la capacité respiratoire donnée par le spiromètre est d'environ 3 litres; dès le début de la tuberculose, cette capacité tombe au-dessous de 2 litres 1/2; mais ces chiffres ne sont naturellement que des moyennes, il faut tenir compte de la taille du sujet.

III. *Caractères du pouls. Sphygmomanométrie.* — Les caractères du pouls à la période d'invasion de la tuberculose ont été peu étudiés; seul Wells (de Chicago) (1) signale en 1895 deux caractères du pouls que M. Papillon a constatés de son côté et retrouvés de façon à peu près constante chez les malades en imminence ou au début de la tuberculose pulmonaire.

1° Le peu d'influence des changements de position sur le rhythme du pouls: le nombre des pulsations est le même que la malade soit couchée horizontalement ou en station debout; à condition que l'examen soit fait en dehors des périodes de digestion, et que l'on attende pour compter les pulsations que la légère et passagère période de perturbation qui succède à tout effort brusque soit passée. Ce signe n'existe que dans la période tout à fait initiale, il disparaît souvent de bonne heure, ce qui explique que son existence ait pu échapper aux cliniciens.

2° La sensation particulière que donnent le choc sanguin et l'impulsion artérielle rappelant un peu la brusquerie du pouls de Corrigan et différant de la sensation de plénitude du pouls des affections fébriles; il y a dans le pouls quelque chose de hâtif, de tressautant (« hurried pulse » des Américains).

A ces signes M. Papillon en ajoute un autre sur lequel il insiste particulièrement: les *modifications de la pression artérielle*. Cette pression artérielle, mesurée avec le sphygmomanomètre de Basch, ou mieux avec celui du professeur Potain, qu'a toujours employé M. Papillon, lui a toujours paru abaissée; au lieu d'être de 15 à 18 centimètres de mercure (normale chez l'adulte) elle est presque toujours inférieure à 13 ou 12, quelquefois elle descend au-dessous de 10 centimètres de mercure; quand la pression est normale ou supérieure à la normale, c'est que le malade présente en même temps que sa tuberculose une autre affection ou une complication inflammatoire qui chez un sujet tuberculeux peut donner une pression artérielle surélevée. M. Papillon rapproche de ces faits l'abaissement de pression artérielle à peu près constant signalé à la suite d'injections de tuberculine et pour lui, sous l'influence des toxines tuberculeuses, il se produit une atonie générale du système circulatoire qui suffit amplement à expliquer l'abaissement de la pression artérielle. Il admet donc que doit être considéré comme en imminence ou en période d'invasion de tuberculose tout sujet qui, bien que ne présentant aucun signe stéthoscopique suspect présente : 1° un abaissement de la pression artérielle; 2° un pouls qui, donnant la sensation de « hurried pulse », présente exactement la même fréquence, quelle que soit la position (couchée, assise ou debout) du sujet.

Mais pour avoir des chiffres comparables entre eux, il faut prendre toujours la même artère, le sujet étant toujours dans une même situation. C'est sur la radiale droite que M. Papillon a obtenu ses chiffres, le sujet étant soit couché horizontalement, la tête peu élevée, l'avant-bras soulevé à 5 centimètres au-dessus du plan du lit, soit debout, le coude plié à angle doit, l'avant-bras au niveau de la ceinture et horizontal, deux positions où la pression artérielle dans la radiale a paru être à peu près identique; il faut aussi se rappeler que ces artères fuient quelquefois sous la pression de l'ampoule de caoutchouc du sphygmanomètre et qu'on peut croire l'artère aplatie alors qu'elle n'est que refoulée.

Il est pourtant des causes qui peuvent, indépendamment de la tuberculisation ou concurremment à elle, modifier en plus ou en moins la pression artérielle. Parmi les causes d'hypertension, une des plus fréquentes est la néphrite interstitielle qui peut exister antérieurement chez un sujet qui se tuberculise; de même les tuberculeux peuvent faire des néphrites tuberculeuses secondaires, notamment une variété de néphrite interstitielle qui peut amener de l'hypertension artérielle. La glycosurie, rare chez les tuberculeux, est encore une cause d'hypertension qui peut compenser et masquer l'hypotension. Enfin certaines affections fébriles intercurrentes peuvent amener une élévation accidentelle de la pression artérielle chez les tuberculeux.

Inversement la pression artérielle peut être abaissée chez les chlorotiques par des perturbations du système vasculaire absolument étrangères à la tuberculose. La dyspepsie, fréquente chez les anémiques peut, ainsi que M. Potain l'a montré, retentir sur le cœur et consécutivement il peut y avoir affaiblissement de l'impulsion donnée par le ventricule gauche au jet sanguin à son départ dans l'aorte et par suite abaissement de la pression artérielle maxima (surtout au moment de la digestion où elle peut tomber à 10 centimètres et au-dessous). L'acte génital, comme toute cause d'épuisement, peut aussi amener un abaissement de la pression. Enfin beaucoup d'infections, surtout d'infections à point de départ intestinal, produisent un abaissement momentané de la pression artérielle.

L'examen chimique du sang au début de la tuberculose peut enfin fournir quelques renseignements adjuvants et depuis Malassez il est démontré que l'anémie tuberculeuse s'accompagne de diminution du nombre des globules rouges, mais la diminution de l'hémoglobine est proportionnelle à celle des globules; il n'y a pas abaissement de la valeur globulaire; l'hyperleucocytose qui manque dans la chlorose vraie, est la règle dans la chlorose tuberculeuse. Pourtant quelques auteurs ont récemment insisté sur la diminution de l'hémoglobine, aussi M. Papillon attache-t-il plus d'importance aux signes précédemment énumérés.

Pour lui donc, c'est par l'habitus externe, par la capacité respiratoire, par la recherche du périmètre thoracique, par les caractères du pouls et notamment par l'abaissement de la pression artérielle que l'on peut faire, avant tout signe stéthoscopique, le diagnostic de la chloro-anémie tuberculeuse, qu'elle soit en rapport avec une tuberculisation pulmonaire, ou, ce qui est plus rare, avec une tuberculose extra-pulmonaire; en effet, dans un cas de tuberculose ganglionnaire et dans un cas de tuberculose pleurale, M. Papillon a pu constater la valeur de

1. Wells, *Detroit meeting of the Mississipi Valley medical Association*, septembre 1895).

l'abaissement de la pression artérielle au point de vue du diagnostic.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur le traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine intra-rocheuse. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal.

Lecture faite à l'*Académie de médecine*

Par M. le D[r] J.-L. Faure,
Chirurgien des hôpitaux,

Et M. le D[r] F. Furet.

La paralysie consécutive à la section ou à la destruction du facial dans sa portion intra-rocheuse a été jusqu'ici considérée comme incurable.

Nous pensons cependant qu'on peut tenter de la guérir, et cela par une opération rationnelle, scientifique, parfaitement réglée, relativement facile et tout à fait inoffensive.

Cette opération consiste dans l'anastomose du tronc du facial à sa sortie du rocher avec la branche externe du spinal.

Les notions actuellement acquises sur la régénération des nerfs après leur suture permettent d'espérer que les tubes nerveux faits du bout central du spinal iront régénérer le bout périphérique du facial, provoquer le rétablissement de la contractilité musculaire et guérir la paralysie.

Nous avons pratiqué cette opération le 23 janvier 1898.

P..., 49 ans, présente depuis 18 mois une paralysie faciale droite absolue, à la suite d'un coup de revolver dans l'oreille. Une opération faite en avril 1897 pour extraire la balle est demeurée sans résultat. L'examen électrique a révélé la réaction de dégénérescence. Il est donc certain que la paralysie faciale est irrémédiable.

Une incision de 12 centimètres sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien permet de pratiquer cette opération, dont voici les principaux temps : recherche du tronc du facial au point où il croise transversalement la base de l'apophyse styloïde, et section de son tronc. Recherche de la branche externe du spinal, dont on sectionne le faisceau trapézien au point où il entre dans le sterno-mastoïdien en respectant les rameaux nerveux qui vont à ce muscle. Anastomose des deux troncs nerveux par une suture au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence après une seule ligature sur l'artère auriculaire. L'opération a duré 25 minutes.

Les fils sont enlevés le 1[er] février et le pansement définitivement supprimé le 4.

Il y a une légère atrophie du trapèze. Le sterno-mastoïdien est normal. La paralysie faciale n'a pas changé. Le malade va être soumis à des séances régulières d'électrisation.

Le succès opératoire est donc complet, mais nous ne serons sans doute fixés que dans plusieurs mois sur le résultat thérapeutique.

Cette opération est trop récente pour qu'on en puisse tirer aucune conclusion. Etant donné les résultats inconstants que donnent les sutures nerveuses, surtout sur des nerfs dégénérés, il est nécessaire, pour se prononcer définitivement sur la valeur de cette opération, d'avoir un plus grand nombre d'observations. Mais il est évident qu'un seul succès suffirait à la légitimer dans tous les cas.

Nous espérons que la publication de notre opération engagera les chirurgiens à la pratiquer, surtout dans des cas récents.

Le manuel opératoire, qui sera publié ultérieurement, en est parfaitement réglé. C'est une opération délicate, mais relativement simple et tout à fait inoffensive. Le pis qui puisse arriver est qu'elle échoue et laisse après elle une légère parésie du trapèze.

Au cas où on ne serait pas absolument certain de la destruction du facial dans le rocher, on pourrait, au lieu de le sectionner au sortir du trou stylo-mastoïdien, se borner à le dissocier légèrement au point le plus commode, à l'endroit où, après avoir croisé la base de l'apophyse styloïde, il pénètre dans la parotide. On pourrait alors introduire parmi ses faisceaux dissociés, ou plus simplement dans une petite boutonnière faite à sa partie latérale, l'extrémité effilée de la branche trapézienne du spinal et l'y fixer par un point de suture.

On peut se demander aussi si, en cas de nécessité et de régénération du nerf aux dépens du spinal, le malade sera susceptible d'adapter son centre moteur du trapèze à sa nouvelle fonction et de s'en servir pour commander aux mouvements de la face. Il est possible qu'il n'y puisse pas parvenir et qu'il soit exposé à contracter ses muscles faciaux aux lieu et place de son trapèze. Ce sont là des détails auxquels l'avenir se chargera de répondre, mais ce serait déjà beaucoup que de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Février 1898.

Indications du vésicatoire.

M. Ferrand. — Les dangers du vésicatoire sont de tenir une plaie ouverte à la surface du corps, mais un vésicatoire bien conduit n'est pas une plaie, et de simples mesures aseptiques suffisent à prévenir la plaie ou à la guérir, si un accident la détermine.

La douleur peut être évitée. La dépression générale qui l'accompagne a son utilité passagère et peut facilement disparaître.

Les altérations rénales que peut produire le vésicatoire peuvent aller jusqu'à la néphrite; parties des vaisseaux elles s'étendent successivement jusqu'aux glomérules (Cornil), de telle sorte que la cantharide, absolument contre-indiquée par la néphrite interstitielle, peut être utile dans la néphrite parenchymateuse (Cruveilhier, Sée, Lancereaux). On peut éviter cette influence en limitant la durée d'application, l'étendue et la fréquence des vésicatoires.

Les indications du vésicatoire varient selon le siège, la forme et la nature de la maladie; l'indication maîtresse est dans la forme diacritique des séreuses surtout, des muqueuses (catarrhe) et de l'atmosphère cutanée.

Le vésicatoire agit sur l'activité nutritive pour la relever, ainsi qu'en témoigne la note de M. Robin; il produit aussi une hyperleucocytose véritable, ainsi qu'en témoignent les travaux de Liebrech, de Winternitz, de Maurel.

Les faits qu'on oppose sont ou interprétés faussement, ou attribuables à l'incurie du pansement, ou à la méconnaissance des contre-indications, ou enfin à l'abus d'un moyen qui est utile quand il est opportunément employé.

M. Huchard tient tout d'abord à constater qu'à l'heure actuelle certaines indications de la saignée ne sont plus contestées ; si bien qu'on peut dire que la saignée est aujourd'hui réhabilitée. Pour ce qui est du vomitif, il est employé si couramment qu'il n'avait pas besoin d'être réhabilité.

Pour ce qui est du vésicatoire M. Huchard se contente de faire aujourd'hui l'historique de la question, en montrant que la décadence du vésicatoire date de la discussion sur les indications des cautères qui a eu lieu en 1855 à l'Académie de médecine et qui, provoqués par le vésicatoire, ont été signalés à la période pré-antiseptique, tiennent à ce que le vésicatoire était mal appliqué, laissé trop longtemps en place, etc.

146 cas de chirurgie de l'estomac.

M. Doyen (Reims), après avoir étudié les indications opératoires et décrit sa nouvelle technique, envisage surtout les résultats dans les affections non cancéreuses du tube digestif.

La guérison est absolue. Les malades mangent comme tout le monde et ne « sentent » plus leur estomac.

Les perfectionnements qu'il a apportés à la technique opératoire, en réalisant avec une asepsie complète la gastro-entérostomie en Y avec orifice spécial pour le cours de la bile, font entrer la chirurgie des affections de l'estomac dans une nouvelle phase.

Bien mieux, l'opération guérit des malades que l'on croyait atteints de dyspepsie intestinale; elle supprime les vomissements de sang, elle rétablit la fonction biliaire chez des sujets atteints à la longue, par réflexe, d'une inanition prolongée, d'acholie complète et que l'auteur a vu soigner par erreur pour une affection du foie. Elle améliore et guérit les sujets qui se cachectisent et commencent, par suite de l'inanition, à présenter des lésions de tuberculose pulmonaire.

Le nombre de ses succès, la perfection de sa méthode permettront désormais de ne plus considérer les opérations sur l'estomac comme très graves. Le succès est certain, si l'on agit à temps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Janvier 1898.

Mesure de la puissance maxima d'un muscle en régime régulier.

MM. André Broca et **Ch. Richet**. — Nous avons essayé de préciser, par des expériences ergographiques faites sur nous-mêmes, dans quelles conditions un muscle donné peut effectuer, sans fatigue notable, un travail continu, régulier et maximum. Voici les phénomènes principaux que nous avons constamment observés :

Dans la première minute, le travail est beaucoup plus considérable que dans les minutes suivantes et les chiffres maxima sont réalisés.

Après ce maximum on obtient, dans la minute ou les 3 ou 4 minutes qui suivent, des chiffres minima, dus à la crampe ou contracture, qui compensent, et au delà, ce maximum de la première minute.

Un régime régulier s'établit généralement à partir de la 5e, de la 6e ou de la 7e minute. Mais ce régime régulier est caractérisé par une augmentation graduelle et lente, due sans doute à l'entraînement ou à une circulation plus active.

En résumé, nous concluons que le travail, s'il n'est pas exagéré, rend le muscle plus apte à un travail ultérieur, et que le muscle n'acquiert sa puissance maxima utilisable en régime régulier que par un entraînement immédiat.

Dosage du suc gastrique.

M. L. Cordier. — J'ai fait récemment, dans le service de M. Œttinger, à l'hôpital Broussais, de nombreuses analyses de suc gastrique. La méthode que j'ai employée est basée sur l'observation suivante : un mélange de chlorure de sodium et de chlorure de lithium, traité par un mélange à parties égales d'alcool absolu et d'éther anhydre, cède complètement à ce véhicule le chlorure de lithium; le chlorure de sodium reste indissous et peut être ensuite enlevé par de l'eau distillée chaude.

Cette méthode présente plusieurs avantages sur celle d'Hayem et Winter, la plus couramment employée dans les laboratoires français ; toutefois elle ne fait pas connaître la quantité d'acide chlorhydrique libre. Pour évaluer cette dernière, lorsque les réactifs de Boas et de Günzburg indiquent une quantité notable de cet acide, je procède à un dosage acidimétrique au moyen de la solution décinormale de soude, en déterminant la fin de la réaction au moyen du réactif phloroglucine-vanilline.

La tyrosine, vaccin chimique du venin de vipère.

M. C. Phisalix. — Comme je l'ai montré antérieurement, la cholestérine extraite des calculs biliaires est douée de propriétés immunisantes contre le venin de vipère. La cholestérine végétale, découverte par M. le professeur Arnaud dans la carotte, possède aussi ces mêmes propriétés. L'existence d'un vaccin chimique étant bien démontrée, j'ai cherché si d'autres composés organiques définis ne pourraient pas remplir le même rôle que la cholestérine, et j'ai en effet trouvé que la tyrosine, noyau des substances albuminoïdes, est un excellent vaccin contre le venin de vipère.

De même que la cholestérine, la tyrosine existe aussi dans certains végétaux, le dahlia par exemple, où M. G. Bertrand l'a rencontrée. Or, cette tyrosine végétale, qui a du reste la même composition que la tyrosine animale, possède aussi les mêmes propriétés antivenimeuses. En outre, le suc extrait des tubercules de dahlia vaccine contre le venin à des doses qui excluent l'intervention de la tyrosine dissoute. Ce suc de dahlia contient donc d'autres principes immunisants. Ce fait est intéressant à signaler comme le premier exemple d'un végétal dont le suc cellulaire est doué de propriétés immunisantes contre un venin.

Action du sérum d'anguille sur les globules rouges.

MM. Gley et **Camus**. — Nous avons trouvé que le sérum d'anguille exerce sur les globules rouges de divers animaux, le lapin et le cobaye entre autres, une action destructive extrêmement intense, *in vitro* comme sur l'animal vivant. Cependant les globules du sang de hérisson résistent à cette action. Il est intéressant de remarquer à ce sujet que d'autres expériences nous ont également montré que le sérum d'anguille, si toxique pour tant de mammifères, l'est très peu pour le hérisson. Nous avons réussi à immuniser le lapin contre le sérum d'anguille, nous avons alors constaté que cette humeur a perdu pour les globules de ces animaux immunisés son pouvoir destructeur ; ces hématies se comportent donc comme les hématies du hérisson, c'est-à-dire d'un animal pourvu d'une immunité naturelle. De plus, le sérum des lapins immunisés préserve le sang d'autres lapins contre l'action globulicide du sérum d'anguille. Par cette dernière expérience, très simple et très facilement réalisée *in vitro*, nous croyons avoir démontré l'existence d'une antitoxine dans le sang d'animaux immunisés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 28 Janvier et 4 Février 1898.

Lymphocythémie.

M. Apert présente une énorme rate de 2 400 grammes, recueillie à l'autopsie d'un ancien paludéen, mort de leucocythémie, dans le service de M. le professeur Dieulafoy. La maladie a eu des allures spéciales. Elle a débuté par la rate, qui

était déjà énorme au moment de l'entrée du malade; ce n'est que plus tard que les ganglions cervicaux et axillaires se sont développés. Au moment de l'entrée du malade, la leucocythémie était peu prononcée (40 000 globules blancs). Elle a augmenté très rapidement; à la fin de la vie, on notait 1 globule blanc pour 10 globules rouges. La cachexie a été très rapide. Le malade est mort six semaines seulement après l'entrée.

Cette marche rapide est sans doute en rapport avec la variété de leucocythémie. Les préparations de sang montrent, en effet, que l'augmentation du nombre des globules blancs s'est faite presque exclusivement aux dépens des petits globules blancs mononucléaires ou lymphocytes, qui, de 2 pour 100, chiffre normal, ont monté à plus de 90 pour 100 du nombre des globules blancs. Il s'agit donc, non pas d'une leucocythémie ordinaire, mais d'une *lymphocythémie*.

Dans les préparations de rate, de ganglions, de moelle des os, etc., on voit, de même, que les proliférations de tissu lymphoïde comprennent dans leurs mailles presque exclusivement des cellules à forme de lymphocyte. Dans la rate et dans la moelle des os en particulier, cette forme s'est substituée pour ainsi dire aux grandes cellules qu'on trouve normalement dans ces organes. L'accumulation lymphocytique est donc aussi accusée dans les tissus que dans le sang.

Fibrome vésical incrusté de sels calcaires.

M. Rabé présente un fibrome de la vessie trouvé à l'autopsie d'une femme, morte, quelques heures après son entrée à l'hôpital, d'accidents asystoliques. Aucun trouble fonctionnel n'avait été signalé par la malade. La tumeur, qui atteignait le volume d'un œuf de dinde, était entourée d'une carapace calcaire de 1/2 centimètre d'épaisseur. C'est sous cette enveloppe que se trouvait une masse fibreuse, très dure, que le microscope démontra formée de travées conjonctives très épaisses et très serrées.

La vessie était atteinte de cystite chronique avec hypertrophie de la couche musculaire; la muqueuse hypertrophiée était vascularisée, tomenteuse, creusée de dépressions qui répondaient à des saillies de la masse pseudo-calculeuse. Il existait en outre une dilatation des bassinets, mais sans hydronéphrose. Les reins ne présentent pas d'altérations microscopiques. Au cœur, rétrécissement mitral, avec transformation calcaire de l'orifice.

Double hydro-salpinx.

M. Barnsby montre un double hydro-salpinx très volumineux provenant d'une hystérectomie abdominale faite à une malade de 25 ans, dont l'histoire est celle de la salpingite suppurée d'origine blennorrhagique. On se trouve donc en présence de la transformation d'un double pyo-salpinx en salpingite séreuse ou hydro-salpinx.

Cancer massif du rectum.

M. Rabé présente un cancer du rectum à cellules cylindriques chez lequel il relève les particularités suivantes :

L'évolution clinique, qui dura 10 mois, se fit sans la moindre hémorrhagie, sans le moindre accident d'occlusion, d'obstruction même, avec un minimum de douleurs. Le premier symptôme fut l'établissement d'une diarrhée qui persista durant toute la maladie, compliquée bientôt d'une incontinence absolue des matières. Au troisième mois de l'affection apparut une adénopathie inguinale, dure, froide et indolore.

A l'autopsie : infiltration cancéreuse massive du rectum, débutant à 3 centimètres de l'anus pour remonter à 13 centimètres au delà. Le rectum est converti en un tube rigide, à face interne tomenteuse, mais sans ulcérations, à lumière rétrécie ne permettant pas à son extrémité supérieure l'entrée du petit doigt, admettant l'index à son extrémité inférieure.

Les deux uretères sont envahis et bosselés. Adénopathies sacrées, latéro-pelviennes et lombaires. De chaque côté, du point de jonction des artères iliaques interne et externe, part un gros cordon de lymphangite cancéreuse qui, suivant un trajet rétrograde, accompagne les vaisseaux iliaques externes, pour s'engager avec eux sous l'arcade crurale et venir s'étaler à la base du triangle de Scarpa.

Élimination par la vessie d'une soie posée vingt-sept mois auparavant sur un pédicule annexiel.

MM. Tuffier et **Dujarier** communiquent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour une cystite qui s'est développée à la suite de l'ablation bilatérale des annexes. Les douleurs de la miction ont été en progressant avec des interruptions de quelques jours et étaient surtout vives à la fin de la miction. De plus, au fond du vase qui contenait l'urine, se déposait un léger dépôt purulent. Une instillation au nitrate d'argent ne fit qu'augmenter les douleurs et la fréquence.

Un matin, la malade ressentit une vive douleur en urinant. Son urine était couleur de sang et un nœud de soie sortit par l'urèthre.

La malade urina encore un peu de sang dans la journée. Puis les douleurs ont diminué de plus en plus ainsi que les fréquences.

Lésions du tube digestif dans un cas d'empoisonnement par le sublimé.

MM. Pilliet et **Canuet** ont fait l'autopsie d'une femme qui avait absorbé huit jours auparavant 5 grammes de sublimé. Les muqueuses de l'estomac et du duodénum ont subi une nécrose superficielle constatable seulement au microscope. Le rectum, au contraire, offre des altérations marquées, des ulcérations avec apparence de pustules, le tout rappelant les lésions de la dysenterie, lesquelles peuvent être produites par divers agents infectieux ou toxiques.

Fibrome de l'aponévrose du bras.

MM. Barozzi et **Milian** présentent une tumeur du volume d'une grosse orange, enlevée dans le service de M. Richelot, sur un homme de 41 ans. Cette tumeur s'est développée à la face interne du bras droit dès l'âge de 15 ans, d'une manière tout à fait insidieuse, sans symptômes fonctionnels. Elle ne présentait aucune adhérence à la peau ni aux muscles sous-jacents; il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire. La tumeur fut enlevée très facilement et s'énucléa d'elle-même après incision de l'aponévrose péribrachiale où elle était incluse.

Cette tumeur incisée apparaît formée d'une enveloppe fibreuse et d'un tissu fibreux avec cavités hémorrhagiques et points calcifiés. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 Février 1898.

Infection intra-utérine par le pneumocoque de Talamon-Fränkel.

M. Delestre apporte l'observation d'une femme enceinte de 7 mois qui fut amenée à la Maternité de Beaujon dans le coma avec une hémiplégie gauche : elle avait un commencement de travail et l'accouchement rapidement pratiqué put donner un enfant vivant; mais la mère mourut pendant la délivrance : quant à l'enfant il vécut 2 jours mais mourut le troisième après quelques convulsions.

Les autopsies et les examens bactériologiques ont montré :

Chez la mère : une pleuro-pneumonie double et une méningite à pneumocoques de Talamon-Fränkel.

Chez l'enfant : un foyer de pneumonie à la base droite et une méningite à pneumocoques de Talamon-Fränkel. Ce même microbe fut encore retrouvé chez lui dans le sang, la sérosité péricardique, le liquide céphalo-rachidien et sur des coupes de poumon, de foie et de rate.

Recherches sur le séro-diagnostic de la morve.

MM. Bourges et **Méry**. — Depuis le mois de mai 1897, nous nous sommes appliqués à rechercher si on ne pouvait ob-

tenir une agglutination extemporanée des bacilles morveux, facilement appréciable au microscope, après avoir mis en contact pendant un certain temps une quantité donnée de dilution dans du bouillon de bacilles morveux, provenant d'une culture sur pommes de terre ou gélose, avec une goutte de dilution titrée du sérum en expérience. Nos recherches ont été à la fois expérimentales et cliniques.

Expérimentalement, nous avons produit une infection morveuse aiguë chez des cobayes, en leur injectant des bacilles morveux dans le péritoine. En les sacrifiant ensuite jour par jour, nous avons pu déterminer que l'agglutination n'était produite par le sérum des animaux infectés d'une façon constante qu'après 9 jours d'infection. Le mélange du sérum à la dilution de bacilles était dans la proportion de 1 p. 10 et il fallait que le contact eût été prolongé pendant 3 heures à la température de 37° pour obtenir la réaction. Le sérum des cobayes sains ne nous a jamais donné d'agglutination. Dans ces cas de morve aiguë expérimentale chez le cobaye l'agglutination se fait par très petits amas de 3 à 8 bacilles, et entre eux se voient de très nombreux bacilles encore mobiles et isolés. La réaction est cependant très caractéristique et facile à distinguer des préparations faites avec une dilution de bacilles morveux sans addition de sérum. Dans cette dernière tous les bacilles morveux restent isolés et très mobiles et il est exceptionnel de rencontrer un seul petit amas de 3 ou 4 bacilles.

Cliniquement, nous avons pu examiner le sérum de 2 chevaux atteints de morve aiguë, d'un cheval atteint de morve chronique avec poussée aiguë, enfin d'un cheval atteint de morve chronique. Dans chacun de ces cas, le sérum déterminait l'agglutination par petits amas à des dilutions voisines de 1 p. 1 000 et même, dans l'un des deux premiers cas, à la dilution de 1 p. 2000 au bout d'une 1/2 heure de contact à la température du laboratoire.

En répétant nos expériences avec du sérum de cheval non morveux, normal, du sérum de cheval fébricitant, du sérum antidiphthérique, du sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur, nous avons constaté que l'agglutination se produisait dans les mêmes conditions avec des dilutions de sérum à 1 p. 50, 1 p. 100, 1 p. 200 et même dans un cas à 1 p. 300, mais jamais au-dessus.

Ces constatations permettent d'espérer qu'en employant une dilution de sérum assez étendue (1 p. 500 par exemple) on pourra arriver par le séro-diagnostic à établir si un cheval est morveux ou non. Il restera à déterminer à quelle époque de l'infection ce pouvoir agglutinant si élevé du sérum se montre chez un cheval morveux. Mais alors même que le séro-diagnostic ne saurait être comparé à la malléine comme moyen de diagnostic précoce, il pourrait cependant rester utile comme moyen de confirmation et serait particulièrement applicable à la morve aiguë où la réaction à la malléine reste masquée ou même ne se fait pas du tout.

Il serait également très intéressant de déterminer la valeur du séro-diagnostic dans la morve humaine; nous n'avons pu nous procurer de sérum d'homme atteint de morve et l'observation de Foubrton reste unique dans la science. En attendant, nous avons constaté que le sérum typhique agglutine les bacilles morveux au bout d'une 1/2 heure à la dilution de 1 p. 10, mais que le phénomène ne se produit plus à la dilution de 1 p. 50.

M. Phisalix fait une communication sur les propriétés immunisantes de la cholestérine contre le venin de vipère.

M. Bordas communique ses recherches sur le développement des bactéries dans le cidre.

M. Vaquez décrit une nouvelle méthode d'hématolyse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 Février 1898.

Abcès du foie.

M. Potherat. — M. Richelot a signalé à propos d'un malade dont M. Lafourcade nous a envoyé l'observation, un accident venant compliquer un abcès du foie et causer la mort, la cholérrhagie. Cet accident, rare dans les abcès du foie, est plus fréquent dans les kystes hydatiques. Dans les abcès, il y a une zone fibreuse périphérique qui s'oppose à cet écoulement. Dans les kystes hydatiques, j'ai pu saisir sur le fait l'origine de l'écoulement de la bile. On trouve dans la paroi adventice du kyste, sur le trajet des canalicules biliaires, des ampoules plus ou moins dilatées et après l'ouverture du kyste, lorsqu'il n'y a plus de pression intrakystique, les ampoules sont rompues et la bile s'écoule dans la poche. Cet écoulement, qui est plus ou moins tardif, est très variable, et lorsqu'il est abondant, l'amaigrissement est très rapide. Mais il y a un point que je veux mettre en relief, c'est que jamais, dans les cas connus de moi, cette cholérrhagie n'a causé la mort. Elle peut durer très longtemps — dans un de mes cas elle a duré 16 mois — mais les malades finissent par guérir. Aussi, dès 1889, je pouvais dire que la cholérrhagie est une complication sérieuse et même grave des kystes hydatiques, mais n'entraînant jamais la mort. Je sais bien qu'il existe un cas de Verneuil, rapporté par Thiéry, où la mort survint avec une abondante cholérrhagie; mais en lisant l'observation, en tenant compte du procédé opératoire qui fut employé, de la grande élévation de température, on arrive à la conclusion que le malade est sans doute mort d'infection. Il ne resterait à l'actif de la cholérrhagie que la mort du malade de M. Lafourcade; c'était un malade âgé, épuisé par une suppuration de longue date, ayant subi une opération assez longue, et il y a là une série d'éléments dont il faut tenir grand compte dans l'appréciation de la mort.

Peut-on arrêter la cholérrhagie? peut-on la prévenir? L'arrêter est bien difficile, mais il semble, d'après tout ce que j'ai lu et vu, que c'est un accident qui a moins de chances de se produire quand on a fait une large ouverture.

Tératome du testicule.

M. Picqué. — Je désire présenter à la Société une observation particulièrement intéressante de **M. Chevassu**, intitulée « Tératome du testicule gauche avec examen histologique par M. Cornil ». Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, porteur d'une tumeur testiculaire du volume d'un œuf de poule. La ponction ramena un liquide rougeâtre, et à l'examen clinique on constatait que le scrotum, absolument normal, renfermait trois tumeurs superposées : l'inférieure n'était autre que le testicule; la supérieure était la tumeur en question et la moyenne donnait la sensation d'un petit kyste. Le diagnostic de tératome testiculaire fut fait par M. Chevassu et après ouverture de la vaginale, il fut très facile de constater que l'albuginée entourait complètement la tumeur. M. Chevassu incisa la vaginale, décortiqua la tumeur en conservant le testicule et la guérison fut parfaite. L'opération a eu lieu il y a juste un an.

Les tératomes du testicule sont d'un diagnostic difficile et qui n'a été fait que dans 4 cas : cas de Velpeau, de Berger, de Le Dentu et de Chevassu. M. Berger dans un cas avait également pu conserver le testicule.

Ce qui est intéressant surtout dans cette observation, c'est le siège intratesticulaire du tératome. En 1855 Verneuil avait établi que le tératome était toujours extra-testiculaire. En 1878, Pilate (d'Orléans) envoyait à la Société une observation de kyste dermoïde intratesticulaire, mais avec une ulcération de la tunique albuginée. Aussi Verneuil disait-il que la question ne serait tranchée que le jour où l'on trouverait un cas bien net de tératome intra-testiculaire avec intégrité absolue de l'albuginée. Le cas de M. Chevassu prouve qu'il existe des tératomes intra-testiculaires. A l'examen histologique on trouva des fibres musculaires lisses et striées, du tissu muqueux, de l'épithélium cylindrique vibratile, du tissu cartilagineux, des glandes acineuses, des cellules pigmentaires ressemblant aux éléments de la choroïde; le système vasculaire était représenté par des bourgeons rappelant ceux des plexus choroïdes.

M. Broca. — Un de mes internes, M. Manson, a publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* un cas semblable. Celui de M. Chevassu n'est donc pas le premier.

M. Reclus. — J'ai publié en 1887 un cas de tératome, mais non intra-albuginé.

M. Berger. — Dans la tumeur étudiée avec M. Cornil, nous avons trouvé des masses nerveuses; c'est le premier cas où est conservé le testicule.

Luxation en arrière de la clavicule.

M. Reynier. — J'ai fait à un malade une suture osseuse pour une variété assez rare de luxation de la clavicule : luxation en arrière, décrite par moi dans un article de *la France médicale* de 1877. C'est une luxation sus-épineuse, post-acromiale. Dans mon cas, il s'agit d'un homme, voiturier, ayant roulé sous son camion et qui se présenta à ma consultation avec un ensemble de signes qui auraient pu faire croire au premier abord à une luxation de l'épaule. Mais la clavicule n'était pas à sa place normale, elle faisait saillie dans la fosse sus-épineuse et se réduisait facilement, mais ne pouvait être maintenue. Je n'insistai pas dans mes tentatives de réduction, car dans le premier cas que j'avais publié, on n'avait pu maintenir la réduction. Je fis une large incision et trouvai un faisceau musculaire interposé entre la clavicule et l'acromion; il fut alors facile de réduire, mais comme les ligament coraco-claviculaires étaient rompus, je dus faire la suture osseuse.

La luxation en arrière ne peut être reproduite expérimentalement qu'en sectionnant les ligaments coraco-claviculaires, et son irréductibilité — hypothèse que j'avais déjà émise en 1877 — est due à l'interposition d'un faisceau musculaire. Elle doit se produire dans une chute sur la face postérieure du moignon de l'épaule; il y a propulsion de l'omoplate en avant et glissement de la clavicule en arrière, et expérimentalement il faut en effet repousser ces deux os dans un sens contraire pour pouvoir réaliser la lésion.

Présentations de malades.

M. Kirmisson présente un malade de 14 ans atteint d'arthrite tuberculeuse du poignet et guéri par les méthodes conservatrices. L'articulation a été exposée aux rayons Röntgen pendant 2 mois 1/2, avec des séances quotidiennes de 10 minutes.

M. Ricard présente une malade à laquelle il a pratiqué la pylorectomie pour cancer du pylore, par le procédé de Billroth. Guérison parfaite.

M. Hartmann fait remarquer qu'il a eu l'occasion cette année de faire trois fois la gastrectomie par le procédé de Kocher et qu'il a été frappé de voir les suites opératoires plus simples que dans la gastro-entérostomie.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 Février 1898.

Aplasie artérielle et néphrite scléreuse.

MM. Moutard-Martin et **Bacaloglu**, communiquent une observation d'aplasie artérielle relative à une jeune fille de 22 ans : taille 1 m. 47, mais conformation régulière; aucun stigmate de rachitisme ou de syphilis; famille de nains; rien de particulier dans les antécédents personnels. A l'entrée à l'hôpital, état semi-comateux; raideur assez marquée de la nuque, inégalité pupillaire; pas d'irrégularités du pouls ni de la respiration. Les phénomènes s'amendèrent. On vit survenir quelques furoncle et une otite double, puis de l'albumine dans les urines (0,50 par litre, et 1500 grammes par jour). Mort par urémie.

A l'autopsie, rétrécissement considérable de l'aorte thoracique et abdominale, dont le diamètre, à 10 centimètres au-dessus de l'abouchement des artères rénales, est à peine d'un centimètre. Dans son ensemble l'arbre artériel rappelle celui d'un enfant de 12 ans. Les artères rénales aplasiées pénètrent dans des organes atrophiés. Le rein gauche pèse 40 grammes, le droit 50. La décortication est difficile.

A l'œil nu, le rein avait l'aspect typique du petit rein rouge granuleux infecté. L'examen histologique, fait par M. Pilliet, montra que l'organe avait subi une poussée de néphrite intense portant sur les glomérules et les tubes contournés, et en voie de cicatrisation.

Rien dans les autres organes.

Quant à la pathogénie de cette néphrite, MM. Moutard-Martin et Bacaloglu se déclarent avec M. Brault adversaires résolus de la subordination des lésions parenchymateuses (épithélium et tissu conjonctif) aux lésions artérielles. L'explication de ce fait est, d'après eux en rapport avec la conception des néphrites, telle que Brault l'a développée. La subordination de l'affection rénale à l'affection congénitale artérielle nous paraît douteuse. Ces petits reins scléreux, contractés, témoignent une infection par intoxication lente; ils sont le résultat de poussées de néphrite diffuse survenues au cours des différentes infections et favorisées par l'angustie du système artériel.

M. Rendu a observé un cas analogue chez une malade de son service, toute petite, mais bien conformée, qui fut amenée dans un état de grande urémie. Elle se rétablit, eut quelques petites attaques dans les deux années qui suivirent, puis finalement, une grippe, de laquelle elle mourut. A l'autopsie, on constata une diminution considérable du volume de l'aorte et des vaisseaux.

M. Hayem estime que toutes les néphrites doivent être rangées dans les deux classes suivantes : néphrites infectieuses et néphrites toxiques. Le véritable mal de Bright lui paraît être d'origine toxique, le point de départ de cette toxhémie se trouvant dans les viciations de la nutrition générale engendrées par de mauvaises digestions. La preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que régulariser les digestions et la nutrition est le meilleur moyen d'empêcher, dans nombre de cas, le développement du mal de Bright. On obtient ce résultat comme on empêche souvent le développement d'affections cardiaques d'origine rhumatismale en traitant vite et bien l'attaque primitive de rhumatisme articulaire aigu.

Fièvre typhoïde à forme rénale hématurique, survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant.

M. Louis Guinon. — Le purpura exanthématique simple ou rhumatoïde se complique rarement d'hémorrhagies viscérales : toutefois, comme l'a déjà montré M. Apert, on peut observer des formes de transition dans lesquelles l'hémorrhagie peut apparaître spontanément ou à l'occasion d'une infection surajoutée.

Chez un enfant de 10 ans, qui en était à sa troisième atteinte de purpura simple, sans autres manifestations que quelques douleurs vagues des membres, j'ai vu survenir une fièvre typhoïde, dont le premier symptôme fut une hématurie : celle-ci dura deux jours; en même temps, la température montait à 40°; puis les taches rosées apparurent très abondantes, au point qu'elles envahirent tout le tronc.

La fièvre typhoïde fut grave et l'albuminurie très abondante; un bruit de galop apparut. Pendant ce temps, de nouvelles poussées de purpura survinrent.

Enfin, au vingt et unième jour, apparut un exanthème morbilliforme généralisé.

Tout ce tableau si grave aboutit cependant à la guérison complète et sans albuminurie persistante. En sorte que, chez ce malade, j'observai 3 manifestations éruptives différentes : le purpura préexistant, la roséole typhoïdique, enfin la roséole morbilliforme, qui était liée soit à une infection secondaire, soit à l'ingestion de quinine à doses fortes (1 gr. 50 en 40 heures).

Mais ce qui est à retenir, c'est que la cause qui a produit le purpura a semblé préparer la forme hématurique de la dothiénentérie, sans cependant provoquer d'hémorrhagies en d'autres points du corps.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 1er Février 1898.

Des conjonctivites membraneuses staphylo-streptococciques et de leur traitement par le sérum de Marmorek.

Le Dr **Aubineau** (de Brest) a adressé à la Société deux

intéressantes observations de conjonctivite pseudo-membraneuse dont l'origine non diphthérique a été prouvée par les résultats de l'examen bactériologique et l'inefficacité du sérum antidiphthérique. La constatation du streptocoque engagea notre confrère à essayer du sérum de Marmorek, et le résultat de cette thérapeutique paraît avoir été indiscutable; en effet, dans les deux cas, la maladie, qui s'était montrée rebelle à toute médication, s'améliora dès le lendemain de l'injection, pour guérir le surlendemain.

M. Morax, chargé de faire un rapport sur ces faits, a exposé l'état de nos connaissances actuelles sur les conjonctivites causées par le streptocoque et sur le sérum de Marmorek. Voici le résumé de son mémoire.

I. *Des conjonctivites streptococciques.* — Contrairement à l'opinion de MM. Trousseau et Dubief, qui estiment que le streptocoque se trouve fréquemment dans le cul-de-sac conjonctival, M. Morax affirme que ce microbe n'en est pas un hôte normal, et que, s'il s'y trouve, ce ne peut être qu'à titre exceptionnel. Sur les personnes saines ou malades qu'il a examinées, soit à la clinique du Dr Parinaud, soit à l'Institut Pasteur, notre confrère n'a pas constaté la présence du streptocoque en dehors des inflammations de la conjonctive, où il jouait un rôle prépondérant ou secondaire.

On a décrit trois formes de conjonctivite streptococcique :

1° M. Parinaud a décrit, sous le nom de conjonctivite lacrymale à streptocoques une forme d'inflammation conjonctivale et cornéenne qui s'observe chez les adultes atteints d'affection des voies lacrymales. C'est une lymphangite conjonctivale; elle répond à l'érysipèle de la conjonctive de Mackensie. Cette forme est assez rare. On peut en rapprocher, au point de vue clinique, l'observation de Valude de conjonctivite streptococcique avec kératite ponctuée.

2° Chez les enfants on a décrit un certain nombre de cas de conjonctivites à streptocoque, affectant l'aspect clinique de la conjonctivite à pseudo-membrane, et pouvant être facilement confondues avec la conjonctivite diphthéritique. Elle peut avoir une allure très grave et il n'est pas rare de voir la cornée se détruire très rapidement. Dans ces cas l'infection streptococcique paraît d'origine exogène. Ces conjonctivites accompagnent souvent des manifestations impétigineuses de la face ou du cuir chevelu, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse.

3° Enfin Rohmer, puis Villeneuve ont publié deux observations de conjonctivites accompagnées d'adénopathies pré-auriculaires et sous-maxillaires, attribuées par eux au streptocoque. M. Morax en cite un nouvel exemple.

En dehors de ces trois types cliniques distincts que peut causer l'infection streptococcique seule, il n'est pas rare de voir, dans la diphthérie oculaire, le streptocoque surajouter son action à celle du bacille de Löffler, et il peut jouer alors un rôle des plus accusés dans la production des lésions cornéennes.

Les complications septiques des opérations intra-oculaires sont fréquemment dues aux streptocoques. L'ophthalmie métastatique est le plus souvent causée par le streptocoque. Enfin, la nature streptococcique du plus grand nombre des poussées inflammatoires du côté des voies lacrymales est établie depuis longtemps.

II. *Du sérum antistreptococcique.* — Lorsque M. Marmorek annonça qu'il avait obtenu, par l'inoculation au cheval de doses progressivement croissantes d'un streptocoque très virulent, un sérum doué de propriétés préventives et thérapeutiques, on crut que les infections streptococciques seraient guéries par le sérum antistreptococcique comme l'étaient les inflammations diphthériques par le sérum antidiphthérique. Mais on s'aperçut bientôt que si, dans certains cas, le sérum de Marmorek paraissait avoir une action thérapeutique évidente, il y en avait d'autres où l'inefficacité de l'injection était complète, et l'on dut admettre la non-identité de tous les streptocoques.

On recommença alors les immunisations en se servant d'un mélange de streptocoques de différentes origines. Le sérum ainsi obtenu se montra actif dans un plus grand nombre de cas que le précédent.

Enfin, dans le courant de l'année dernière, M. Marmorek est parvenu à obtenir une toxine streptococcique et, depuis lors, il a immunisé des chevaux et obtenu un sérum antitoxique dont les résultats seraient supérieurs à ceux obtenus avec les sérums antérieurs. C'est ce sérum antitoxique qui est livré depuis six mois à l'Institut Pasteur.

« J'ai tenu, a dit M. Morax, à vous fournir ces indications, afin que ceux qui ont essayé le sérum antistreptococcique au début et qui n'en ont pas retiré des résultats satisfaisants ne s'en tiennent pas là. L'expérience seule nous renseignera sur ce qu'on est en droit d'attendre du nouveau sérum antistreptococcique et les essais sont d'autant plus justifiés que l'injection est inoffensive, qu'elle est indolore (j'insiste sur ce fait car, au début, le sérum antistreptococcique provoquait, au point d'application, des douleurs assez vives) et que les seuls troubles qu'elle puisse provoquer consistent dans des poussées érythémateuses ou urticariennes, identiques à celles que produit le sérum antidiphthériques, mais comme elles passagères et ne mettant jamais la vie en danger. Enfin ajoutez à cela que les essais faits par quelques confrères dans la pathologie oculaire ont semblé donner des résultats encourageants. »

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 31 Janvier 1898.

Pyélo-néphrite unilatérale du bœuf par infection pyocyanique.

MM. Cadéac et **Morot** ont étudié la pyélo-néphrite suppurée du bœuf, affection très commune, due à l'infection ascendante par les microbes du fumier ayant pénétré dans l'urèthre. Il se fait une cystite, puis une uretérite et une pyélo-néphrite unilatérale. En examinant un assez grand nombre de reins atteints de cette affection, les auteurs en ont trouvé 3 qui ne renfermaient que des staphylocoques. Dans un autre, le bacille pyocyanique existait à l'état de pureté. Ce rein pesait 6 kil. 500, débarrassé de la graisse environnante; les lobules étaient tendus, lisses, brillants, et reflétaient une teinte blanc bleuâtre.

Valeur clinique des résultats fournis par injection sous-cutanée de bleu de méthylène, au point de vue de la détermination de la perméabilité rénale.

M. Lépine, après avoir rendu pleine justice aux belles recherches de M. Achard et Castaigne, rappelle que, dans une note des plus importantes, M. le professeur Bard (*Gazette hebdomadaire*, 1897, p. 494) a fait connaître que l'élimination du bleu de méthylène serait plus rapide et moins durable dans les néphrites épithéliales. M. Bard en conclut que dans ces néphrites, le *filtre urinaire est plus perméable.*

M. Lépine se demande si cet excès apparent de perméabilité ne pourrait pas s'expliquer par un *défaut* de résorption d'une petite partie de bleu par les cellules des tubes contournés. Il rappelle que d'après les derniers travaux de physiologistes, par exemple ceux de Sobieranski, on ne conteste guère le pouvoir qu'auraient à l'état normal ces cellules de résorber *certaines* substances *non excrémentitielles.* Or le bleu de méthylène n'est certainement pas une substance excrémentitielle; et, ce qui rend plausible l'hypothèse de sa résorption partielle, à l'état normal c'est qu'on ne retrouve pas dans l'urine des sujets normaux la quantité injectée.

Si cette vue est exacte, il ne faut pas dire que le filtre est plus perméable dans la néphrite épithéliale, mais qu'il est *moins électif.* Ce qui paraît d'ailleurs témoigner contre *l'excès* de perméabilité du rein dans les néphrites épithéliales c'est d'une part la rétention d'eau dans l'économie, et d'autre part l'existence fréquente de certains troubles qui paraissent devoir être rapportés à un défaut d'épuration du sang, autrement dit, à l'urémie.

En terminant, M. Lépine, après avoir rendu hommage à l'intérêt considérable des travaux de MM. Achard et Castaigne, ainsi que de M. Bard, dit que les résultats fournis par le bleu de méthylène, quelque importants qu'ils soient, ne lui paraissent pas donner la mesure *exacte* du défaut de perméabilité du rein pour *certains toxiques.* Il pense que chaque substance, à commencer par l'eau elle-même, possède son coefficient propre de

passage et qu'en conséquence on ne peut rigoureusement conclure de l'une aux autres.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 2 Février 1898.

Prolapsus du rectum.

M. Jourdanet présente un prolapsus du rectum long de 22 centimètres, enlevé par M. Vallas. Il s'agissait d'un homme de 56 ans, qui avait toujours eu une tendance à la constipation, et qui avait vu apparaître depuis quelque temps, un prolapsus rapidement irréductible. Il avait le volume d'une tête de fœtus, était douloureux et légèrement ulcéré.

La rectopexie postérieure n'était pas indiquée, car la réduction eût été très difficile; la colopexie seule eût permis de tirer en haut l'S iliaque et de réduire le prolapsus; mais, la muqueuse étant ulcérée, M. Vallas se décida pour l'amputation par la méthode de Mickulicz. Grâce à une suture séro-séreuse et muco-muqueuse, on a pu obtenir une reconstitution parfaite de l'anus.

Vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Audry rapporte l'observation d'une malade morte dans son service à la suite de vomissements incoercibles de la grossesse. La conception remontait au mois d'octobre, et le sujet était notoirement hystérique. Malgré le traitement médical, la maladie empira, et, devant les troubles de l'état général, une intervention fut décidée. Elle fut particulièrement difficile, l'utérus étant en antéflexion très prononcée. Les vomissements cessèrent 3 jours après, et le produit de la conception ne fut expulsé qu'au bout de 5 jours; mais la malade mourut dans le coma. A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier du côté de l'estomac ou du cœur.

M. Audry insiste sur ce fait que la malade, arrivée au stade fébrile décrit par les auteurs, n'a jamais présenté une élévation de température au-dessus de 38°, mais, en revanche, elle eut rapidement une tachycardie des plus accusées.

Dubois, en décrivant le stade fébrile, tenait peut-être compte surtout des modifications du pouls.

Syphilis tertiaire du crâne.

M. Viannay présente un crâne syphilitique provenant d'une malade du service de M. Cordier. Les premières manifestations de la syphilis furent des gommes sous-cutanées, apparues il y a 4 ans, au 1/3 supérieur de la jambe droite. La date de l'infection est inconnue. Depuis 3 ans, la malade était dans un état de démence presque complète, et présentait une hémiparésie gauche sans contracture. Le frontal, au niveau du trait de scie horizontal, présente une épaisseur de 1 centim. 1/2. L'épaississement est moins marqué au niveau des pariétaux et de l'occipital. Quelques adhérences dure-mériennes. Artérite des artères cérébrales, et légère perte de substance au 1/3 inférieur de la pariétale ascendante droite, lésion en rapport avec l'hémiparésie gauche constatée pendant la vie.

Exhystéropexie.

M. Voron présente un fibrome utérin enlevé par M. Jaboulay par la voie abdominale. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, était enclavée dans le petit bassin. M. Jaboulay se servit du procédé déjà décrit par lui sous le nom d'exhystéropexie (thèse de Peyrolle, Lyon, 1894). La tumeur ayant été attirée au dehors, il lia le pédicule, et laissa la tumeur au dehors pendant 24 heures. Au bout de ce temps, on la sectionna; les hémorrhagies n'étaient plus à craindre, et le pédicule était complètement fixé à la paroi.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 24 Janvier 1897.

Maux perforants. Amputations congénitales par brides amnioliques.

M. Laubie. — Le malade présenté en traitement dans le service de M. le professeur Lannelongue pour des maux perforants, offre de nombreuses malformations congénitales. Au membre inférieur droit, à 13 centimètres au-dessus des malléoles, les parties molles de la jambe sont séparées par un sillon profond qui s'étend circulairement autour du membre. Au niveau du sillon, la main qui explore ne trouve en avant que les os qui paraissent soudés l'un à l'autre à ce niveau. En arrière, elle perçoit seulement le tendon des jumeaux, qui semble représenter en ce point toute la musculature de la jambe. Au-dessus, on sent parfaitement au toucher le tibia et le péroné; mais au-dessous ils paraissent également se confondre. Le cou-de-pied est volumineux; son diamètre mesure 2 centimètres de plus que celui du côté opposé. Le cinquième orteil du pied droit manque presque complètement, au troisième il manque la phalange unguéale. Tous les métatarsiens, serrés les uns contre les autres, paraissent avoir été comprimés circulairement.

Au pied gauche, le premier et le deuxième orteil n'ont pas leur dernière phalange. A la main droite, le pouce présente un sillon circulaire à un demi-centimètre au-dessous de l'articulation phalango-phalanginienne. Les autres doigts sont atteints de syndactylie, surtout les trois du milieu qui ne sont libres qu'à partir de la deuxième phalange. Ces trois derniers n'ont pas de phalangette.

L'examen fluoroscopique montre que les phalanges sont absentes aux doigts déformés. Au membre inférieur, l'ombre du tibia se confond à sa partie inférieure avec celle du péroné; les métatarsiens, pressés les uns contre les autres, forment une masse opaque dans laquelle on ne peut distinguer les détails.

La tibiale postérieure comprimée par le sillon ne bat plus derrière la malléole. Il n'existe pas de troubles de sensibilité autre que l'anesthésie à la piqûre au niveau du mal perforant. L'examen électrique, fait par M. Bergonié, montre la conservation de l'excitabilité pour tous les muscles, dont aucun ne paraît manquer.

M. Lannelongue a porté dans sa clinique du 18 janvier le diagnostic de sections par brides amniotiques; la présence d'une cicatrice à l'extrémité des doigts, la présence des sillons ne permettant pas de songer à des arrêts de développement. Les maux perforants sont venus plus tard se greffer sur ces extrémités mal innervées et mal irriguées du fait des sillons de compression. De plus, le malade réunit d'autres conditions pouvant expliquer ces ulcérations. Il est obligé de se tenir constamment debout et est devenu alcoolique depuis quelques années. Chez lui se trouvent donc réunies toutes les causes qui peuvent entraîner l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Épithélioma de la jambe développé sur des trajets fistuleux d'ostéomyélite chronique du péroné.

M. Verdelet. — Il s'agit d'un malade de 46 ans, exerçant la profession d'ostréiculteur et entré dans le service de M. Demons le 4 décembre 1897.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant. Quant à lui, à l'âge de 18 ans, il reçut un coup de pied de cheval sur la face externe de la jambe. Elle devint bientôt après tuméfiée, douloureuse; du pus s'échappa; mais jamais la guérison ne fut complète; il resta toujours un pertuis par où sortait d'une façon continuelle une petite quantité de liquide séro-purulent. Parfois le pus s'accumulait sous la peau et dans le fond du pertuis. En pressant, le malade en favorisait l'expulsion; d'autres fois, lorsque ce moyen ne suffisait pas, il s'opérait lui-même avec un morceau de bois. Successivement il a apparu à la suite de ces évacuations purulentes un certain nombre de pertuis.

Cet état de choses dura environ 28 ans; lorsqu'il y a quelques mois seulement, l'aspect de la région malade vint à changer peu

à peu ; il apparut au pourtour des pertuis un tissu blanchâtre, qui progressa peu à peu en s'élargissant, et au-dessous, des bourgeons charnus volumineux qui laissaient écouler une sérosité blanchâtre. C'est alors que le malade entre à l'hôpital.

Sur la face externe de la jambe gauche, au tiers supérieur, se trouve une surface ulcéreuse, de forme circulaire, de 6 centimètres de diamètre environ ; il existe des bourgeons volumineux parsemés de points jaunâtres et laissant écouler un liquide d'odeur infecte. Tout autour les tissus voisins sont légèrement indurés. L'exploration faite par les trajets avec un stylet révèle des séquestres osseux. Le diagnostic porté est : épithélioma développé sur trajets fistuleux d'ostéomyélite ancienne du péroné.

Le 15 décembre, on fait l'extirpation de la tumeur et de la portion malade du péroné, le malade ayant refusé l'amputation de cuisse. Mais quelques jours après, des hémorrhagies secondaires étant venues à se produire et le mal n'ayant pas tendance à se limiter, l'amputation de cuisse devient nécessaire (22 décembre). Le malade est aujourd'hui à peu près guéri.

Ce sont les pièces enlevées au cours de la première opération qui font l'objet de notre présentation. Elles nous ont paru assez intéressantes par ce fait assez rare d'un épithélioma venant à se développer sur de vieux trajets d'ostéomyélite chronique.

Hydrosalpynx double.

M. Abadie présente des pièces provenant d'une femme, âgée de 29 ans, laparotomisée par M. le Dr Dubourg.

Il s'agissait d'un hydrosalpynx double. Les deux tumeurs sont grosses chacune comme un œuf de poule. La droite était légèrement adhérente à l'appendice iléo-cæcal. A la coupe, l'ovaire droit est légèrement scléreux et présente le long de son bord libre un large foyer d'apoplexie récente.

Cette double lésion annexielle paraît remonter à 2 ans. A cette époque apparaissaient des symptômes de métrite hémorrhagique qui nécessitèrent un curettage. La leucorrhée, abondante jusque-là, diminua, mais les douleurs augmentèrent d'intensité et se localisèrent plus spécialement à droite. Il y a 3 mois, des pansements utérins, l'application de révulsifs n'amenèrent aucun résultat : les mictions devenaient douloureuses, les règles peu abondantes et très douloureuses.

Dixième sarcome de la région antérieure de la cuisse.

M. Rothamel. — Les pièces que je présente proviennent d'une femme qui présentait à la région antéro-interne de la cuisse droite une tumeur ou plutôt un ensemble de tumeurs, au nombre de 7, que l'examen microscopique a fait reconnaître pour du sarcome fibro-plastique.

Ces néoplasmes, de même que l'opération qu'ils ont motivée, ne présentent par eux-mêmes aucun intérêt, mais à leur occasion nous voulons attirer l'attention de la Société sur les points suivants :

1° L'opération pratiquée le 13 est la onzième du même genre subie par la malade.

2° L'opération de la première tumeur remonte à 24 ans (1874).

3° Il n'y a jamais eu de tendance à la généralisation ; les récidives se faisant toujours au même point.

4° Malgré 10 récidives et 11 opérations, la malade est toujours dans un état général très satisfaisant.

5° Enfin, la malade n'a jamais été chloroformisée et a toujours supporté ses opérations sinon sans crier, au moins sans bouger, au moyen d'inhalations d'eau de Cologne, qui agissent évidemment par suggestion, bien qu'il ne nous ait pas été possible de retrouver chez elle de stigmates hystériques.

Fracture de la colonne vertébrale.

MM. Rothamel et **Martinet** présentent des pièces provenant d'un malade entré le 6 décembre dernier dans le service de M. le Dr Baudrimont.

Ce malade était tombé du haut d'un arbre assez élevé, et tout d'abord on avait pensé à une fracture du crâne, mais un examen plus détaillé porta l'attention sur la colonne vertébrale. L'inspection du rachis permit de constater au niveau de la sixième dorsale une dépression manifeste ; le sujet présentait en plus les signes classiques des fractures du rachis à ce niveau : paralysie complète des membres inférieurs, des muscles abdominaux et des cinq derniers espaces intercostaux, paralysie de la vessie et de l'intestin ; chose intéressante à noter, on observait tous les signes d'une bronchite généralisée.

Le malade mourut le 25 décembre au milieu de tous les symptômes du décubitus acutus et d'une aggravation rapide de sa bronchite généralisée. L'autopsie, pratiquée le lendemain, permit d'observer les faits suivants : les apophyses épineuses des 5e, 6e, 7e, 8e dorsales étaient fracturées, la lame de la 6e avait été projetée en avant, avait sectionné la moelle, qui était réduite en bouillie sur une étendue de 2 centimètres et était venue s'appliquer contre la face postérieure du corps de la vertèbre, dont elle n'était plus séparée que par les méninges.

Cette observation est intéressante :

1° Au point de vue pathogénique : la fracture était certainement due à une cause directe et non pas indirecte, comme il arrive dans la plupart des cas.

2° Au point de vue des lésions : la moelle était complètement sectionnée.

3° Au point de vue du traitement : devait-on en effet intervenir? M. le Dr Baudrimont avait vite écarté toute idée d'intervenir, non pas peut-être à cause des lésions médullaires qui qui n'ont été connues qu'à l'autopsie, mais à cause du mauvais état des poumons qui ne permettaient pas la chloroformisation, et du mauvais état général du sujet lui-même, qui était dans l'impossibilité absolue de supporter toute intervention, si légère fût-elle.

M. Braquehaye. — L'intervention chirurgicale ne saurait donner de résultats dans les sections complètes de la moelle. Une intervention au contraire peut être utile dans les cas d'épanchements considérables et d'esquilles osseuses.

Sur un cas de respiration costo-diaphragmatique.

M. Micheleau présente à la Société un homme âgé de trente-neuf ans, journalier, entré dans le service de M. le professeur agrégé Cassaët le 4 janvier 1898, et traité pour des accidents de tuberculose pulmonaire au premier degré : il offre cette particularité que, lorsqu'il respire, son thorax n'offre pas ce mouvement d'expansion dans tous les sens que l'on observe normalement à l'inspiration. A ce moment, les sept derniers espaces intercostaux sont attirés en dedans, le larynx s'abaisse de un centimètre à peu près ; il se produit du tirage sus-sternal assez accentué pendant que le diaphragme, se contractant vigoureusement, repousse en bas les organes abdominaux ; il semble que les poumons, au lieu de se dilater dans tous les sens, se contentent de s'allonger dans le sens vertical. On peut expliquer cela par des adhérences qui se manifestent par le retrait des derniers espaces et à l'auscultation par un bruit très doux, qui paraît s'entendre, dans ces points, aux deux temps de la respiration.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 Janvier 1898.

Redressement de la gibbosité pottique.

M. Wolff n'est pas partisan du procédé de redressement pottique qui a déjà plusieurs fois provoqué la mort et donné

lieu à des accidents variés. Aussi préfère-t-il à la méthode de Calot le procédé de redressement progressif à l'aide d'un appareil dit appareil à étapes, qui lui a donné des résultats très satisfaisants dans 24 cas dans lesquels il l'a employé.

M. Karewski a vu survenir une aggravation chez un de ses malades qui fut soumis au redressement brusque par la méthode de Calot. Par contre le redressement progressif lui a toujours donné des résultats satisfaisants.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 28 Janvier 1897.

Mort subite au cours du rhumatisme articulaire aigu.

M. Herringham a communiqué l'observation d'une jeune fille de seize ans atteinte pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu avec double souffle à la pointe du cœur. Il existait, en outre, des douleurs à la région ombilicale, douleurs dont la cause restait inconnue. Sous l'influence du salicylate de soude, les symptômes articulaires s'amendèrent rapidement, mais la malade continuait à souffrir dans les régions épigastrique et précordiale. Ultérieurement on vit se produire de la cyanose, en même temps que l'on constatait une dilatation du cœur : la pointe de cet organe battait en dehors de la ligne mamelonnaire; on percevait aussi des râles fins dans les poumons. La fièvre persistait et il y eut un léger crachement de sang. Enfin l'état général empira brusquement et la patiente succomba en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouva un œdème pulmonaire et une dégénérescence graisseuse des parois du ventricule gauche avec augmentation considérable des cellules du tissu conjonctif interstitiel.

C'est à cette complication que M. Herringham attribue les cas rares de mort subite observée dans le rhumatisme articulaire aigu. Le diagnostic certain de cette myocardite paraît impossible. Cependant, on doit en soupçonner l'existence chaque fois qu'au cours de la polyarthrite rhumatismale aiguë on voit survenir de la cyanose en l'absence de lésions pulmonaires, et lorsqu'il existe simultanément des douleurs intenses à l'épigastre ou à la région précordiale.

M. Maclagan admet que dans la majorité des cas la myocardite survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu, résulte de la propagation au muscle cardiaque, de l'inflammation qui frappe l'endocarde ou le péricarde. Toutefois, comme dans la fièvre typhoïde, les lésions musculaires sont fréquentes il n'y a pas de raison pour nier la possibilité d'une lésion primitive du myocarde, c'est-à-dire la possibilité d'une myocardite sans endopéricardite concomitante.

M. Lees qui s'est dans le temps occupé spécialement de la dilatation du cœur dans le rhumatisme articulaire aigu, avait d'abord pensé que cette dilatation était le résultat d'une péricardite; au cours de ses recherches il a pourtant constaté que cette dilatation peut s'observer dans des cas où il n'existe aucun symptôme permettant de conclure à l'existence d'une endo- ou d'une péricardite concomitante.

M. Glover cite un cas qui n'est pas sans analogie avec celui de M. Herringham. Il s'agit d'un homme atteint de bronchite chronique avec emphysème, qui succomba brusquement après avoir présenté, pendant 10 jours, des douleurs dans les bras, de la faiblesse et de l'abattement. A l'autopsie on trouva sur la face antérieure du cœur une plaque de dégénérescence graisseuse des dimensions d'une pièce de 5 shillings.

M. Dyce Duckworth estime que la myocardite rhumatismale est moins rare qu'on ne l'admet, et que son existence est bien établie au point de vue clinique et anatomique. Il est possible que dans ces cas le virus frappe la myocarde sans toucher à ces enveloppes séreuses.

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 19 Janvier 1898.

Pneumonie et tuberculose d'origine traumatique.

M. Harris a communiqué l'observation d'un homme d 68 ans qui, à la suite d'un traumatisme du thorax, présenta les symptômes d'une pneumonie franche aiguë de la base gauche. Il n'y a pas eu de résolution et le malade s'affaiblissant de plus en plus succomba 2 mois 1/2 après l'accident qui l'avait surpris en pleine santé.

A l'autopsie on trouva la plèvre épaissie au niveau du lobe inférieur du poumon gauche; ce lobe ainsi que la partie inférieure du lobe supérieur étaient indurés et cette induration était d'origine récente; on y trouvait en outre plusieurs foyers de dégénérescence calcaire d'anciennes lésions tuberculeuses. Le poumon droit était parsemé de tubercules miliaires de date récente.

D'après M. Harris, la tuberculose s'est dans ce cas greffée sur les lésions inflammatoires provoquées par la pneumonie dont l'origine traumatique ne peut être mise en doute.

MIDLAND MEDICAL SOCIETY

Séance du 19 Janvier 1898.

Paraplégie hystérique chez un enfant.

M. Simpson a communiqué l'observation d'une fille de 7 ans qui six semaines auparavant commença à se plaindre d'une faiblesse dans les jambes. Cette faiblesse augmenta progressivement, si bien qu'au bout de quinze jours, l'enfant se réveilla un matin avec une paralysie complète.

M. Simpson ne vit la malade que trois semaines après le début de cette paraplégie. A ce moment la malade présentait une paraplégie complète; les muscles du membre inférieur gauche étaient flasques, ceux du côté droit légèrement contracturés, à en juger du moins par la résistance qu'ils opposaient aux mouvements passifs. Le réflexe rotulien était aboli, normal à gauche, aboli à droite, fait qui s'expliquait par l'état de contraction des muscles de ce côté. Pas de clonus du pied. Au point de vue de la sensibilité, il existait une anesthésie au toucher et à la douleur des deux jambes qui s'arrêtait à une ligne horizontale passant 4 pouces au-dessus du genou. Pas d'atrophie musculaire. Rétrécissement du champ visuel à droite.

La guérison s'effectua brusquement trois jours après que M. Simpson vit la malade.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 21 Janvier 1898.

Tumeur du cerveau.

M. Schlesinger a montré un malade atteint depuis deux ans de maux de tête avec affaiblissement de la mémoire, et paresthésies qui débutèrent par la langue et s'étendirent ensuite à toute la moitié droite du corps. Il y a eu dans la suite des accès des convulsions cloniques qui duraient quelques minutes, et étaient parfois suivis d'aphasie. A l'examen du malade on trouva une congestion des deux papilles et une parésie de l'hypoglosse droit. On diagnostiqua une tumeur cérébrale de la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, et, comme le malade était un ancien syphilitique, on institua le traitement spécifique.

Ce traitement n'ayant fourni aucun résultat et l'état du malade s'aggravant de plus en plus on se décida à intervenir par une opération.

A l'ouverture du crâne on trouva une volumineuse gomme de la dure-mère pénétrant dans le cerveau et déjà caséifiée. Le

néoplasme fut extirpé, mais après l'opération il survint une parésie du côté droit avec une aphasie motrice et sensorielle, accidents qui rétrocédèrent peu à peu, et un retard dans la perception des sensations douloureuses du côté droit, lequel disparut également au bout de deux semaines. Un autre fait particulier observé dans ce cas, c'est l'existence d'une parésie presque isolée du nerf grand hypoglosse droit, paralysie également d'origine corticale et qu'on ne rencontre d'habitude qu'associée à la paralysie faciale.

M. Schlesinger a encore montré un second malade qu'il a opéré il y a huit ans pour une épilepsie jacksonnienne. L'ablation de la tumeur, d'origine probablement traumatique, qui occupait le centre des mouvements du bras, fit disparaître les accidents. Actuellement le malade présente encore une hémiparésie gauche et divers troubles de la sensibilité, lesquels, comme chez le malade précédent, doivent être attribués à une lésion corticale consécutive à l'opération.

Pathogénie des affections articulaires.

M. Hofbauer, dans le but d'étudier les causes de la fréquence des manifestations articulaires dans les maladies infectieuses, a fait une série de recherches anatomiques et histologiques sur les articulations. Il a constaté tout d'abord que les synoviales des jeunes sujets étaient le siège d'une très riche vascularisation et que les vaisseaux étaient très rapprochés de la surface des séreuses. Ces particularités font donc comprendre que les poisons bactériens et chimiques déposés à la surface des membranes synoviales soient éliminés très lentement. Les nombreuses flexuosités des vaisseaux favorisent en outre la formation d'embolies qui deviennent le point de départ d'abcès.

Dans une autre série d'expériences M. Hofbauer a constaté que les microorganismes injectés dans les veines se retrouvent au bout de seize heures dans les articulations et que les membranes synoviales constituent un excellent milieu de culture pour les microbes.

M. Chwostek fait remarquer que les bactéries peuvent pénétrer dans les articulations sans donner lieu à la formation d'abcès. Dans le rhumatisme articulaire on ne trouve jamais de microbes dans les jointures; on en rencontre, au contraire, dans la peste, sans que pour cela les synoviales soient altérées. Aussi admet-il que les lésions articulaires dans le rhumatisme paraissent être le résultat d'une toxémie.

M. G. Singer fait observer que la distribution des vaisseaux rénaux offre des conditions plus favorables à l'élimination des bactéries que celle des vaisseaux des synoviales. Les résultats des expériences faites à ce sujet chez les animaux ne peuvent être appliqués à l'homme, parce que le nombre des bactéries que l'on injecte aux animaux est considérable. Il faut enfin tenir compte de ce que, dans le rhumatisme, l'infiltration bactérienne ne siège pas dans la synoviale, mais dans les tissus périarticulaires.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séances des 19 et 26 Janvier 1898.

Formes atypiques du rhumatisme articulaire aigu.

M. Singer fait tout d'abord remarquer qu'à côté des formes larvées du rhumatisme décrites par Immermann il existe d'autres formes atypiques, telles que les névralgies sciatiques, la chorée, la polynévrite, etc. Il pense encore que l'angine constitue la première manifestation du rhumatisme articulaire aigu et la première localisation de l'agent infectieux, et que les angines accompagnées de douleurs rhumatismales peuvent être considérées comme les formes rudimentaires du rhumatisme. Les symptômes qui forment l'ensemble du tableau clinique du rhumatisme articulaire peuvent se rencontrer isolément, mais ils sont liés les uns aux autres par leur commune origine bactérienne.

Au nombre des formes atypiques du rhumatisme, M. Singer range encore certaines variétés de myosites accompagnées d'endocardite et de tuméfactions articulaires. Le zona, qui coexiste parfois avec le rhumatisme, s'observe aussi à l'état isolé et doit être également considéré comme une manifestation atypique du rhumatisme; il en est de même des inflammations des gaines tendineuses. En somme, de même qu'il y a des scarlatines sans exanthème, de même il existe, d'après M. Singer, des affections rhumatismales sans lésions des jointures.

M. Hock a observé il y a 5 ans plusieurs cas de rhumatisme articulaire qui débutaient par une fièvre ressemblant à celle de la période prodromique de la scarlatine.

M. Kahane communique plusieurs cas de polynévrite consécutive à un rhumatisme articulaire aigu. Après la guérison de semblables polynévrites, il a vu subsister quelquefois dans les articulations une douleur qui gêne les mouvements, et qu'il désigne sous le nom d'arrêt ou inhibition algique. M. Kahane estime enfin qu'on ne doit pas ranger le rhumatisme dans le groupe des pyémies.

M. Teleky fait remarquer que, comme l'éruption dans la scarlatine, les désordres articulaires peuvent passer inaperçus dans le rhumatisme. Il cite à titre d'exemple le cas d'un malade qui fut atteint d'une endocardite en apparence spontanée, et chez lequel une investigation plus minutieuse permit d'affirmer qu'elle avait été précédée de phénomènes articulaires restés méconnus.

Syringomyélie atypique.

M. Kienboeck a communiqué quatre cas de syringomyélie atypique. Le premier concerne un homme de 39 ans, qui eut il y a quatre ans des douleurs et des paresthésies dans la moitié supérieure du corps. Bientôt le malade perdit la sensibilité au niveau de la main gauche, qui devint raide, et la marche prit également un caractère spasmodique. Actuellement cet homme se présente dans l'attitude fléchie; il ne peut élever les bras; le membre supérieur gauche est atrophié, le coude gauche est le siège d'une mobilité latérale; les mouvements des articulations de la main sont très restreints. Il y a, en outre, un spasme des extrémités inférieures avec exagération des réflexes rotuliens, tonus plantaire, etc. La sensibilité douloureuse et thermique, est altérée au niveau des pectoraux.

Le second malade, un homme de 20 ans, offrit il y a 12 ans les premiers symptômes de l'affection, car il se brûla plusieurs fois sans s'en apercevoir. Deux ans après il eut des paresthésies dans les extrémités supérieures et inférieures. Aujourd'hui le malade présente des atrophies et une déviation de la colonne vertébrale. La moitié inférieure du tronc et les cuisses sont le siège de troubles sensitifs. Les extrémités sont cyanosées.

Chez le troisième malade âgé de 35 ans, l'affection a débuté par des suppurations au niveau des mains à l'âge de 21 ans, suppurations qui ont causé des difformités prononcées.

Le quatrième cas a trait à une femme de 29 ans, qui présente, depuis 15 années, une démarche spasmodique; elle a, en outre, plusieurs panaris et porte des cicatrices de brûlures. Depuis 9 mois, elle est atteinte de parésie vésicale et d'une cyphose dorsale avec atrophie des muscles de l'épaule et de la main.

M. Schlesinger fait remarquer que depuis que les signes de la syringomyélie sont mieux connus, le nombre des cas de cette maladie augmente. C'est ainsi que, dans le service du professeur von Schrotter, 60 observations de syringomyélie ont pu être recueillies depuis 3 ans.

Tétanie récidivante.

M. Pincus a présenté une malade de 37 ans qui a eu, à l'âge de 17 ans, une fièvre typhoïde au cours de laquelle survint de la tétanie, qui cessa après la guérison. Depuis cette époque ces accidents se reproduisent chaque année, du mois de janvier au mois de mars, et intéressent les bras ou les muscles oculaires; ils sont toujours précédés par de la diarrhée. Ces accidents paraissent être la manifestation d'une intoxication d'origine gastro-intestinale ayant pour point de départ probable une ancienne infection typhique.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Cancer primitif du duodénum,

Par M. le Dr Heulin (1).

Historique. — Morgagni paraît avoir relaté le premier l'envahissement possible du duodénum par le cancer.

Mais ce n'est que près d'un siècle plus tard que Chomel (2) publia la première observation complète du cancer primitif du duodénum; c'est un cas de cancer sous-vatérien, à propos duquel Chomel décrit à peu près complètement l'affection, mais qui semble avoir passé inaperçu, au moins pendant de longues années. En 1860, paraît l'observation, par Arrachard (3), d'un cancer intéressant le duodénum, le pancréas et le foie. Sauf ces deux cas, toutes les relations de cancer primitif du duodénum datent de ces 25 dernières années, et se multiplient alors en France, en Angleterre, aux Etats-Unis, le cancer de l'intestin est l'objet d'études spéciales. En particulier, le cancer du duodénum a été étudié en 1876 dans la thèse de Caillet. Les thèses publiées dans les années suivantes suivantes sur le cancer primitif de l'intestin font une mention spéciale du cancer du duodénum. En 1889, Whittier (4), de Boston, en réunit déjà 13 cas dans son mémoire à l'Association des médecins américains. L'année suivante, Busson étudie dans sa thèse une forme spéciale du cancer de cette région, le cancer de l'ampoule de Vater. En 1894, M. Pic (5), de Lyon, donne une monographie complète du cancer primitif du duodénum. Il établit trois formes cliniques du cancer du duodénum, et en sépare déjà le cancer de l'ampoule de Vater, que Vincent-Georges (1) isole définitivement 18 mois plus tard (1896) en donnant, grâce aux observations de Hanot et de Rendu, les éléments d'une description spéciale et la possibilité d'un diagnostic différentiel.

Nous avons repris cette étude pour retrancher des cancers du duodénum tous ceux qui intéressent l'ampoule de Vater, et qui, réunis aux cancers propres de l'ampoule, ne constituent qu'une même espèce clinique, se présentant avec des symptômes particuliers, et constituant ce que M. Hanot avait appelé « cancer du pylore pancréatico-biliaire, ou de la portion terminale des voies pancréatico-biliaires ». Ainsi débarrassé de cet élément étranger, le cancer primitif du duodénum apparaît, aux deux formes cliniques spéciales, sus- et sous-ampullaire, correspondant à sa division physiologique.

Fréquence. — Les auteurs qui se sont occupés du cancer primitif de l'intestin sont loin d'être d'accord sur la fréquence relative du cancer de chacune de ses portions successives, mais, d'une manière générale, le cancer primitif de l'intestin va en diminuant de fréquence à mesure que l'on s'élève dans le tube digestif, jusqu'au duodénum exclusivement. Le rectum, puis l'S iliaque, le côlon, le cæcum, l'iléon, le jéjunum, sont en effet et dans cet ordre de moins en moins fréquemment atteints. On voit d'après la statistique de Kohler, qui est la plus récente, qu'à mesure que le cancer du duodénum a été plus connu, il a été plus fréquemment rencontré. D'après cet auteur, il représenterait les trois quarts des cancers primitifs de l'intestin grêle, et il compterait pour 26,5 p. 100, soit plus du quart, dans la totalité des cancers intestinaux. En admettant que cette dernière proportion soit un peu exagérée, il n'en reste pas moins acquis que la fréquence de cette affection lui mérite une description à part.

Etiologie. — La cause réelle, *efficiente*, du cancer nous échappe encore; si son origine parasitaire semble de plus en plus vraisemblable, les recherches de laboratoire ne lui ont pas encore donné la certitude scientifique, et, quel que soit le vif intérêt du sujet, nous ne pouvons nous étendre ici en considérations théoriques.

Conditions générales. — *Diathèse.* — Chez aucun de nos sujets on n'a pu relever d'antécédents héréditaires. Cette absence complète n'a pas lieu d'étonner, si l'on songe que nous avons réuni 17 observations et que, en matière de cancer intestinal la transmission de l'aptitude héréditaire n'est notée que dans 8 p. 100 des cas.

Age. — Le cancer duodénal est une affection de l'âge mûr, plutôt même de la vieillesse. Il est rare au-dessous de 40 ans, et dans ce cas la tumeur sera presque à coup sûr un lymphosarcome. On ne le rencontre guère qu'à partir de la cinquantième année, et, le plus souvent, au-delà de la soixantième. 9 sujets, sur 17, avaient dépassé cet âge et 5 d'entre eux avaient plus de 72 ans. L'âge moyen est de 54 ans. C'est sensiblement l'âge moyen des cancers en général.

Sexe. — Onze de nos cas ont atteint des hommes, et six seulement des femmes. Haussmann indique pour le cancer intestinal une fréquence un peu plus grande chez l'homme.

Conditions locales. — *Causes anatomo-physiologiques.* — On a depuis longtemps remarqué la prédilection du cancer pour les parties fixes et sinueuses de l'intestin, et

1. Heulin, thèse de Paris, 1896-97, n° 514. (H. Jouve).
2. Chomel, *Gazette des hôpitaux*, 1852.
3. Arrachard, *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 98.
4. Whittier, *Transactions of. Assoc. of american physicians*, p. 292, et *Boston medical Journal*, p. 377, (17 octobre 1889).
5. Pic, *Revue de médecine*, décembre 1894, janvier 1895.

1. Vincent-Georges, thèse de Paris, 1896.

celles où la coprostase le soumet à des contusions répétées : S iliaque, angles du côlon, valvule iléo-cœcale.

Or le duodénum est fixe et sinueux : en effet, si la première portion peut suivre en partie les mouvements de l'estomac, la seconde et la troisième, avec leurs coudures, sont immobilisées par le péritoine qui passe au-devant d'elles. La fixation terminale par le muscle de Treitz détermine encore une nouvelle coudure plus aiguë que les deux autres, l'angle duodéno-jéjunal.

Il subit d'autre part des causes de fatigue répétées : les tiraillements auxquels il se trouve incessamment soumis, par le passage des matières alimentaires, par l'incessante alternative de réplétion et de vacuité de l'estomac et de l'intestin, par l'état d'activité ou de repos du foie et du pancréas, sa contusion possible par le côlon rempli de matières dures, sont autant de causes d'usure physiologique et de moindre résistance auxquelles il ne peut se dérober. Aussi conçoit-on que le duodénum soit plus fréquemment atteint que le jéjuno-iléon, souple, mobile et fuyant dans la cavité abdominale.

Causes pathologiques. — On peut invoquer aussi des raisons d'ordre pathologique. En effet, si l'on ne peut accuser les traumatismes venant de l'extérieur, parce que la situation profonde du duodénum l'abrite suffisamment pour qu'il ne puisse guère être atteint sans qu'un autre organe important soit frappé avant lui, du moins peut-on penser que l'existence antérieure d'un ulcère simple duodénal puisse devenir une cause de cancer (1).

Anatomie pathologique. — *Anatomie macroscopique.* — Le néoplasme, qui peut occuper tous les points du duodénum, se présente le plus souvent sous la forme d'une plaque cancéreuse, plus rarement sous celle d'un champignon.

La plaque cancéreuse s'étend en surface, et, dans la grande majorité des cas, tend à devenir annulaire. Aussi, suivant la période où la mort a interrompu le développement de la tumeur, a-t-on trouvé tous les degrés, depuis la simple plaque arrondie jusqu'au cylindre complet, formant une véritable virole cancéreuse. La dimension observée a varié de celle d'une pièce de 10 centimes à celle d'une infiltration cylindrique occupant les trois quarts inférieurs du duodénum.

La forme d'une masse fongueuse, d'un champignon, variant du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, a été plus rarement observée, et, dans ce cas, on avait toujours affaire à des cancers de la région de l'ampoule qui doivent être séparés des cancers du duodénum.

Donc le cancer du duodénum se présente sous l'aspect d'une plaque s'accroissant en largeur et tendant ainsi vers la forme cylindrique, qu'elle atteint souvent.

Le calibre du tube digestif est profondément modifié par la présence de la tumeur.

Au niveau du néoplasme, le rétrécissement est la règle. Une fois (Chomel), l'obstruction est absolue; d'autres fois, la lumière intestinale admet à peine une plume d'oie, une sonde cannelée. Une seule fois, il y avait ectasie. Mais dans ce cas encore, le résultat a été le même. La dilatation correspondait à l'envahissement des tuniques musculaires : il y avait donc transformation en un canal rigide, inerte, du tube souple et actif qu'est l'intestin normal, et les contractions péristaltiques ne venant plus déterminer la progression du contenu, la stase au-dessus de la lésion et la dilatation gastrique ont été les conséquences de l'altération de la paroi de l'intestin.

Au-dessus de la lésion, le duodénum est dilaté en ampoule, et communique librement avec l'estomac; tantôt, en effet, le pylore admet le pouce, tantôt même plus rien ne correspond au pylore. La dilatation duodénale mesurée par Baillet (1) atteignait 7 centimètres de diamètre.

L'estomac est toujours dilaté, mais dans une mesure variable, suivant la rapidité de la maladie, suivant le degré d'obstruction apporté par la présence de la tumeur, suivant peut-être aussi l'intégrité histologique antérieure et la vitalité de ses tuniques. Il remplissait les deux fosses iliaques et s'étendait jusqu'au pubis chez la malade de Chomel; sa capacité était d'environ 15 litres dans le cas de Descroizilles (2).

Au-dessous du point cancéreux, l'intestin présente un peu de rétrécissement par inanition. Cette atrésie est souvent peu appréciable.

Cinq fois on a trouvé la tumeur ulcérée, et deux fois l'ulcération, atteignant une artère (mésentérique, pancréatico-duocénale), a déterminé une perforation du vaisseau, suivie immédiatement d'une hémorrhagie foudroyante. Les voies biliaires ont souvent à souffrir du voisinage du néoplasme, tantôt par compression mécanique, tantôt par l'infiltration et l'induration de leur paroi, qui diminuent leur calibre, mais jamais on n'a noté leur obstruction complète. Dans un cas la dilatation énorme puis la suppuration de la vésicule biliaire ont été suivies d'une perforation et d'une péritonite mortelle. Dans un autre cas le canal de Wirsung était oblitéré.

On a observé souvent le développement de cancers secondaires à d'autres organes : plaques cancéreuses de l'estomac dans un cas, nodules cancéreux du foie dans deux cas; cancer secondaire de la tête du pancréas dans deux cas également; granulations miliaires des deux deux feuillets du péritoine; infiltration cancéreuse de l'épiploon; ganglions du hile du foie, etc.

Mais la dégénérescence cancéreuse des ganglions mésentériques est beaucoup plus fréquente. Ils étaient pris, en grand nombre, dans près d'un tiers des cas (cinq); on les trouve surtout autour du pancréas, ou le long du bord adhérent de l'intestin grêle. Dans un cas, groupés en masse au-devant de la colonne vertébrale, ils constituaient une tumeur perceptible à la palpation, et dont la présence avait contribué à égarer le diagnostic.

Histologie. — Au point de vue histologique, la plupart des tumeurs étaient des épithéliomas cylindriques. Il semble que le plus souvent la tumeur s'était développée aux dépens des éléments glandulaires du duodénum, et en particulier des glandes de Brunner. Après l'épithélioma cylindrique, le lymphadénome a été le plus souvent rencontré. Il paraissait, au moins dans un cas (Alexander) provenir nettement des formations lymphatiques de la sous-muqueuse.

L'examen histologique est précieux, car dans le cas de Baillet, sans l'examen de M. Toupet, on eût, sur les caractères macroscopiques de la lésion, attribué à la tête du pancréas un cancer qui était bien d'origine duodénale.

Formes cliniques. — La présence de l'ampoule de Vater, où la bile et le suc pancréatique se déversent dans le tube digestif, divise, au point de vue physiologique, le duodénum en deux portions bien distinctes, l'une supérieure ou *sus-vatérienne*, à réaction acide comme

1. Henri Bernard, dans une Revue générale sur les complications de l'ulcère du duodénum (*Gaz. des hôpit.*, 14 août 1897), signale précisément cette complication possible soit sur un ulcère non encore guéri mais en voie de cicatrisation (Eichorst-Mackensie) soit sur un ulcère cicatrisé (Ewald).

1. *Bull. Soc. anatom.*, 1896, p. 712.
2. Descroizilles, *France médicale*, 1876.

l'estomac, pouvant être atteinte de l'ulcère rond consécutif à l'hypersécrétion gastrique; la seconde, inférieure, ou *sous-vatérienne*, où le chyme, après avoir reçu l'influx biliaire et pancréatique, d'acide devient alcalin, et commence à subir la série des réactions dues à la présence de ces deux sécrétions.

On conçoit donc que la sténose déterminée par le cancer provoquera des troubles bien différents suivant qu'elle siégera sur la première ou la seconde portion : la bile, qui ne pourra dans le premier cas refluer dans l'estomac, n'aura au contraire point d'autre issue dans le second, et viendra toujours dans ce cas trahir par sa présence dans les vomissements le siège sous-vatérien de la constriction.

Si le cancer intéresse l'ampoule, la symptomatologie est entièrement différente.

Il y a donc lieu de décrire deux formes cliniques bien tranchées du cancer duodénal : le *cancer sus-vatérien* et le *cancer sous-vatérien*. Nous étudierons ensuite le cancer juxta-vatérien.

Forme sus-vatérienne. — I. *Début.* — Un sujet, homme ou femme, ayant dépassé la cinquantième année, souvent n'ayant eu aucune maladie antérieure — à peine, parfois, une dyspepsie ancienne — se plaint d'un amaigrissement sensible, de la perte croissante de ses forces, et de symptômes vagues attirant l'attention sur l'état du tube digestif : flatulences épigastriques, pesanteur anormale après les repas, diminution de l'appétit, douleurs abdominales, éructations, vomissements survenant un temps variable après l'ingestion des aliments, quelquefois aussitôt après. Ces symptômes ne sont jamais tous réunis; souvent ils sont peu accusés; d'une manière générale, le début est insidieux, et le diagnostic, à cette période, impossible.

II. *Période d'état.* — Bientôt l'état du malade s'aggrave, les symptômes se précisent, leur recherche méthodique rend souvent le diagnostic possible.

Teint cachectique. — Le sujet présente un état cachectique marqué, un teint anémique, jaunâtre, terreux, mais sans la teinte jaune-paille du cancer de l'estomac.

Ventre déprimé. — L'abdomen est plat, non météorisé, sauf quelquefois dans la région épigastrique.

Dilatation gastrique. — A la palpation et à la percussion, on constate une dilatation considérable et constante de l'estomac.

Tumeur. — Dans la moitié environ des cas, une palpation méthodique et profonde décèle la présence d'une tumeur siégeant à droite de la ligne médiane, entre le rebord inférieur du thorax et l'ombilic, plus ou moins mobile suivant les adhérences qu'elle a pu contracter avec les organes voisins. Son absence n'infirme pas le diagnostic, vu la petitesse possible du cancer et sa situation profonde, difficilement accessible.

Douleur. — La douleur épigastrique est constante. Quelquefois peu marquée à la pression, elle se produit surtout après l'ingestion des aliments, même liquides, et elle devient paroxystique dans la période qui précède le vomissement. Elle est variable, il est parfois difficile de la rapporter à sa véritable cause, lorsqu'elle est masquée par les coliques qui accompagnent les digestions difficiles. Souvent périodique, elle coïncide alors avec des spasmes de la musculeuse, qui peuvent être visibles et perceptibles à la main : c'est l'ondulation épigastrique de Bouveret.

Anorexie. — Dans la plupart des cas, l'anorexie est la règle. Elle s'étend à tous les aliments, mais le malade n'éprouve pas pour la viande, qu'il rejette cependant comme le reste, le dégoût profond que l'on observe dans le cancer de l'estomac.

Intolérance gastrique. — L'intolérance gastrique est sans rémissions, et les vomissements constants.

Vomissements. — Ces vomissements présentent des caractères variables. Ils surviennent, au début, de une demi-heure à deux heures après les repas; ils sont peu douloureux et ne comprennent que les ingesta; plus tard, ils sont précédés et accompagnés de violentes douleurs, et surviennent aussitôt après l'ingestion des aliments, même liquides; vers la fin de la maladie, on n'en observe parfois plus qu'un seul par jour, mais très abondant. Ce changement est dû à l'état de l'estomac qui ne réagit plus. Enfin, leur disparition ne précède la mort que de peu de jours; elle indique que la tumeur est ulcérée, et que le passage est redevenu libre. Ils ne contiennent jamais de bile, ni de sang.

Soif vive. — Ces vomissements répétés et très abondants entraînent une déperdition considérable de liquides; aussi les urines diminuent, elles prennent une couleur rouge foncé, et avec la perte de l'appétit contraste une soif vive, inextinguible.

Constipation opiniâtre. — Enfin, presque rien ne franchissant plus l'obstacle, l'intestin reste habituellement vide, le ventre est déprimé, en bateau, et la constipation est opiniâtre; elle est souvent absolue.

Diarrhée finale. — Elle peut être parfois, dans les derniers jours, remplacée par une diarrhée abondante, colliquative, contenant quelquefois un peu de sang, le tout dû au rétablissement du cours des matières à la suite de l'ulcération de la tumeur.

Marche, durée, terminaison. — L'amaigrissement, la faiblesse augmentent, quelques efforts qu'on fasse pour alimenter le malade. Parfois, la tumeur étant ulcérée, à l'intoxication cancéreuse s'ajoute l'absorption de produits septiques, et une fièvre légère s'allume; mais habituellement, l'évolution est apyrétique, et, s'il ne survient pas de complication due à la généralisation du cancer à quelque autre organe, si la perforation d'une artère de la région ne provoque pas une hémorrhagie foudroyante, le malade meurt dans le coma, de 3 à 7 mois (13 mois dans un cas seulement après l'apparition des premiers symptômes.

Forme sous-vatérienne. — Nous retrouvons ici la plupart des symptômes notés dans le cancer sus-vatérien, mais toujours les vomissements bilieux viennent s'y ajouter, et témoignent du siège sous-vatérien de la sténose.

Le *début* est plus insidieux encore que dans la forme précédente. Les vomissements n'apparaissent que plus tard.

Le *teint cachectique*, l'*amaigrissement* sont les mêmes.

La *dépression abdominale* est également constante, mais avec *ballonnement de la région sus-ombilicale droite.*

L'*ectasie gastrique* est constante et manifeste.

On n'a jamais perçu de *tumeur*, ce qui se conçoit aisément de par la situation profonde de la partie atteinte.

La *douleur* paraît avoir été moins vive.

L'*anorexie*, la *soif intense*, l'*intolérance gastrique* se retrouvent ici avec les mêmes caractères.

Les *vomissements* plus tardifs, semble-t-il, dans leur apparition, sont très abondants, souvent douloureux, et contiennent *toujours* de la bile, leur coloration variant du jaune verdâtre (Baillet) au vert intense (Whittier). Ils apparaissent de une demi-heure à deux heures après les repas.

La *constipation* est opiniâtre, souvent absolue : on n'ob-

serve même pas ici la diarrhée finale notée dans la première forme. C'est l'occlusion intestinale complète. Lorsqu'elle n'est pas encore établie, on n'a pas noté de décoloration sensible des matières et cela s'explique aisément, puisque, ou les matières ne passent pas, ou, si elles passent, elles sont déjà mélangées à la bile qu'elles ont reçues au-dessus du rétrécissement.

D'après Riegel, la bile et le suc pancréatique refluant dans l'estomac diminuent ou même neutralisent l'acidité du contenu gastrique. Le chimisme gastrique serait ainsi considérablement modifié : tantôt il y aurait un peu d'HCl libre, tantôt il ne pourrait être décelé, fait qui résulterait du mélange des sécrétions alcalines pancréatico-biliaires, et la fonction peptique se trouverait ainsi suspendue.

Riegel a observé un autre fait : malgré un lavage complet de l'estomac le soir, le malade peut encore avoir des vomissements abondants pendant la nuit, sans avoir repris de nourriture, par reflux dans l'estomac du chyme amassé dans la dilatation duodénale au-dessus de la sténose. Ceci doit se produire lorsque le pylore, encore peu dilaté, n'a pas permis au lavage d'évacuer le contenu duodénal en même temps que le contenu stomacal.

Il semble qu'ici la *durée* de la maladie soit plus courte mais cette apparente rapidité tient à ce que que les grands symptômes ne se montrent point dès le début de l'affection.

S'il ne survient pas de complications, le malade meurt dans la prostration et le coma, tant d'inanition que d'intoxication cancéreuse.

Cancers intéressant l'ampoule de Vater. — Les cancers de l'ampoule de Vater, étudiés par Vincent-Georges (1), se présentent avec une symptomatologie spéciale : il y a peu ou pas de signes d'occlusion intestinale, et il y a des signes évidents d'obstruction au cours de la bile, et de cachexie cancéreuse.

En effet, les symptômes relevés par Vincent-Georges d'après l'analyse de 21 cas sont les suivants :

A. — *Pas d'occlusion intestinale :* Les *vomissements* ne se sont produits que dans un tiers des cas, et, quelquefois, seulement comme accident de la fin.

La *diarrhée* existait chez la plupart des malades, tantôt constante, tantôt alternant avec la constipation.

La *douleur* faisait le plus souvent défaut, et quand elle a été notée, elle était légère et son siège peu précis.

L'*appétit* est généralement conservé.

B. — *Obstruction au cours de la bile : L'ictère* était la règle, cet ictère était souvent intermittent; il était parfois accompagné d'hémorrhagies : épistaxis, purpura, stomatorrhagies, etc.

La décoloration des matières n'était pas constante, mais leur *odeur fétide* est signalée dans presque tous les cas;

Le foie était trouvé *augmenté de volume* dans quelques cas, et la vésicule était accessible à la palpation;

Quelques malades ont présenté de la fièvre.

Enfin la mort, rapide, paraît être survenue dans la plupart des cas au moins autant du fait de l'auto-intoxication hépatique et de l'infection des voies biliaires que de l'intoxication cancéreuse ou de la généralisation du néoplasme.

Reprenons maintenant parmi nos cas de cancer duodénal ceux qui occupaient le voisinage de l'ampoule.

Si l'ampoule est indemne, quelque voisine qu'elle soit du cancer il n'y aura pas de signes d'obstruction biliaire, pas d'ictère, et il y aura les signes de l'occlusion intestinale avec leur allure spéciale notée plus haut, suivant que la tumeur siège au-dessus ou au-dessous de l'ampoule.

Si au contraire l'ampoule est atteinte, les signes de rétention biliaire dominent la scène, et l'ictère apparaît avant tout autre symptôme. Le développement du néoplasme se fait sous la forme d'une masse de volume variable : noix, noisette, noyau de cerise, et non sous celle d'un anneau enserrant le duodénum. Aussi le cours du chyme est-il beaucoup moins gêné dans ce cas; la constipation n'est pas absolue, souvent il n'y a pas de vomissements et l'appétit est parfois conservé. C'est là un ensemble de symptômes qui s'éloigne sensiblement du cancer duodénal tel que nous l'avons décrit, et qui se rapproche au contraire singulièrement du cancer de l'ampoule de Vater.

Il n'y a donc pas lieu de décrire une forme périvatérienne du cancer duodénal, puisque, les observations le prouvent, lorsque l'ampoule est atteinte, les signes de cancer vatérien apparaissent avant qu'aucun symptôme ait attiré l'attention sur un cancer duodénal. On doit réunir les cancers de ce genre aux cancers de l'ampoule de Vater, et il y aura d'autant plus lieu de les réunir que, dans les deux cas, la cholécystentérostomie sera indiquée, si l'on veut demander à une intervention chirurgicale les chances d'une survie de quelques mois.

Diagnostic du cancer sus-vatérien. — L'âge du sujet, l'amaigrissement, le teint cachectique, l'anorexie, les vomissements, la constipation, le siège de la douleur, l'ectasie gastrique avec absence de ballonnement abdominal, l'absence de fièvre, font dès le premier examen songer à une tumeur maligne évoluant dans l'hypochondre droit et intéressant le tube digestif.

a. Le diagnostic de tumeur maligne paraît s'imposer par l'état du malade, examiné pour la première fois.

b. La tumeur comprime le tube digestif : les vomissements, la constipation, la dilatation gastrique le prouvent.

c. Elle le comprime au-dessus de l'ampoule de Vater, puisque les vomissements ne contiennent jamais de bile.

Reste à faire le diagnostic des cancers de la région ainsi limitée.

Diagnostic avec un cancer du pylore. — Le cancer du pylore forme dans 80 p. 100 des cas, d'après Brinton, une tumeur accessible à la palpation et située à droite de la ligne médiane, près de l'ombilic; le cancer duodénal sus-vatérien n'a pas été jusqu'ici nettement accessible à la palpation. Les hématémèses sont un signe presque constant du cancer duodénal. Les généralisations dans le cancer stomacal sont fréquentes et multiples; elles sont plus rares dans le cancer duodénal.

L'anorexie, l'intolérance gastrique sont constantes dans les deux cas, mais on n'observe jamais dans le cancer duodénal ce dégoût insurmontable pour la viande si caractéristique dans le cancer de l'estomac. Enfin le cancer de l'estomac offre une durée moyenne de 12 à 18 mois; la mort est de trois à cinq fois plus rapide dans le cancer duodénal.

Si parfois un diagnostic différentiel est impossible, il y aura bien peu d'inconvénient réel, étant donnée la parité de traitement et de pronostic final.

Diagnostic avec un cancer de la tête du pancréas. — Le cancer de la tête du pancréas peut par compression provoquer des troubles permettant une hésitation; mais il détermine *toujours* en même temps, par compression du cholédoque, la production d'un *ictère chronique,* sans rémissions, de plus en plus foncé, et la dilatation de la

1. Vincent-Georges, thèse de Paris, 1896.

vésicule. Si l'on ajoute à ce signe spécial la stéarrhée et les vomissements graisseux des cancers pancréatiques, il ne semble pas qu'une confusion soit possible.

Diagnostic avec un cancer des voies biliaires. — Le cancer des voies biliaires entraîne, presque dès son début, la production de nombreux noyaux cancéreux dans le foie qu'on trouve bosselé, marronné à la palpation; il se trahit par du mélæna; le cancer duodénal n'entraîne pas d'altération du foie, et ne provoque pas de selles hémorrhagiques.

Un *cancer du rein droit* pourrait à la rigueur déterminer quelques troubles en comprimant le duodénum, mais la tumeur rénale serait alors reconnaissable à la palpation, avec ses caractères propres d'immobilité et d'indépendance vis-à-vis du diaphragme, sans insister sur les autres signes de cancer rénal, en particulier le caractère des douleurs, l'hématurie.

Pour les autres causes possibles de sténose duodénale il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic différentiel, la soudaineté des accidents et l'absence de cachexie éliminant l'idée de cancer.

Diagnostic du cancer sous-vatérien. — La présence de la bile dans les vomissements, l'absence d'ictère, le siège épigastrique de la douleur, l'absence de ballonnement abdominal, venant s'ajouter aux signes que nous avons décrits à propos du cancer sus-vatérien permettent d'affirmer une sténose duodénale infra-vatérienne, et l'existence au point sténosé d'une tumeur maligne.

a) La sténose est infra-vatérienne : les vomissements bilieux le prouvent.

b) La sténose est bien duodénale : l'absence de ballonnement abdominal et la forme des matières le prouvent. Les matières en effet ne sont pas laminées, malgré la constipation, parce qu'où elles franchissent le rétrécissement, elles sont encore très liquides.

Toute cause de sténose duodénale autre que le cancer peut être éliminée, car on peut en effet diviser les sténoses duodénales en deux groupes, suivant qu'elles sont d'origine intrinsèque ou d'origine extrinsèque (Pic).

A. *Sténoses d'origine intrinsèque.* — Dans les cas de sténoses : *a*. cicatricielles, par brûlures, corrosif, les commémoratifs éclairent le diagnostic; par ulcère, il y aura eu des douleurs, du mélæna; *b*. par rétrécissement spasmodique, pas de cachexie; *c*. par enclavement d'un calcul, signes de lithiase biliaire; *d*. par rétrécissement congénital, incompatibilité avec une longue existence.

B. *Sténoses d'origine extrinsèque.* — Tumeur du mésentère, hydronéphrose, kyste du rein droit, kyste de la face inférieure du foie, etc. — S'il s'agit d'une tumeur bénigne, il n'y a pas de cachexie, et la marche de l'affection est lente; dans tous les cas, on observe une moindre importance des troubles intestinaux, en même temps que divers signes appellent l'attention sur un organe autre que l'intestin (troubles urinaires, etc.). Une tension exagérée de la corde mésentérique, tension oblitérant la troisième portion, ou bien un étranglement à l'angle duodéno-jéjunal, à l'insertion du muscle de Treitz, pourraient encore produire l'occlusion duodénale, mais dans ces deux cas l'éclosion des accidents serait brusque, et il n'y aurait pas de signes de cachexie.

Nous avons étudié, à propos des cancers sus-vatériens, le diagnostic avec les cancers des organes voisins; les éléments d'un diagnostic différentiel seraient ici les mêmes.

Enfin nous avons indiqué le diagnostic d'un cancer duodénal avec un cancer de l'ampoule de Vater.

Complications. — L'extension du cancer à d'autres organes a été plusieurs fois observée.

C'est le péritoine qui a été le plus souvent atteint.

Dans un cas (S. Coupland) (1) la vésicule biliaire a été envahie par le néoplasme, et l'ictère est venu augmenter les difficultés du diagnostic.

Dans le cas de Baillet, il s'était développé un cancer secondaire de la tête du pancréas.

On n'a jamais observé de perforation avec passage du chyme dans la cavité péritonéale.

Lorsqu'il y avait ulcération profonde de la tumeur, les adhérences antérieurement contractées ont empêché cet accident, mais deux fois l'ulcération d'une branche artérielle mise à nu a déterminé une hémorrhagie foudroyante.

L'ulcération de la tumeur se traduit souvent par une fièvre légère, due à la résorption de produits septiques, parfois aussi par le rétablissement du cours des matières et par une diarrhée abondante, indice prochain d'une terminaison fatale.

En somme les complications sont rares et les généralisations peu fréquentes, la maladie emportant trop vite le malade pour laisser à des cancers secondaires le temps de se développer.

Traitement. — Le traitement pourra être médical ou chirurgical.

Les indications sont : assurer l'alimentation du malade; empêcher la stagnation, dans l'estomac, dilaté de produits fermentés et septiques, et leur résorption; calmer la douleur.

Le régime lacté semble indiqué dès le début, étant donnée la tolérance beaucoup plus marquée des malades pour les aliments liquides. Les boissons glacées, la potion de Rivière, et surtout de faibles doses de morphine et de cocaïne associées ralentiront pendant quelque temps les vomissements, et atténueront les douleurs qui les accompagnent. A la dernière période, les lavements alimentaires permettront encore de soutenir les forces du patient.

Le lavage de l'estomac pratiqué avec précaution n'offre aucun inconvénient et présentera de grands avantages. Il débarrassera l'estomac des matières putrides accumulées; il éliminera de ce chef une des causes d'intoxication et d'affaiblissement du cancéreux, en même temps qu'il favorisera singulièrement la tolérance gastrique et la digestion. On fera ces lavages le matin, à jeun, avec de l'eau tiède contenant 2 grammes de bicarbonate de soude par litre, ou avec de l'eau chloralée à 5 p. 100.

Mais quelque atténuation que ces soins apportent dans l'état du malade, ce ne sont que des palliatifs qui ne pourront enrayer la marche de l'affection vers une terminaison prévue. En présence des signes d'une occlusion intestinale menaçante ou établie, l'intervention chirurgicale seule pourra faire espérer une survie, et il semble que la gastro-entérostomie soit ici l'opération de choix. Il n'est pas douteux, de plus, d'après les faits observés dans les cas de cancer du pylore, que le résultat obtenu soit d'autant plus favorable que l'intervention a été plus hâtive.

Une laparotomie exploratrice précoce, et, si le diagnostic est confirmé, une gastro-entérostomie immédiate seront indiquées.

Enfin, dans les formes douloureuses de la maladie, la morphine en injections hypodermiques, distribuée *larga manu*, trouvera son plus légitime emploi.

1. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, t. XXXIV, 1873, p. 103.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Contribution à l'étude de la pathogénie de la maladie de Basedow,[1]

Par M. le Dr Lad. Haskovec,
Privat-docent de Prague.

On connaît bien l'insuffisance des diverses théories en ce qui concerne la pathogénie de la maladie de Basedow qui ont été émises jusqu'à présent (1). C'est la théorie d'intoxication, soutenue par la plus grande partie d'auteurs des tous les pays, qui semble prédominer à présent. Mais on est loin encore d'avoir élucidé le mode de cette intoxication. On parle de l'altération de la nutrition générale à cause de la glande thyroïde altérée ou de l'hyperthyroïdation qui peut être primaire ou secondaire et dépend elle-même d'un trouble du système nerveux. Quoiqu'il en soit, les expériences que j'ai faites dans l'institut de M. Spina, à Prague, et qui concernent l'action du liquide thyroïdien sur le système nerveux central, sont assez intéressantes et importantes pour qu'elles nous puissent intéresser à ce point de vue. Elles nous montrent en même temps l'importance des travaux expérimentaux et biochimiques, même dans la neurologie.

Voici le résultat de mes recherches :

Le liquide thyroïdien produit, après l'injection intraveineuse, une diminution de la pression sanguine intra-artérielle et l'accélération (2) du pouls, ainsi les symptômes cardinaux de la maladie de Basedow. Quelle est la cause de cette accélération? Elle peut paraître ou bien après la paralysie du centre ou de l'appareil périphérique du nerf vague, ou bien elle est l'effet d'une excitation des centres intra-cardiaques et du muscle du cœur même, et enfin elle peut être causée par l'excitation des nerfs accélérateurs.

Mais l'on observe l'accélération du pouls même quand on a coupé les nerfs vagues ou quand on a paralysé leur appareil périphérique au moyen de l'atropine.

Or, ce n'est pas la paralysie du nerf vague qui entraîne l'accélération du pouls dont il est question. Si nous tranchons le bulbe, on n'observe aucune accélération du pouls, après l'injection thyroïdienne. Cela prouve que ce n'est pas aussi l'excitation directe du cœur qui cause son accélération et on est conduit à croire que c'est le centre des nerfs accélérateurs dans le bulbe qui est influencé par le liquide thyroïdien.

Pour en plus donner la preuve directe, j'ai excisé les premiers ganglions dorsaux (ganglia stellata) dans lesquels se trouve le plus grand nombre de fibres accélératrices ; dans une autre série d'expériences j'ai coupé la moelle au-dessus de la première vertèbre dorsale qui, d'après Stricker et Wagner, renferme aussi les nerfs accélérateurs. Je n'ai observé dans ces cas, après l'injection thyroïdienne, ou bien aucune accélération du pouls, ou bien celle-ci était presque insignifiante et elle n'est jamais monté à celle que l'on a rencontré avant l'excision des ganglions stellaires.

On observe, au contraire, quelquefois un léger ralentissement du pouls. Le nerf vague (Schiff et Moleschott) et nerf sympathique cervical (Bezold) renferment aussi de leur côté quelques fibres accélératrices; ainsi, si nous coupons en même temps les ganglions stellaires et le vago-sympathique, on n'obtient jamais, après l'injection thyroïdienne, une accélération du pouls.

On peut observer l'accélération du pouls, après l'injection thyroïdienne, même dans le cas où le pouls, par suite d'un tonus exagéré du nerf vague, est ralenti. Dans le cas où l'on irrite, par exemple, le centre du nerf vague par l'absence de l'oxygène par la cessation de la respiration artificielle, on obtient le même effet. L'accélération peut monter jusqu'aux 166 p. 100.

J'ai injecté régulièrement un ou deux centimètres cubes de liquide que l'on obtient par la macération aqueuse de quatre glandes thyroïdes des chiens ou de celles des moutons (15-20 grammes thyroïdini siccati Merck, 100 gr. d'eau distillée).

Nous avons jeté par ces faits une nouvelle lumière sur le rapport existant entre le nerf vague et le nerf accélérateur, et nous avons mis en lumière pour la première fois la possibilité de l'excitation toxique du centre des nerfs accélérateurs.

En ce qui concerne la diminution de la pression sanguine intra-artérielle, elle ne dépend pas de l'accélération constatée, elle n'est pas exclusivement d'origine bulbaire et elle peut dépendre, aussi, ou bien des centres spinaux ou bien de la périphérie même.

La résolution de ce problème ainsi que l'étude histologique spéciale concernant les bulbes dans des cas d'hyperthyroïdation feront l'objet de mes études prochaines.

1. J'en fais mention assez large dans mon travail traitant de « La maladie de Basedow », publié dans la *Gazette des hôpitaux*, 1895.

2. Elle a été constatée en même temps par MM. Schäffer et Olivier.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1896-1897.

M. Lepelletier (Ch.). *Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les irrigations rétro-nasales. Pharyngothérapie.* N° 630. (Ollier-Henry.)

M. Dagail (F.). *Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud.* N° 634. (H. Jouve.)

M. Laurent (F.). *Traitement des ulcères et des plaies torpides en général par la chaleur lumineuse.* N° 498. (H. Jouve.)

M. Margnat. *Contribution à l'étude du traitement du tétanos traumatique.* N° 535. (H. Jouve.)

Mlle Schultz (M.). *Contribution à l'étude du traitement opératoire du croup.* N° 538. (G. Steinheil.)

Le nez et le pharynx nasal sont les organes récepteurs des micro-organismes dans les maladies d'inhalation et dans la tuberculose en particulier.

Les inflammations aiguës et chroniques du nez et du pharynx nasal rendent ces organes insuffisants dans leur lutte physiologique contre l'invasion bacillaire.

La pénétration des bacilles dans les lymphatiques du nez et du naso-pharynx expliquent l'infection tuberculeuse pulmonaire secondaire.

Il est donc indiqué, dit M. Lepelletier de traiter énergiquement les maladies du nez et pharynx nasal pour aider dans une très large mesure la prophylaxie et le traitement général de la tuberculose.

Et c'est particulièrement aux irrigations postérieures faites à l'aide de la sonde rétro-pharyngienne qu'il faudra recourir pour parer à l'insuffisance du nez et du naso-pharynx malades et réaliser ainsi l'antisepsie désirable chez les tuberculeux et les prédisposés.

L'électrolyse dans le traitement de l'ozène est étudiée par M. Dagail.

L'oxychlorure de cuivre (corps naissant au pôle positif de la pile), qui joue le rôle essentiel dans le traitement de l'ozène agit :

Par endosmose, et son action microbicide.

Les essais faits par MM. Gautier, Jouslain, Cheval et Bayer sont favorables à cette thérapeutique, qui a donné des résultats, satisfaisants même dans les cas rebelles à toute autre médication précédemment instituée.

Les auteurs qui contestent à cette méthode son efficacité n'ont peut-être pas suivi avec attention le mode opératoire.

L'électrolyse interstielle, n'est suivie d'aucune complication. Utilisée avec la circulation d'air chaud, les résultats paraissent plus durables.

Pour guérir l'ulcère de jambe il faut obtenir le bourgeonnement et l'épidermisation. M. Colleville (de Reims) et son élève M. Laurent arrivent à ce résultat en exposant la partie malade à une distance de 25 centimètres d'une toile métallique portée au rouge par un bec Bunsen placé horizontalement. De 5 à 25 séances d'une demi-heure chacune suffisent pour donner une cicatrice solide.

Le traitement des ulcères par la chaleur lumineuse donne des résultats supérieurs aux autres moyens de traitement et à l'avantage de ne pas assujettir les malades au repos absolu.

D'après M. Margnat le tétanos traumatique peut être prévenu dans bon nombre de cas ou tout au moins atténué par l'amputation précoce et les injections préventives de sérum. En présence de plaies suspectes, on devra donc employer ces injections préventives et la crainte de tétanos à venir pourra décider à l'amputation, lorsque les dégâts amenés par le traumatisme sont assez marqués pour poser la question de l'intervention.

La thérapeutique du tétanos déclaré comporte :

1° L'excision ou l'amputation du foyer d'infection qui devra toujours être pratiquée lorsque les conditions rendront cette intervention possible, et cela, dès le début des accidents.

2° Le traitement chloralo-morphiné à hautes doses.

3° Les injections de sérum anti-toxique. Elles ont une valeur préventive absolument prouvée. Leur action curative est, au contraire, fort discutable. Néanmoins on devra toujours les employer immédiatement après l'apparition des premiers symtômes.

De l'étude de Mlle Schultz il résulte qu'il est possible, dans un grand nombre de cas, de réduire la durée du séjour du tube dans le larynx par l'écouvillage tubulaire du larynx, méthode de MM. Variot et Bayeux.

L'écouvillonnage tubulaire peut être répété un certain nombre de fois sans aucune atteinte à l'intégrité des tissus laryngés.

L'expérience démontre au contraire que le séjour permanent des tubes selon la méthode classique provoque assez souvent des accidents.

Dans certains cas, la durée du séjour des tubes ne peut être absolument momentanée : il y a lieu de les laisser en permanence quelques heures (tubage intermittent de Bayeux).

Ces différentes modalités de l'intubation sont considérablement facilitées grâce à l'emploi des tubes courts français et à la mise en pratique du procédé d'extraction de R. Bayeux (énucléation digitale .

L'écouvillonnage tubulaire est surtout applicable aux formes très membraneuses du croup, à celles qui récemment encore étaient considérées comme exclusivement justiciables de la trachéotomie.

L'écouvillonage du larynx, peut même dans certains cas très peu membraneux donner des résultats inespérés.

Chez les enfants au-dessus de 2 ans, dont le spasme glottique paraît moins tenace que chez les plus jeunes, chez ceux qui n'ont pas de complication broncho-pulmonaire, qui n'ont que des diphthéries de moyenne intensité, non toxiques, qui ne sont pas épuisés par un tirage trop prolongé, l'écouvillonnage ou la dilatation de la glotte uniques ont de grandes chances de succès.

Dans nombre de cas, et en particulier chez les enfants qui ne présentent pas de membranes apparentes dans le larynx, l'action momentanée du tube est un cathétérisme dilatateur (dilatation tubulaire de la glotte, de Variot et Glover).

Année 1897-98.

Follet (Georges). *Contributions à l'étude de l'hypertrophie cardiaque de croissance.* N° 144. (H. Jouve.)

M. Lescudé (Ch.). *Pneumonie par contusion.* N° 158. (H. Jouve.)

M. Angot (Léon). *Étude sur le sclérème des nouveau-nés.* N° 154. (H. Jouve.)

M. Ané (J.). *Contribution à l'étude de la cure radicale des hémorrhoïdes.* N° 14. (H. Jouve.)

M. Monod (L.). *Contribution à l'étude du traitement du mal perforant plantaire.* N° 15. (H. Jouve.)

M. Machtou (Moïse). *Sur la nature de la sclérodermie.* N° 112. (H. Jouve.)

M. Bloch (Isidore). *Contribution à l'étude de la syringomyélie à type scapulo-huméral.* N° 114. (P. Delmar.)

M. Maire (E.). *Contribution à l'étude de l'érosion dentaire.* N° 143. (Bordier et Michalon.)

Avec son maître M. Gallois, M. Follet admet que l'hypertrophie cardiaque de croissance s'observe chez les malades atteints, pendant leur enfance, d'une affection chronique du cavum naso-pharyngien, affection qui a provoqué l'arrêt de développement de la cage thoracique.

Cette affection antérieure du rhino-pharynx consiste le plus habituellement en végétations adénoïdes, que l'on ne retrouve que dans les antécédents du sujet, car il arrive souvent qu'à la puberté elles sont guéries ou tout au moins en voie de guérison complète. Elles ont toutefois laissé comme stigmate le faciès spécial et caractéristique de l'adénoïdien.

L'arrêt de développement du thorax est la cause prédisposante aux troubles cardiaques de la croissance que détermine le plus souvent le surmenage, soit physique, soit intellectuel.

Des causes occasionnelles prédisposent aussi à ces affections : le nervosisme semble jouer un rôle important dans leur genèse.

Ce syndrome, auquel G. Sée a donné le nom d'*hypertrophie de croissance*, est très réel, mais n'est pas à proprement parler une *hypertrophie cardiaque véritable*. C'est un trouble fonctionnel dû à ce que les sujets atteints d'affections du rhino-pharynx, ayant fréquemment, sinon toujours, un thorax insuffisamment développé, le cœur, enfermé à l'étroit, se trouve gêné dans son fonctionnement.

Le pronostic sera réservé, car le rétrécissement du thorax outre qu'il prédispose à la tuberculose, met les organes respiratoires, et par là même indirectement le système cardio-vasculaire, en état d'insuffisance fonctionnelle ou *meïopragie* (Potain).

Les sujets, étant en même temps porteurs de végétations adénoïdes, rentrent dans la classe des scrofuleux. Des deux manières, ils courent donc de grands risques et constituent des terrains favorables à l'infection bacillaire.

L'auteur propose en terminant de donner le nom de *cœur adénoïdien* aux accidents décrits par G. Sée sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance.

M. Lescudé admet qu'une contusion du thorax sans plaie cutanée et sans fracture de côtes peut produire une pneumonie, mais celle-ci éclatera surtout chez des sujets dont les poumons ne sont pas suffisamment protégés contre l'infection microbienne, et cela par suite d'alcoolisme, de maladies pulmonaires antérieures, de tares héréditaires ou de diathèse.

Le traumatisme imprime à la pneumonie une évolution un peu différente : accélération dès le début du rhythme respiratoire à cause de la violence du point de côté qui siège toujours au niveau de la contusion; fréquence de l'hémoptysie qui est en rapport avec la rupture des capillaires du poumon; absence presque complète de l'expectoration. La succession des divers râles pathognomoniques est moins régulière et se complique parfois de râles bronchitiques. La pleurésie avec épanchement séreux est constante de telle sorte qu'on pourrait dire pleuropneumonie contusive (Béhier).

La maladie apparaît le plus souvent du deuxième au qua-

trième jour après l'accident et siège exactement au niveau de la région thoracique contusionnée. Sa bénignité en est une des caractéristiques les plus frappantes, quoique parfois elle se soit compliquée de purulence, d'infection généralisée ou de tuberculose.

Les lésions sont les mêmes que dans la pneumonie franche et on retrouve le même agent pathogène, le pneumocoque de Talamon-Fränkel. Au point de vue de vue médico-légal le point capital est la connexion qui existe entre la région traumatisée du thorax, l'ecchymose pleurale et l'ecchymose pulmonaire. Les commémoratifs ont une grande importance ainsi que l'état antérieur du blessé; les responsabilités sont atténuées lorsque l'individu était prédisposé et lorsque ses conditions hygiéniques de vie laissent à désirer.

Le sclérème, qu'étudie M. Angot, est une malade bien connue, rare aujourd'hui, survenant principalement chez les prématurés, dont le tissu adipeux se coagule sous l'action du froid contre lequel ils ne peuvent lutter avec succès. Le sclérème donne lieu à des manifestations et à des symptômes assez nets et précis pour permettre au clinicien de le diagnostiquer sûrement.

Le sclérème existe seul où à titre de complication dans le cours d'autres maladies; son pronostic, en général favorable, doit quelquefois être réservé. Le meilleur traitement à lui opposer, c'est la couveuse, à laquelle on adjoindra les inhalations d'oxygène et le gavage.

Laissant entièrement de côté, les cas les plus nombreux, où les hémorroïdes ne réclament qu'un traitement hygiénique, M. Ané n'envisage que les cas passibles d'une intervention chirurgicale.

La dilatation forcée du sphincter anal pourra alors donner quelques succès, mais en général son action sera purement palliative et la récidive sera presque toujours la règle.

La cautérisation ignée soit au thermo-cautère, soit avec les pinces à volatilisation de Richet, quoique plus efficace ne paraît pas plus séduisante. En effet, sans parler ni des rétrécissements fréquents, ni des hémorrhagies secondaires graves, qu'elle occasionne, ses avantages, naguère encore très appréciables, semblent se restreindre à mesure que s'étendent les bienfaisants progrès de l'antisepsie et de la forci-pressure.

L'excision au bistouri sera donc la méthode de choix.

Le procédé de M. Quénu a le tort de ne pas être applicable à tous les cas, et d'exiger de l'opérateur une longue pratique et une habileté consommée.

Le procédé Witehead-Picqué est applicable à tous les cas et sa facilité le met à la portée de tous les opérateurs.

Le seul traitement rationnel du mal perforant plantaire est le traitement pathogénique, qui s'adresse à la névrite dont l'ulcération n'est le plus souvent qu'un symptôme.

Trois procédés se disputent actuellement la faveur des chirurgiens : l'élongation simple, la neurotripsie et le hersage.

M. Monod serait tenté d'accorder la préférence à l'élongation simple, qui a donné à M. Chipault un seul insuccès sur 7 interventions et qui est à la portée de tout praticien, vu sa simplicité relative.

L'opération sera toujours suivie du curage complet du foyer infectieux, condition indispensable de sa réussite.

Le mode d'action procédé n'a pas encore été élucidé. Il s'agit en tout cas d'une modification anatomique et histologique des nerfs dont l'inflammation avait provoqué la lésion trophique.

La sclérodermie, dit M. Machtou, a pour origine un trouble primordial anatomique ou fonctionnel du système nerveux, qui tient sous sa dépendance les lésions de la peau des vaisseaux, des os et des articulations. La marche clinique de la maladie, les troubles avant-coureurs qui l'annoncent, la symétrie des lésions, l'existence des troubles cutanés sur le trajet des nerfs périphériques et radiculaires font supposer que cette affection a une origine radiculo-spinale ou plutôt centrale; les lésions microscopiques du système nerveux périphérique et central sont nombreuses dans la sclérodermie, l'auteur se base en outre pour admettre cette origine centrale sur la coexistence de cette maladie avec d'autres maladies nerveuses telles que le goître exophthalmique, le tabès, la paralysie infantile.

Malgré de nombreuses recherches, M. Bloch n'a pu réunir dans sa thèse que 6 observations de syringomyélie à type scapulo-huméral, ce qui montre combien cette variété clinique est peu fréquente. L'atrophie, dans tous ses cas, a débuté par les muscles des épaules pour envahir ensuite, d'une façon plus ou moins symétrique, les régions voisines; mais c'est toujours à la région scapulo-humérale qu'elle a présenté son maximum de développement.

Elle peut rester localisée aux muscles de la ceinture scapulaire. Mais le plus souvent, elle gagne les segments sous-jacents : le bras, l'avant-bras et la main. Parfois elle envahit particulièrement les muscles du tronc. Les muscles de la main conservent, pendant un certain temps, leurs fonctions; la gêne des mouvements ne se produit que très tard et avec une grande lenteur. Jamais on ne note un envahissement aussi complet et des déformations de la main aussi apparentes que dans les variétés ordinaires de la syringomyélie.

Les membres inférieurs ne sont généralement pas atteints de lésions atrophiques sérieuses.

D'après Schlesinger, dans les syringomyélies à type scapulo-huméral, les troubles de la sensibilité seraient moins précoces et moins accentués que dans les autres variétés.

L'auteur note, au contraire, dans la plupart des cas, des troubles assez étendus. D'autre part, il est difficile de se prononcer sur la date de leur apparition, puisqu'ils ne se révèlent souvent au malade que par la présense de brûlures indolores.

L'évolution de cette variété clinique lui paraît être plus rapide, puisque, dans 2 cas, la mort est arrivée, par suite d'une affection intercurrente, au bout de 4 ans, au bout de 5 ans. Dans les autres cas, les troubles moteurs ont mis de 1 à 5 ans pour arriver au développement indiqué dans les observations.

Que les troupes amyotrophiques affectent le type antibrachial ordinaire ou le type scapulo-huméral plus rare, le diagnostic de syringomyélie s'imposera facilement, si à ces troubles moteurs viennent se joindre des troubles de dissociation de la sensibilité.

Mais il est des cas (cas de Déjerine et Thomas) où la syringomyélie évolue avec une intégrité complète de la sensibilité. C'est alors que le diagnostic peut se poser avec les myopathies atrophiques, progressives, type scapulo-huméral.

D'une manière générale, on a donné comme caractère de ces myopathies qu'elles paraissaient être une maladie familiale, héréditaire, qu'elles étaient à début juvénile, qu'elles avaient une évolution très lente. Elles ne s'accompagnaient d'aucun trouble de la sensibilité et ne présentaient ni tremblements ou secousses fibrillaires, ni réaction de dégénérescence. Ce sont là des éléments de grande valeur pour le diagnostic, mais qui sont loin d'être constants d'où l'incertitude du diagnostic, lorsqu'on sera appelé à se prononcer à l'occasion d'une amyotrophie qui n'est accompagnée d'aucun trouble sensitif; et, quelquefois l'autopsie seule révélera des signes de syringomyélie, jusqu'alors restés méconnus.

Pour M. Maire, l'érosion dentaire est la conséquence d'un trouble ou d'un arrêt dans la calcification des germes dentaires, et toutes les maladies de l'enfance peuvent la déterminer.

De toutes ces affections, celle qui donne le plus souvent naissance à l'érosion est le rachitisme.

On peut, de l'examen de la lésion dentaire, déduire la durée, l'intensité de la maladie et, dans une certaine mesure, l'âge auquel elle s'est produite, mais il est impossible de déterminer sa nature avec certitude.

Cependant quelques affections peuvent, en raison de l'âge auquel elles exercent leur influence et qui leur est presque spécial, en raison aussi de leur intensité et de leur durée, imprimer à l'érosion qu'elles produisent une forme particulière, mais sans que celle-ci puisse constituer un signe pathognomonique : il en est ainsi de la syphilis et, à un moindre degré, du rachitisme.

L'érosion n'est jamais déterminée par les convulsions elles-mêmes, il faut la rattacher à la cause qui leur a donné naissance.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique, par Ch. Féré (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre-octobre 1897, p. 333, phot.). — Cet épileptique présente des accès d'apathie avec confusion mentale et amaigrissement, accompagnés d'une mélanodermie rappelant la maladie des vagabonds, mais que l'absence de lésions irritatives fait reconnaître pour un trouble trophique dépendant de l'état général. Lorsque la dépression des accès s'atténue, l'état général devient meilleur, et la mélanodernie s'efface peu à peu.

État des cellules nerveuses des ganglions spinaux après la section de leur prolongement central, par E. Lugaro (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, vol. II, fasc. 12, décembre 1897). — Les cellules des ganglions spinaux, à la suite de la section de leur prolongement périphérique, subissent une altération qui peut aller jusqu'à leur disparition; au contraire, elles conservent leur structure normale après la section de leur branche centrale, de leur cylindraxe. Les cellules des cornes antérieures subissent la chromatolyse lorsque leur cylindraxe est lésé. Ces modalités de réaction si différentes pour le corps du neurone moteur périphérique et pour le neurone sensitif qu'on prive de leur prolongement efférent semblent inexplicables à première vue. Cependant si l'on considère que d'une part le neurone vit de sa fonction, que d'autre part le neurone moteur a pour fonction principale de donner l'influx nerveux, le neurone sensitif celle de recevoir les impressions, on comprendra que la perte du cylindraxe chez l'un équivaut, au point de vue fonctionnel, à la perte du prolongement protoplasmique chez l'autre. La cellule, corps du neurone, souffre surtout de la perte du prolongement qu'elle a l'habitude d'utiliser; elle s'épuise à tenter de réparer la lésion du membre qui est indispensable à son fonctionnement.

Recherches bactériologiques sur le liquide céphalo-rachidien des déments paralytiques, par G. Montesano et M. Montesori (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, vol. I, fasc. 15, p. 227, 1er décembre 1897). — Les ensemencements par le liquide obtenu par la ponction lombaire produisirent 8 fois sur 11 cas (!) des cultures pures ou à l'état d'association. Les microbes reconnus étaient des formes vulgaires (sarcine, streptocoque, staphylocoque), quatre fois un bacille nouveau (B. visqueux), et une fois le bacille du tétanos (!!); il s'agissait dans ce dernier cas d'une paralysie générale à marche rapide.

MÉDECINE

De l'action de la pilocarpine dans la pneumonie (Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Pilocarp. muriat. bei croupöser Pneumonie), par Rosenberger (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1897, vol. LIX, p. 561). — Les recherches que l'auteur a faites sur l'action de la pilocarpine dans la pneumonie lui ont montré que, loin d'être un spécifique, comme l'a prétendu Sziklai, la pilocarpine n'exerce aucune influence sur la marche de la pneumonie et provoque en outre une série de symptômes fort désagréables et par conséquent peu avantageux pour le malade.

De l'ictère du nouveau-né et principalement de l'ictère infectieux, par Lesage et Demelin (*Revue de médecine* 1898, n° 1, p. 1). — Après avoir résumé ce que l'on sait sur l'ictère dit physiologique des nouveau-nés, les auteurs exposent leurs recherches sur une autre forme d'ictère des nouveau-nés, l'ictère infectieux dont ils ont réuni une dizaine de cas observés en partie au cours d'une épidémie qui a sévi à la Maternité, en partie sous forme sporadique.

Au point de vue clinique cet ictère se présente avec les caractères suivants.

Le début de l'affection est rapide. L'enfant devient malade sans cause appréciable et le premier signe est tantôt une teinte violacée prédominant aux extrémités sans qu'il y ait cependant d'abaissement thermique général; tantôt c'est une agitation, refus de prendre le sein, quelques convulsions légères. L'ictère apparaît dès le second jour; il est franc, jaune citron, d'origine biliaire, sans s'accompagner de décoloration des matières fécales; quelquefois marqué ou modifié par la cyanose. Le foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux; la pression exercée au niveau de la vésicule biliaire ne provoque pas de douleur. Il n'existe pas d'ascite.

La cyanose qui, dans certains cas marque le début de l'affection se présente parfois sous forme d'accès fréquents et persistants, pendant lesquels l'enfant jaune devient grisâtre, plombé, de teinte foncé. Cet aspect est plus marqué sur la face que sur le reste du corps.

Le tableau clinique est complété par la diarrhée qui généralement est peu intense. Les selles, trois ou quatre, peu abondantes, sont d'un vert pâle, alcalines ou neutres, s'accompagnent de quelques vomissements, d'inappétence. Le ventre est normal, nullement tuméfié ni douloureux.

Les signes d'infection se manifestent encore par la somnolence, la fièvre qui oscille entre 37°5 et 39°, par l'amaigrissement.

La maladie avec ses signes précédents présente une évolution continue et dure de trois à douze jours. Sur les dix malades observés par les auteurs trois ont succombé.

A l'autopsie on trouve tous les tissus imbibés par le pigment biliaire, la biliverdine. Dans le foie, qui présente l'aspect du foie infectieux, on peut observer toute une série de lésions dont la plus élémentaire est l'anémie de l'organe et la plus intense représentée par les foyers hémorrhagiques. La rate est normale; le sang parfois poisseux, dissous; le rein présente au niveau de la zone médullaire des stries rouges brunes. L'intestin est normal en apparence, mais l'examen plus attentif fait voir qu'il offre les lésions d'entérite desquamative avec infiltration de la muqueuse par des cellules rondes.

L'examen bactériologique montre l'envahissement de tout l'organisme par le colibacille.

La conclusion à laquelle arrivent les auteurs après l'examen de tous ces faits c'est que : 1° il y a identité entre l'entérite infectieuse et l'ictère infectieux, sauf la production de foyers congestifs et hémorrhagiques dans le second cas; 2° il y a identité entre l'ictère infectieux et la maladie bronzée ictérique hématique sauf le nombre de foyers hémorrhagiques peu marqué dans la première de ces affections.

MÉDECINE PRATIQUE

Le chloral dans la fièvre typhoïde,

D'après M. Paulesco.

M. Paulesco a employé dans 18 cas de fièvre typhoïde la médication par le chloral et en a obtenu les meilleurs résultats : il en a réuni les observations dans un mémoire récent (1) et s'est efforcé de préciser les indications et d'analyser les effets d'un traitement qu'il n'hésite pas à préconiser.

Les troubles nerveux (fièvre, stupeur, céphalalgie, vertiges, insomnie, agitation, délire, troubles vaso-moteurs, etc.), sont en somme, dit-il, un mélange de *stupeur* et d'*excitation*. De la stupeur, il n'y a pas trop à se préoccuper, mais on conçoit combien l'excitation, se traduisant par une *insomnie durable et opiniâtre*, et dont l'aboutissant naturel est l'*épuisement nerveux*, est à redouter chez un individu affaibli par la fièvre, l'inanition et la diarrhée.

Pour pouvoir combattre ce désordre, l'excitation, il faudrait

1. *Journal de médecine interne*, 1898, p. 64.

que nous connaissions sa pathogénie; celle-ci nous est inconnue. Mais nous savons que l'*insomnie*, l'*agitation*, le *délire*, sont les modes de réaction fonctionnelle des cellules cérébrales sous l'influence de divers agents toxiques, comme l'alcool, les poisons de l'urémie, etc. On peut induire que dans la fièvre typhoïde ces troubles sont aussi produits par une intoxication agissant sur la cellule nerveuse. Il y a donc à trouver une substance qui, agissant sur la même cellule nerveuse produise une action contraire à celle de l'agent toxique et en neutralise ainsi l'effet; de plus, cette substance doit être inoffensive pour le fonctionnement des grands appareils de l'économie.

L'hydrate de chloral remplit ces indications. M. Paulesco l'administre chez l'adolescent ou l'adulte à la dose de 3 grammes dans une potion contenant en outre 20 grammes de sirop de morphine, qu'il fait prendre le soir, en deux fois, à 3 minutes d'intervalle. En cas d'intolérance gastrique, le chloral peut être donné en lavement. Si le malade ne dort pas 1/4 d'heure après la première dose, on peut lui faire prendre 1 gramme de plus.

Dans les 18 cas, l'effet de l'hydrate de chloral associé ou non à la morphine a été de calmer le système nerveux; il en est résulté l'établissement du sommeil, la disparition de l'agitation et du délire. Le faciès du malade change complètement, les urines sont plus abondantes, la langue est meilleure, la température baisse, le pouls est plus fort. Les fonctions de l'intestin paraissent les plus difficiles à rétablir; la constipation est la règle, elle persiste quelque temps après la défervescence. En somme, *l'état général est considérablement amélioré.* Aucun des malades ainsi traités n'a fait des eschares, n'a eu d'incontinence, chez tous la convalescence a été très courte. Même, *la maladie a été abrégée.* La défervescence a eu lieu à la fin du deuxième septénaire (12 cas), vers le dixième jour (5 cas); une seule fois la durée de la fièvre a été de 21 jours.

Il n'a pas pu y avoir dans tous ces cas une erreur de diagnostic (le sérodiagnostic a toujours donné un résultat positif); s'agissait il d'une épidémie bénigne? Le fait est improbable, ce raccourcissement de la fièvre n'ayant pas été signalé ailleurs. Est-ce l'effet de la médication? On est en droit de le penser, mais Paulesco ne se prononce pas sur ce point.

Le chloral a été jusqu'ici peu employé dans la fièvre typhoïde. On lui a reproché d'avoir une action dépressive sur le cœur. Or, dans les 18 cas on a toujours constaté une amélioration du pouls devenu plus fort et plus rapide. Le médicament a été d'ailleurs administré avec succès à un malade dont le cœur était en mauvais état.

L'indication du chloral dans la fièvre typhoïde est donc l'*excitation* du système nerveux. Sa principale contre-indication est la *dépression nerveuse.*

Le chloral ne répondant qu'à une indication, il va sans dire qu'il est bon de faire bénéficier le malade de tous les moyens qu'on a à sa disposition, bains, antipyrine, si la fièvre est élevée. On désinfectera l'intestin par des purgatifs salins, on combattra la constipation par de grands lavements.

On fera boire au malade beaucoup de liquides, des tisanes, et il sera nourri avec 2, 3 litres de lait; le thé, l'alcool, la digitale, etc. rendront des services si le cœur faiblit.

Enfin, les soins hygiéniques ont une énorme importance. Une propreté rigoureuse des téguments et des cavités naturelles est absolument indispensable.

Extrait splénique dans la maladie de Graves,

D'après M. H. Wood (1).

Wood a eu par ce traitement des résultats très appréciables. Les inconvénients de la pratique sont que souvent, mais pas toujours :

1° L'administration par la bouche provoque la diarrhée.

2° La piqûre fait une inflammation considérable, et même des abcès.

L'amélioration apparaît peu après le début du traitement.

Elle continue jusqu'après la disparition du goitre.

1. *American Journal of medical sciences*, mai 1897.

Traitement du coma diabétique,

D'après M. T.-B. Fuchter (1).

Dans nombre de cas il y a des prodromes à l'attaque de coma. Il y a alors à prendre des mesures prophylactiques.

1° Changer le régime. Si le malade prenait des hydrates de carbone, les supprimer; s'il s'en abstenait complètement, lui en faire prendre. Le simple fait de changer de régime paraît plus important que le sens dans lequel ce changement est fait.

2° Donner une grande quantité d'alcool en doses espacées dans toute la journée.

3° Combattre la constipation par des laxatifs doux; pas de drastiques.

4° Alcalins en quantité; 6 à 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, plus une ou deux bouteilles d'eau de Vichy.

Si le coma se déclare, la situation est à peu près perdue; cependant on aurait eu quelques succès avec les injections sous-cutanées et intra-veineuses de la solution salée physiologique.

Huile de cade dans le traitement du lupus érythémateux,

D'après M. Block (2).

L'auteur a rapporté un cas dans lequel, après l'échec du traitement de Schültz par les applications locales de liqueur de Fowler, il obtint en deux mois la guérison par des frictions avec la pommade suivante :

Huile de cade		5 parties.
Oxyde de zinc.	ââ	10 parties.
Savon vert		
Vaseline.		10 parties

M. Le soir un emplâtre mercuriel.

Traitement de la surdité par la pilocarpine,

D'après M. Gorham Bacon (3).

Un homme de 33 ans, atteint depuis l'âge de 10 ans d'otorrhée post-scarlatineuse, perdit à peu près l'ouïe à la suite d'une fièvre typhoïde. Les deux tympans étaient détruits, les osselets déplacés et immobilisés par des adhérences. L'audition était nulle à gauche, et du côté droit on ne pouvait communiquer avec lui qu'au moyen d'un cornet acoustique. La conduction du son par les os est très affaiblie. Il fut soumis pendant deux mois au traitement par la pilocarpine; au cours de ce traitement, on pratiqua des deux côtés l'ablation des osselets.

Actuellement le sujet entend la voix modérément élevée, des deux oreilles, à une distance de plusieurs pieds. La conduction osseuse est excellente.

Mais les meilleurs résultats sont ceux obtenus dans les cas de surdité subite due à la syphilis : le traitement reste sans effet dans les cas d'otite catarrhale moyenne avec perte de la conduction osseuse.

Pour être efficace la pilocarpine doit être administrée par la voie hypodermique; les doses seront d'abord très faibles (milligrammes), puis graduellement augmentées jusqu'à 1 et 2 centigrammes; on aura soin de garder le malade en observation rigoureuse, car il s'agit d'un remède dangereux. Le patient gardera le lit après chaque injection pendant deux heures environ jusqu'à ce que les effets physiologiques de la substance aient cessé. Le traitement doit être continué suffisamment longtemps. Chez le malade dont il a été question, il n'y a guère eu d'amélioration notable avant la fin du second mois du traitement. Alors l'amélioration a marché très vite, et a encore été accrue par l'ablation des osselets.

1. *New York medical Journ.*, 18 décembre 1897, p. 823.
2. *Deut. medicinal Zeitung*, 11 octobre 1897.
3. *Med. a. surg. Reporter*, Philadelphie, 30 octobre 1897, p. 550.

Diagnostic précoce du carcinome de l'utérus,

D'après M. Palmer Findley (de Chicago) (1).

Les premiers signes cliniques du carcinome du col utérin, friabilité et tendance à l'hémorrhagie, ne sont souvent constatables que lorsque le processus est trop avancé pour qu'une opération radicale soit possible. La difficulté est encore autrement considérable lorsqu'il s'agit de reconnaître de bonne heure un cancer de la partie profonde du canal cervical ou du corps de l'utérus. Aussi le seul procédé rigoureux permettant le diagnostic précoce est l'examen microscopique.

Pour le cancer du col, il ne suffit pas d'examiner au microscope le seul produit d'un grattage. La curette ne ramène en effet que des fragments insuffisamment démonstratifs, dans lesquels les rapports de position des éléments entre eux sont détruits, où l'on ne peut apprécier l'extension de la lésion, les noyaux siégeant éventuellement dans la profondeur échappent à l'instrument. Il faut faire l'examen sur une pièce excisée en forme de pont et comprenant la surface vaginale du col, la muqueuse du canal cervical et toute l'épaisseur de tissus intermédiaires, c'est-à-dire non seulement le tissu soupçonné malade, mais encore le tissu présumé sain; on y rencontre en effet quelquefois des embolies cancéreuses qui aident beaucoup au diagnostic. On rapprochera et on fera la suture des lèvres de la perte de substance du col enlevée par l'excision.

Pour le cancer primitif de la portion supravaginale du col et du corps de l'utérus, l'excision d'un fragment n'est pas possible; on sera obligé de se contenter d'un procédé moins satisfaisant, à savoir l'examen des débris ramenés par le curetage. Pour que le carcinome du corps soit reconnu à son début, le médecin fera bien d'examiner au microscope les produits de tout curetage. Il est arrivé à l'auteur de reconnaître des productions cancéreuses dans des cas où la néoplasie n'était pas soupçonnée et inversement de démontrer l'absence de malignité de néoplasies suspectes. L'examen microscopique sera donc l'indication de l'opportunité d'une hystérectomie à pratiquer ou bien montrera que l'opération ne doit pas être faite.

FAITS CLINIQUES

Enquête sur l'opportunité et l'efficacité du traitement gynécologique chirurgical dans l'hystérie et dans l'aliénation mentale,

D'après MM. G. Angelucci et A. Pierraccini (2).

Les névrosées et les aliénées sont-elles améliorées ou guéries par l'ablation de l'utérus et des annexes? C'est pour éclaircir cette question que les auteurs se sont livrés à une enquête internationale, demandant leur avis aux médecins chefs de service des asiles d'aliénés, des maisons de santé privées, aux chirurgiens, etc., et en les priant de vouloir bien leur communiquer les cas les plus intéressants et les plus typiques.

En fin de compte, les auteurs ont pu réunir un total de 117 cas qui furent examinés au point de vue spécial de l'état mental ou nerveux des opérés.

Si l'on déduit 6 cas dans lesquels l'opération fut seulement simulée dans un but de suggestion, question qui ne nous intéresse pas ici, il reste 111 cas.

Or, sur les 111 cas *il n'y aurait eu que 17 fois un bénéfice appréciable*. Chez les 94 autres mplades, l'effet de l'opération a été ou nul ou défavorable. Dans la série des cas défavorables, on voit que 44 femmes, soit 20 hystériques et 24 qui n'étaient pas hystériques avant l'opération, sont devenues folles; 25, hystériques ou folles avant l'opération, ont vu l'état s'aggraver; 2 femmes non hystériques sont devenues névropathes. Enfin chez 23 malades, il n'y a pas eu de changement en bien ni en mal.

En somme 69 p. 100 d'insuccès!

Dans les 17 cas favorables, il y en eut 12 où les malades furent guéries de leurs « troubles nerveux » suivant l'expression de ceux qui ont rapporté ces cas, ce qui laisse à supposer que ces troubles n'étaient pas bien profonds, qu'il ne s'agissait pas tout au moins de grande hystérie; de plus il est à remarquer que dans 9 de ces 11 cas on enleva des organes malades, dans 3 cas seulement des organes sains.

Dans les 5 derniers cas, où il s'agissait de folie hystérique avec accès maniaques périodiques, il y aurait eu deux améliorations et trois guérisons. En somme on a tout lieu de penser que l'opération elle-même est de bien peu de valeur pour le traitement de l'hystérie et de la folie hystérique.

Conclusions : 1° On doit complètement prescrire l'ablation de l'utérus et des annexes *sains* en tant que méthode de traitement de la névrose hystérique ou de la folie.

2° L'hystérie même constitue une contre-indication aux opérations chirurgicales à exécuter dans un but de traitement gynécologique.

3° De telles opérations ne doivent tirer leurs indications que de la gravité de la lésion des organes sexuels à enlever, *indépendamment* de toute considération relative à l'espoir d'influer en même temps, sur l'état névropathique de l'opérée.

4° Dans ces cas, on peut seulement profiter de l'acte opératoire rendu indispensable par l'état pathologique des organes sexuels, pour tenter d'exercer un suggestion qui pourra être avantageuse pour l'amélioration d'un état névropathique préexistant.

5° Enfin, et seulement dans un but de suggestion, et lorsque l'on aura vainement expérimenté tous les moyens réputés les plus efficaces pour combattre l'hystérie, on pourra avoir recours à la simulation, même sanglante, d'une laparotomie.

1. *Medicine (Detroit)*, janvier 1898, p. 31.
2. *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. XXIII, fasc. II, 1897.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association des médecins de France
Séance de la Société centrale.

La *Société centrale* de l'Association des médecins de France a tenu sa séance annuelle dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. Séance calme, peu nombreuse, comme il arrive d'ordinaire pour toutes les sociétés où l'on se contente de faire le bien sans chercher la réclame et les discussions passionnantes mais stériles; séance pleine d'intérêt cependant aujourd'hui où l'on tend à accuser les associations dont le centre est à Paris de sacrifier les intérêts de la province à ceux des médecins de la capitale.

Combien est suggestive à ce point de vue l'allocution du président M. Bucquoy! Il ne s'est point contenté de conseils d'ordre général et de protestations platoniques, C'est par des chiffres éloquents qu'il a prouvé ce qu'a fait en faveur du corps médical tout entier une société qui pourrait, comme l'Association des médecins de la Seine, exiger davantage pour chacun de ses membres si elle n'avait en vue l'intérêt général des médecins français affiliés à notre Association.

Depuis sa fondation, la Société centrale a reçu 573 000 francs environ. Elle en a dépensé 400 000, mais elle a versé à la Caisse centrale ou aux Caisses destinées à venir en aide aux médecins provinciaux (Caisse des pensions viagères et Caisse des veuves et orphelins) une somme de 173 000 francs. Que nos confrères de province veuillent bien comparer ce chiffre à celui que les autres Sociétés locales ont aliéné en vue de l'intérêt commun! J'aurai l'occasion de revenir tout à l'heure

sur ce sujet. Cette année encore, la Société centrale a dépensé 22 902 francs et sur cette somme elle a versé 2 592 francs à la caisse de l'Association générale, 1 000 francs à la Caisse des veuves et orphelins et 1 000 francs à la Caisse des pensions.

L'augmentation de la cotisation annuelle n'ayant pas été votée, la majorité des membres de la Société centrale verse cependant 20 francs au lieu de 12 francs. En 1896, ils étaient 304. Ils sont aujourd'hui 393 sur un effectif de 736 membres.

Malheureusement, le rapport de M. le trésorier Blache le constate avec regrets, le recrutement de la Société se fait mal. En 1882, elle comptait 811 membres. Elle n'en a plus que 736, et cette année elle n'en a reçu que 10, alors qu'elle en perdait 20.

Il arrive toutefois que de généreux donateurs viennent accroître le chiffre de ses recettes. Mme Marjolin a donné 1000 francs pour continuer la généreuse contribution que notre regretté confrère le Dr Marjolin s'est fait un devoir de verser à la Société à laquelle il appartenait depuis sa fondation. MM. Millard et Motet ont donné 500 francs. L'ensemble des dons s'est élevé cette année à 3 230 francs alors que les cotisations ont atteint le chiffre de 12 130 francs.

Le secrétaire général de la Société, M. le Dr Thibierge, a, dans son rapport annuel, rendu en termes éloquents un hommage de regrets aux morts dont nous déplorons la perte. Les paroles émues qu'il a consacrées à l'éloge de notre ami Feulard ont été accueillies par d'unanimes applaudissements. M. Thibierge a rendu compte ensuite des discussions qu'a soulevées au sein de la commission administrative l'étude des projets relatifs à la création d'un ordre des médecins et résumé les arguments qui ont fait rejeter ces projets comme actuellement inacceptables. L'Assemblée, par un vote unanime, a approuvé ses conclusions. Nous ne voulons retenir de cet exposé que l'argument qui a paru toucher surtout les membres de la Société centrale. En admettant, a dit M. Thibierge, que le Parlement consente à voter une loi nouvelle conférant aux Chambres disciplinaires du corps médical les pouvoirs qu'elles réclament, cette extension des prérogatives attribuées à une corporation privilégiée ne serait point obtenue sans que, d'un autre côté, certaines obligations restrictives de la liberté relative dont nous jouissons encore nous soient imposées. L'exemple de ce qui s'est passé au moment où a été votée la loi de 1892 est assez près de nous pour nous mettre en garde contre l'ingérence du Parlement dans nos affaires professionnelles.

La loi nouvelle a fait plus de mal que de bien à notre corporation. Un jugement récent vient, après plusieurs autres, de le démontrer. Non seulement de par le texte de la loi et des imprudences de langage du Dr Chevandier, les tribunaux accordent aux masseurs, aux magnétiseurs, voire même à ceux qui n'ont aucune profession de ce genre le droit d'exercer illégalement la médecine, mais encore elle laisse aux officiers de santé le droit d'usurper le titre de docteur en médecine et à tous ceux qui le désirent la faculté de s'intituler professeur. Par contre, elle oblige les médecins à déférer aux réquisitions de la justice et n'admet pas qu'ils déclinent leur compétence comme experts. Qui nous dit qu'une loi autorisant la création d'un ordre de médecins ne restreindrait pas la liberté professionnelle et n'armerait pas les cours et tribunaux de pouvoirs autrement redoutables que ceux dont ils font parfois un si singulier usage?

Les dissentiments et les discussions qui s'élèvent au sein de nos associations professionnelles ne sont pas pour nous encourager à demander au parlement un nouvel ordre de mesures disciplinaires contre les médecins. Quand on voit combien sont travesties les intentions de ceux qui ne cherchent qu'à faire le bien et à le bien faire, combien sont dénaturées leurs intentions, comment peuvent être falsifiés les chiffres qu'ils produisent à l'appui de leurs actes, on se prend à douter de tout et de tous.

Je faisais allusion plus haut au discours de M. Bucquoy et à ce qu'il disait du fonctionnement de la Caisse de la Société centrale. J'ai eu occasion tout récemment de répondre aux assertions fantaisistes d'un médecin, membre de la Société d'Indre-et-Loire, qui, dans la *Gazette médicale du Centre* s'était avisé, pour prouver que l'Association générale des médecins de France n'était « qu'un immense bas de laine où les sociétés locales engouffrent leurs économies », de produire des chiffres absolument inexacts et des conclusions tout à fait erronées.

J'ai pris occasion de cette réponse adressée au Président de la Société d'Indre-et-Loire pour montrer que plus d'*un million* a été *donné* à l'association générale par des médecins généreux qui se préoccupaient non de s'assurer à eux-mêmes ou d'assurer à leurs confrères riches ou seulement aisés des indemnités en cas de maladie ou des pensions viagères mais bien de garantir aux deshérités de la profession, aux pauvres médecins de campagne, à leurs veuves, à leurs orphelins des pensions viagères ou des secours qui leur permettent de vivre et qui bientôt, nous l'espérons, s'élèveront au taux annuel de 1 000 fr. ou 1 200 fr. J'ai prouvé que sur *ce million* (exactement 633 350 fr. reçus actuellement et plus de 350 000 fr. qui nous viennent du legs Marjolin), 82 860 fr. seulement nous étaient venus de province; que, par conséquent, plus du tiers de la fortune de l'Association lui venait des médecins parisiens et que dès lors les médecins qui, en province, protestaient contre le Conseil général, la Société centrale etc., ne connaissaient ni les origines, ni le fonctionnement, ni les ressources de cette organisation qu'ils critiquent à tort. Est-il possible de soutenir que si l'Association générale n'était pas avant tout et surtout une œuvre de charité et de solidarité professionnelle elle eût reçu ces dons généreux?

Voit-on les sociétés d'assurances contre la maladie ou celles qui ont pour objet d'assurer à *tous* leurs membres des pensions de retraite, recevoir des dons et des legs de cette importance?

Ce n'est point ici le moment de discuter ces questions; je n'ajouterai qu'un mot.

Si l'on feint d'ignorer le rôle de l'Association générale et de diminuer l'importance des bienfaits qu'elle répand autour d'elle, on est plus injuste encore quand on lui dénie toute influence au point de vue des intérêts professionnels. Les procès qu'elle a soutenus, ceux qu'elle est en train de défendre devant la Cour de cassation prouvent qu'elle est loin de se désintéresser des questions qui agitent le corps médical. Pour mieux marquer le rôle qu'elle prétend remplir elle vient d'instituer au sein de son Conseil une Commission permanente à laquelle pourront s'adresser pour tous les litiges professionnels tous les membres de l'Association. Un avenir prochain montrera si cette organisation ne répond pas à un besoin et si elle n'est pas de nature à faire plus de bien qu'un Conseil de l'Ordre.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration,

Par le Dr J.-L. Faure,

Chirurgien des hôpitaux.

J'ai employé récemment, dans un cas d'éventration consécutive à une laparotomie, un procédé particulier qui m'a donné un résultat excellent. C'est à ce titre que je le publie, convaincu qu'il pourra, dans des cas analogues, être employé avec avantage.

En principe, il consiste à réunir les deux grands droits et leurs gaines par un surjet fait avec une lanière aponévrotique taillée aux dépens de ces gaines, ainsi que les figures ci-jointes permettent de s'en rendre compte.

Voici mon observation :

Bri... Eugénie, 40 ans, couturière.

Cette malade est entrée à l'hôpital Laennec pour une éventration consécutive à une laparotomie pratiquée au début de 1889, à l'hôpital Necker pour une affection des annexes.

Actuellement, l'éventration est considérable. Quand la malade fait un effort, une saillie énorme apparaît entre les deux muscles droits qui sont distants de 10 centimètres environ.

La gêne résultant de cette situation étant extrême, je me décide à intervenir.

Le 18 septembre 1897, le malade étant endormie à l'éther, je pratique l'opération suivante :

Sur la ligne médiane, une bande de peau de forme elliptique large de 10 centimètres environ sur 20 centimètres de hauteur est circonscrite par deux incisions courbes et enlevée en totalité.

Immédiatement sous la peau se trouve une couche de tissu cicatriciel mince et irrégulier séparant la peau du péritoine.

Sur les côtés sont les deux muscles droits avec leur gaine bordée en dedans d'une zone cicatricielle irrégulière. Ils sont très écartés l'un de l'autre. Le bord interne des muscles droits et de leur

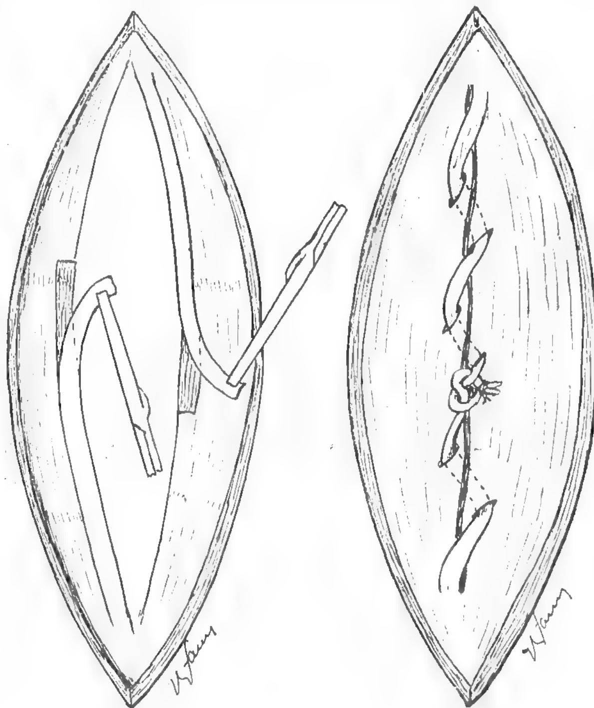


Fig. 1. Fig. 2.

gaine est recherché et isolé avec soin du haut en bas de la plaie. Cette partie de l'opération est, comme toujours, assez délicate, à cause de la soudure des divers plans. Elle se fait cependant assez rapidement, et sans ouverture du péritoine que je laisse intentionnellement fermé. En un point cependant une légère éraillure faite à la séreuse est oblitérée par un petit surjet au catgut.

Je détache alors, le long du bord interne du feuillet aponévrotique antérieur de la gaine du grand droit, de chaque côté, une languette fibreuse de 1 centimètre environ de largeur sur 12 à 15 centimètres de longueur.

A droite, je laisse cette languette adhérente par son extrémité inférieure au reste de la gaine, tandis qu'à gauche c'est l'extrémité supérieure de la languette qui reste fixée à l'aponévrose dont elle émane. La figure 1 montre très clairement cette disposition.

Je passe alors, avec une pince de Kocher, chacune de ces languettes alternativement dans les deux muscles droits en m'éloignant assez de leur bord libre pour traverser l'aponévrose. J'obtiens ainsi un surjet constitué dans la partie supérieure par la languette de gauche, et dans sa partie inférieure par la languette de droite.

Vers le milieu, ces deux languettes sont nouées ensemble et le nœud est assujetti par un catgut (fig. 2).

En quatre ou cinq points où les bords des droits et de leurs gaines correspondent mal et s'écartent un peu, je mets un catgut de soutien.

Dans ces conditions, le péritoine, auquel je n'ai pour ainsi dire pas touché, a été refoulé dans la profondeur, et les bords des muscles droits et de leurs gaines sont fixés l'un à l'autre par ce surjet aponévrotique.

La peau est fermée par une suture intra-dermique à la soie. Un gros fil de soie, en U, dont l'anse et le nœud sont maintenus sur des coussinets de gaze stérilisée, passe dans les plans profonds et soutient la suture intra-dermique.

Pansement à la gaze stérilisée.

Suites absolument simples. Réunion immédiate.

Le gros fil de soie et le fil de la suture intra-dermique sont enlevés le 10e jour.

La malade sort le 24 octobre, complètement guérie, avec une cicatrice à peine visible et une paroi absolument ferme, ne cédant ni à la toux, ni aux efforts.

La malade a été revue au commencement de janvier. Le résultat s'est maintenu parfait. L'impulsion est nulle et la paroi solide.

J'ai fait à cette malade une suture intra-dermique précisément pour me rendre compte de la valeur du surjet aponévrotique. Il n'y avait point en effet ici les fils qui, dans les sutures ordinaires, prennent avec la peau les tissus profonds et suffisent à assurer la coalescence des bords de la gaine des grands droits. Comme on ne peut accorder sous ce rapport qu'une importance secondaire aux quatre ou cinq catguts perdus que j'ai laissés dans la profondeur, non plus qu'au grand fil de soie qui a servi de soutien temporaire à la suture intra-dermique, il est évident que pendant la cicatrisation la plus grande partie de l'effort nécessité par le rapprochement de la gaine des droits a été soutenu par les languettes aponévrotiques.

Je crois que ces languettes dont la solidité, sans être excessive, est cependant assez considérable, doivent constituer un moyen de suture très efficace. C'est en effet, comme je l'ai dit ailleurs (1) une suture souple et plastique, une suture vivante qui fait bientôt corps avec les parties qu'elle est destinée à unir et qui les solidarise les unes aux autres mieux que n'importe quelle soie, exposée d'ailleurs à s'éliminer et à nécessiter des interventions ultérieures insignifiantes, mais insupportables.

J'ai évité d'ouvrir le péritoine. Non que son ouverture soit pour m'effrayer, mais je la crois ici absolument inutile. Ce n'est pas le péritoine qui offre à la poussée intestinale une résistance quelconque, et sa résection ne saurait en aucune façon, comme celle de la peau, contribuer à consolider la paroi. Je crois donc qu'il est plus simple, moins dangereux et par conséquent préférable de le laisser intact et de faire les sutures au-dessus de lui.

Il est bien évident que, le principe du surjet exécuté au moyen de languettes aponévrotique étant admis, ce surjet peut être modifié de diverses façons. On peut, par exemple, tailler de chaque côté une languette du haut en bas de la plaie et faire alors un double surjet en lacets de bottines. L'opération sera ainsi un peu plus longue, mais elle pourra donner à la paroi une solidité plus grande.

Quoiqu'il en soit, dans mon observation, j'ai obtenu sans soies ni crins profonds, sans sutures solides de la paroi qui n'a été réunie que par un fil intra-dermique, un résultat excellent et qui ne peut être attribué qu'à l'action des languettes aponévrotiques qui ont parfaitement rempli le rôle que j'attendais d'elles.

1. Voir ; Nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils (*Congrès de chirurgie*, 1897, et *Presse médicale*, janvier 1898).

REVUE DES THÈSES

Thèse de la Faculté de Paris.

Année 1896-1897.

M. André (J.). *De la sialorrhée.* N° 142. (H. Jouve.)

La sialorrhée n'est qu'un symptôme qui peut se présenter dans un grand nombre d'affections très différentes, et qui doit prendre place dans la pathologie générale à côté des autres symptômes de même valeur, polyurie, ictère, glycosurie, etc. M. André a suivi dans son exposé la classification indiquée par MM. Klippel et Lefas, en la complétant toutefois par quelques cas particuliers.

Par l'analyse des observations il montre que l'hypersécrétion salivaire pathologique est, comme la physiologie l'a montré pour la sécrétion salivaire, sous la dépendance étroite du système nerveux et des fibres excito-sécrétoires, sauf dans quelques cas tout particuliers (muscarine).

L'excitation qui détermine la sialorrhée peut agir soit directement sur le centre salivaire, soit sur les filets nerveux centrifuges, soit enfin par action réflexe, dont le point de départ peut avoir une localisation très variable.

Dans tous ces cas de sialorrhée, ou bien il y a une lésion ou une irritation intéressant l'axe cérébro-spinal, ou bien une hyperexcitabilité du système nerveux, tantôt permanente (névroses), tantôt passagère (grossesse), qui explique l'intensité que présente le réflexe.

La sialorrhée essentielle ou névrose salivaire comprend les cas où l'hypersécrétion est le symptôme unique ou dominant de cette hyperexcitabilité nerveuse. Enfin l'auteur a essayé d'établir la valeur diagnostique positive ou négative de l'hypersécrétion salivaire, dans des cas de paralysie faciale d'un diagnostic difficile (paralysie d'ordre hystérique ou d'ordre névritique). Et pour ce faire, il a proposé l'emploi de la pilocarpine.

Thèses de la Faculté de Nancy.

Année 1897-98.

M. Renoux. *Contribution à l'étude des collections séreuses pelviennes.* N° 22. (Crépin-Leblond.)

M. Claudel. *Traitement chirurgical du prolapsus rectal chez l'enfant.* N° 20. (Imp. Nancéienne.)

M. Philbert. *Restauration morphologique et fonctionnelle du canal de l'urèthre chez la femme*, N° 12. (Gérardin, Nicolle et Beugnies.)

L'état pathologique de l'utérus ou des annexes provoque un processus irritatif du pelvi-péritoine capable de donner naissance à une collection séreuse. Quoique secondaires, ces pelvi-péritonites séreuses occupent parfois à elles seules la scène morbide, reléguant dans l'obscurité les altérations des organes génitaux supérieurs qui leur ont donné naissance. M. Renoux divise ces collections séreuses en trois catégories :

a) Collections séreuses chroniques : à diagnostic le plus souvent impossible, à allure absolument calme, de volume très restreint, enkystées dans une gangue épaisse formée de membranes périmétro-salpingitiques.

b) Collections séreuses sub-aiguës : à exacerbations douloureuses, de volume plus ou moins considérable, enkystées le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas et au voisinage d'une salpingo-ovarite très souvent blennorrhagique.

c) Collections séreuses aiguës : à allure rapide, brusque, succédant à une lésion inflammatoire de l'utérus ou des annexes, parfois causées par une blennorrhagie aiguë ou bien par une infection puerpérale ; se transformant rapidement en pus, ressemblant à une péritonite en dégradé mais pouvant aboutir à la mort.

La production d'une certaine quantité de sérosité enkystée dans le petit bassin peut être observée à la suite de l'hystérectomie lorsque l'extirpation n'a pas été complète ou bien lorsque toutes les poches de collections séreuses n'ont pas été ouvertes, se sont enflammées et ont augmenté de volume.

Le traitement médical peut être tenté, mais, s'il est impuissant, le traitement chirurgical s'impose. L'élytrotomie sera employée le plus souvent possible; mais lorsque la guérison radicale ne peut être obtenue par ce procédé opératoire, le gynécologue doit avoir recours soit à l'hystérectomie vaginale soit à la laparotomie.

Le prolapsus rectal de l'enfant guérit spontanément dans la plupart des cas, ou simplement grâce à l'hygiène, au traitement médical, aux procédés de petite chirurgie.

Si exceptionnellement, une intervention chirurgicale plus sérieuse est indispensable. Quelle est cette intervention?

Pour M. Claudel, si l'anus est très dilaté, que l'intestin soit sain et le prolapsus pas trop considérable, on devra rétrécir l'orifice anal après réduction par l'anorraphie et la périnéorraphie.

Si la tumeur est facile à réduire, l'anus peu dilaté, l'intestin sain, on pourra employer la rectopexie.

Quand le prolapsus porte non pas uniquement sur le rectum, mais également sur une portion plus ou moins grande du côlon (invagination) la colopexie pourra trouver son indication.

Si la tumeur prolabée est difficile à réduire et à maintenir réduite, plus ou moins ulcérée, il n'y aura pas à hésiter, il faudra en pratiquer l'ablation par les procédés Mikulicz-Segond.

Ces procédés ne semblent pas avoir une gravité très grande. Car, dans aucun des cas que M. Claudel a pu recueillir, il n'a trouvé de décès.

Devant les cas variés de destructions du canal de l'urèthre, compliqués ou non d'incontinence, le chirurgien est aujourd'hui bien armé. Les méthodes sont nombreuses, il ne s'agit que de les choisir et de les appliquer avec discernement, et même de les combiner entre elles, s'il se présente une destruction d'aspect spécial.

M. Philbert rappelle contre les vastes pertes de substance de l'urèthre et de la vessie, le chirurgien a sous les yeux l'exemple de Pollosson, les procédés Péan et Legueu; ce n'est qu'en dernier recours qu'il se décidera à pratiquer le colpocleisis.

Contre les incontinences uréthrales, les opérations de Schültze, Himmelfarb, Gersuny lui assureront des succès à peu près certains.

La méthode d'Emmet, Baker, procédé de restauration morphologique, et moyen de lutter contre l'incontinence uréthrale, a, à ce double point de vue, de grands avantages auxquels se joignent ceux de sa simplicité et de son innocuité.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Février 1898.

Indications du vésicatoire.

M. Huchard passe en revue les accidents auxquels peut donner lieu le vésicatoire. La néphrite est rare, n'est pas grave, et ne s'observe pas chez les individus qui n'ont pas de tissus héréditaires ou de prédisposition particulière. La cystite n'a pas de valeur pronostique. Mais chez les individus dont les reins fonctionnent mal, chez les vieillards, chez les goutteux et surtout chez les artérioscléreux avec néphrite interstitielle, les accidents du côté de l'appareil urinaire qui provoquent les vésicatoires, peuvent revêtir une gravité extrême et aboutir rapidement à l'anurie et à l'urémie. Ce fait doit être présent à la mémoire chaque fois qu'il s'agit de vieillards chez lesquels, même à l'état normal, la perméabilité rénale laisse à désirer.

D'après M. Huchard on abuse de vésicatoires dans la phthisie chronique où une fois sur dix la vésicatoire provoque une anurie plus ou moins grave. En outre, chez ces malades la plaie qui reste après la vésicatoire, ouvre la porte aux infections secondaires et à la néphrite infectieuse en particulier.

En résumé, pas de vésicatoires chez les tuberculeux avancés, les goutteux, les artérioscléreux, les néphritiques, les vieillards. Dans les affections du tube digestif et de ses annexes, dans les péritonites tuberculeuses on inflammatoires ou infectieuses, l'utilité du vésicatoire est des plus discutables et ne se comprend même pas. Le succès attribué au vésicatoire est dans tous ces cas l'effet d'une illusion thérapeutique.

Si l'on songe aux accidents multiples qu'on peut observer du côté des viscères (endocardite, infection purulente, pyohémie, suppurations multiples) à la suite d'une simple plaie des téguments, on peut se demander jusqu'à quel point on est autorisé de créer de parti pris une plaie dont l'asepsie est difficilement obtenue. Cette réserve est doublement justifiée dans les maladies infectieuses où la résistance et l'organisme envers l'infection secondaire est notablement affaiblie. Dans la pneumonie notamment, dont l'aggravation sous l'influence des injections de cantharidate de soude a été démontrée par Talamon, le vésicatoire est directement contre-indiqué et ceci à tous les stades de la maladie.

Dans la pleurésie, on a signalé (Laënnec, Laborde) l'augmentation de l'épanchement sous l'influence du vésicatoire. M. Huchard en a observé 2 cas. Et si la pleurésie n'est que fonction de la tuberculose, on peut se demander ce que le vésicatoire peut faire contre la manifestation locale de la diathèse tuberculeuse. A la fin de la pleurésie, quand l'exsudat est absorbé par les lymphatiques, l'application du vésicatoire ne hâte pas le processus d'absorption. Il est tout à fait inutile d'insister sur ce que le vésicatoire peut fournir dans la méningite tuberculeuse.

Pour ce qui est de l'action analgésique du vésicatoire dans les névralgies, M. Huchard préfère de s'adresser aux analgésiques qui n'ont pas les inconvénients du vésicatoire.

Quant à l'augmentation des échanges respiratoires et de la ventilation pulmonaire, elle s'observe non seulement à la suite du vésicatoire, mais encore à la suite de toute excitation cutanée. La phagocytose non plus n'est pas un effet spécial du vésicatoire, et les expériences ont montré que toute excitation de la peau provoque une phagocytose passagère.

Pour toutes ces raisons, M. Huchard reste l'adversaire convaincu du vésicatoire dont le sort sera celui du retour, des moxas et d'autres médications de la période pré-microbienne.

M. Panas fait remarquer que les chirurgiens se servent chaque jour de révulsifs (vésicatoires, pointes de feu, etc.), dans les arthrites et les hydarthroses. Dans les affections des organes parenchymateux (testicule, glande thyroïde, glande mammaire) la révulsion sous toutes ses formes rend de grands services. Les révulsifs, que ce soit le vésicatoire ou le chlorure de méthyle, réussissent ordinairement dans les névralgies.

Dans les phlegmons chroniques, l'application d'un cautère, d'un caustique sur la plaie, améliore l'état du malade.

En ophthalmologie, le vésicatoire, les mouches de Milan, même l'ancien cautère, ne sont pas abandonnés, et M. Panas les emploie avec succès dans certaines névralgies orbitaires, temporales, etc., d'une allure chronique.

Il y a des maladies qui ne guérissent qu'à la condition qu'on crée un traumatisme au voisinage du foyer morbide. Tel est le rôle de la section de la commissure palpébrale externe dans l'ophthalmie granuleuse ou la résection de la conjonctive dans le pannus de la cornée. En somme, pour M. Panas, la révulsion agit comme un foyer de phlogose dans lequel s'accumulent les phagocytes, les microbes et les toxines.

M. Cornil étudie le mode d'action de la cantharidine sur les tissus et plus particulièrement sur les reins. Habituellement il se produit une néphrite avec cystite rapides et ce sont ces mêmes lésions qu'on observe chez les individus traités par des vésicatoires. Aussi M. Cornil n'emploie le vésicatoire que très rarement, et en prenant une série de précautions destinées à empêcher la production de la néphro-cystite.

M. Robin maintient les faits qu'il a énoncés, à savoir que le vésicatoire augmente la ventilation pulmonaire et l'oxydation des tissus.

Opération contre la paralysie du facial.

MM. Faure et **Furet** décrivent une opération nouvelle destinée à guérir la paralysie faciale consécutive à la section ou à la destruction du nerf facial dans le rocher. (Voir *Gazette*, 10 février 1898, p. 133.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 11 Février 1898.

Tumeur de l'ovaire.

M. Pascal a montré une très volumineuse tumeur, du poids de 9 kilog. 700, diagnostiquée cliniquement kyste de l'ovaire. Après l'ablation de la tumeur, on vit qu'il s'agissait d'un énorme chou-fleur, papillaire à sa périphérie, lardacé au centre. Après examen des coupes des portions végétantes, il était impossible de se prononcer entre un fibro-papillome à cellules cylindriques et un épithéliome muqueux papillaire et kystique. Il faudra pratiquer des coupes de la portion centrale de la tumeur.

Fracture du col du fémur non consolidée.

M. Paul Delbet présente une pièce recueillie sur le cadavre d'un homme ayant marché pendant assez longtemps avec un fémur fracturé immédiatement en dedans du grand trochanter. Malgré l'ancienneté, il n'y a aucune tendance à la réparation. Il s'était formé une sorte de capsule emboîtant le grand trochanter, et permettant la marche.

Endocardite végétante des sigmoïdes pulmonaires.

M. Castaigne montre les pièces d'un cas de sigmoïdite ulcéro-végétante de l'artère pulmonaire, avec infarctus multiples dans le poumon. La lésion, due au streptocoque, s'était développée chez un enfant de 15 ans, à la suite de la fièvre typhoïde.

Grossesse compliquée de fibromes.

M. Finet communique l'observation d'une femme de 36 ans, n'ayant jamais eu ni grossesse, ni fausse couche, ni métrorrhagie, réglée normalement jusqu'en avril 1897, ayant eu depuis des pertes irrégulières, parfois insignifiantes; quelquefois assez inquiétantes. On pensa d'abord à l'existence d'une grossesse. Mais l'accroissement du volume du ventre, hors de pair avec l'âge présumé de la grossesse, les hémorrhagies répétées, l'état multilobé de la tumeur abdominale et surtout l'existence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur volumineuse remplissant le petit bassin, refoulant en haut, en avant et à droite, le col devenu presque inaccessible, firent penser à une grossesse compliquée, puis éliminer complètement l'idée de grossesse.

La malade accusait de la difficulté dans la marche, une sensation de poids très pénible dans le bas ventre et une constipation opiniâtre due à la compression du rectum.

L'opération d'une hystérectomie abdominale fit constater l'existence de deux gros fibromes situés à droite et en avant, masquant dans une certaine mesure l'utérus gravide, et d'un troisième gros fibrome implanté largement sur le segment intermédiaire, obstruant complètement la filière pelvienne, tellement enclavé dans le bassin que, dans l'éviscération de la tumeur abdominale, une déchirure se produisit en arrière au point d'implantation du fibrome pelvien. En raison de la forme de la tumeur, le cul-de-sac antérieur seul était accessible. C'est par lui qu'il fallut commencer la manœuvre.

La malade quitta l'hôpital en parfait état un mois après l'opération.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Février 1898.

Le sérum lactescent dans l'infection charbonneuse.

M. Weinberg a pu constater dans 6 cas de charbon chez l'homme (pustule maligne) que le sérum de ces malades était lactescent et que les bactéridies charbonneuses y poussaient fort bien. La lactescence du sérum est l'effet de l'infection et est d'autant plus accusée que l'infection est plus grave.

Localisation de la rubigine.

MM. Lapicque et **Auscher** ont constaté que si l'on injecte du sang dans la cavité péritonéale, il se forme de la rubigine qui s'accumule dans le foie et la rate de ces animaux. Si la quantité de sang injectée dans le péritoine ne dépasse pas 15 à 20 grammes, on ne trouve de la rubigine que dans la rate; si la quantité de sang infecté est plus forte, dépasse par exemple 50 grammes, on trouve de la rubigine dans la rate et le foie.

Dans la rate, la rubigine se trouve exclusivement dans les mailles de la pulpe splénique; dans le foie la rubigine est distribuée uniformément, sans localisation spéciale, tout porte à croire que la présence de la rubigine dans la face est d'origine embolique.

M. Courmont a constaté que le sérum des lapins splénectomisés est bactériophile pour le streptocoque pyogène et bactéricide pour le staphylocoque.

M. Weiss expose ses recherches sur la myographie isométrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 Février 1898.

Abcès du foie.

M. Walther. — Je désire communiquer à la Société quelques observations d'abcès du foie à titre de documents. Dans un cas, le diagnostic porté avait été celui de congestion hépatique et ce diagnostic fut maintenu jusqu'au moment où l'abcès s'ouvrit dans l'intestin et dans les bronches. C'était un malade qui avait fait un séjour au Siam, avec accidents dysentériques; de retour en France, il paraissait guéri lorsqu'il fut pris subitement de douleur intense dans l'hypochondre droit, et, dans un voyage de Valence à Paris, il eut une vomique avec ouverture concomitante dans l'intestin. Guérison. L'erreur de diagnostic a donc persisté jusqu'au moment de l'ouverture.

Parfois il y a une tumeur et malgré cela le diagnostic est difficile. En 1893, à Saint-Antoine, j'ai observé une négresse dans le service de M. Hanot et il fut impossible de dire s'il s'agissait d'un abcès du foie ou d'un kyste hydatique de la face convexe.

En décembre dernier, j'ai observé un abcès du foie ayant provoqué un abcès sous-phrénique. Dans le passé du malade, on notait de nombreuses coliques hépatiques et le 27 novembre 1897, il eut une douleur plus vive qu'habituellement, et du 30 novembre au 3 décembre, il rendit trois petits calculs. A ce moment, l'état général s'aggrave, la fièvre s'allume, et l'on trouve tous les signes d'une pleurésie à la base droite. M. Fernet qui vit le malade conclut à une pleurésie purulente de la base droite et je fus appelé pour faire l'empyème d'urgence, le 17 décembre. Amaigrissement marqué, température à 38°5, élargissement des derniers espaces intercostaux et matité limitée en haut par une ligne courbe à convexité supérieure. Au-dessus de la zone de matité, sonorité absolue et murmure vésiculaire absolument normal, sans aucune zone de transition. Je fis la résection de la 9e côte, après avoir émis l'hypothèse d'abcès du foie et je trouvai la plèvre intacte; au premier coup de bistouri donné pour libérer la plèvre diaphragmatique, l'abcès sous-phrénique fut ouvert et laissa s'échapper environ un litre de pus. Guérison rapide après un large drainage.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 54 ans que je vis le 19 septembre 1897 à Saint-Antoine. Dans son passé morbide, on relève des coliques hépatiques et 2 ans auparavant une cystite purulente très intense. Etat général grave, témoignant d'une suppuration profonde, sans doute dans la région sous-hépatique. Il existait une voussure très nette de la région lombaire; en palpant le ventre, on trouvait la vésicule remplie de calculs, et une tumeur profonde qui paraissait siéger dans la région rénale elle-même, séparée du foie par une zone de sonorité très nette. Je fus assez embarrassé pour porter un diagnostic précis. Je fus d'avis de faire une incision lombaire,

d'explorer le rein. Nous le trouvâmes absolument sain. Je fis alors une incision antérieure pour aborder la vésicule, je la vidai et fis une cholécystostomie. Le cathétérisme des voies biliaires fut très facile et il n'y avait pas d'infection biliaire. Explorant le foie, je trouvai un abcès qui allait de la partie postéro-inférieure à la partie antéro-supérieure; le foyer siégeait précisément sous le rebord du thorax que je réséquai suivant la méthode préconisée par M. Lannelongue. Puis, je ponctionnai la poche, la vidai et après l'avoir lavée, je l'ouvris largement après avoir traversé une épaisseur de tissu hépatique de 5 centimètres. Il existait un abcès en bissac. Guérison au bout d'un mois et demi, avec drainage. Le pus examiné n'était pas stérile, il contenait du streptocoque et du colibacille.

Il y a d'autres faits où on trouve le foie augmenté de volume, avec des phénomènes généraux, mais sans rien de précis. Parfois on peut faire une série de ponctions et ne rien trouver, bien qu'il y ait un abcès énorme. J'ai opéré à la Charité dans le service de M. Tillaux un malade d'un diagnostic très difficile. Je fis dans le foie en 3 points avec l'appareil Dieulafoy une série de ponction; je ramenai seulement du sang contenant des streptocoques. A l'autopsie faite 2 jours après, on trouva une série d'abcès miliaires du foie.

Au point de vue étiologique, je veux signaler seulement une observation d'abcès du foie avec streptocoques à la suite d'une plaie du doigt.

M. Gérard-Marchand. — A propos des difficultés du diagnostic, je désire vous rapporter un cas. Il y a quelques mois, M. H. Martin fit passer dans mon service un malade qui, chaque soir, avait de la fièvre. Comme il existait une voussure du foie, je fis une laparotomie latérale et j'explorai le foie. Il était augmenté de volume, rouge; j'explorai à gauche mais à cause de mon incision latérale, cette exploration fut insuffisante. Je refermai la plaie, le malade mourut 4 semaines après l'opération et à l'autopsie, on trouva un abcès énorme dans le lobe gauche. Je crois que, dans le cas de doute, il faut faire une laparotomie médiane et très large et ne pas hésiter à pratiquer des ponctions.

Drainage sus-pubien chez un prostatique.

M. Bazy. — M. Dubrandy (de Lille) nous a envoyé une observation de ponction hypogastrique avec drainage sus-pubien chez un prostatique. Il s'agit d'un malade de 76 ans qui, en 1893 vint consulter M. Dubrandy qui pratiqua la ponction avec le gros trocart courbe et introduisit une sonde par la canule du trocart. Pendant quatre ans et dix mois ce malade a conservé un tube hypogastrique et il a succombé à une hémorrhagie cérébrale.

M. Reynier. — Il ne me semble pas que l'opération faite par M. Dubrandy soit fort recommandable. Je préfère de beaucoup l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Suture de l'urèthre.

M. Reynier. — Au mois de juillet dernier je vous ai présenté deux chiens sur lesquels M. Paulesco et moi avions fait des sutures du cholédoque et de l'uretère. Aujourd'hui je vais vous présenter un uretère dans lequel nous avons fait une résection et ensuite une suture en adossant muqueuse contre muqueuse. Chez le chien dont on avait opéré l'uretère, il n'y avait pas d'hydronéphrose, ce qui prouve bien la perméabilité du canal.

L'anastomose de l'uretère a été tentée en 1889 par Pozzi qui avait proposé l'invagination du bout supérieur dans le bout inférieur, après dilatation de celui-ci. M. Tuffier n'a pu arriver aux mêmes résultats et il fait remarquer qu'il reste entre les deux bouts des espaces par on peut refluer du liquide.

Présentation de malades.

M. Gérard-Marchand. — M. Kirmisson vous a présenté dans la dernière séance un cas d'arthrite tuberculeuse du poignet merveilleusement guérie par les rayons Röntgen. Je désire vous montrer un malade atteint d'une arthrite tuberculeuse médiotarsienne et que j'ai traité et guéri par les injections de chlorure de zinc.

M. Lucas-Championnière. — Je tiens à faire remarquer que chez l'adulte la guérison est plus lente à obtenir que chez les enfants. On trouve de beaux résultats à la condition de répéter très souvent les injections.

M. Michaux présente deux malades atteints de tuberculose articulaire : chez l'un il a obtenu un résultat très satisfaisant par le grattage avec ablation de toutes les parties malades de l'articulation du poignet. Chez l'autre, atteint de tuberculose du tarse, il a eu un résultat qui n'est pas esthétique mais le pied est presque complètement cicatrisé et pourra servir.

M. Chaput présente une jeune femme avec passé gastrique chez laquelle il fit une laparotomie. La paroi postérieure de l'estomac était adhérente, il fit un gastro-entérostomie, puis une entéro-anastomose pour vomissements incoercibles.

M. Schwartz présente un malade opéré il y a cinq semaines pour d'énormes paquets variqueux de la cuisse et de la jambe. Ligature de la saphène interne à l'anneau, car l'opération fut faite en pleine crise de phlébite.

M. Bazy présente un rein enlevé par voie transpéritonéale, et atteint de myxosarcome.

M. Hartmann présente en son nom et en celui de M. Fredet un cancer du col utérin dans lequel, en mai 1897, on fit la ligature des artères utérines antéro-ovariennes. Les fils à ligature sont exactement au point fixé sur le vivant. Pour la ligature on a eu recours à un rapport constant : au niveau de la fossette ovarienne, l'utérine est juste en dehors de l'uretère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Février 1898.

Deux cas de spondylose rhizomélique.

M. Pierre Marie a montré deux malades présentant un aspect clinique tout à fait identique, caractérisé par une soudure complète de la colonne vertébrale en cyphose cervico-dorsale supérieure, coïncidant avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales, et une ankylose incomplète des deux articulations scapulo-humérales. Des cas ont été déjà signalés par Strümpell et par Köhler.

Cette coïncidence d'une ankylose vertébrale complète avec une ankylose des articulations de la racine des membres est un fait particulier qui, en l'absence de toute altération des petites jointures des membres, permet de considérer ces malades comme appartenant à une entité morbide spéciale, tout à faite différente du rhumatisme chronique déformant, et pour laquelle M. Marie propose le nom de spondylose rhizomélique.

Du côté des genoux, on note seulement un peu de limitation dans la flexion. Les petites jointures des membres sont absolument indemnes ; la seule chose à signaler à leur niveau est l'existence de nodosités de Bouchard. Le thorax est très aplati dans le sens antéro-postérieur, les côtes ont perdu toute mobilité, la respiration est donc purement abdominale. La marche sans béquilles ni cannes est rendue difficile; elle a lieu comme si un axe unique passait à travers les deux genoux. Pour rester debout, les malades sont obligés de fléchir plus ou moins les genoux, ce qui leur donne une attitude en Z.

Cette affection n'a été observée encore que dans le sexe masculin ; elle débute dans les dernières années de l'adolescence ou dans la première moitié de l'âge adulte. Le début se fait par des douleurs dans les genoux ou les hanches, ou dans le coccyx, puis la soudure vertébrale s'opère progressivement de bas en haut; les articulations de la racine des membres se prennent d'une façon parallèle. A aucun moment on ne constate de rougeur, ni de gonflement des articulations atteintes.

On ne peut guère se faire une idée de la nature de cette affection, la blennorrhagie n'y joue aucun rôle, la présence des nodosités de Bouchard laisserait supposer qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition plutôt que d'une infection.

La spondylose rhizomélique diffère essentiellement de la cyphose hérédo-traumatique.

Traitement des hémorrhagies par les applications locales de sérum gélatiné.

M. A. Siredey appelle l'attention sur les excellents résultats que l'on obtient dans le traitement des hémorrhagies, par des applications locales de sérum gélatiné qu'il a employées dans 9 cas de métrorrhagies graves, avec un succès constant.

Après injection d'eau bouillie tiède destinée à nettoyer le vagin des caillots qu'il contient on badigeonne la cavité de l'utérus avec un tampon d'ouate imbibé de gélatine et on introduit dans la cavité utérine une lanière de gaze stérilisée imbibée de sérum gélatiné. Sans avoir recours au tamponnement serré, on obtient presque toujours ainsi l'arrêt de l'écoulement de sang.

La préparation du sérum est très simple :

Chlorure de sodium, 7 grammes; eau, un litre; gélatine, 50 grammes. La stérilisation se fait à l'autoclave, mais il faut avoir soin de ne pas dépasser 105°; sans cela, la gélatine subirait des modifications dans son mode de coagulation. On peut y ajouter (sans que cela soit indispensable), du sublimé à 1/1000 ou de l'acide phénique à 1/100 et faire préparer des flacons de différents volumes qui se conservent assez longtemps.

En somme, cette méthode a été efficace dans tous les cas où je l'ai employée jusqu'ici. Elle a sur tous les autres procédés d'hémostase l'avantage d'être d'une parfaite innocuité.

Microsphygmie permanente sans lésions cardiaques appréciables.

M. G. Variot présente un jeune garçon de 4 ans, dont la circulation périphérique est très troublée : son pouls est d'une petitesse remarquable, sa température axillaire oscille entre 35 et 36 degrés, sa peau est rugeuse, ichthyosique. Etant donnée l'intégrité complète de l'appareil valvulaire du cœur, on est autorisé à mettre ces troubles circulatoires sur le compte d'une atrésie congénitale du système artériel.

Corps étranger de l'estomac.

M. Hayem a trouvé dans un estomac, en faisant une autopsie, une masse molle assez volumineuse. L'examen chimique de ce corps étranger démontra qu'il avait la compoition du beurre. M. Hayem croit que la formation de ce beurre dans l'estomac doit être attribué à la stagnation du lait que le malade prenait en grande abondance.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 Février 1898.

Intoxication mercurielle et perméabilité rénale.

M. Milian a présenté une femme de 22 ans qui prit, chaque jour, pendant une quinzaine de jours, 2 pilules de proto-iodure de 0 gr. 05 pour une syphilis récente. Très rapidement il est survenu une dermatite exfoliatrice intense généralisée avec fièvre et phénomènes généraux graves, mais sans albuminurie. La recherche de la perméabilité rénale par l'épreuve du bleu de méthylène montra l'intégrité fonctionnelle du rein. L'épreuve de la glycosurie alimentaire fut négative.

Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux.

M. G. Thibierge. — Voici un homme de 45 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et osseuse, avec foyers suppurés, mais non ouverts, chez lequel il s'est développé depuis 1 mois des lésions cutanées; ces lésions sont constituées par des pustules miliaires entourées d'une zone rouge peu étendue et non saillante, disséminées ou réunies en groupes; les groupes présentent la forme de placards allongés ou irréguliers, dont l'aspect général et la coloration sont analogues à ceux du lichen scrofulosorum; mais au lieu d'être formés, comme dans cette dernière affection, de papules brillantes, ils sont uniquement constitués par des pustulettes occupant leur centre et surtout leur périphérie et par des macules rouges brunâtres et des squames minces résultant de l'évolution des pustulettes.

Ces lésions occupent à peu près symétriquement le dos et les fesses. Elles rappellent le lichen scrofulosorum par leur disposition générale et le terrain sur lequel elles se sont développées; d'ailleurs, dans cette dernière affection, on voit des pustules miliaires s'ajouter et succéder aux éléments papuleux et donner un certain degré de polymorphisme.

Il s'agit là de lésions rentrant avec le lichen scrofulosorum, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées, ou agminées des tuberculeux, etc., dans un même groupe où les caractères morphologiques sont variables, mais que l'étiologie commune et le développement chez des sujets plus ou moins manifestement tuberculeux a permis de désigner sous le nom de *tuberculides*.

Perforation syphilitique précoce.

M. Danlos présente un homme d'une trentaine d'années atteint d'une *perforation syphilitique* de la voûte palatine, qui est survenue au 10e mois de la syphilis. Pourtant, le malade s'était soigné dès le début, de sorte que 6 mois de mercurialisation préventive n'ont pas empêché le développement précoce de cette lésion tertiaire.

Syphilis récidivée.

M. Du Castel présente un malade ayant une syphilis récente de l'avis de tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis. Il a eu un rapprochement suspect au 1er novembre. Au milieu de décembre, une érosion du sillon balanopréputial s'indurant bientôt et à base chondroïde; au milieu de janvier, une roséole typique. Ce malade prétend avoir été soigné en 1892 dans le service de M. Du Castel, par des pilules de proto-iodure pour un chancre syphilitique, des plaques muqueuses de la gorge et une éruption croûteuse suivies de cicatrices blanches superficielles qui ont tous les aspects des cicatrices consécutives aux syphilides érosives.

En mai 1896, le malade est de nouveau rentré dans le service de M. Du Castel, pour une iritis avec céphalée nocturne qui furent considérées comme syphilitiques : le traitement consista en frictions mercurielles. Une note prise au moment de l'entrée du malade et le diagnostic inscrit au moment de la sortie le considèrent comme syphilitique.

Il est très intéressant de voir un malade atteint de syphilis récente après avoir été soigné 2 fois de suite à l'hôpital comme syphilitique; et, quoique pour la première partie de son histoire, on soit obligé de s'en rapporter à son dire, il semble bien difficile de ne pas admettre qu'il s'agisse d'un cas de réinfection syphilitique.

Abcès froids sous-cutanés multiples.

MM. Gastou et **Emery.** — Pour guérir un point de côté, un malade ne présentant aucun antécédent morbide, applique un emplâtre révulsif. Aussitôt apparaissent une éruption urticarienne et des abcès multiples, se produisant sans douleur ni réaction inflammatoire et variant de volume depuis une noisette jusqu'à une orange.

L'examen direct du pus, négatif pour le bacille de Koch, montre un parasite revêtant la forme de spores isolées ou en colonies et siégeant dans les cellules du pus ou hors d'elles.

En cultivant le pus des abcès, on retrouve les mêmes spores et en outre un gros bacille dont les colonies rappellent celles de certains parasites mycéliens.

Plaques muqueuses tardives.

M. Barbe a eu l'occasion de voir 2 faits de plaques muqueuses survenant dans un cas 19 ans et dans l'autre 20 ans après le début de l'infection.

Le premier fait concerne un homme qui avait eu, il y a 20 ans, un chancre, diagnostiqué chancre syphilitique par Ricord à l'hôpital du Midi, suivi d'ailleurs d'accidents secondai-

res; au moment où M. Barbe l'observa, ce malade présentait une éruption de plaques muqueuses hypertrophiques situées autour de l'anus.

Le second fait a trait à une femme de 45 ans qui sait avoir contracté de son mari la syphilis il y a 19 ans. A cette époque, elle eut un chancre suivi d'accidents secondaires qui revenaient incessamment. Depuis 6 mois, elle présente des plaques muqueuses à la lèvre inférieure où il existe en effet actuellement deux plaques assez saillantes et avec teinte opaline.

Ulcération de nature inconnue.

M. Georges Baudouin a présenté une enfant de 10 ans qui porte à la joue une ulcération superficielle, irrégulièrement ovalaire, à bords un peu saillants et à fond en partie recouvert de matières sanieuses. Du côté des parents, on ne trouve aucun cas pathologique; sur 5 frères et sœurs, un seul est mort du croup et les autres seraient assez bien constitués. La petite malade elle-même ne présente rien de très significatif par ailleurs. Au cou, on trouve chez elle des ganglions volumineux liés à l'affection actuelle et par ailleurs un peu d'otite hyperplasique due probablement à un catarrhe des trompes : du côté des yeux un peu de strabisme, qui existerait aussi, paraît-il, chez les frères et sœurs.

L'affection avait débuté une première fois, il y a 2 ans, par un bouton, que des cautérisations en ville avaient guéri lentement en laissant une petite cicatrice blanchâtre. Il y a 15 jours la lésion s'est reproduite, sous forme d'une rougeur recouverte de croûtes que des cataplasmes ont fait tomber laissant à découvert l'ulcération actuelle.

Syphilides papulo-érythémateuses autour du chancre induré.

M. Hallopeau. — Il s'agit d'un malade chez lequel il s'est développé, en même temps qu'une syphilide papuleuse généralisée, des syphilides papuleuses en nappe autour de deux indurations chancreuses persistantes qu'elles englobent en les laissant nettement appréciables; les papules syphilitiques ont pris ainsi un développement plus considérable que partout ailleurs autour de ces indurations chancreuses. Il y a là un processus local; selon toute vraisemblance, il a subsisté dans ces indurations un virus d'une activité plus grande, lequel a évolué et s'est propagé à la périphérie; ces faits sont de nature à légitimer la pratique de l'ablation du chancre, puisqu'il continue, après l'invasion de tout l'organisme, à être le siège d'une virulence plus grande que celle des autres foyers.

Mycosis fongoïde.

MM. Barthélemy et **Hallopeau.** — Ce cas est remarquable par le volume considérable d'une tumeur dorsale, sa limitation par un rebord ortié constituant une zone d'envahissement, le polymorphisme des autres manifestations depuis les taches érythémateuses et les plaques ortiées jusqu'aux néoplasies plus ou moins saillantes, l'infiltration profonde du derme au-dessous de taches à peine visibles, le peu de développement des adénopathies et le peu d'intensité du prurit contrastant avec ce que l'on observe dans les formes érythrodermiques généralisées, l'existence de plaques d'apparence morphéique et de dermographisme.

Psoriasis rubra pilaris avec érythrodermie exfoliatrice.

M. Hallopeau. — L'éruption a présenté les plus grandes analogies avec celle qui caractérise les poussées érythrodermiques généralisées du psoriasis; dans les 2 cas on observe la même rougeur étendue à la presque totalité du tégument, la persistance de quelques intervalles de peau saine, une desquamation des plus abondantes, la durée pendant plusieurs semaines des phénomènes : le diagnostic différentiel n'est fourni que par des saillies pilaires, du dos, des doigts et des orteils; l'éruption a rétrocédé rapidement et presque complètement, contrairement à ce que l'on observe souvent dans cette maladie; cette poussée aiguë a différé essentiellement de celle que l'on observe parfois dans le lichen de Wilson que l'on a voulu à tort rapprocher de cette dermatose.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 9 Février 1898.

Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse.

MM. P. Bar et **R. Mercier** communiquent l'observation d'une femme de 25 ans, sans tare héréditaire ni personnelle, qui a eu une première grossesse à 18 ans, terminée par l'expulsion spontanée, à terme, d'un garçon vivant; mais la délivrance fut incomplète et des accidents fébriles nécessitèrent un curetage.

Devenue enceinte à nouveau, en octobre 1896, elle commença à souffrir, vers le sixième mois, de douleurs continues assez vives dans la région hypogastrique.

Le 9 juillet 1897, elle fut prise brusquement, sans cause apparente, d'une douleur syncopale à siège abdominal. Une légère hémorrhagie utérine se produisit, mais ne tarda pas à cesser. Le lendemain la malade fut amenée dans le service; avec un faciès pâle, grippé, une température de 38°. Bien qu'il n'y ait pas de début de travail on pratique l'opération de Porro et on extrait un fœtus mort à terme. Mais, en dépit de la sensibilité abdominale, on peut, néanmoins, déterminer la situation transversale de l'enfant : son siège est si superficiel que le diagnostic de rupture utérine s'impose.

La malade succombe le lendemain.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite ni d'hémorrhagie post-opératoire. L'utérus extrait ne présente aucune malformation et son volume est sensiblement égal à celui d'un utérus qui vient d'expulser son produit de conception. La déchirure occupe le bord droit et, à ce niveau, les annexes sont appliquées sur le corps utérin par des adhérences.

Il paraît s'agir, dans ce cas, d'une rupture spontanée de l'utérus survenue au cours d'une grossesse intra-utérine banale; mais l'examen histologique de la muqueuse utérine fait plutôt penser à la possibilité d'une grossesse interstitielle qui se serait progressivement transformée en grossesse utérine. Il y aurait eu, en quelque sorte, un avortement intra-utérin précédant la rupture de cet organe et sous la dépendance des lésions annexielles constatées lors de l'intervention.

Auto-intoxication thyroïdienne d'origine gravidique.

M. Bonnaire présente une primigeste de 24 ans, sans antécédents goitreux ou névropathiques personnels ni héréditaires. Au cours et à l'occasion de la grossesse, il s'est déclaré, chez cette femme, une intumescence thyroïdienne, à croissance et décroissance rapides, qui a déterminé des phénomènes de suffocation mécanique, crises de cyanose avec orthopnée, avec paralysie de la corde vocale droite. Au septième mois, à l'occasion d'une crise qui a rendu la mort imminente par asphyxie, on entreprit d'évacuer prématurément l'utérus au moyen du ballon Tarnier, en même temps qu'un traitement iodé intensif était institué par la voie stomacale. Sous l'influence combinée du traitement médicamenteux et de la dilatation du col lentement produite par le passage du ballon, les phénomènes de suffocation grave disparurent et la tumeur se mit à régresser, en quelque sorte, à vue d'œil. Le ballon expulsé, les contractions utérines cessèrent et on laissa la grossesse continuer, tout en se tenant en mesure d'évacuer rapidement l'utérus en cas de retour du danger.

En même temps que s'effectuait la régression du goitre, 10 jours après l'expulsion du ballon, il se déclara une crise de fièvre, qui s'éleva à 39°6, et dura une semaine, sans aucun malaise ni cause phlegmasique appréciables. Apparurent, en outre, des troubles hystériformes (boule épigastrique, plaques d'hypéresthésie, hémianesthésie légère), tout à fait dissemblables des accidents de suffocation mécanique. En 4 semaines, le goitre diminue de 4 centimètres, sur les diverses circonférences étagées

du cou, puis la régression s'arrête et même l'intumescence reprend un peu. On se disposait à recourir à l'opothérapie thymique, le traitement iodé semblant avoir épuisé ses effets, lorsque réapparut l'albuminurie, disparue depuis 6 semaines, qui obligea à instituer le régime lacté absolu.

Après avoir discuté et rejeté l'hypothèse d'une affection purement hystérique, l'auteur conclut à une auto-intoxication thyroïdienne, à une maladie de Basedow fruste (sans exophthalmie, ni tachycardie) liée à la grossesse et caractérisée par l'intumescence thyroïdienne, la fièvre thyroïdienne, les troubles hystériformes et l'albuminurie.

Utérus fibromateux gravide.

M. L. Tissier montre un utérus fibromateux provenant d'une femme de 38 ans, enceinte pour la première fois et dont la grossesse au bout de 2 mois se compliqua d'hémorrhagies répétées.

La malade avait un passé génital indemne de toute complication. Normalement et régulièrement réglée, elle avait été mariée 14 ans sans avoir d'enfants.

A l'examen on constata l'existence d'une tumeur volumineuse, dure, irrégulièrement lobulée, qui occupait la plus grande partie de la cavité abdominale et est enclavée dans le petit bassin. En dépit du traitement habituel, les hémorrhagies continuent et les caillots deviennent fétides, en même temps que la température s'élève progressivement. On pratiqua alors l'hystérectomie abdominale totale.

L'examen de l'utérus enlevé montra que la cavité utérine avait une profondeur de 13 centimètres. Les parois en étaient antérieurement confondues avec le fibrome. Au fond de la cavité s'attache une masse de laquelle pend un cordon ombilical : c'est l'œuf ouvert dans lequel il est impossible de retrouver la moindre race d'embryon.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 24 Janvier 1897.

Kyste hydatique du foie suppuré. Péritonite purulente.

M. Micheleau. — Voici un foie provenant d'une malade décédée dans le service de M. Cassaët. Le lobe droit est envahi presque entièrement par un volumineux kyste hydatique suppuré. Le foie tout entier est hypertrophié et le lobe gauche présente un développement considérable : le tout pèse 3 kil. 200 gr. Sur la face inférieure de ce qui reste du lobe droit on peut constater l'existence de deux autres petits kystes non enflammés.

Cette pièce semble intéressante par l'histoire de la malade et des accidents qui ont causé sa mort. Originaire de Brocas (Landes), elle était entrée dans le service de M. le professeur agrégé Cassaët le 4 janvier 1898, avec des accidents de grippe ; elle se plaignait en même temps de souffrir de l'estomac, ces dernières douleurs augmentèrent et, le 10 janvier, la malade succombait avec des signes de péritonite ; à l'autopsie, on trouva entre les lésions hépatiques signalées de la péritonite purulente ; l'examen direct de ce pus a révélé l'existence de diplocoques lancéolés et de cocci indéterminés. Pas de perforation du kyste, pas de perforation des segments abdominaux du tube digestif. Au niveau de la muqueuse duodénale, dans sa première moitié, piquet hémorrhagique très fin et vascularisation très accusée.

L'histoire de la malade ne présentait aucune particularité pouvant faire penser à une affection hépatique. Il a six mois elle avait fait une fausse couche qui s'était compliquée d'accidents puerpéraux infectieux. Un mois avant son entrée à l'hôpital, ayant lavé à l'eau froide pendant qu'elle était réglée, elle avait eu une hématémèse un peu abondante et ses règles s'étaient arrêtées ; depuis, elle souffrait un peu de l'estomac, ce qui avait fait penser à la possibilité d'ulcère du duodénum et de péritonite par perforation. Il est possible que le kyste hydatique, déjà vieux certainement, se soit enflammé à l'occasion de ses accidents puerpéraux et soit resté ainsi silencieux pendant six mois, puis, qu'à l'occasion de la grippe, l'inflammation ait subi comme un fouet et ait déterminé une péritonite de simple voisinage. C'est là une simple hypothèse. Quant à l'hématémèse, elle peut s'expliquer par congestion stomacale réflexe consécutive à l'arrêt brusque de la menstruation, ou bien on peut l'assimiler à ces hématémèses qui surviennent avec de simples érosions de la muqueuse, comme le professeur Dieulafoy en signalait dernièrement encore, ou encore à ces hématémèses qui s'observent au cours des inflammations du foie, comme Hanot en a rapporté des exemples au Congrès de Bordeaux de 1895.

Lésions cérébrales du tabès.

M. Abadie présente le cerveau d'une tabétique de cinquante ans environ, morte d'hémorrhagie cérébrale.

Les artères des circonvolutions elles-mêmes sont très volumineuses, béantes à la coupe. La frontale interne est comme fortement injectée. C'est aux dépens de la branche postérieure de cette dernière que s'est produite l'hémorrhagie terminale. On voit sur la face interne de l'hémisphère gauche un volumineux caillot siégeant à la partie moyenne du gyrus ; il est gros comme un œuf de pigeon, fait saillie au dehors et plonge au-dessous jusque dans le ventricule latéral correspondant.

Après des céphalées violentes, des sensations de fourmillements dans la moitié droite du corps, elle constata un matin, au réveil, une hémiplégie droite complète avec troubles dysarthriques. Le soir, elle tombait dans un coma complet avec contractures tenaces. Le membre supérieur droit était contracturé en flexion, l'inférieur en extension. Ce coma dura cinq jours.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Gastro-entérostomie.

M. Folet présente un malade chez qui il a pratiqué la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac. L'histoire de ce malade était la suivante : depuis 8 ans il avait des douleurs, des vomissements et du pyrosis. Les douleurs au début survenaient une heure après le repas, calmées seulement par les vomissements, alimentaires d'abord, glaireux ensuite ; puis vinrent des hématémèses. Le malade maigrissait, et était incapable de tout travail continu. Comme traitement médical, il prenait à doses énormes de la craie, qui soulageait un moment le pyrosis mais non les douleurs. Diagnostic : ulcère de l'estomac ; sténose du pylore.

Depuis l'opération, à type transméso-colique et postérieur, le malade a repris graduellement ; presque à partir de 15 jours après l'intervention, il gagnait près de 2 kilog. par semaine. A noter pendant les 15 premiers jours, quelques vomissements, et des douleurs presque continuelles, que le professeur Folet a signalées sur de précédents malades opérés.

Myxome du larynx.

M. Gaudier présente une tumeur rare du larynx. Il s'agit d'un myxome pur observé entre les deux cordes vocales inférieures, à la commissure antérieure, et qui, outre des troubles accusés de la phonation, donnait lieu à des symptômes asphyxiques. Il n'y en a guère jusqu'à présent qu'une huitaine de cas cotés dans la science. La tumeur avait absolument l'aspect d'un polype muqueux du nez et le volume d'une amande.

Utérus unicorne.

M. Lambret lit une observation intéressante de malformation utérine prise pour une lésion annexielle chez une femme sans passé utérin, mais souffrant à la fin de ses règles ; le toucher faisait reconnaître à droite et latéralement une masse qui remplissait le cul-de-sac et paraissait accolée à l'utérus.

Laparotomie. — La masse, attirée au dehors, paraît être l'ovaire, dont cependant elle ne présente pas les caractères extérieurs. Sectionnée, la paroi épaisse et charnue est d'apparence

musculaire; elle délimite une cavité muqueuse remplie de sang noir, comme dans l'hématométrie. Après nouvelles recherches, on trouve l'ovaire, et on constate que cette masse n'était autre qu'un utérus unicorne.

Ceci montre, une fois de plus, la difficulté du diagnostic dans certains cas de tumeurs annexielles.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 2 Février 1898.

Paralysie des muscles du globe de l'œil et du nerf optique.

M. Ewald a présenté une femme de 35 ans, qui fut atteinte d'abord de maux de tête et de vomissements, puis de diplopie et d'une paralysie du grand oblique; après quelques semaines de séjour à l'hôpital, elle sortit guérie.

Peu de temps après elle revint avec une amaurose de l'œil droit et avec hémianopsie de l'œil gauche. Une ponction lombaire fut pratiquée sans résultat. Quelque temps après survint une chute de la paupière supérieure droite accompagnée d'une ophthalmoplégie du même côté. Une seconde ponction lombaire permit de retirer 20 grammes d'un liquide alcalin, dont la densité était de 1 013 et qui contenait 4,5 p. 100 d'albumine.

On diagnostiqua une tumeur située au niveau du chiasma et comprimant le nerf optique droit en totalité, une partie du nerf optique gauche, les nerfs oculo-moteur commun et pathétique, etc.

Cette malade nie avoir jamais eu la syphilis, mais cette infection semble probable chez elle, car elle a présenté il y a peu de temps au niveau de la clavicule une ulcération qui aurait guéri sous l'influence du traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 31 Janvier 1898.

Traitement de la névralgie occipitale.

M. Remak, revenant sur la communication de M. Jastrowitz, constate tout d'abord que la névralgie occipitale est rare. Elle peut être attribuée à diverses causes : traumatisme, refroidissement, infection, etc., mais le plus souvent elle relève d'une altération des vertèbres cervicales au niveau du point d'émergence du nerf occipital. Il est fréquent, en effet, de voir que chez les malades atteints de névralgie occipitale les mouvements de la tête, surtout les mouvements de rotation, sont douloureux.

Le traitement galvanique est celui qui convient le mieux à ces névralgies. On applique le pôle négatif sur la fourchette du sternum, le pôle positif sur le tronc nerveux et on obtient un courant qui ne produit pas la moindre douleur. L'action de ce courant est quelquefois vraiment miraculeuse : les douleurs cessent immédiatement, pour réapparaître, il est vrai, quelques heures après.

Pendant que l'on électrise le malade, la douleur se transporte quelquefois de l'autre côté; c'est là un fait connu et désigné sous le nom de transfert névralgique; mais ce phénomène d'irradiation symétrique de la douleur n'a pas une grande importance pratique, parce que ces douleurs transférées disparaissent spontanément.

Sur les 49 cas de névralgie occipitale traités de cette façon, 7 ont été suivis de guérison et 28 ont été perdus de vue.

M. Jastrowitz a vu le pôle positif causer des douleurs chez des malades qui, à la vérité, étaient hyperesthésiques: jamais cependant ces souffrances n'égalent celles qu'occasionne le pôle négatif.

Quant au traitement chirurgical des névralgies occipitales, il ne peut être efficace qu'à la condition de réséquer une portion du nerf, suivie de la torsion du bout central; la simple section ne peut donner aucun résultat. Il est, pour sa part, opposé à l'extirpation du ganglion de Gasser, à l'ouverture du canal vertébral, etc.

Endocardite tuberculeuse et granulie aiguë.

M. Benda a trouvé, à l'autopsie d'un enfant coxalgique, une tuberculose miliaire aiguë généralisée et une endocardite verruqueuse de la valvule mitrale ; des bacilles de la tuberculose furent constatées au niveau des productions verruqueuses. Cette lésion endocardique a été le point de départ de la tuberculisation miliaire. Les veines du bassin ne présentaient pas d'altérations.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 10 Janvier 1898.

Action des rayons Röntgen sur les lésions tuberculeuses.

M. Muhsam a communiqué le résultat de ses recherches sur des lapins auxquels il faisait des injections intra-péritonéales de cultures tuberculeuses et qu'il soumettait ensuite tous les jours à l'action des rayons X. Ces recherches lui ont montré que les rayons X, sans action sur la tuberculose générale, influencent favorablement la tuberculose locale.

M. Sonnenburg a montré deux lupiques traités depuis 30 jours par les rayons X qu'on faisait agir tous les jours, pendant une heure, sur les ulcérations tuberculeuses. Chez ces malades on constate l'apparition par place de cicatrices.

Les rayons X, sans guérir le lupus, semblent donc favoriser sa cicatrisation.

Intervention sur le canal cholédoque.

M. Langenbuch suit la voie pylorique quand il s'agit de découvrir le cholédoque dans des interventions pour la lithiase. Il ouvre la cavité abdominale par une incision parallèle au bord antérieur du foie, attire le pylore au dehors vers la partie gauche de l'incision, suit avec deux doigts introduits derrière le pylore la face postérieure de cet organe, puis le pancréas, et arrive ainsi sur le cholédoque qu'il incise dans le sens longitudinal quand il y constate la présence des calculs. Les calculs une fois extraits, il ne suture par le cholédoque, mais y introduit un drain entouré de gaze iodoformée qu'il pousse jusque dans le canal hépatique. Toute la bile sort alors pendant les premiers jours par le drain et c'est ainsi qu'on peut éviter l'ouverture de la vésicule biliaire dont la bile est souvent infectée.

C'est de cette façon que M. Langenbuch a opéré dans le courant de la dernière année 2 femmes et 1 homme qui présentaient une obstruction calculeuse du cholédoque. Dans un cas le calcul était mobile et son extraction n'a présenté aucune difficulté. Chez le second malade le calcul n'a pu qu'avec grands peine être repoussé dans le duodénum. Chez le troisième malade le calcul était enclavé dans la portion interstitielle du cholédoque, c'est-à-dire dans son parcours à travers les parois de l'intestin; tous les trois opérés chez lesquels les symptômes d'obstruction duraient déjà depuis quelque temps et qui étaient très affaiblis, ont parfaitement guéri.

M. Nasse a eu l'occasion d'intervenir dans un cas d'angiocholite suppurée consécutive à l'obstruction calculeuse du cholédoque. L'intervention a été justifiée par la fièvre élevée que présentait le malade. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva la vésicule biliaire remplie d'un liquide purulent, le foie couvert d'abcès miliaires, et une tumeur irrégulière au niveau de l'embouchure du cholédoque dans le duodénum. La cholécystotomie améliora la situation, mais la malade n'en succomba pas moins au bout de quelque temps.

M. Körte est intervenu dans deux cas de lithiase du cholé-

doque. Dans les deux cas il découvrit son champ opératoire par une incision longeant les fausses côtes et en renversant le foie en haut. Les malades ont guéri. M. Körte est d'avis de drainer la vésicule pendant les premiers jours après l'opération.

M. Israël est d'avis de ne drainer le cholédoque que dans le cas où l'introduction d'un drain ne présente aucune dificulté technique; dans le cas contraire il est d'avis de fermer le cholédoque par une suture.

M. Lindner n'est pas partisan de l'incision horizontale de la paroi abdominale, qui rend difficile l'exploration du cholédoque. Lui aussi est partisan de la suture du cholédoque, et il ne pense pas que l'écoulement de quelques gouttes de bile constitue un danger.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 8 Février 1898.

Résultats définitifs de l'amputation du sein pour cancer.

M. Thomas Smith revient sur la communication de M. Sheild (voir *Gaz. hebdom.*, n° 10, p. 118) pour discuter les trois principes sur lesquels s'appuie le traitement radical ou « complet » du cancer du sein. Ces trois principes consistent à admettre : 1° que le cancer du sein est une affection locale: 2° qu'il est curable par l'opération; 3° qu'on peut affirmer la guérison quand la récidive ne se fait pas avant 3 ans.

Tout ce qui est de la nature locale du cancer, M. Smith admet qu'au début le cancer est une affection locale qui plus tard se généralise. Sous ce rapport on peut donc établir une certaine analogie entre le cancer et la syphilis.

Dans l'intervalle qui s'écoule entre l'apparition des premiers éléments cancéreux dans le sein et le moment où on trouve une tumeur appréciable au toucher, l'affection locale a largement le temps de devenir une infection constitutionnelle.

La curabilité du cancer est certaine si l'on accepte le terme de 3 ans avant toute récidive. Mais M. Smith est convaincu que le cancer peut récidiver bien plus longtemps après, et dans un cas qu'il a observé, le temps qui s'est écoulé entre la première opération et la récidive, a été de 24 ans. Gross avait établi que chez les opérés chez lesquels le cancer ne récidive pas au bout de 3 ans, la récidive ne se produit ultérieurement que dans 2 p. 100 des cas. Les statistiques ultérieures ont montré que ce chiffre doit être porté à 15 p. 100.

En s'appuyant sur son expérience de 50 ans de pratique chirurgicale, M. Smith soutient que l'on ne peut comparer les résultats d'il y a 30 ans avec ceux de l'époque actuelle. Il est convaincu que le type du cancer s'est modifié et qu'aujourd'hui on vit plus longtemps. La durée de l'immunité après l'opération lui semble encore dépendre de la nature de la tumeur et du terrain qui est le malade. Ainsi il a constaté bien des fois que chez les jeunes femmes vigoureuses la récidive se fait de meilleure heure. Le temps qui s'écoule entre l'apparition de la tumeur et le moment de l'opération a également une influence sur la précocité de la récidive. Quant au curage de l'aisselle, M. Smith pense que l'ablation des ganglions lymphatiques sains peut favoriser la récidive.

En terminant, M. Smith cite deux cas très remarquables au point de vue de leur évolution. Dans un cas où il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, le cancer occupait le mamelon. La tumeur a été enlevée et la plaie traitée par des caustiques; le sein fut laissé en place. La récidive se fit seulement au bout de 7 ans et se produisit dans les ganglions de l'aisselle, le sein restant intact. Dans le second cas où l'opération, faite il y a 10 ans, a consisté à extirper seulement le mamelon envahi par le cancer, il n'y a pas encore de récidive.

M. J. Hutchinson partage les idées de M. Smith sans toutefois accepter l'analogie entre le cancer et la syphilis. Il fait notamment observer que pour ce qui est du cancer il faut distinguer la prédisposition constitutionnelle générale et la lésion locale; il est donc possible que la récidive survenant longtemps après l'opération ne soit pas une récidive proprement dite, mais une nouvelle manifestation de la diathèse. En tous les cas il est certain que la récidive se fait d'autant plus longtemps attendre que l'opération est faite de meilleure heure. Pour lui le curage de l'aisselle est de rigueur quand les ganglions lymphatiques sont pris.

M. Howard Marsh soutient que les résultats sont devenus meilleurs depuis que l'opération est faite d'une façon plus complète qu'on ne le faisait auparavant. Les tissus qui sont généralement envahis sont la glande mammaire, la peau qui la recouvre, l'aponévrose qui se trouve au-dessous et les ganglions lymphatiques de l'aisselle. Dans une opération complète, toutes ces parties doivent être enlevées, mais l'ablation des pectoraux, ce qui est toujours grave, ne doit être faite que dans le cas où ces muscles sont envahis par le cancer.

M. Barker trouve, en comparant les résultats de ses opérations depuis 20 ans, que l'opération complète qui consiste à enlever le sein, curer l'aisselle, nettoyer le grand pectoral et enlever le plus de peau possible donne de meilleurs résultats et n'est pas plus grave que l'opération incomplète.

MEDICAL INSTITUTION OF LIVERPOOL

Séances du 3 Février 1898.

Intervention chirurgicale pour dilatation de l'estomac.

M. Rushton Parker a communiqué une série de cas de dilatation de l'estomac, de causes diverses, dans lesquels il est intervenu chirurgicalement.

Dans le premier cas, où il s'agit d'une femme de 37 ans, souffrant, depuis plusieurs années, d'accidents imputables à un ulcère avec contraction spasmodique du pylore, l'opération montra une dilatation énorme de l'estomac et un orifice pylorique laissant à peine passer un noyau.

Le pylore sectionné fut ensuite suturé sur une bobine en os décalcifié d'après le procédé de Mayo Robson.

Dans deux autres cas, chez un homme de 52 ans, les symptômes de sténose pylorique et de dilatation de l'estomac étaient provoqués par une tumeur carcinomateuse développée au voisinage du pylore. L'ablation de la tumeur suivie de pyloroplastie a fait disparaître les accidents; les opérés vivent encore. Un autre malade qui s'est présenté dans les mêmes conditions et auquel on a fait la même opération, a succombé d'inanition quatre jours après l'opération. Le dernier malade a été opéré par M. Parker le 31 janvier dernier. Dans ce cas encore on trouva une tumeur cancéreuse au voisinage du pylore; l'ablation de cette tumeur, suivie de pyloroplastie, a fait disparaître la plupart des accidents.

En terminant, M. Parker communique l'observation d'un malade chez lequel il avait diagnostiqué une tumeur du pylore et qui a succombé sans être opéré peu de temps après. A l'autopsie on constata que la tumeur était de nature inflammatoire, ce malade aurait été sauvé par l'intervention juste à temps.

M. Paul communique un cas où l'on a diagnostiqué un rétrécissement simple du pylore. A l'autopsie on trouva une carcinomatose généralisée.

M. Hill rapporte deux cas de dilatation idiopathique de l'estomac traités avec succès par la résection partielle de l'organe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GREIFSWALD

Séance du 8 Janvier 1898.

Tumeur thyroïdienne du fémur.

M. Gachel a montré une tumeur du fémur qui entourait la diaphyse de l'os et avait provoqué une fracture. Celle-ci guérit, mais 6 mois plus tard le col se fractura et la fracture ne se consolida plus dans les 2 années suivantes.

L'examen de la pièce montra que la tumeur est entourée de toutes parts par le périoste. Histologiquement elle a la structure de la glande thyroïde. Il s'agit donc manifestement d'une métastase strumeuse, et en effet le malade dont provient cette pièce était atteint de goître.

Paralysie radiale par contraction violente du triceps brachial.

M. Gerulanos a communiqué l'observation d'un terrassier qui fut pris brusquement de paralysie du nerf radial au moment même où il venait de heurter violemment une pierre avec son pic. Pour élucider la pathogénie de cet accident, M. Gerulanos institua quelques expériences qui lui montrèrent que, dans certaines conditions, le nerf radial pouvait être lésé par la contraction du triceps brachial. Il plaça, au lieu du nerf, entre le muscle et l'humérus, un tube de caoutchouc ou une baguette de cire et put en constater l'écrasement. D'ordinaire le nerf fuit devant la compression par le muscle et se réfugie en haut; mais si la contraction est trop brusque, ou pour d'autres causes, le nerf ne peut fuir et est écrasé sur l'os. Si le nerf est sain il n'en résultera qu'une paresthésie passagère; mais s'il est déjà malade (intoxication saturnine, alcoolisme chronique, etc.), il peut s'ensuivre une paralysie durable. C'est peut être cette disposition anatomique qui explique pourquoi la paralysie radiale est une de celles que l'on observe le plus fréquemment lorsque le système nerveux se trouve diminué dans sa résistance d'une façon générale.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU BRABANT

Séances des 28 Décembre 1897 et 25 Janvier 1898.

Tumeurs cutanées de nature syphilitique.

M. Dubois-Havenith présente une femme ayant été atteinte, il y a 13 ans, d'une tumeur de la jambe gauche offrant les caractères d'une gomme syphilitique ulcérée. Le traitement antisyphilitique ayant échoué, on pratiqua un curetage avec cautérisation, et la guérison fut parfaite. Il y a quelque temps cependant, une néoformation analogue apparut au bras gauche, accompagnée d'ulcération et de violentes douleurs.

De nouveau, le traitement « pierre de touche » échoua et M. le Dr J. Verhoogen pratiqua l'excision totale de la tumeur. Quinze jours après l'intervention, une récidive semblait se développer en même temps qu'apparaissait une nouvelle tumeur à la région temporale droite. On reprit le traitement antisyphilitique, mais appliqué cette fois à doses intensives, et la tumeur temporale disparut après quelques jours, en même temps que la plaie du bras se cicatrisait définitivement.

M. Dubois-Havenith constate les deux premiers échecs obtenus par un traitement insuffisamment énergique et estime que, en pareil cas, l'idée préconçue qu'il avait sur la nature de l'affection lui a seule permis de tenter une troisième application d'une cure plus sévèrement menée et enfin couronnée de succès.

Psoriasis circiné chez un syphilitique.

M. Dubois-Havenith présente un sujet qui a contracté la syphilis il y a 13 ans. L'affection a été traitée convenablement. Il y a 4 ans ont apparu sur le tronc des plaques cutanées à aspect de psoriasis et régulièrement circinées. Le traitement antisyphilitique fut repris, mais n'entrava en rien l'évolution de l'éruption. Le malade vint consulter M. Dubois-Havenith, qui lui fit faire des applications d'acide chrysophanique. L'amélioration survint rapidement et il ne reste actuellement que quelques plaques dans le dos.

Faut-il refuser à cette manifestation toute relation avec la syphilis? M. Dubois-Havenith ne peut se prononcer à ce sujet, mais constate que l'affection a cédé au traitement classique du psoriasis.

Tuberculose abdominale. Laparotomie.

M. Th. Huybrechts rapporte l'histoire d'une malade, âgée de 47 ans, qui avait présenté pendant 2 à 3 ans des accidents gastro-intestinaux et rénaux de courte durée et dont elle s'était chaque fois rapidement remise. Jamais aucun symptôme du côté de l'appareil respiratoire.

La malade émettait assez fréquemment des gravelles uratiques. Survint un jour une véritable crise néphrétique suivie quatre mois plus tard d'un accident analogue.

La personne fut envoyée à Vittel, mais ne put supporter la cure plus de 15 jours et fut renvoyée par le médecin de la station, qui avait constaté un début d'épanchement abdominal.

Rentrée à Bruxelles, la patiente se mit à accuser des douleurs abdominales, elle maigrissait et l'ascite s'accentuait.

Le diagnostic restait en suspens, quand une laparotomie exploratrice vint révéler une tuberculose généralisée du péritoine pariétal et viscéral. Trois jours après l'opération, la patiente tomba dans un état de collapsus; des injections de sérum artificiel eurent le meilleur effet et la guérison suivait son cours, quand, six semaines après l'intervention, une nouvelle poussée de tuberculose abdominale emporta la malade.

M. Huybrechts attire l'attention sur l'évolution particulièrement insidieuse de ce cas et cherche vainement à établir la voie par laquelle la malade s'est tuberculisée. Elle ne possédait aucune tare héréditaire et, comme étiologie, il faut supposer que sa profession de fripière l'aura contaminée par inhalation ou ingestion de poussières chargées du bacille de Koch.

Le sérum artificiel.

M. Depage. — Aujourd'hui que l'infériorité des antiseptiques a été mise en lumière et que l'usage de l'eau aseptique se généralise dans les interventions chirurgicales, M. Depage estime qu'il y a moyen de faire mieux encore et, se basant notamment sur le remarquable travail présenté récemment par M. Vandevelde, de Louvain, il ne se sert plus dans son Institut que d'eau aseptique renfermant 7 p. 1000 de chlorure de sodium.

M. Solé a démontré les avantages des injections de sérum artificiel, mais M. Depage ne croit pas comme lui que l'action du liquide réside dans une diminution des toxines. Il faudrait, pour admettre cette explication, que le liquide nécessaire s'élevât à 6 et même 10 litres. Or on sait que 1 litre suffit souvent pour réparer de graves désordres. La véritable action doit être dynamogénique.

M. Dumont, dans un cas d'anurie alcoolique, a vu la diurèse se rétablir aussitôt l'injection de 1 litre d'eau salée. M. Depage estime que cette diurèse est due à l'augmentation de la pression sanguine et ne peut pas se rallier à l'avis de M. Dumont, qui conseillait d'essayer les injections dans les cas d'hydropisie, attribuant à ce procédé une action directement diurétique. Dans l'hydropisie, il y a, somme toute, un excès de sérum normal dans le tissu cellulaire et l'injection d'eau salée ne ferait qu'augmenter cette surcharge. Il faut toujours s'assurer de l'état du rein : quand cet organe est malade, les injections massives sont contre-indiquées et n'amènent pas de diurèse.

Jusqu'ici ce mode de traitement est recommandable en cas d'hémorrhagies graves, de shock opératoire et d'intoxications diverses.

M. Boulengier est du même avis que M. Depage au sujet des contre-indications que constituent les affections rénales.

Il signale un cas d'infection post-abortive et un cas de fièvre typhoïde grave avec hémorrhagie intestinale, dans lesquels il a recouru avec succès à l'administration de lavements répétés de 300 grammes de liquide physiologique.

Il recommande ce mode d'intervention quand on est dépourvu de l'outillage voulu pour pratiquer d'urgence une injection sous-cutanée. Quand les voies digestives le permettent, il y a lieu d'ailleurs de faire boire beaucoup d'eau au sujet.

M. Dumont ne voit pas l'avantage des lavements, qui ont toujours chance d'exciter la muqueuse intestinale.

Les injections sont plus certaines et bien faciles à pratiquer.

L'action diurétique qu'il a constatée dans son cas d'anurie

doit être attribuée d'après lui à la présence du chlorure de sodium injecté. L'eau pure qu'avait avalée en grande quantité le patient n'avait amené que de la respiration.

Dans un cas de maladie de Bright, il a fait quelques injections de 300 grammes de solution physiologique. L'urination n'a pas diminué et l'intervention a provoqué un abondant flux intestinal. Cette action purgative de l'eau salée, que les observateurs ont tous signalée, peut, même dans les cas d'hydropisie, avoir d'heureux effets.

M. Depage. — Dans ce cas, ce ne sont plus, à proprement parler, des injections massives.

M. Solé, revenant sur le mode d'action du sérum, croit que le liquide introduit artificiellement dans des tissus intoxiqués y provoque un lavage cellulaire qui permet aux phagocytes de reprendre leur vitalité et leur rôle de défense.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 22 Janvier 1898.

Laryngectomie.

M. Depage présente un malade qu'il a opéré, il y a dix-huit mois, de laryngectomie pour cancer. Il a, dans ce cas, supprimé toute communication entre la trachée et la bouche. Actuellement, il n'y a pas encore de récidive et le malade parle, en chuchotant, c'est vrai, mais d'une façon suffisante pour se faire comprendre des personnes qui l'entourent.

Fragilité des os.

M. Crickx rapporte une observation très intéressante d'un cas de fragilité des os chez une jeune fille de 28 ans.

M. Crickx croit pouvoir attribuer l'origine de cette affection à l'ostéomalacie et base son opinion sur certains signes qui ne peuvent s'expliquer que par l'ostéomalacie et sur les renseignements fournis par la radiographie.

Cette jeune fille, d'ailleurs, ne présentait aucun trouble du système nerveux, aucun symptôme de rachitisme, de maladie de Paget ou autre affection qui aurait pu expliquer la fragilité des os.

Ligature préventive de la carotide externe.

M. Lauwers fait une communication relative à la ligature préventive de la carotide externe dans le traitement des tumeurs bucco-pharyngiennes. Il recommande cette ligature dans l'ablation des polypes fibreux du nasopharynx, dans la résection de la mâchoire supérieure, dans les opérations étendues sur la langue et le plancher de la bouche, etc. Pour la pratiquer, il conseille d'aller à la recherche de la carotide primitive, de remonter jusqu'à la bifurcation et de lier l'artère antérieure d'où émergent des branches. Dans les dix cas qu'il rapporte, l'opération n'a pas présenté la moindre difficulté.

Résection de l'estomac.

M. Lambotte (d'Anvers) rapporte l'observation d'une malade chez laquelle il a enlevé la presque totalité de l'estomac pour cancer diffus. La patiente a parfaitement supporté cette opération et la guérison eut lieu sans la moindre complication.

Tumeur de la langue chez un enfant.

M. Gevaert relate l'histoire d'un enfant de 3 mois atteint d'une tumeur chéloïdienne de la langue consécutive à une brûlure et qui a disparu en 2 mois sous l'influence de cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

De la néphrite avec hématurie.

M. De Keersmaecker revient sur sa communication précédente et insiste sur la nécessité de faire un examen complet dans les cas semblables à celui qu'il a rapporté, car ce n'est que de cette façon qu'on arrivera à élucider la cause des hématuries rénales, dites essentielles. D'après M. De Keersmaecker, l'hématurie essentielle n'existe pas ; ce terme est défectueux. L'hémorrhagie du rein doit nécessairement être accompagnée d'une lésion de la glande et il est probable que dans les cas douteux, cette lésion n'est autre chose qu'une néphrite plus ou moins cachée.

De l'hystérectomie abdominale.

M. Depage reproche au procédé de l'hystérectomie décrit par M. Jacobs dans une séance précédente l'application de trois plans de suture pour fermer le péritoine pelvien, ce qui fait perdre un temps précieux. Un seul plan de suture suffit, mais M. Depage conseille de faire cette suture au catgut et non à la soie, cette dernière étant un corps étranger qui persiste indéfiniment dans le ventre et qui, entre autres inconvénients, entretient les adhérences intestinales.

M. Depage n'est pas partisan du procédé de M. Jacobs pour l'extirpation des cancers utérins, parce que, d'après cette technique, on coupe la matrice en deux tronçons, manœuvre peu recommandable pour des néoplasies malignes.

M. Depage met en parallèle la méthode abdominale et la méthode périnéale pour l'ablation des matrices cancéreuses. Il réserve son opinion quant à leur valeur relative.

M. Jacobs estime que le fil de soie ne peut pas entretenir d'adhérences intestinales, à moins que ce fil ne soit infecté. Quant aux indications de son procédé, il le croit surtout recommandable dans les cas de cancers limités au col utérin.

MM. Lavisé, Verneuil et **Gallet**, contrairement à l'opinion de M. Depage, ne pensent pas que la présence d'un fil de soie suffise pour entretenir des adhérences. Ils sont aussi d'accord pour préférer la voie abdominale à la voie périnéale.

M. Rouffart partage absolument l'avis de M. Depage pour ce qui concerne l'abandon d'un fil de soie dans les tissus.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HALLE-SUR-SAALE

Rapports entre le diabète sucré et les fonctions génitales de la femme.

M. Graefe. — Il semble, d'après les observations statistiques des auteurs, que la prédisposition au diabète atteint son maximum chez la femme pendant la période d'activité génitale. Le prurit vulvaire est souvent l'un des premiers symptômes du diabète : le mieux dans ce cas est de recourir comme traitement local aux lavages au savon suivis d'injections antiseptiques; le sublimé pourtant doit être évité : les pommades aussi sont à rejeter. Dans les organes génitaux internes, on a observé l'atrophie des ovaires, de la matrice; l'aménorrhée se rencontre souvent chez les femmes diabétiques. Les appétits sexuels sont diminués dans les cas graves; il en est d'ailleurs de même chez l'homme. D'un autre côté, dans les cas légers, le prurit vulvaire produira plutôt une excitation. La conception est parfaitement possible, ainsi que l'a montré v. Dührssen, et la grossesse est normale dans les deux tiers des cas observés. Dans les autres cas, la mort du fœtus est la cause la plus fréquente de l'abortus. Les enfants sont généralement faibles. On a retrouvé le sucre dans le liquide amniotique. Il faut remarquer la fréquence des cas d'hydramnios et d'hydrocéphalie.

La grossesse semble augmenter la quantité de sucre; elle provoque rarement toutefois le coma diabétique. Il faut déconseiller le mariage aux jeunes filles atteintes de la maladie et éviter les grossesses chez les femmes mariées.

M. v. Mering insiste sur la facilité avec laquelle un cas de diabète bénin peut devenir grave.

Pour **v. Fehling**, la grossesse et l'accouchement ne sont pas souvent une cause de diabète. Le pronostic de la grossesse serait mauvais chez une femme diabétique. Le prurit vulvaire doit être traité par l'acide phénique à 1,5 p. 100, et les éraillures au moyen de nitrate d'Ag.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Le torticolis mental et son traitement,

Par E. Feindel.

Le malade dont on va lire l'histoire a été présenté par M. Brissaud à sa leçon du 13 janvier 1898. Ce sujet, au 30 novembre dernier, réalisait un beau spécimen de Torticolis mental. Les auditeurs n'ont pas constaté le tic rotatoire, ils n'ont pas vu le torticolis. C'est que L... est sinon guéri, du moins sur le point de l'être; et ce résultat, nous le devons au traitement psychothérapique auquel nous soumettons L... depuis un mois et demi.

L... Jean, 32 ans, garçon d'office à l'hôtel Terminus, entre le 30 novembre 1897 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, n° 13.

Son père est mort à l'âge de 54 ans; il n'était pas nerveux. Sa mère a 60 ans, elle est de bonne santé. Elle n'a jamais eu de crises de nerfs, mais elle est d'un caractère vif, elle s'emporte facilement. *Elle a un tremblement des mains* analogue à celui que présente le fils, qui lui a toujours connu ce tremblement. La tête de la mère ne tremble pas. Il n'y a pas d'autres phénomènes nerveux. Pas de migraine, pas de rhumatisme. Cette dame habite la campagne, Dampierre, dans la Haute-Saône.

De 7 enfants, un seul est mort, à 21 ans, de péritonite; les autres sont en bonne santé, nullement nerveux, à l'exception de notre malade qui est le second en âge.

L... ne croit pas qu'il y ait eu d'autres enfants morts en bas âge.

L... n'a pas eu de maladies dans son enfance. Pas de convulsions. *Il a pissé au lit* jusqu'à l'âge de 10 ans. Il se fâchait facilement, néanmoins bon caractère. Bon écolier, pas « carottier ». A 12 ans, furonculose (toute l'année), mal-être, perte de l'appétit. A 13 ans, il reprend sa bonne santé et ne fait pas de maladie depuis, jusqu'à l'heure actuelle. Il n'a eu qu'une indisposition indéterminée qui dura un mois, il y a 4 ans, et pour laquelle il n'interrompit même pas son travail.

Il avait été dispensé de son service militaire par son frère aîné, et ne fit qu'un mois au 42e de ligne. Il a été réformé à ses derniers 28 jours à cause d'une *atrophie du mollet gauche.* Une pièce de bois lui était tombée sur la jambe 3 ans auparavant; depuis il avait pendant longtemps éprouvé dans la cheville des douleurs qui gênaient un peu la marche. A la vue comme au centimètre, on ne constate actuellement pas de différence entre les diamètres du membre inférieur gauche et ceux du droit. Cependant la jambe gauche, dit L..., est plus faible que la droite. On le constate à la production un peu plus rapide de la fatigue lorsqu'on le fait asseoir sur sa jambe gauche dans la position de « En garde! » de l'escrime.

L... est en général bien conformé, bien musclé. Cependant il est un peu maladroit dans ses mouvements, un peu raide et lourdaud.

Les deux mains présentent une particularité qui consiste en ce que *le premier espace interosseux*, entre les métacarpiens du pouce et de l'index, est *creux* lorsqu'on regarde la face dorsale de la main. Sur la face palmaire, l'éminence thénar est peut-être un peu plate. Il ne s'agit pas d'atrophie musculaire, tous les mouvements du pouce s'exécutent bien et avec force. Ce creux est en partie dû au grand volume des deux extrémités des métacarpiens. L... est un individu qui a de gros os. Les mains de L... ont toujours été ainsi faites.

Il ne présente pas, à proprement parler, d'autres grosses anomalies de conformation. Cependant, le sillon naso-génien gauche est un peu plus profond que le droit. Le nez est très légèrement dévié à droite. Très légère *asymétrie faciale*, le côté gauche étant un peu plus fort que le droit. Le *tourbillon* est porté à 1 centimètre à gauche. Les pupilles sont dilatées, égales; les oreilles sont bien ourlées, les organes génitaux bien conformés. L... a parlé correctement de bonne heure, sans bégayer ni zézayer.

A Terminus où il était employé comme garçon d'office, il travaillait auprès d'une étuve; il *buvait*, mais, dit-il, sans excès. Il avoue une moyenne de un litre de vin, un litre de bière, deux ou trois apéritifs par jour. Il n'a d'ailleurs pas de signes saillants d'alcoolisme; il n'a pas de pituite et n'en a jamais eu à Terminus, il n'a pas de maux d'estomac et digère bien; il a quelquefois des crampes dans les mollets après une journée de fatigue; pas d'hyperesthésie des mollets ou de la plante du pied. Il n'a pas de cauchemars; il a *toujours rêvé* beaucoup, à toutes sortes de choses. *Il a, depuis son enfance, du tremblement des mains;* ce tremblement n'aurait pas augmenté depuis les 6 ans qu'il est à Terminus. Sa tête ne tremble que depuis que son tic rotatoire s'est constitué.

Ce tremblement des mains ressemble au tremblement alcoolique ou à celui de la maladie de Basedow. Il est composé d'oscillations d'amplitude plutôt faible, moyennement rapides, qui se font dans deux directions. La main étant étendue, les doigts écartés, les doigts oscillent de haut en bas autour de leur racine, et de droite à gauche dans le plan horizontal. La main tremble pour son propre compte, mais moins. Elle oscille de droite à gauche dans le plan horizontal, et ses bords décrivent un léger mouvement de rotation de haut en bas et de bas en haut autour de l'axe de la main.

Tous ces mouvements oscillatoires sont isochrones. Le tremblement est égal pour les deux mains et les oscillations d'une main s'accomplissent en même temps que celles de l'autre. Le tremblement des mains n'a jamais gêné L... dans l'accomplissement de son travail. Il ne s'exagère pas dans les mouvements volontaires.

Le tremblement des mains de la mère serait en tous points identique.

L... est *très émotif;* il tremble davantage en présence de quelqu'un, même lorsqu'il est habitué à voir cette personne; il est même gêné alors, maladroit de ses mains.

Il y a *7 mois* environ, sans autre cause appréciable que les changements de température auxquels il était soumis à cause de son travail à proximité d'une étuve à sécher les assiettes, il commença à éprouver des *douleurs dans la nuque*. Dans le jour, la douleur n'était pas vive; c'était « comme une fatigue » des muscles des deux côtés de la nuque. Il y avait gêne pour les

mouvements de rotation de la tête dans un sens comme dans l'autre, La nuit (à ce moment le sommeil du malade était en général bon), L.., était éveillé deux ou trois par une douleur assez vive qu'il attribuait à une « mauvaise position ». Au bout d'un quart d'heure il se rendormait d'un bon sommeil. Ces douleurs de la nuque ont duré 6 mois. L... en était *très ennuyé, il y pensait beaucoup.* Il fut encore plus affecté lorsque ces douleurs, il y a un mois, se transformèrent en une sensation de grande faiblesse; le sommeil devint moins bon.

A ce moment, il prit l'habitude, pour « reposer sa tête » de la tourner de temps en temps à gauche. *L... est très catégorique sur ce point; les mouvements de rotation furent d'abord voulus; d'ailleurs il nous a donné ce détail avant que nous ne lui ayons posé aucune question à ce sujet.*

L... tournait volontairement sa tête à gauche parce qu'il sentait sa tête et sa nuque « faibles », surtout du côté gauche.

Lorsqu'il tournait sa tète à gauche, il éprouvait une petite sensation de douleur, puis un grand soulagement : « la tête semblait être remise en équilibre ».

S'il survenait un changement de temps, si le travail de L... était plus fatigant que celui de la veille, la faiblesse douloureuse de la nuque était plus accentuée, et le mouvement, qui « soulageait » L... était répété un plus grand nombre de fois.

Il y a 3 semaines, la tête a commencé à se déplacer d'une façon involontaire, mais d'abord à peu de reprises différentes dans la même journée; le nombre des mouvements soi-disant involontaires dépendait du travail que L... accomplissait, étant d'autant plus nombreux que L... déployait moins d'attention pour mener à bien la besogne qui l'occupait.

Depuis, le tic s'est installé, devenant chaque jour plus impérieux; ainsi, il y a 15 jours, le tic ne survenait jamais lorsque L... était assis; la rotation de la tête ne se produisait que lorsque L... était debout et les mains actives.

Depuis le début, L... aurait éprouvé encore plusieurs « coups de froid » sur le cou. Il leur attribue la plus grand fréquence actuelle du tic.

Maintenant, le tic se produit aussi bien lorsque L... est assis que lorsqu'il est debout; il se répète d'autant plus souvent que l'application de L... est plus grande, à l'inverse de ce qui avait lieu tout à fait au début.

Depuis que le tic est installé, L... est plutôt soulagé; il n'éprouve plus cette sensation de faiblesse douloureuse qui l'avait si fort préoccupé.

Il a encore une sensation douloureuse de faible intensité qu'il localise exactement au niveau de l'insertion à l'occipital du trapèze gauche; une autre encore moins intense à la partie moyenne du bord supérieur du trapèze gauche au-dessus du milieu de la clavicule. Il n'a pas de sensation de douleur dans d'autres muscles, notamment ni dans le corps du sterno-cléido-mastoïdien droit, ni au niveau des insertions de ce muscle. De temps en temps, il a de légers tiraillements dans le moignon de l'épaule gauche.

Le *Tic* consiste en un mouvement de rotation de la tête à gauche.

Le *mouvement est complet*, le menton est porté aussi loin sur l'épaule gauche que peut le faire la seule contraction du sterno-cléido-mastoïdien droit. Pour la production du tic entre en jeu le *seul* sterno-cléido-mastoïdien droit. Il y a bien une très légère sensation de « picotement » au niveau de l'insertion occipitale du trapèze droit, mais il n'y a pas de contraction du trapèze, *l'axe de la tête reste vertical*, la peau de la nuque à droite ne fait pas de plis (1); d'ailleurs, ni à l'œil, ni au toucher, on ne perçoit d'autre contraction musculaire que celle du sterno-cléido-mastoïdien droit. La contraction de ce muscle est *tonique*: c'est une *tétanisation* qui dure de 6 à 12 secondes pendant lesquelles le muscle, contracté à l'extrême, fait sous la peau une saillie aussi accentuée que possible. Puis la contraction cesse, la tête reprend sa place pour repartir l'instant d'après. Cette contraction est très brusque; la tête part comme tirée par un ressort. De même, à l'arrivée du menton sur l'épaule, la tête se fixe instantanément.

Les spasmes sont plus ou moins espacés suivant les moments ou plutôt selon les occupations du malade ou le mouvement qui l'environne.

Lorsque L... est commodément assis, seul, tranquille, les spasmes sont rares. Mais si on lui cause, s'il agit, s'il est debout, s'il lui faut ouvrir une porte, déplacer un objet, les spasmes se succèdent avec une grande fréquence. Le maximum est atteint lorsque, étant debout, il doit accomplir quelque acte en présence d'une personne qui le regarde. Alors l'intervalle de temps compris entre deux spasmes est plus court de durée que le spasme lui-même; *L... a plus de temps le menton sur l'épaule gauche qu'en regard du milieu de la poitrine*, position à laquelle il revient à chaque fois que le spasme est éteint.

Aussi, pour éviter les inconvénients qui résultent de la production du spasme, L... a des procédés qui empêchent la tête de tourner.

Celui qu'il emploie le plus volontiers est l'*apposition de l'index gauche sur le menton*. Lorsque ce procédé est utilisé, le spasme ne se produit jamais, même lorsque L... est en présence d'un étranger. Mais, lorsqu'il est seul, il en emploie d'autres qui réussissent aussi; pour rouler sa cigarette, il appuie fortement le menton sur sa poitrine; pour ramasser un objet à terre, il se met à gauche de l'objet, porte le menton sur l'épaule droite aussi loin que possible (position inverse de celle à laquelle aboutit le spasme), et se baisse en regardant l'objet à sa droite.

Il diminue la durée du spasme *en allant chercher de son index gauche le menton déplacé*, le menton cède instantanément. On peut empêcher le spasme de se produire en tenant le menton de L... dans la main (il n'est besoin d'employer aucune force). On arrive au même but en appuyant la main sur le sterno-cléido-mastoïdien droit. A cause de la variabilité de la durée des spasmes je n'ai pu me rendre compte si l'on pouvait diminuer la durée du spasme en attirant avec force le menton vers la ligne médiane. En tout cas, la main étrangère ne peut ramener le menton instantanément, comme L... seul réussit à le faire. Il y a toujours une résistance (à peu près *invincible*), un retard de 2, 3, 4 secondes.

La nuit, L... ne bouge pas; il dort d'un excellent sommeil (la tendance à l'insomnie a complètement disparu depuis que le tic est installé).

Depuis le début il y a 3 semaines, et surtout depuis 15 jours, de jour en jour L... voit s'augmenter la fréquence de la répétition du mouvement spasmodique.

En même temps que le tic s'établissait apparaissait le *tremblement de la tête*. Celui-ci, quoique bien différent dans sa nature, est très analogue dans sa forme à celui des mains qui date de l'enfance. Il consiste en oscillations, menues, rapides, et de plus *saccadées* qui se font dans deux sens, de haut en bas et de gauche à droite, ou mieux qui sont la combinaison de mouvements d'inclinaison très légers de la tête sur l'épaule droite et sur l'épaule gauche, et de mouvements de rotation de peu d'amplitude de la tête autour de son axe (mouvement de négation).

La langue est trémulante comme la tête et les mains.

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de rétrécissemant du champ visuel.

Pour résumer cette longue observation, on peut dire que L... est un dégénéré, ainsi qu'en témoignent à des degrés divers : l'*incontinence nocturne d'urine* jusqu'à 10 ans, l'*atrophie du mollet* gauche venue et partie sans qu'on en distingue bien clairement la raison, *l'anomalie des mains*, la légère *asymétrie faciale*, le déplacement du *tourbillon*, signe auquel M. Ch. Féré attache une grande importance, enfin et surtout le *tremblement essentiel* (héréditaire).

Ce dégénéré a été sous le coup de causes déprimantes (vives *préoccupations* à cause de douleurs musculaires, peut-être un peu d'*alcoolisme*). Il s'est entraîné à répéter à satiété un mouvement toujours le même; ce mouvement est devenu un *tic*, le *Torticolis mental*. L... sait ramener instantanément sa tête en bonne position par un *procédé* de son choix, l'*apposition de son index gauche sur le menton*. Une autre personne ne peut instan-

1. Redard, Le Torticolis et son traitement, Paris, 1898, p. 114.

tanément ramener le menton dévié, même en déployant une grande force.

Il est curieux de lire à la suite l'une de l'autre plusieurs observations de torticolis mental; les cas semblent calqués les uns sur les autres. Pour ne prendre qu'un exemple qui vient d'être publié, voici la malade de M. de Buck (1) qui a dans ses antécédents la migraine, des névralgies mobiles et fugaces, de l'émotivité. Elle est soumise à des causes déprimantes : émotions, refroidissement.

Elle réalise un torticolis ou mieux un rétrocolis assez comparable à celui que M. Brissaud a décrit dans les leçons de la Salpêtrière; « le spasme est tonico-clonique et se laisse facilement conjurer par un mouvement opposé; il suffit pour cela que la patiente mette la *main droite au menton* et fasse un léger effort sur la tête dans le sens opposé à la déviation spasmodique ».

Enfin la malade de M. de Buck a été améliorée par une cure électrique.

Est-ce bien à l'électricité qu'elle est redevable de cette amélioration? N'est-ce pas plutôt à l'immobilité qu'elle s'efforçait sans doute de conserver pendant les séances d'électrisation?

Nous pensons que le traitement institué par M. de Buck confine à celui que M. Brissaud nous fait appliquer à ses malades.

Le traitement psychothérapique employé avec succès par M. Brissaud et par nous a été récemment décrit (2); sa simplicité nous dispense de nous étendre en d'inutiles redites. Il a pour point de départ ce fait que l'individu atteint de Torticolis mental peut, au moins pendant un court instant, par sa volonté *seule* (sans le secours du procédé qui lui est personnel, apposition d'un doigt sur le menton, etc.), s'opposer à la production du spasme, le menton ayant ou non un point d'appui (talon du campimètre). S'il réussit à le faire seul pendant une seconde, par exemple, on obtiendra deux secondes de tranquillité en encourageant le malade, en attirant le plus possible son attention dans le sens du but à atteindre, une prolongation du temps de l'immobilité; la volonté débile du sujet, renforcée par les objurgations pressantes, les encouragements du médecin, réalisera sans trop de peine cette augmentation légère de la durée de l'immobilité.

Ce point acquis, le traitement se base sur un autre fait : la volonté augmente sa puissance par l'entraînement. Le premier jour, le malade a su résister pendant 2 secondes au désir de contracter ses muscles, et cela à plusieurs reprises; le lendemain il résiste pendant 2 secondes 1/2, le surlendemain pendant 3 secondes, etc. Mais l'amélioration n'est pas d'une progression continue, il y a des *mauvais jours* où l'on n'obtient pas d'augmentation du temps d'immobilité; peu importe si l'entraînement n'obtient pas d'amélioration pendant 8 jours, pendant 15 jours consécutifs; ce qu'il faut, c'est ne jamais revenir en arrière; aussi, il n'y a pas intérêt à obtenir, en un *bon jour*, une amélioration très marquée, ce qu'il faut, c'est chaque jour « coucher sur ses positions ». Ce sont là les *exercices d'immobilité*. Pour les *exercices de mouvement*, qui pourraient être dits exercices d'immobilité pendant un mouvement, le principe de l'entraînement sera le même; un jour, le malade pourra porter sa main à l'épaule, sans avoir tendance à tourner ou incliner

1. De Buck, Quelques réflexions sur un cas de spasme fonctionnel du cou (torticolis spasmodique, tic rotatoire) (*Belgique médicale*, vol. II, n° 51, 1897).

2. Le Traitement médical du torticolis mental (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1867, novembre-décembre).

sa tête; on lui fait répéter ce mouvement plusieurs fois de suite; le lendemain il y aura un progrès, tout petit : le malade pourra porter sa main à l'oreille sans être sollicité par le spasme. Aller lentement, progressivement, ne jamais revenir en arrière, tout est là. Dans ce traitement « patience et longueur de temps » (1) sont les médicaments héroïques.

Voici quelques-unes des notes prises pendant le traitement de L..., elles indiqueront d'une façon suffisante la marche ascendante des progrès.

Novembre 1897. — A la première séance de gymnastique j'ai vu le tic, ou mieux une série de spasmes se produire à l'occasion de l'acte de se lever, de répondre à une question, de tirer la langue. On peut dire que la contraction de n'importe quel muscle de L... s'accompagne de la contraction de son sterno-cléido-mastoïdien droit, et même que la vue de n'importe quel mouvement exécuté en présence de L... s'accompagne de la contraction spasmodique de son sterno-cléido-mastoïdien droit.

Premières séances. On obtient presque de suite l'immobilité, L... étant assis, pendant quelques minutes.

Lorsque je le laisse reposer après ces quelques minutes, il se livre à une véritable *débauche de spasmes.*

6 décembre. — Assis, le regard fixe, pas de spasme.

Debout, fixant, il reste 10 minutes sans spasme.

Il peut se lever de sa chaise (très lentement) venir à moi (très lentement) sans que le spasme se produise. Toujours à l'occasion d'un mouvement rapide ou compliqué (acte de se boutonner) le spasme survient.

10 décembre. — Très bon jour. Pour la première fois pas de spasme complet dans la séance du matin. L... lutte efficacement contre le spasme, il l'arrête en chemin; la tête décrit de 30 à 45°, L... empêche la rotation d'aller au bout,

12 décembre. — Pas de spasme ni de début de spasme pendant la séance.

13 décembre. — Pendant la journée il n'y a plus de spasme qu'à l'occasion d'actes compliqués nécessitant un peu de force.

Lorsque L... marche et qu'il craint le retour du spasme à cause d'un peu de fatigue, il s'avance en fixant très énergiquement, en serrant les dents très fort. Alors, pas de spasme mais le tremblement de la tête augmente.

23 décembre. — Je reste 3 jours sans voir le malade, aggravation; 2-3 spasmes dans la séance de reprise.

26 décembre, amélioration récupérée.

27 décembre, commence à manger sans être dérangé par des spasmes ou des débuts de spasme.

30 décembre, s'habille, fait son lit (lentement) sans tendance au spasme.

11 janvier. — Un spasme par jour, en moyenne.

Le tremblement de la tête n'existe pas pour toutes les positions et tous les mouvements de la tête. Ainsi dans le mouvement « tête gauche » il n'y a pas de tremblement. Dans le mouvement « tête droite », la tête tremble tout le temps. L... dit que ses mouvements sont beaucoup plus libres lorsqu'il tourne sa tête dans le premier sens que lorsqu'il la fait aller dans le second.

13 janvier. — Depuis que L... est soumis au traitement, il a régulièrement rêvé toutes les nuits que le spasme se produisait : il rêve par exemple qu'il franchit un fossé. A cette occasion il « sent » le spasme se produire 4 ou 5 fois consécutives. Les 2 ou 3 dernières nuits, il n'a pas pas rêvé de son spasme (il tend à *oublier son tic*).

1. Brissaud. Contre le traitement chirurgical du Torticolis mental (*Revue neurologique*, 1897).

15 janvier. — Cette nuit il a rêvé qu'il était guéri. Depuis plusieurs jours, il n'y a pas eu de spasme. Le tremblement de la tête est très atténué dans la seconde moitié de la journée. L'après-midi L... est plus « libre » de ses mouvements, dit-il, que le matin.

Ainsi une amélioration énorme a été obtenue par la psycho-thérapie, par l'entraînement de la volonté. C'est une application du procédé de la *rééducation* qui a été employé dans le traitement d'un grand nombre d'affections nerveuses (1). M. Grasset voulait employer ce procédé pour le traitement du malade dont il a récemment publié l'observation (2).

L... rêve qu'il est guéri, ce qui était donnée son émotivité a bien son importance. Cette émotivité est considérable et il est fort probable que dans son cas la suggestion employée seule aurait pu être de grande efficacité comme elle le fut pour le malade de Van Renterghem (3). Nous avons préféré employer le traitement de M. Brissaud et nous avons tout lieu de nous en féliciter.

Mais L... est-il bien guéri ? Assurément non, il reste quelque chose, le tremblement de la tête, et, sinon le spasme, du moins la *peur* du spasme. L... est « en arrêt » devant cette crainte, il n'ose pas faire un mouvement d'allure délibérée. Tous les muscles de son corps sont contractés, il « les retient dans ses mouvements » ; L... dans toute sa personne est raide, guindé. En voici une preuve : j'ai passé (15 janvier) plusieurs minutes à chercher ses réflexes rotuliens sans parvenir à les mettre en évidence. L..., qui est un garçon intelligent, n'a pas pu prendre sur lui de s'abandonner, de laisser ses jambes « mortes ». L'après-midi, alors que L... se sent plus « libre », que l'expérience de la première moitié de la journée lui a démontré que « ça va bien », je crois que j'aurais eu plus de succès. Le tremblement de la tête ne me semble pas avoir d'autre cause que cette raideur. A la tête le tremblement est plus apparent, mais il est général à tout le corps; on n'a qu'à mettre la main sur l'épaule de L... pour percevoir un tremblement qui rappelle, d'assez loin il est vrai, celui de la maladie de Basedow. Il n'est pas douteux que raideur et tremblement disparaîtront comme par miracle lorsque L... aura repris confiance en lui-même.

Que reste-t-il à faire pour achever la guérison ? Continuer à pratiquer les exercices habituels, toujours pendant 10 minutes aux heures prescrites. Pendant encore combien de semaines, combien de mois ? Je l'ignore; en tout cas, pendant longtemps, jusqu'à ce que L... ait oublié et son spasme et la consigne.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1896-1897.

M. Aubry (E.). *Contribution à l'étude des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade.* N° 61. (H. Jouve.)

M. Moulin (E.). *Contribution à l'histoire de l'érysipèle au point de vue thérapeutique. Traitement des streptococcies médicales.* N° 124. (H. Jouve.)

M. Hallot (G). *L'extrait de capsule surrénale et son emploi dans la thérapeutique oculaire.* N° 100. (Carré et Naud.)

1. Goldscheider, La méthode de Frenkel dans les affections du système nerveux (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 13 décembre 1897).
2. Grasset, Tic du colporteur (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1897).
3. Cité par Dr Buck.

M. Deyber (René). *Etat actuel de la question de l'amœboïsme nerveux.* N° 162. (G. Steinheil.)

M. Meillon. *Contribution à l'étude des paralysies du larynx d'origine centrale.* N° 157. (P. Delmas.)

M. Schapiro (D.). *Etude sur l'épilepsie, son traitement par la résection du grand sympathique.* N° 141. (G. Steinheil.)

M. Devigneville (A.). *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux fractures.* N° 148. (H. Jouve.)

M. Duclos (J.-L.). *Recherches sur le débridement de l'angle iridien.* N° 139. (E. Bernard.)

M. Magne (A.-B.). *Des abcès aigus enkystés de la langue.* N° 133. (Carré et Naud.)

M. Dellac (M.). *Sur une complication rare de fracture de côte.* N° 161. (H. Jouve.)

M. Léné (Marcel). *Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale.* N° 140. (A. Maloine.)

M. Bosquier (R.). *La nouvelle tuberculine R et son emploi en particulier dans la tuberculose pulmonaire.* N° 115. (Lefebvre-Ducrocq.)

La pelade semble être due à la présence d'un parasite agissant sur la papille pilaire dont il arrête le fonctionnement.

M. Aubry concilie les deux théories qui ont partagé les dermatologistes en admettant que l'agent transmissible agit sur le système nerveux, peut-être par l'intermédiaire des toxines et provoque le vice de nutrition du cuir chevelu.

La pelade peut guérir spontanément après une durée indéterminée. Il est de toute nécessité cependant d'instituer de bonne heure un traitement afin de tâcher d'en abréger la durée, et mettre les personnes de l'entourage à l'abri de la contagion.

Le premier principe à observer dans le traitement est d'éviter l'emploi de toutes les substances qui peuvent entraver la vitalité du bulbe pileux et risquent de transformer une alopécie passagère en alopécie définitive. Puis il est indiqué de combattre le parasite par des substances qui détruiront le germe, empêcheront sa pullulation et limiteront ainsi l'extension des plaques alopéciques, enfin d'exciter la nutrition du follicule pileux.

Aucune distinction n'étant possible actuellement entre la pelade contagieuse et les peladoïques trophoneurotiques, il faut dans tous les cas agir comme si l'on était en présence d'une affection parasitaire.

En présence du doute qui plane encore dans une certaine mesure sur l'efficacité du sérum antistreptococcique, en présence des objections qu'on oppose à son emploi, M. Moulin estime qu'il faut le manier avec prudence.

Pour l'érysipèle, le sérum de Marmorek, dans les cas bénins, ne sera pas utilisé.

Si à l'érysipèle s'ajoutent d'autres localisations streptococciques (infection puerpérale, broncho-pneumonie), si le malade est débilité par une maladie antérieure, si des complications cardiaques, pulmonaires et rénales sont à craindre, on pourra se servir du sérum Marmoreck. De même dans la septicémie puerpérale ou chirurgicale, dans les infections graves, il est utile de se servir de cette médication nouvelle.

Le sérum est inefficace sur tout processus local, sur tout foyer limité; dans ce cas il est préférable de s'abstenir.

La sérothérapie antistreptococcique s'adresse directement à la maladie; c'est, d'après nous, la meilleure médication des streptococcies. Mais en attendant des résultats plus probants et plus nombreux, en attendant que la sérothérapie antistreptococcique soit dans la généralité des cas (ce qui n'est pas) anti-infectieuse et antidotique, il ne faut pas abandonner la médication symptomatique.

L'extrait surrénal bien préparé possède trois propriétés, étroitement liées l'une à l'autre et caractéristiques. Il est :

a) Chromogène spontanément et vis-à-vis de nombreux réactifs ;

b) Elévateur de la pression sanguine et vaso-constricteur périphérique ;

c) Toxique énergique en injection intra-veineuse. L'extrait

surrénal paraît contenir, ajoute M. Hallot, de la pyrocatéchine qui possède cette triple action, mais à un bien moindre degré.

Les propriétés physiologiques de la pyrocatéchine sont exaltées par son union avec une substance encore indéterminée, probablement une toxine. Cette combinaison, très oxydable, est la sphygmogénine qui paraît appartenir à la classe des ferments solubles.

L'action vaso-constrictive locale de l'extrait capsulaire peut être avantageusement mise à profit :

a) Dans les conjonctivites simplement hyperhémiques;

b) Dans les kératites vasculaires;

c) Comme hémostatique, dans les hémorrhagies capillaires;

d) Pour permettre l'anesthésie cocaïnique sur les yeux enflammés.

Elle est indifférente ou même nuisible dans tous les autres cas.

D'une étude fort intéressante sur l'amæboïsme nerveux M. Deyber, élève du professeur M. Duval, conclut que les mouvements du protoplasma prennent une part importante au fonctionnement de la plupart des cellules; c'est ainsi que le phénomène intime des sécrétions notamment s'accompagne de mouvements dans le protoplasma de la cellule sécrétante. Or les cellules nerveuses ont la même constitution et les mêmes propriétés que les autres cellules, elles renferment des matériaux (la substance chromatophile), qu'elles utilisent pendant leur fonctionnement; elles présentent dans leur corps et dans leurs prolongements une constitution fibrillaire qui n'est pas incompatible avec l'existence de mouvements amæboïdes. Rien ne s'oppose donc *a priori* à ce qu'on les suppose, surtout dans les extrémités de leur prolongements, douées de mouvements. L'auteur le prouve par analogie en étudiant les cellules visuelles de la rétine (cônes et bâtonnets), des éléments très proches parents des cellules nerveuses; or ces éléments présentent des mouvements, des élongations et des raccourcissements dans leur partie protoplasmique. Les autres couches de la rétine, y compris les cellules ganglionnaires, présentent également des mouvements et dans leurs prolongements et dans leur corps cellulaire, les changements dans le corps étant corrélatifs au retrait ou à l'élongation de leurs prolongements; or il s'agit ici de véritables cellules nerveuses.

Les cellules olfactives, véritables cellules nerveuses, présentent aussi dans leur prolongement périphérique, cellulipète, des mouvements vibratiles, ou plutôt des mouvemenls ondulatoires, que les observations de Ranvier mettent hoss de doute.

Enfin il est des preuves directes de cet amæboïsme des cellules nerveuses; en effet, dans les cellules pyramidales du cerveau, les observations de J. Demoor et de Mlle Stefanowska révèlent, sous l'influence de conditions diverses, des changements qui, désignés par Demoor sous le nom de plasticité des neurones, ne sont autre chose que la contraction ou l'élongation des prolongements protoplasmiques du panache et de leurs appendices.

Ce sont tous ces phénomènes que M. Deyber comprend sous le nom d'amæboïsme des prolongements dendritiques des neurones. Pour l'auteur, enfin, les fibres centrifuges dont l'existence est démontrée dans les organes tels que l'appareil olfactif et l'appareil visuel ne peuvent avoir d'autre signification que celle de terminaisons nerveuses venant agir sur l'articulation des neurones sensitifs, venant commander les mouvements amæboïdes des neurones, de même que certains nerfs commandent les mouvements des chromoblastes. Ce sont des nerfs commandant l'activité amæboïde des autres éléments nerveux, ce sont de véritables *nervi-nervorum*.

Il existe chez l'homme un centre cortical de larynx occupant la partie postérieure du pied de la 3e frontale et tout le pied de la frontale ascendante. Ce centre a une action unilatérale et croisée. Dans tous les cas observés, le centre respiratoire n'a point été distingué du centre phonatoire et la paralysie laryngée fournit au laryngoscope une corde vocale en position cadavérique.

Une solution de continuité des fibres laryngées centrales, qu'elle soit sous-corticale ou qu'elle se produise au niveau du genou de la capsule interne, aboutit au même résultat (paralysie totale).

Il existe des centres réflexes pour le larynx, les uns phonateurs, les autres respiratoires; ils s'échelonnent depuis les tubercules quadrijumeaux postérieurs jusqu'à la partie supérieure de la moelle; ils prêtent encore à la discussion quant à leur siège précis.

Il existe une paralysie laryngée d'origine protubérantielle qu'étudie plus spécialement M. Meillon.

C'est une paralysie complète de la corde vocale (position cadavérique).

Cette paralysie s'observe au cours du syndrome de Millard Gübler. Le pronostic de ces paralysies est grave par les accès de suffocation qu'elles peuvent déterminer.

L'épilepsie est une maladie éminemment chronique qui ne disparaît presque jamais définitivement après une courte apparition; cette névrose ne reconnaît, à son origine, aucune lésion anatomique constante. Les altérations variées de l'axe cérébro-spinal, qu'on peut trouver chez des comitiaux, peuvent être considérées comme secondaires.

Les lésions du sympathique cervical ne sont pas non plus constantes.

Quel que soit le primum movens qui, sur un terrain héréditaire ou acquis, fait éclater l'attaque épileptique, la modification passagère, cause immédiate du paroxysme, aussi bien du grand que du petit mal, siège principalement dans l'appareil vasomoteur.

Cette théorie mixte, d'après M. Schapiro, rendrait compte de tous les phénomènes cliniques.

La résection du sympatique cervical qui a pour double effet de rendre l'anémie cérébrale subite très difficile et d'augmenter la vitalité de tous les éléments nerveux de l'encéphale est une opération d'une innocuité absolue. De tous les troubles consécutifs, seul le myosis reste permanent. Pourtant la pupille rétrécie réagit bien à la lumière, à l'accomodation, et se dilate sous l'influence de l'atropine.

Les résultats obtenus sont suffisamment encourageants pour justifier de nouveaux essais sur les épileptiques qui, malgré les moyens habituels, voient la fréquence de leurs accès aller en augmentant.

De l'étude de M. Devigneville il ressort que :

Les troubles nerveux consécutifs aux fractures sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait cru tout d'abord; ils sont dûs le plus généralement à l'exubérance d'un cal difforme aplatissant un tronc nerveux ou l'enclavant dans une certaine étendue de son trajet, d'où névrite progressive avec destruction plus ou moins complète des tubes nerveux.

L'affection est justiciable d'une intervention chirurgicale qui a pour but de lever l'obstacle; la conséquence de l'acte opératoire est le retour habituellement lent et tardif des fonctions du membre paralysé.

La méthode de Vincentiis et la sclérotomie interne de De Wecker sont une seule et même opération, qu'on peut désigner sous le nom de débridement de l'angle iridien. Cette opération présente une grande innocuité; la plaie du limbe est insignifiante; le champ d'action est très étendu; dans le glaucome, après le débridement, l'œil perd lentement sa tension et les parties du globe reprennent insensiblement leur place; le prolapsus et l'enclavement iridiens sont rares.

Pour M. Duclos, le débridement de l'angle est utile dans le glaucome prodromique, dans certaines formes chroniques du glaucome et une opération de choix dans l'hydrophthalmie.

L'instrument ne débride pas sur toute la longueur du limbe qu'il parcourt; c'est à peine s'il sectionne le sommet de l'angle iridien sur la moitié de l'incision exécutée.

Le couteau de Graefe, difficile à manier à cause de son tranchant, fait des sections profondes; il coupe le muscle accommodateur et pénètre dans l'espace supra-choroïdien. L'aiguille de Vincentiis fait des incisions franches et limitées; conduite comme l'indique Taylor, elle porte sur le tissu scléro-cornéen. L'aiguille de Valude travaille par la pointe, déchire pour débrider et intéresse le fond et les parois de l'angle.

Après le débridement, les injections passent plus facilement dans la lame séreuse supra-choroïdienne, se fixent dans les tissus du corps ciliaire et gagnent les vaisseaux de l'épisclère.

M. Magne montre qu'il existe des collections purulentes enkystées de la langue, qui sont bien distinctes des suppurations du même organe.

Ces collections ont pour origine la suppuration des kystes de diverse nature qui se développent dans la langue, tels que : kystes dermoïdes, glandulaires, muqueux, hydatiques, séreux et grenouillettes; elles constituent une affection bénigne.

Divers modes de traitement leur sont applicables; mais toutes les fois qu'on le pourra, la tumeur devra être abordée par la voie buccale et traitée par une large incision et par un curetage à l'aide de la curette de Volkmann.

Les fractures de côtes peuvent présenter des complications de la plus haute gravité.

Il importe donc d'assurer le diagnostic d'une fracture esquilleuse de côtes; une telle fracture, déterminant des accidents du côté des organes de la poitrine, peut être traitée par la méthode sanglante.

Dans le cas relaté par M. Dellac il était au-dessus des ressources de l'art (fracture ancienne de côte, séjour prolongé d'une esquille dans le poumon, hémothorax mortel).

Mais il n'en est pas moins démontré que des accidents, aussi graves qu'inattendus, sont possibles et que le pronostic d'une fracture de côtes, qui ne suit pas son cours normal, ne saurait comporter trop de réserves.

L'ancienne phlébite rhumatismale doit être aujourd'hui dissociée en trois ordres de faits :

a) La phlébite des pseudo-rhumatismes infectieux.

b) La phlébite de la fièvre rhumatismale, ou rhumatisme articulaire aigu franc.

c) La phlébite du rhumatisme chronique, qu'il conviendrait mieux d'appeler phlébite herpétique.

La première variété n'a, en réalité, rien à voir avec le rhumatisme; c'est une phlébite infectieuse diverse et variable comme les agents du pseudo-rhumatisme même.

La phlébite de la fièvre rhumatismale forme, après M. Léné, un type bien défini, ressortissant à une maladie autonome, et qui est vraisemblablement sous la dépendance d'un micro-organisme toujours le même, le microbe d'Achalme; il y a identité de nature entre cette détermination infectieuse et la localisation endocardique, la valvule mitrale n'étant qu'une valvule veineuse modifiée.

La phlébite du rhumatisme chronique ou phlébite herpétique, est d'une interprétation plus difficile; on invoque pour l'expliquer des conditions de mécanique et des modifications de la crase sanguine ou mieux une fluxion sur la paroi veineuse; il n'y a pas de différence irréductible entre cette phlébite et la phlébite goutteuse.

Cette dernière variété de phlébite rhumatismale est souvent difficile à distinguer, d'une part, de la phlébite variqueuse, d'autre part, des œdèmes segmentaires névropathiques qui surviennent également chez des sujets herpétiques.

Chez les malades qui répondent aux conditions requises par Koch, c'est-à-dire chez les malades au début, dont l'affection n'est pas compliquée de phénomènes d'infection mixte, ni d'accès fébriles, la médication par la nouvelle tuberculine R, est sans danger.

Entre les mains de M. Bosquier, chez vingt-sept malades, la tuberculine R ne lui a pas donné d'accidents.

La fièvre observée dans quelques cas ne nous paraît pas imputable à la tuberculine R.

Dans deux cas de pneumonie caséeuse, la tuberculine R a été impuissante à arrêter le cours de l'évolution morbide.

Dans deux cas de tuberculose pulmonaire chronique avec phénomènes d'infection mixte, la tuberculine R n'a été ni utile, ni nuisible.

Dans un cas de pleurite sèche tuberculeuse, chez un malade atteint de neurasthénie et dilatation gastrique, la tuberculine a été sans effet.

Dans les quinze autres cas où le traitement a été assez longtemps appliqué, il y a eu amélioration; sur ces quinze améliorations, douze paraissent pouvoir être attribuées, du moins en partie, à la tuberculine R.

Il n'y a pas eu de guérison définitive : le temps seul peut permettre de parler de guérison; le temps seul permettra donc de juger l'action thérapeutique de la tuberculine R. Le seul fait qui paraisse acquis dès maintenant c'est l'innocuité de la tuberculine R.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Cannac (Louis-Baptistin). *De la cholécystogastrotomie.* N° 13.

Perrot (Louis-Octave-Claude-Victor). *De la mastoïdite de Bezold.* N° 20.

Chauvin (Frédéric-Victor). *Recherches sur l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la glande mammaire et de quelques déductions pathologiques.* N° 14.

L'étude de M. Cannac est surtout expérimentale. Elle a pour but de démontrer que la présence de la bile dans l'estomac n'empêche pas la digestion gastrique d'avoir lieu.

D'autre part, anastomoser la vésicule avec l'estomac, c'est diminuer les chances d'infection des voies biliaires. Car le nombre des microbes augmente à mesure qu'on se rapproche de l'anus et, d'autre part, le suc gastrique est un antiseptique puissant. La cholécystogastrostomie a été pratiquée chez l'homme par Wickhoff, Angelberger et Terrier, dans des cas difficiles, où la cholécystentérostomie, que voulaient faire ces chirurgiens, était impossible.

Bien que ces faits cliniques soient encore trop peu nombreux, l'opération mérite d'être tentée de parti pris chez l'homme, car elle est rationnelle.

La mastoïdite de Bezold, bien qu'ayant la même étiologie que les suppurations ordinaires de l'oreille moyenne, a ses caractères propres. De tous ses symptômes, nous dit M. Perrot, le plus important est l'écoulement de pus par le conduit auditif externe lorsqu'on presse sur l'abcès cervical.

Le développement profond de cette maladie peut la faire confondre avec l'ostéite du temporal, le thrombose de la jugulaire ou les adénites cervicales suppurées.

Dès que la mastoïdite de Bezold est reconnue, il faut ouvrir largement l'apophyse et détruire le trajet fistuleux et l'abcès cervical.

Sous la direction de M. Coyne, M. Chauvin a étudié l'origine des lymphatiques de la glande mammaire. Il a trouvé d'abord un réseau entièrement clos de lacunes péri-acineuses. Tout autour du lobule, il existe un second réseau lacunaire péri-lobulaire, en communication avec des lacunes interlobulaires aboutissant aux vaisseaux interlobulaires qui se jettent enfin dans les troncs lymphatiques interlobulaires.

Le squirrhe ou cancer vrai du sein se développe aux dépens du tissu conjonctif lobulaire; l'épithélioma canaliculaire de la mamelle prend naissance au niveau de l'épithélium glandulaire; quant au fibrome diffus mammaire, il y débute très probablement par une hypertrophie considérable du système lymphatique glandulaire.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Radiographie des os dans la paralysie infantile, par Ch. Achard et L. Lévy (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre-octobre 1897, p. 325, 2 phot., 4 rad.). — Les altérations osseuses de la paralysie infantile portent sur le volume des os, leur morphologie générale (effacement des saillies), leur texture. Elles sont bien marquées sur les radiographies (provenant des deux malades dont les observations sont ici rapportées), qui montrent que le processus est véritablement diaphysaire et ne s'exerce pas essentiellement sur les surfaces épiphysaires d'accroissement.

MÉDECINE

Contribution à l'étude des effets physiologiques et cliniques du sérum antidiphthérique, par Monteux (*Rev. mens. des malad. de l'Enfance*, 1898, n° 2, p. 70). — L'auteur communique dans son travail huit cas de diphthérie traités par le sérum et dont l'étude lui permet de dégager les particularités suivantes :

Dans tous les cas l'injection de sérum avait provoqué au bout de une à trois heures une transpiration abondante, principalement au niveau de la tête. La température était influencée d'une façon variable : tantôt il y avait une légère ascension de la température, tantôt une diminution. Le pouls a été le plus souvent accéléré après le sérum et cette accélération, qui ne dépassait pas 160, se maintenait alors que la température était abaissée. Les urines ont toujours été rares dans les premières heures qui ont suivi l'absorption du médicament, mais le lendemain ou dans la nuit la polyurie succédait à cette oligurie passagère; jamais il n'y a eu d'albuminurie; l'urée était augmentée.

L'effet favorable du sérum sur l'état général et local était constant. En fait d'accidents imputables au sérum, on a observé des érythèmes chez trois malades. Dans un cas il est survenu au bout de trois semaines environ une paralysie du voile du palais.

L'ulcère rond chez les enfants, par A. Cade (*Rev. mens. des mal. de l'Enfance*, 1898, n° 2, p. 57). — L'étude très complète de cette question, dont le point de départ est une observation d'ulcère perforé de l'estomac chez un nourrisson de 2 mois, aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'ulcère rond existe chez les enfants, même chez les nourrissons, mais il est très rare à cet âge.

2° Il se présente avec les caractères anatomiques qu'on lui attribue chez l'adulte.

3° Comme chez celui-ci, la péritonite par perforation et beaucoup plus souvent les hémorrhagies constituent ses complications principales.

4° L'ulcère peut siéger dans tous les points de l'estomac. Plus fréquent dans le duodénum on l'y rencontre de préférence au voisinage de l'ampoule de Vater.

5° Sa pathogénie n'est pas encore définitivement élucidée.

Crises oculaires dans le tabès (Augenkrisen bei Tabes dorsalis), par Pel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 2, p. 25). — L'auteur rapporte dans son travail l'observation d'un tabétique de 41 ans qui, de temps en temps, présentait des crises oculaires analogues aux crises gastriques, laryngées, vésicales, clitoridiennes, etc., qu'on observe au début ou au cours du tabès.

Les crises oculaires du malade observé par l'auteur se manifestèrent par des douleurs extrêmement vives dans les globes oculaires, par du larmoiement, par une rougeur et une tuméfaction de la conjonctive et par une hyperesthésie des paupières et de la peau de la région oculaire.

D'après l'auteur, on doit attribuer les douleurs oculaires à une irritation des nerfs ciliaires et les autres symptômes à une irritation du trijumeau; cette irritation, en raison de la bilatéralité des symptômes, doit être considérée comme étant d'origine centrale.

Absence de réaction du sérum chez un fœtus typhique (Sulla mancanza della reazione agglutinante in culture di tifo aggiunte di siero e di altri liquidi, tolti da un feto infettato di bacillo di Eberth), par A. Dagliotti (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, juin 1897, p. 418). — Fœtus de 5 mois, expulsé au 25e jour d'une fièvre typhoïde peu grave; le sang de la mère et celui du placenta donnent la réaction du séro-diagnostic. Tous les organes du fœtus, le cordon et le placenta donnent des cultures virulentes de bacille d'Eberth; le sérum, le liquide céphalo-rachidien et le contenu de l'estomac ne donnent pas le séro-diagnostic.

Injections intra-veineuses de fer (Sulle iniezioni endovenose di ferro a Scopo curativo), par L. Fornaca et F. Micheli (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, juin 1897, p. 414). — Les auteurs ont fait, chez 7 malades atteints de diverses formes d'anémie, des injections intra-veineuses d'une solution de citrate de fer ammoniacal à 5 p. 100. Ces injections ont été bien tolérées par les malades et n'ont provoqué que quelques troubles généraux, légers et passagers. Les effets de ces injections ont été irréguliers, et même dans la chlorose il n'y a pas toujours eu d'amélioration dans l'état du sang.

Introduction des médicaments au moyen de l'électricité (Sulla introduzione dei farmaci con l'elettricita), par Personali (*Giornale d. Accad. di medic. di Torino*, mai 1897, p. 300). — L'électricité permet d'introduire des médicaments dans l'organisme par la voie cutanée; mais, tandis que l'iodure de potassium, le santonate de soude, le salicylate de soude peuvent être introduits au moyen du pôle négatif, le chlorhydrate de quinine, le nitrate de strychnine, le sublimé corrosif, etc., doivent être introduits par le pôle positif. Cette différence dans la voie d'introduction montre que la pénétration de ces substances n'est pas le résultat de la cataphorèse.

Action des caustiques sur la peau (Autointossicazioni secundarie all' azione dei caustici e del calore), par V. Tirelli *Riforma medica*, 13 et 14 septembre 1897, p. 749 et 758). — Il n'y a pas identité entre les bases qu'on extrait des tissus cautérisés et celles que l'on peut extraire de la peau et des organes dans les cas de brûlure. Cependant elles ont de grandes analogies entre elles, et avec celles qui résultent de l'action des saprophytes.

La fièvre dans ses rapports avec l'albumosurie (Weitere Erfahrengen über die Beziehungen zwischen Fieber and Albumosurie), par Schultess (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 55). — Dans 12 cas d'affections apyrétiques (anémie, arthrite déformante, albuminurie cyclique, diabète, dyspepsie, scarlatine après la défervescence, ostéomyélite apyrétique) les urines ne renfermaient pas d'albumoses. Par contre, sur 38 cas d'affections fébriles, l'albumosurie existait dans 6 cas de scarlatine, 2 cas de rougeole, 6 cas de fièvre typhoïde, 4 cas de pneumonie, 2 cas de malaria, 1 cas d'érysipèle, 2 cas d'angine, etc. L'albumosurie était, dans ces cas de maladies fébriles, très accusée, mais principalement dans la scarlatine. Dans 2 cas seulement de ce groupe l'albumosurie n'était pas certaine, notamment dans un cas de furonculose avec une température de 37°7, et dans un autre d'arthrite du pied accompagnée de fièvre.

En s'appuyant sur ces recherches et sur les faits consignés dans la littérature, l'auteur soutient qu'il existe un rapport constant entre la fièvre et l'albumosurie.

Malaria à forme pernicieuse et comateuse (Blut- und histologische Untersuchungen bei einem Falle von Malaria pernicioso-comatosa), par Jancso (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 1). — Il résulte de l'examen histologique du sang et des viscères d'un homme de 38 ans qui a succombé en 48 heures à une attaque de malaria pernicieuse que le tableau clinique de celle-ci n'est pas dû toujours à l'obstruction des capillaires par les parasites ou par du pigment. L'auteur suppose donc que dans les cas où cette obstruction manque, les symptômes cérébraux graves doivent être attribués à un poison produit par les parasites de la malaria et qui, après avait paru dans le sang au moment de leur division pendant l'accès, exerce une action spéciale sur le cerveau.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques applications du chlorhydrate de phénocolle,

D'après M. le Dr V. Dall'Olio (1).

Le chlorhydrate de phénocolle est une poudre blanche cristalline, très fine, soluble à 17° dans 16 parties d'eau. Ses solutions

1. *Gazetta medica Lombarda*, 1898, p. 34 et suiv.

sont neutres, ont une saveur légèrement salée et amère qui dans les préparations peut être facilement masquée par des sirops, etc.

Après que Kobert, Von Mering, Schmidt, Albertoni eurent démontré par leurs recherches pharmacologiques la parfaite innocuité du phénocolle chez les animaux, cette substance fut employée en thérapeutique. Dès le commencement Herzog, assura que le chlorhydrate de phénocolle était une des conquêtes les plus précieuses de la matière médicale moderne, et les faits semblent justifier cette appréciation.

I

Le chlorhydrate de phénocolle comme antipyrétique, analgésique et antirhumatismal.

Le phénocolle (amido-phénacétine) possède à beaucoup d'égards, une action comparable à celle de la phénacétine, mais certaines propriétés qui tiennent à sa constitution le séparent de la phénacétine et des corps analogues.

L'action antipyrétique et analgésique de la phénacétine est parfaitement conservée dans le phénocolle qui, par sa solubilité et son absorption facile, a une action plus sûre et plus rapide.

Von Mering le premier montra que la dose de 1 gramme de phénocolle chez des fébricitants abaissait la fièvre comme l'auraient fait 1 à 2 grammes d'antipyrine, 0gr80 à 1 gramme de phénacétine, et cela sans provoquer de troubles généraux, cyanose, collapsus, etc., ni sueurs profuses ni exanthèmes.

Cohnheim rapporte cinq cas de fièvre élevée (typhoïde, tuberculose) où le chlorhydrate de phénocolle eut un plein succès en tant qu'antithermique; dans dix cas de névralgies, dans trois cas de rhumatisme, l'action du médicament se montra énergique et prompte.

Balzer confirma cette action antithermique. Matarazzo dit que le chlorhydrate de phénocolle est un analgésique et un antipyrétique très efficace dans les douleurs du rhumatisme musculaire récent et les névralgies d'origine rhumatismale.

Colasanti et Geronzi ont conclu de son emploi dans des cas de grippe, de pneumonie, de fièvre typhoïde, d'érysipèle, de tuberculose, de névralgie et de rhumatisme articulaire que : 1° le chlorhydrate de phénocolle est un excellent antithermique, qui agit au bout d'un minimum d'une 1/2 heure, d'un maximum de 3 à 5 heures; 2° c'est un antirhumatismal utile qui agit à la fois comme antithermique et comme analgésique; cette dernière propriété le fait indiquer pour les névralgies, les douleurs ostéocopes, etc.

Enfin, Cerna et Carter (de Philadelphie) ont établi, par de très nombreuses expériences que le phénocolle est un médicament supérieur à la phénacétine et à l'antipyrine. Il est facilement soluble, absorbé rapidement, éliminé de même. Son pouvoir antithermique est bien net; néanmoins il n'exerce pas d'action secondaire fâcheuse sur la circulation.

II

Le chlorhydrate de phénocolle dans les fièvres malariques.

P. Albertoni (de Bologne), a signalé l'action antimalarique du phénocolle. Les succès d'Albertoni, Prati, Novi, Venturini ont fait dire que le phénocolle avait, dans le traitement des fièvres, une valeur égale à celle de la quinine. Cresciamanno eut des succès dans des cas où la quinine ne produisait pas d'amélioration. Dans 100 cas de fièvre paludéenne invétérée, où les remèdes ordinaires ne réussissaient pas à arrêter l'accès fébrile, Polettini put, par le phénocolle, vaincre complètement l'accès 48 fois; il eut 22 cas incertains et 25 insuccès.

Dall' Olio a fait un large emploi du chlorhydrate de phénocolle dans les régions des rizières, des marais des Pouilles et de la campagne romaine. De nombreuses guérisons ont démontré la très grande valeur antimalarique du phénocolle. Il est à croire que le phénocolle sera le succédané des préparations quiniques applicable au traitement de la fièvre ictéro-hématurique de Tomaselli (de Catane).

Cervello et Micheli ont constaté que ce médicament amenait la diminution de volume de la rate hypertrophiée. G. Righi (de Padoue) résume les connaissances acquises en disant : 1° le chlorhydrate de phénocolle est un antimalarique aussi puissant que les sels de quinine; 2° il n'arrête pas seulement les fièvres de l'impaludisme, mais guérit aussi la tuméfaction de la rate; 3° son action se produit au bout de cinq heures environ, d'où la nécessité de le faire prendre cinq heures avant le début présumé de l'accès; 4° il n'a aucun effet fâcheux.

III

Le chlorhydrate de phénocolle en pédiatrie.

Tripold a largement fait usage du phénocolle chez les enfants; cependant il a eu des cas de collapsus; cela tenait à ce que ses doses étaient trop élevées (jusqu'à 2 gr. par jour). Dall'Olio, qui le premier a couramment employé le phénocolle dans la médecine infantile, n'a jamais eu à noter des symptômes d'intolérance véritable. En règle très générale, le médicament est on ne peut mieux supporté. Il est vrai qu'après l'ingestion du phénocolle surtout dans du vin ou dans une potion alcoolique apparaissent quelquefois sur le visage des plaques rouges qui deviennent confluentes et envahissent toute la face, le cou et la poitrine; mais au bout de deux heures tout a disparu sans que l'enfant ait été autrement incommodé; ce n'est pas là un gros inconvénient.

Maragliano a constaté de son côté que le phénocolle chez les enfants est facile à administrer; qu'il est bien toléré même à l'âge de quelques mois; qu'il s'élimine vite et complètement par l'urine; et que bien rarement, et seulement pour de fortes doses, il y a de légers phénomènes d'intolérance. Dans sept cas de chorée, il a eu six guérisons au bout de quelques jours, et un insuccès. Dans treize cas de coqueluche, il a eu dix guérisons, une amélioration et deux insuccès. Martinez Vargas (de Barcelone), qui a surtout employé le chlorhydrate de phénocolle contre la coqueluche, déduit de ses observations qu'aucun des nombreux médicaments préconisés contre cette affection n'atténue comme le phénocolle les phénomènes mécaniques des accès et ne diminue aussi bien leur fréquence. Il a employé le médicament dans 42 cas de coqueluche; parmi les malades, on compte un homme de 24 ans, un enfant de un mois, cyanosé, un enfant rachitique et atteint de broncho-pneumonie. Chez tous, dès les premières heures, l'amélioration se manifestait. Le lendemain le nombre des accès tombait de 48, par exemple à 8.

Comme Vargas, Paolucci confirme que l'usage du phénocolle ne produit ni nausées, ni vomissements, ni autres troubles chez les enfants. La meilleure manière d'administrer le médicament est de le prescrire dans une solution gommeuse édulcorée à la dose de 1 gramme par jour ou un peu plus.

IV

Conclusion.

De tout cela on peut conclure avec Dall'Olio :

1° Le chlorhydrate de phénocolle est un excellent médicament antipyrétique, analgésique et antirhumatismal.

2° Le chlorhydrate de phénocolle rend de signalés services dans le traitement des fièvres paludéennes, *même dans les cas invétérés qui se sont montrés rebelles aux sels de quinine : il réduit le volume de la rate malarique.*

3° Le chlorhydrate de phénocolle est avantageux dans la *chorée*, la *coqueluche*, et en qualité d'antithermique dans les différentes maladies fébriles.

4° Il est d'administration facile même chez les enfants les plus délicats; il est bien toléré, par les adultes comme par les enfants.

Effets favorables du lactophosphate de chaux dans le traitement de l'acné et de la furonculose,

D'après M. le Dr H. S. Purdon (de Belfast).

Le lacto-phosphate de chaux a été prescrit dans de nombreuses maladies. Il n'est pas sans intérêt de signaler les résultats que M. le Dr H. S. Purdon (de Belfast) a obtenus de son emploi

dans différentes formes d'acné, spécialement dans l'acné hypertrophique, et dans la furonculose. Dans ce derniercas M. Purdon lui associe le fer.

Le meilleur mode d'administration du lactophosphate de chaux consiste à réunir à l'huile de foie de morue, dont la formule suivante présente l'avantage de masquer la saveur :

Eau	30 gr.
Sirop de lactophosphate de chaux	90 gr.
Huile de foie de morue	120 gr.
Essence d'amandes amères	III gouttes
Gomme arabique q. s. p. émulsionner.	

Mêlez la gomme, l'eau et le sirop à consistance de mucilage onctueux. Ajouter l'huile peu à peu en agitant sans cesse, puis mettre l'essence.

Chaque cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de lactophosphate de chaux et 50 p. 100 d'huile de morue.

Le lactophosphate est un médicament reconstituant dont les effets sont particulièrement remarquables sur les échanges nutritifs. Or l'acné n'est qu'une manifestation de la débilité de la nutrition : la dyspepsie existe dans la plupart des cas. Aussi a-t-on les meilleurs résultats en le prescrivant d'une façon systématique dans l'acné et la furonculose, ainsi que le démontre la pratique de M. Purdon (1).

FAITS CLINIQUES

Deux cas de tétanos traités avec succès par l'antitoxine,

Par M. le Dr Robert Glasgow Patteson (de Dublin) (2).

Cas I.— Le premier cas concerne un homme de 40 ans qui avait marché sur une épine, laquelle s'enfonça entre les deux premiers orteils du pied droit. L'épine fut enlevée et la petite plaie paraissait devoir guérir lorsqu'au 7e jour, elle suppura légèrement. Quatre jours plus tard, apparition du trismus et bientôt de contracture douloureuse des muscles du dos. Le lendemain, 12e jour, le trismus était très marqué; la contracture s'étendait aux muscles de l'abdomen et de la nuque; température 37°1, pouls normal. Il dormit bien la première partie de cette nuit, mais à 6 heures du matin il eut pour la première fois un spasme généralisé et très douloureux. Lorsque M. R. G. Patteson le vit dans la matinée la rigidité était plus accentuée que la veille, le spasme des muscles de la face se produisait à l'occasion de l'effort de la parole, la langue ne pouvait être tirée. En somme, tétanos complètement constitué, mais assez rapproché du début. Trois injections de 10 centim. cubes de sérum antitoxique furent faites dans la journée, trois doses de bromure et de chloral furent données la nuit. Il y eut ce jour-là treize crises de contraction douloureuse, mais la température resta normale et le malade put dormir dans l'intervalle des crises.

Le lendemain trois injections de sérum, bromure et chloral : 8 crises de médiocre intensité. Le surlendemain encore 3 injections, le bromure et le chloral sont supprimés : 6 crises dont une très forte. Le 11e jour, 3 injections; 4 crises durant la nuit. Du 5e au 9e jour inclus deux injections.

Le nombre des crises va en décroissant; il n'y en a que trois très légères, le dernier jour. Les autres symptômes s'atténuent. Le dixième jour, pas de sérum, les crises reviennent et on fit les trois dernières injections. Depuis, malgré quelques crises peu intenses les jours suivants, la convalescence suit son cours régulier et rapide. 17 jours après son admission à l'hôpital, le malade put se lever et rentrer chez lui parfaitement guéri quelques jours après.

Cas II. — Un jardinier de 20 ans, 15 jours auparavant, était tombé de voiture et s'était écorché le genou gauche.

Rigidité, trismus, température 38°7, pouls 80; crises fréquentes mais peu intenses.

1. *The Dublin Journ. of. med. sc.*, février 1898, n° 121.
2. *Dublin Journal of medical science*, fév. 1898, p. 104.

Deux injections de sérum de 10 centim. cubes furent données la première journée, trois la seconde. L'opistothonos est plus marqué, la température monte à 40°, mais redescend le lendemain à la normale. Le 3e jour 2 injections seulement : le malade put s'alimenter. Le 4e jour, 3 injections : Les symptômes s'atténuent, les crises s'espacent, le malade reprend sa gaieté. Le 5e jour, une injection; le 6e, la température remonte à 38°6°; 3 injections dans la journée; le soir, température normale. Depuis ce jour l'amélioration se poursuivit; il eut en tout 13 injections. Le 12e jour il était en convalescence et 15 jours après il reprenait son emploi.

Il n'est pas évident que le sérum antitétanique ait guéri ces deux malades; sur ce point on peut discuter. Mais il est toujours intéressant de faire connaître des cas de guérison de tétanos avec le sérum comme moyen de traitement. Dans le premier cas surtout, de M. Patteson, il semble bien que l'amélioration était en relation avec les injections; dans les deux observations on avait affaire à un tétanos au début, il est vrai, mais déjà parfaitement caractérisé; enfin il est à remarquer que des cas de cette intensité sont mortels ordinairement.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Sphacélotoxine.

Définition. — La sphacélotoxine est le principe actif du seigle ergoté. C'est une substance non azotée qui, à l'état de pureté, est extrêmement active et qui ne perd pas ses propriétés quand elle est combinée à certains corps neutres ou légèrement acides (Jacobj). Cette substance, qui est l'élément actif de toutes les préparations d'ergotine ou d'ergotinine (y compris l'ergotinine de Tanret) est très instable. Elle donne, combinée à un autre principe, l'*ergochrysine*, retiré également de l'ergot de seigle, mais celui-là absolument inactif, un composé stable désigné sous le nom de *chrysotoxine*, qui doit être seule employé dans la pratique. L'activité de la chrysotoxine est proportionnelle à la quantité de sphacélotoxine qu'elle contient.

Solubilité. — La sphacélotoxine est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et la glycérine. La chrysotoxine se trouve dans le commerce sous forme de solution sodée, laquelle est suffisamment soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La sphacélotoxine est un hémostatique puissant. Elle élève la pression sanguine en sollicitant la contraction des fibres musculaires lisses des vaisseaux. Elle ralentit par suite considérablement la circulation périphérique.

En outre elle agit d'une façon élective sur l'utérus dont elle sollicite les contractions. A ce titre elle sera prescrite avec succès dans les métrorrhagies de causes diverses. La sphacélotoxine a l'avantage sur les préparations de seigle ergoté de ne pas tétaniser le muscle utérin : elle provoque simplement des *contractions péristaltiques*. Les contractions tétaniques produites par l'ergot et qui l'ont fait bannir de la thérapeutique obstétricale, ou qui ont du moins considérablement restreint ses applications, doivent être attribuées à d'autres éléments du seigle ergoté, probablement à la cornutine de Kobert.

En d'autres termes, l'expérimentation démontre que la sphacélotoxine serait capable d'accélérer le travail, ou mieux de provoquer un travail d'*accouchement identique au travail normal*, sans présenter d'inconvénient pour la mère, les contractions de l'utérus ne prenant jamais, comme avec l'ergot, le caractère tétanique (Jacobj). On entrevoit les applications de cette substance au traitement de l'inertie utérine.

En résumé, la sphacélotoxine qui doit, nous le rappelons, être prescrite sous le nom de solution de chrysotoxine-sodium, est susceptible de rendre en clinique les plus grands services :

1° Dans les hémorrhagies et spécialement les métrorrhagies.
2° Dans l'inertie utérine.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 4 à 10 centigrammes par injection et par 24 heures (sphacélotoxine). Les doses sont doubles pour la chrysotoxine-sodium.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats :* Très douloureuse localement.
b) *Eloignés :* L'action sur les vaisseaux, l'utérus se produit 4 à 15 minutes après l'injection.

FORMULES

Sphacélotoxine	0 gr. 40
Alcool à 45°.	àà 5 gr.
Glycérine.	àà 5 gr.

1 à 2 1/2 centim. cubes.

(Freund.)

Solution de chrysotoxine-sodium. .	0 gr. 60
Eau distillée	10 gr.

1 à 2 1/2 centim. cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Etude de déontologie hospitalière.

Comment peut-on profiter le mieux du temps d'externat et d'internat?

Par P. Le Gendre,

Médecin de l'hôpital Tenon.

Voici l'époque où les services de nos hôpitaux voient se renouveler le personnel des internes et des externes. Les élus des derniers concours, après les tribulations des épreuves, ont encore eu celles du *choix des places*. Car, par un phénomène singulier, quoiqu'on n'ait pas nommé plus d'élèves qu'il n'y avait de places disponibles, les chefs de service ont vu se succéder dans leurs cabinets de consultation une théorie de jeunes gens éplorés en quête d'emploi; cette situation anormale ne peut s'expliquer que par un abus ancien, mais de plus en plus accentué, l'incorrecte habitude prise par certains élèves de retenir une place dans plusieurs services pour la même année, ou d'aller les demander avant la fin du concours, quand ils n'ont encore subi qu'une partie des épreuves. Il me semble qu'il serait urgent de porter remède à ce désagrément créé à la majorité par une minorité sans gêne. La meilleure manière serait peut-être que le choix des places ne pût être effectué de gré à gré entre les chefs et les candidats, et qu'il ne pût avoir lieu qu'à la fin du concours dans l'ordre des nominations; cela serait plus équitable. Tout au moins serait-il nécessaire que l'Administration établît chaque année et affichât dans le bureau du Service de santé la liste des places retenues par les internes pour les 4 années et par les externes pour les 3 années à venir.

Dans le choix de leurs places, les jeunes gens ne sont pas toujours bien inspirés; on les voit souvent rechercher pour leurs premières années des services de spécialités, alors que leur instruction générale est encore insuffisante. Il convient aussi de les mettre en garde contre la tendance à se spécialiser d'une manière absolue et prématurée en médecine, en chirurgie ou en obstétrique. Cette tendance n'est déjà pas à encourager chez ceux qui se destinent à affronter les concours supérieurs; autrefois il était admis que les futurs médecins faisaient une année d'internat en chirurgie et les futurs chirurgiens une année de médecine; aujourd'hui on peut voir des chirurgiens et des accoucheurs qui n'ont suivi de service de médecine que comme externes, et il est permis de le regretter pour leurs malades. Cette mauvaise entente des conditions favorables à leur instruction est plus frappante encore quand il s'agit de jeunes gens — et ce sont nécessairement les plus nombreux — qui sont destinés à la pratique générale de notre profession.

Quoi qu'il en soit, au moment où les nouveaux promus vont prendre leurs places parmi nous, peut-être liront-ils sans déplaisir quelques réflexions d'un de leurs chefs qui n'est pas encore assez vieux pour être taxé de *laudator temporis acti*, mais qui a pu déjà pourtant acquérir une certaine expérience des choses hospitalières.

On a beaucoup critiqué depuis quelques années le fonctionnement de nos hôpitaux; ces critiques ont été souvent injustes; quelques-unes étaient justifiées. Efforçons-nous de ne plus mériter celles-ci. Pour juger sainement de *nos devoirs* et de *nos droits*, nous ne devons pas perdre de vue le double caractère de nos hôpitaux. Avant tout, nous ne l'oublions jamais, doit passer l'intérêt des malades; les élèves internes et externes nous sont adjoints pour nous aider à les soigner. Mais c'est aussi pour faire de ces jeunes gens des médecins instruits que la Ville de Paris, soucieuse de contribuer pour sa part à assurer le bon renom de la médecine française, s'impose chaque année de lourds sacrifices (amphithéâtre des hôpitaux, laboratoires de plus en plus nombreux). L'enseignement de la médecine ne peut être comparé à aucun autre, parce que l'exercice de cet art comprend d'innombrables détails que peut seule nous apprendre la fréquentation assidue des malades et de maîtres rompus aux difficultés sans cesse renaissantes de la clinique. C'est un art dont les traditions doivent être transmises oralement. Il faut que les hasards de la clinique amènent peu à peu sous nos yeux les multiples cas de la pratique et que le maître puisse faire vérifier chaque jour par l'élève les signes qu'il constate. D'où l'impossibilité pour un maître d'instruire réellement plus d'un petit nombre d'assistants; un malade ne doit être examiné chaque matin que par peu de personnes; autrement il en résulterait une fatigue préjudiciable à son état.

La clinique hospitalière est un véritable *enseignement mutuel*, où chacun apporte sa part de collaboration. Non seulement l'instruction descend l'échelle hiérarchique du chef à l'interne, aux externes et aux stagiaires, mais l'échange se fait de bas en haut d'une façon aussi certaine, quoique moins évidente; les questions posées par un débutant suggèrent au plus expérimenté des réflexions fort utiles, l'obligent à approfondir des sujets qu'il croyait mieux savoir. Aussi les meilleurs élèves sont-ils les plus curieux et les plus questionneurs. Leurs questions peuvent plus d'une fois nous mettre dans l'embarras; notre devoir est de ne pas cacher nos incertitudes. Affirmer un diagnostic sans arguments suffisants est d'un mauvais exemple; nous ne devons pas, pour conserver plus de prestige aux yeux de nos élèves, trancher de l'infaillibilité, leur laisser prendre l'habitude de confondre la certitude et la vraisemblance, encore moins l'hypothèse. La loyauté intellectuelle est le premier devoir d'un maître digne de ce nom.

Si nous devons à nos élèves les explications les plus complètes sur l'évolution et le traitement des maladies que nous soignons sous leurs yeux et tous les conseils qui peuvent leur être utiles pour la direction de leurs études, leurs lectures, leur manière de travailler et leurs plans d'avenir, nous avons le droit de leur demander en échange certaines qualités : la formule traditionnelle qui consacre les devoirs de l'élève dans un service d'hôpital veut qu'il fasse preuve d'*exactitude*, de *zèle* et de *subordination*; elle est en somme satisfaisante — à la condition d'être un peu commentée.

Au troisième terme, un peu trop militaire, je substituerais volontiers celui de *déférence*, qui implique plutôt une idée de confiance affectueuse nuancée de respect, et pour ma part je serai toujours satisfait d'être traité par mes élèves comme un frère aîné présentement, et un peu plus tard comme un père.

Je voudrais que la formule fît de plus mention des *égards pour les malades*.

L'exactitude doit être prise dans le sens le plus étendu. Il ne s'agit pas seulement de venir chaque jour, il faut encore arriver à l'heure convenue. Chaque chef de servive a des habitudes, qui lui sont généralement imposées par les nécessités professionnelles et l'éloignement de sa demeure. Il est nécessaire que les élèves arrivent quelque temps avant lui; cela importe au bien de tous. Le temps dont on dispose chaque matin étant mesuré, si les malades n'ont pas déjà été vus quelque peu par l'interne et les externes avant l'arrivée du chef, celui-ci est obligé de poser une foule de menues questions, perdant ainsi un temps qui serait mieux employé à l'instruction des élèves. N'est-il pas en outre indispensable qu'un futur médecin acquière, s'il ne la possède naturellement, cette qualité précieuse, l'exactitude aux

rendez-vous, faute de laquelle il sera plus tard fort gênant pour ses confrères et ses clients, et par suite moins souvent consulté?

D'ailleurs l'étudiant en médecine doit se pénétrer avant tout de cette pensée que l'hôpital est le seul endroit où il peut *apprendre son métier*; non seulement il y trouve les connaissances scientifiques, mais il y doit prendre les habitudes d'esprit et de caractère qui lui seront nécessaires dans l'avenir. On ne saurait trop répéter aux débutants que, pour exercer la profession de médecin, il ne suffira jamais d'avoir appris la structure du corps humain, ses maladies et les meilleurs traitements à leur opposer. On peut être un anatomiste et un physiologiste, un pathologiste et un thérapeutiste, on n'est pas encore pour cela un médecin, j'entends un homme capable d'être toujours utile aux autres hommes malades, sinon en les guérissant, du moins en les aidant autant que possible à se guérir et en adoucissant leurs souffrances physiques et morales indissolublement unies. Pour remplir, je ne dirai pas complètement ni toujours — car c'est presque au-dessus de l'effort humain, — mais le plus souvent possible et sans trop d'indignité, cette tâche, la plus belle que puisse assumer l'homme, il faut s'y préparer longtemps par une initiation graduelle; il faut se dépouiller peu à peu de nombreux défauts physiques, intellectuels et moraux et conquérir certaines qualités que le temps seul peut donner.

Mais, dira-t-on, vous allez décourager les débutants en leur représentant que la carrière est si difficile. A vrai dire, il n'y aurait pas grand mal à en décourager bon nombre; la carrière n'est que trop encombrée; elle le serait moins si elle n'était parcourue que par ceux-là seuls qui ont, comme disaient les anciens moralistes, les vertus de leur habit. D'ailleurs j'ajouterai que ces vertus ou ces qualités, pour parler moins ambitieusement, ne sont au-dessus d'aucune bonne volonté. Quelles sont les *vertus cardinales du médecin?* Une patience d'une trempe inaltérable, un alliage heureux de douceur et de fermeté, une observation scrupuleusement attentive et toujours en éveil des choses physiques et morales. Si on a ces qualités primordiales les autres viendront par surcroît et par voie de conséquence. Or beaucoup d'entre nous ne sont ni patients, ni doux, ni fermes, ni attentifs par don de nature; mais je pense que tous ou à peu près nous pouvons devenir tels par un exercice d'abord volontaire, et persévérer par habitude. Pour être devenus tels quand ils seront médecins, les étudiants doivent s'y exercer à l'hôpital.

C'est là seulement qu'ils peuvent *apprendre à interroger* minutieusement et habilement les malades, se résignant à écouter beaucoup de paroles inutiles pour en extraire quelques renseignements précieux, s'essayant à conduire un interrogatoire sans laisser l'interrogé s'égarer trop longtemps loin de la question, sans toutefois décourager le besoin ressenti par toute créature souffrante de faire ses confidences à ses semblables. C'est un rôle de juge d'instruction bienveillant et de confesseur indulgent qui est à la base de la clinique.

De tels interrogatoires sont plus faciles en un sens, plus difficiles à un autre point de vue, à l'hôpital que dans la pratique urbaine. La psychologie de nos hospitalisés est moins complexe en général que celle de nos clients; aussi est-ce un bon terrain pour les débutants; toutefois les personnes qui viennent occuper les lits de nos hôpitaux appartiennent encore à des professions et à des conditions sociales bien diverses. D'autre part le voisinage des autres malades gêne assez souvent le malade d'hôpital pour nous faire toute sa confession. Aussi l'élève qui désire faire un bon interrogatoire doit-il aborder son malade avec politesse, aménité et cordialité, sans cependant se montrer ni trop timide, ni trop protecteur. On ne peut mieux donner le ton à la moyenne des élèves qu'en leur conseillant de procéder à l'hôpital exactement comme ils feraient en ville pour un client, c'est-à-dire de se composer l'air de visage, l'intonation, le maintien même, que doivent suggérer à tout homme de tact l'inspection rapide de son interlocuteur au point de vue du sexe, de l'âge, de l'expression du visage et la connaissance de sa profession, fournie à l'hôpital par la lecture de la pancarte d'identité. Pour faire des progrès dans l'interrogatoire, il faut être animé soit du désir de plaire à l'interrogé et d'acquérir sa confiance, soit d'une curiosité sans cesse en éveil. Un vrai clinicien doit prendre toujours plaisir à écouter l'histoire d'un malade; mais il faut *que sa curiosité soit bienveillante et se manifeste avec discrétion.*

Pour apprendre à interroger il faut avoir d'abord assisté à un interrogatoire bien conduit. C'est au chef de service à donner l'exemple; l'interne et les externes l'imiteront de leur mieux. Mais une première condition est requise pour que dans un service les malades prennent confiance dans le personnel médical, c'est que celui-ci ne s'écarte jamais de la *correction dans son maintien et dans ses paroles.*

Nous devons tous montrer que notre unique désir est de soigner les malades au mieux de *leur* intérêt et non pas seulement de les étudier comme des *sujets* qui nous intéressent scientifiquement. Il ne faut pas que les élèves tiennent à trop haute voix des propos peu en harmonie avec un lieu où d'autres hommes souffrent et agonisent, ni qu'ils échangent entre eux sur les malades des remarques de nature à inquiéter ceux-ci ou à les affliger; à peine osé-je rappeler qu'il serait inexcusable de faire allusion à des autopsies passées ou futures en termes intelligibles pour les malades.

La *manière de suivre la visite* n'est pas indifférente; que viennent faire à l'hôpital des étudiants qui circulent autour des lits en parlant uniquement de ce qui se passe au dehors, voire en lisant le journal? Je ne puis cacher non plus que je trouve blâmable l'habitude qu'ont prise quelques-uns de s'asseoir sur le lit même du malade au risque de l'incommoder, sinon de le faire souffrir.

Pour l'*examen physique des patients* certaines précautions doivent être prises. On ne doit pas commencer, comme je l'ai vu faire trop souvent, par découvrir d'un seul coup le malade en arrivant auprès de lui, sans l'avoir averti; ce défaut d'égards est particulièrement révoltant s'il s'agit d'une femme ou d'une personne âgée. Sans doute on doit tout voir, mais on arrive toujours à le faire en procédant avec douceur et méthode, par approches successives; il ne s'agit pas là d'une prise d'assaut. Il ne faut jamais palper la peau, surtout sur l'abdomen, avec des mains brusques ni froides; sans parler du malaise et de la contrariété qui en résulteraient pour le malade, un examen aussi maladroit ne donne que des résultats nuls ou incomplets, de même qu'une percussion brutale. Il faut encore user de plus grands ménagements pour le toucher vaginal ou rectal.

*
* *

La partie la plus importante du RÔLE DES EXTERNES est la *rédaction des observations*; il ne serait pas mal qu'on donnât de temps en temps ce sujet en question d'externat; les candidats seraient amenés ainsi à y réfléchir et le sujet en vaut la peine. Il est indispensable au bien général que toutes les observations soient prises et tenues à jour. C'est la seule manière d'obliger les élèves à étudier chaque cas sérieusement, à en suivre l'évolution; il n'est pas excessif de dire que l'on ne connaît bien une maladie qu'après avoir pris jour par jour des observations de malades qui en sont atteints; c'est seulement ainsi qu'on passe du schéma nosographique à la vérité clinique. C'est aussi le seul moyen de ne pas laisser perdre tant de documents cliniques qui tombent à l'oubli chaque jour, malgré la bonne volonté des chefs de service dont la mémoire ne peut retenir tant de faits. Telle observation, qui paraissait banale au moment où le malade est entré à l'hôpital, acquiert à l'improviste de l'importance par l'apparition d'une complication ou par la marche ultérieure. Si toutes les observations ne sont pas recueillies systématiquement, les débuts manquent alors ou sont inexactement reconstitués; ainsi on risque de fausser le sens réel du fait. Maintenant que l'organisation des circonscriptions hospitalières ramène au même hôpital les malades qui souvent demandent à être replacés dans le service où ils ont déjà été soignés, si on a pris bien l'observation une première fois, c'est une économie de temps de n'avoir qu'à la remettre au courant. Quant au meilleur plan à suivre pour recueillir une observation, il n'y a pas lieu de donner aux élèves un conseil général, chaque chef de service ayant à cet égard ses préférences particulières.

Les externes ne doivent pas négliger la *tenue des cahiers de visite*; tout relâchement sur ce point entraîne bien des désagréments au point de vue de la distribution régulière des médicaments prescrits.

Ils doivent pratiquer l'*analyse des urines de chaque malade*

entrant; aucune observation n'est complète sans cela, et l'habitude qu'ils auront prise ainsi à l'hôpital, ils la conserveront pendant toute leur pratique personnelle, assurés d'éviter ainsi beaucoup d'erreurs de diagnostic et d'en corriger qui avaient été commises, condition importante de succès dans la clientèle.

Ils feront sagement de s'exercer à appliquer avec douceur et dextérité les moyens thérapeutique qui, sans être difficiles, exigent encore un certain apprentissage, si on veut ne pas paraître trop novice au client : *lavage de l'estomac, électrisation, massage, cathétérismes*, etc.

Quand ils ont à pratiquer des *autopsies*, ils doivent les faire méthodiquement et complètement, même si le chef de service n'a pas témoigné le désir de voir toutes les pièces; c'est seulement ainsi qu'ils arriveront à acquérir des connaissances positives en anatomie pathologique. Là comme en clinique, tout ce qu'on n'a pas *vu*, on ne le sait guère, malgré toute la science « livresque », eût dit Montaigne.

Enfin je ne puis résister au désir de dire aux externes ce que je pense des *conférences d'internat*. Trop nombreux sont ceux qui croient devenir plus vite internes en se consacrant uniquement à ce travail des conférences, en y sacrifiant même le travail personnel qui a la clinique pour base. Les conférences d'internat ont une utilité à la condition que les internes qui les dirigent comprennent leur rôle et aient en vue l'intérêt réel des externes qu'ils préparent, non pas leur intérêt personnel; ces réunions ont surtout pour but d'apprendre à traiter une question avec méthode par écrit et verbalement. Les meilleurs chefs de conférence ne sont pas ceux qui encouragent l'érudition fine, la recherche des petits détails; ce ne sont pas davantage ceux qui dictent à leurs auditeurs des plans tout faits! L'élève doit apprendre à faire lui-même un plan et non pas chercher à retenir ceux qu'on lui suggère.

Les meilleurs sujets qu'on puisse donner à traiter aux élèves sont d'importantes questions de pathologie générale et de séméiologie. Mais pas d'indications bibliographiques trop nombreuses, et surtout peu ou pas d'historique! Les chefs de conférences ont quelquefois le tort de faire subir aux candidats à l'internat la préparation qu'ils font eux-mêmes pour des concours d'adjuvat, de médaille ou de prosectorat. Le temps perdu à lire des détails trop nombreux sur des questions rares dans des monographies qu'on ne se procure qu'à la bibliothèque serait employé mieux par beaucoup d'externes à lire chaque jour dans l'un ou l'autre des traités récents les maladies que les hasards de la clinique leur mettent sous les yeux; les notions acquises ainsi peu à peu par l'étude parallèle du malade, du livre et du cadavre sont les seules qui se fixent d'une façon durable dans la mémoire pour toute l'existence. Les seules lectures théoriques faites en vue de la conférence ne serviront guère au futur médecin dans l'exercice de sa profession; ce qu'il apprend à l'hôpital et à l'occasion de l'hôpital, voilà le trésor de guerre pour l'avenir dans la lutte pour la vie. Ce qui me fâche quand je vois des externes négliger leur service pour courir plus vite à la bibliothèque, n'écouter que d'une oreille distraite ce qu'on dit devant eux quand le sujet ne leur paraît pas être de ceux qui peuvent être donnés comme questions d'écrit ou d'oral au prochain concours, c'est qu'ils lâchent la proie pour l'ombre. Parmi eux, ceux qui arriveront à l'internat par un coup de chance, profiteront mal de ce temps d'études pratiques parce qu'ils s'y seront mal préparés, faute d'avoir appris auparavant des éléments suffisants de technique clinique. Et ceux qui auront échoué à l'internat auront complètement perdu leur temps d'externat, n'ayant meublé leur cerveau que de notions théoriques. Mieux vaut certes avoir été un bon externe qu'un médiocre interne.

*
* *

Quant à Messieurs les INTERNES, si quelques conseils peuvent leur être donnés, je pense que ce sont les suivants.

Ce leur est un mince avantage d'être nommés *trop jeunes*; si leur préparation a été exclusivement théorique, s'ils sont trop peu avancés dans leurs études médicales, l'*internat* leur sera moins profitable que s'ils ont plus de maturité.

Qu'ils soient *exacts à la visite*, qu'ils aient déjà pu examiner rapidement les malades *avant l'arrivée de leur chef* afin de le mettre au courant de ce qui s'est passé depuis la veille, cela est indispensable.

Surtout que l'interne fasse régulièrement et longuement la *visite du soir*; c'est là qu'il apprendra le plus; seul avec le malade, il pourra pousser à fond les interrogatoires délicats, multiplier les modes d'examen pour éclaircir les questions obscures. C'est à ce moment que l'interne se sent vraiment chez lui dans ses salles et je me souviendrai toujours de l'intime satisfaction avec laquelle j'ai fait ma première contre-visite. A cette époque, déjà lointaine, hélas! les internes méritaient mieux leur nom que maintenant; tous ou à peu près nous faisions salle de garde et logions dans l'hôpital.

Je sais tel collègue qui a passé ses quatre années d'internat à l'hôpital Saint-Louis et qui restait souvent plusieurs semaines sans en sortir. Que de choses on apprend ainsi par l'incessante fréquentation des malades... *surtout quand on monte régulièrement ses gardes!* Car au cours d'une garde bien montée dans un grand hôpital les incidents de toute sorte surgissent, exigeant souvent une prompte décision, obligeant à réfléchir, à compulser les livres, à se concerter avec des collègues plus anciens.

Si l'interne veut prendre dans le service l'*autorité* qui lui appartient, il ne suffit pas qu'il porte une calotte; il doit par sa tenue, sa politesse, sa fermeté et son équité savoir inspirer le respect. Il doit, suivant les cas, défendre les malades contre le personnel infirmier et celui-ci contre les malades. S'il agit avec discernement, il est toujours certain d'être soutenu par son chef; il lui faut souvent faire preuve d'un *tact* délié; c'est encore à ce point de vue que l'hôpital est excellent pour initier le futur médecin aux innombrables difficultés d'ordre psychologique qui surgiront pour lui dans la clientèle.

Déjà il pourra s'exercer à pratiquer les lois de la *déontologie* médicale, en recevant avec courtoisie les confrères qui viendront dans son service et il évitera avec grand soin de les froisser directement ou indirectement par son attitude ou ses paroles. Quand il aura appris d'un malade le diagnostic porté et le traitement institué par un médecin de la ville, il n'aura jamais le mauvais goût de faire à ce sujet la moindre réflexion désobligeante, même s'il juge qu'il y a eu erreur commise. Car il se souviendra que les *égards entre confrères* peuvent seuls inspirer au public le *respect de notre profession*.

L'interne doit encore aider son chef à apprendre aux externes et aux autres élèves qui suivent la visite à examiner les malades; il est le *maître-répétiteur de propédeutique*, c'est pour cela encore qu'il ne doit pas entrer en fonction trop jeune et insuffisamment préparé lui-même.

Dès le début de son internat il s'empresse, depuis quelques années, d'aller s'initier dans un *laboratoire* aux éléments de la *bactériologie* pratique; empressement louable, initiation indispensable. Mais, cet apprentissage terminé, il ne sera pas également utile à tous de continuer à consacrer chaque jour la plus grande partie de leur temps au laboratoire; car ce serait fatalement au détriment de la clinique. Il faut longtemps ausculter pour arriver à bien le faire et le temps n'est pas encore venu où les rayons Röntgen dispenseront de savoir ausculter.

Recueillir avec le plus grand soin le plus grand nombre possible d'observations, et à propos de chaque cas difficile lire et relire tout ce qui a été écrit d'important dans le présent et dans le passé, en utilisant d'abord la bibliothèque de la salle de garde, puis celle de la Faculté, en remontant aux sources, aux mémoires originaux, voilà le vrai moyen de devenir un pathologiste et un clinicien consommé! C'est à l'interne et non à l'externe que conviennent les recherches bibliographiques et l'érudition scrupuleuse. Et quand il aura ainsi pendant trois années garni ses cartons de faits minutieusement observés et ses dossiers d'études mises au point sur les grosses questions de la pathologie, un beau jour il verra surgir le sujet de thèse ou de mémoire qui couronnera son temps d'internat.

Alors, bien armé au point de vue des connaissances techniques, assoupli aux habitudes d'esprit et de caractère qui sont indispensables à l'exercice correct de l'art médical, il pourra, — malgré la dureté des temps — entrer sans trop d'inquiétude dans l'arène professionnelle.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Mort apparente à la suite d'une métrorrhagie post-partum. Rappel à la vie par l'injection hypodermique d'eau salée.

Par M. le Dr Gimbert (de Cannes).

Cette note est l'histoire clinique et surtout thérapeutique de la résurrection d'une dame tombée sous nos yeux dans un état de mort apparente manifeste, à la suite d'une hémorrhagie puerpérale effroyable.

Elle contient l'examen critique des différents procédés mis en œuvre pour ramener le sujet à la vie. Elle a pour but de mettre de nouveau en relief la grande puissance de l'injection hypodermique d'eau salée dans les cas de ce genre, et de contribuer à la généralisation de son emploi dans les désordres consécutifs aux hémorrhagies graves en général.

Un matin de février 1897, nous fûmes appelé d'urgence auprès de Mme X..., pour faire une application pressante de forceps au détroit inférieur. Un travail de 12 heures avait épuisé la parturiente, la tête de l'enfant restait au passage et sa vie était en péril.

La patiente habitait à 3 kilomètres de notre domicile. Pendant que nous faisions diligence, les contractions reprirent une certaine vigueur et lorsque nous arrivâmes l'enfant était venu au monde très vivant. Si la nature épargna à la mère une intervention chirurgicale, elle fut chez elle la cause d'une hémorrhagie grave qui rendit notre intervention très pressante, et on peut le dire, providentielle, car sans elle nous aurions eu un désastre.

Dès notre arrivée, on nous présentait un vase de nuit rempli de sang expulsé avec l'enfant et nous constations simultanément que la perte continuait son cours, que le lit s'inondait. La quantité de liquide pouvait être évaluée à un litre et demi.

La situation nous parut d'emblée très grave. Une perte continue aussi importante ne pouvait être causée que par un décollement intérieur de l'adhérence placentaire. Nous fîmes part de nos alarmes à l'entourage qui paraissait rassuré parce que dans des accouchements antérieurs — nous étions au quatrième — Mme X.., avait déjà eu des accidents de ce genre très alarmants et qu'elle avait toujours repris le dessus.

Quoiqu'il en soit, le sang coulait à flots, la matrice inerte, remplie de sang débordait l'ombilic, le pouls fuyait, les forces diminuaient à vue d'œil.

L'accouchée était en péril, elle allait peut-être succomber si on ne mettait instantanément un terme à cet effroyable accident. Il était 8 h. 1/2 du matin. Sans perdre une minute, nous essayâmes de comprimer l'aorte qu'il était difficile d'atteindre à cause de la distension de la matrice. En même temps, avec la main libre, nous excitions les contractions de la matrice en promenant sur le ventre des serviettes roulées trempées dans l'eau bouillante, en injectant de l'ergotine sous la peau, en donnant à boire des stimulants énergiques.

L'utérus vivement excité se contracta rapidement; en 3 minutes il revenait sur lui-même. Nous pûmes alors délivrer la patiente déjà baignée dans son sang et de nouveau inondée à la suite de l'expulsion du délivre. L'hémorrhagie s'arrêta. Relever le siège, laver antiseptiquement, garnir de ouate au salol, fut le dernier terme rapide de l'opération.

Mais, hélas! la perte, qu'on pouvait évaluer à plus de 3 litres en tout, avait épuisé la résistance du sujet qui était pourtant sérieuse. Il sentit ses forces s'éteindre, fit ses adieux à l'entourage et s'affaissa en présentant tous les signes apparents de la mort.

Instantanément le corps, la tête surtout diminuèrent de volume. La peau fut glacée comme celle d'un cadavre. Il n'y eut plus de battements de cœur, plus de pouls, plus de respiration, plus de réflexes d'aucun genre. Sur-le-champ nous fîmes placer le corps en travers du lit, la tête placée très bas sur les genoux de l'accoucheuse, les pieds surélevés. Pendant qu'on faisait des insufflations d'air bouche à bouche, des tractions rhythmées de la langue pour exciter les réflexes respiratoires, on essayait de provoquer le réveil du plexus cardiaque par des applications d'eau bouillante, les réflexes oculaires, plantaires, pulmonaires par des excitations variées. Hélas! rien ne bougeait. Nous n'étions pas en présence d'un syncope, les vaisseaux étaient vides, il fallait les remplir.

Un transfusion s'imposait, le mari offrait sa veine. Nous lui substituâmes l'injection hypodermique d'eau salée.

La chance avait placé à nos pieds une casserole en fer battu neuve, contenant de l'eau filtrée bouillie qui devait servir au lavage intra-utérin. Dans 300 grammes de cette eau, nous fîmes dissoudre une cuillerée à café de gros sel gris cristallisé soit environ 3 grammes ou 3 gr. 5 de sel. A l'aide de notre seringue dont la capacité est de 20 centimètres cubes, nous fîmes incontinent une série d'injections hypodermiques tandis qu'on continuait à exciter les réflexes.

Nous fîmes ainsi passer 40 centimètres cubes de cette solution par une piqûre faite dans la fesse gauche, sans résultat. Il était 9 h. 10. Sans nous déconcerter, nous fîmes immédiatement une injection de 20 centimètres cubes dans le mollet droit. Pendant l'opération, nous constations que la bosse saline gauche disparaissait et, à la fin des 60 centimètres cubes, le sujet poussa un petit cri. Pourtant le cœur ne bronchait pas en apparence. Nous injectâmes une quatrième seringue pendant qu'on excitait les réflexes respiratoires et cardiaques et nous sentîmes alors des oscillations faibles, mais vraies dans l'artère radiale droite, quelques contractions de la face, des mouvements réflexes dans les paupières à la suite des attouchements de la conjonctive, des retraits volontaires de la langue qui était

encore pincée et tirée rhythmiquement au dehors, et quelques mouvements d'inspiration. Nous assistions au réveil des fonctions.

Nous chargeâmes une cinquième fois la seringue, mais notre solution n'étant pas stérilisée et redoutant des abcès dont l'importance en général est en partie liée à la proportion des liquides injectés, nous différâmes cette intervention qui, heureusement, ne fut pas nécessaire.

Nous fîmes déglutir coup sur coup à grand'peine d'abord du café très chaud, puis du bouillon bouillant et du cognac. Peu à peu le sujet reprit connaissance, les deux radiales battirent à l'unisson, les bruits du cœur se firent entendre, la respiration devint plus profonde, la peau se réchauffa. Le retour des fonctions était effectué. Il était alors 10 h. moins le quart. A 11 h. la résurrection était assurée. A midi, on retira doucement les linges souillés, on replaça le sujet dans son lit, la tête basse, les pieds élevés. A 3 h. de l'après-midi tout danger de syncope étant éloigné, nous pûmes quitter le lieu de l'action pour quelques heures, laissant à la garde compétente des seringues chargées.

Le soir, vers 6 heures, nous eûmes une fièvre de réaction de 38° qui ne laissa aucune fatigue apparente; toute la nuit et les jours suivants, on continua l'usage des reconstituants.

Le lendemain la piqûre de la fesse droite fut gonflée, douloureuse, rouge. Nous crûmes à l'imminence d'un abcès. C'était une pure irritation sans conséquence. Nous nous aperçûmes alors qu'il y avait parésie de la vessie, parésie de l'intestin. Au cinquième jour, il s'établit une fièvre violente avec frisson qui bouleversa tout le monde. Elle fut d'abord intermittente, puis continue à 39°, 40° et nous crûmes à une fièvre puerpérale qui s'évanouit avec une forte débâcle spontanée que nous avions vainement provoquée.

Au 9e jour se manifestèrent les premières douleurs d'une phlébite de la veine fémorale gauche qui dura deux mois. Néanmoins peu à peu tous ces troubles se dissipèrent et la malade était guérie au moment de son départ de Cannes, fin mai.

Cette observation fourmille d'enseignements de tous genres. Toutefois nous ne nous occuperons que de la question thérapeutique, qui est neuve et palpitante et qui est le but de ce petit travail.

Il nous semble difficile de contester la puissance primordiale du sérum dans cette circonstance. Le traitement physiologique, tractions rhythmées de la langue, insufflations d'air, excitation directe des réflexes classiques, a contribué sans doute à stimuler le fonctionnement des organes, alors que la vie était revenue dans le cœur; mais il avait été notoirement impuissant avant ce moment.

La vie, du reste, devait être ramenée par une réplétion du cœur que l'excitation ne pouvait fournir, que le sérum seul pouvait donner.

Le lecteur nous demandera pourquoi nous avons préféré une injection hypodermique de sérum à une injection intra-veineuse — pourquoi nous avons refusé la transfusion sanguine intra-veineuse ou hypodermique — pourquoi nous avons injecté des doses si modestes de sérum, alors qu'on en imbibe les malades.

D'abord, en pareilles circonstance, le devoir est de ne pas perdre une minute et d'employer le procédé le plus rapide, celui qu'on a sous la main.

Pour faire une transfusion sanguine, intra-veineuse ou hypodermique, il fallait être outillé. Nous n'avions sous la main que notre seringue de 20 centim. cubes qui, bien que parfaite, était insuffisante pour cette opération. Il fallait disséquer la veine d'un sujet exsangue, ce qui n'eût pas été facile, ni rapide, et faire une phlébotomie sur le mari. Tout cela eût été trop long. En tous cas une injection hypodermique de sang n'eut peut-être pas été suivie d'une absorption assez rapide et assez complète. Nous ne pouvions donc pas compter sur une action immédiate qui était impérieusement urgente.

Le sérum, quoique improvisé et défectueux, était d'un emploi facile. Nous connaissions d'avance ses avantages, ses inconvénients, sa puissance régénératrice; nous lui donnâmes la préférence. L'hypodermothérapie nous parut être ici la méthode indiquée. Nous verrons pourquoi. Dans les syncopes graves, la peau absorbe quand même les liquides injectés. Si à l'heure actuelle, le sujet était en état de mort apparente, il était il y a instant sain, vigoureux. Si les grands réflexes étaient éteints, les réflexes capillaires ne l'étaient certainement pas encore, un rien devait suffire pour provoquer leur réveil; les vaisseaux assoiffés devaient absorber la solution saline, ce qui eut lieu.

Ce premier fait acquis, des considérations théoriques nous poussaient à adopter cette méthode. Quand le sérum pénètre par la veine, il arrive à dose massive au cœur, presque à l'état de pureté. Quand il s'endosmose par l'hypoderme, il y arrive divisé, mélangé avec le sang qu'il a rencontré dans les capillaires; c'est déjà un liquide organique. Dans ces conditions les effets, toutes choses égales d'ailleurs, sont différents.

L'injection intra-veineuse détermine des réactions trop vives, perturbatrices au point d'être dangereuses. Il est difficile pour ne pas dire impossible pour les atténuer.

Les réactions produites par l'endosmose sous-cutanée n'atteignent jamais le paroxysme des précédentes; elles dépassent plus rarement la mesure thérapeutique, leur effet est tonique et persistant. Dans tous les cas, la facilité qu'on a de répéter l'opération permet soit de les atténuer à l'aide d'injections d'eau distillée stérilisée, soit de les activer ou de les prolonger au besoin.

Quel eût été le résultat de l'injection intra-veineuse si nous avions eu le soir une réaction prolongée de 40-41°? Etait-ce sage de passer outre? Cette terrible complication survenant après une hémorrhagie pareille n'eût-elle pas emporté le sujet? L'ignorance de la question pouvait seule excuser une pareille faute thérapeutique. Nous n'avons pas voulu la commettre. L'expérience nous a donné raison; l'hypodermothérapie a rempli son rôle.

Dans les syncopes graves causées par les métrorrhagies, la tendance actuelle est d'injecter de grandes quantités de sérum pour combler d'abord le vide des vaisseaux et exciter vivement le cœur. Si les effets des grandes doses sont éclatants, il est rare qu'ils ne dépassent pas la mesure demandée, qu'ils ne soient plutôt toxiques que thérapeutiques.

Le cœur peut être excité à l'excès, il peut être forcé par un fonctionnement violent, la réplétion peut ne pas être nécessaire; elle peut être considérable, nuisible. Des complications peuvent surgir à la suite de ces différents écarts associés. Il importe toujours de les prévoir. Cela serait possible si on était fixé d'avance sur la manière de remplir à propos l'indication dominante du moment, si on avait la notion exacte du degré de vitalité du sujet plongé dans des conditions plus ou moins périlleuses. Ici, il fallait réveiller à tout prix les contractions du cœur. Il fallait redouter une réaction fébrile intense, éviter les abcès qui pouvaient être causés par un sérum des plus imparfaits.

On opérait sur un sujet bien portant, sur une blessée tombée en syncope grave sous le coup d'une hémorrhagie et non point sur une de ces nombreuses accouchées qui arrivent souvent dans les hôpitaux agonisantes, après plusieurs jours de pertes successives, déjà malades, profondément atteintes dans leur nutrition générale et à bout de ressort vital.

Le réveil du cœur pouvait donc être obtenu par des

doses moyennes de sérum et si on l'obtenait nettement, il était inutile d'insister sur l'emploi excessif de ce réveilleur de vie qui pouvait excéder son mandat. Il valait mieux maintenir la contraction au diapason conquis par des stimulants gastriques qui, bien tolérés et suffisamment distribués allaient assurer le retour et le fonctionnement de la *bonne nature médicatrice* qui était en puissance naguère et sans le concours de laquelle on ne fera jamais de bonne thérapeutique alors même qu'elle serait le plus spécifique.

C'est ce que nous avons fait. Avec 80 grammes d'eau salée, nous avons obtenu le retour des battements. Nous aurions pu nous contenter d'une injection de 60 grammes.

Nous avons comblé le vide qui pouvait quand même exister dans les vaisseaux avec du bouillon chaud, des grogs et du café. Nous n'avons eu qu'une modeste réaction et point d'abcès. Le sujet ne s'est jamais si bien porté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Février 1898.

Maladie kystique du testicule.

M. Berger fait un rapport sur une observation de **M. Kirmisson** ayant trait à un garçon de 1 an porteur d'une tumeur dure, grosse comme une noix, développée aux dépens du testicule lui-même. La tumeur augmentant de volume malgré le traitement, M. Kirmisson pratiqua la castration. L'enfant guérit sans présenter (depuis plus de 2 ans déjà) de récidive.

L'examen histologique fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur kystique du testicule, dont le type était celui de transition entre le cancer et la tumeur kystique (épithélioma myxoïde développé dans le stroma conjonctif) du testicule.

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

M. Combemale (de Lille) emploie ce médicament sous forme de pilules de 10 centigrammes. Sous cette forme pharmaceutique commode, l'acétate de thallium a donné à M. Combemale contre les sueurs des résultats remarquables chez plus de 30 malades, tuberculeux ou autres, qui ont pris de l'acétate de thallium contre leurs sueurs excessives; 2 seulement n'en ont pas tiré complet soulagement.

A l'inverse des autres antisudoraux, l'acétate de thallium avait son maximum d'effet chez les cachectisés.

Il n'est pas jusqu'aux vieux tousseurs nocturnes par ectasie bronchique, bronchite chronique, emphysème, qui ne retirent bénéfice de l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs qui d'aventure accompagnent leurs accès de toux.

Pour ce résultat, la dose employée a été généralement de 10 centigrammes, par exception de 20 centigrammes. Bien souvent une seule prise a suffi, jamais on n'a administré le médicament plus de 7 jours de suite : du reste, lorsqu'au 4ᵉ jour l'acétate de thallium n'a pas produit l'effet désiré, il est inutile d'insister.

Indications du vésicatoire.

M. Ferrand s'excuse de revenir encore sur la question du vésicatoire, mais il doit répondre en quelques mots au réquisitoire de M. Huchard.

Après avoir discuté les expériences qu'on lui oppose et qui ne s'appliquent pas au vésicatoire, il conclut que toute irritation de la peau a ses dangers, mais que la peau a aussi ses moyens de défense : l'épiderme d'abord, puis les couches dermiques avec leurs phagocytes, lesquels expliquent la résistance des sujets aux accidents d'infection dans nombre de suppurations spontanées ou provoquées.

La révulsion, c'est donc la lance enchantée qui guérit les plaies qu'elle provoque. Car elle appelle des formations nouvelles qui concourent à la défense de toute l'économie.

La physiologie microbienne n'a rien qui ne concorde avec l'idée hippocratique de la maladie et de la réaction. Les mots vieillissent bien plus que les idées, mais les faits ne vieillissent pas. Le vésicatoire est un fait qui a vu passer bien des générations et qui survivra à la nôtre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 Février 1898.

Tuberculose expérimentale du cerveau.

MM. Cornil, F. Bezançon et Griffon. — L'inoculation de cultures de bacilles de la tuberculose humaine dans le cerveau du lapin s'accompagne, comme l'a montré M. Babès, de modifications dans la forme du bacille tuberculeux, qui prend un aspect semblable à celui que présente le parasite de l'actinomycose dans les tissus.

En inoculant sous la dure-mère du lapin, après trépanation, des cultures vivantes de bacilles tuberculeux (cultures sur bouillon, vieilles de 2 mois) et en sacrifiant à des intervalles variables les animaux en expérience, nous avons pu assister à la formation du tubercule, et observer ces formes actinomycosiques décrites par M. Babès. La lésion cérébrale est déjà très apparente au 5ᵉ jour après l'inoculation; les cellules conjonctives et endothéliales de la pie-mère sont tuméfiées et renferment plusieurs noyaux; certaines présentent l'aspect de cellules géantes. Mais c'est du 8ᵉ au 16ᵉ jour qu'on observe le maximum des lésions. On voit alors, au-dessous de la pie-mère épaissie, un petit tubercule, visible à l'œil nu; ce tubercule présente un centre caséeux, puis une zone de cellules claires, plus volumineuses que les leucocytes, possédant un noyau souvent ovoïde et contenant, pour la plupart, un grand nombre de bacilles tuberculeux; dans la zone périphérique du tubercule, on voit beaucoup de cellules géantes. Autour du tubercule existent de nombreux vaisseaux dont la lumière agrandie et mal limitée contient des cellules géantes; ces vaisseaux renferment en grande quantité des bacilles enchevêtrés; en broussaille, formant comme une thrombose bacillaire. C'est dans ces vaisseaux que nous avons vu des touffes de bacilles partant d'un centre et rayonnant de tous les côtés à la périphérie, où ils se terminent par des crosses. L'aspect de ces figures est comparable à celui des touffes actinomycosiques.

Mais, tandis que le parasite de l'actinomycose se colore par les couleurs d'aniline ordinaires; les formes que nous avons observées ne se coloraient que par la méthode de Ziehl ou d'Ehrlich, comme les bacilles tuberculeux. Nous n'avons pu, comme l'avait fait M. Babès, obtenir une double coloration différente pour la crosse et pour le bacille.

Chez les animaux sacrifiés, du 30ᵉ au 48ᵉ jour après l'inoculation, nous n'avons plus trouvé trace des bacilles inoculés.

D'autre part, l'inoculation directe de cultures tuberculeuses dans la carotide du lapin ne nous a pas permis de voir des aspects de bacilles tuberculeux à forme actinomycosique; cette inoculation nous a montré une diffusion très intense des bacilles inoculés dans les gaines lymphatiques périvasculaires et autour de ces gaines, au niveau desquelles on retrouve de grandes cellules endothéliales desquamées et gonflées renfermant plusieurs noyaux, et littéralement farcies de bacilles tuberculeux. Cette formation du tubercule aux dépens de la gaine lymphatique périvasculaire est à rapprocher de ce qui se passe dans les lymphatiques périvasculaires du poumon. Toutes ces expériences nous montrent le rôle important que jouent les vaisseaux dans la production des cellules géantes.

Ligature de l'iliaque interne dans le cancer inopérable de l'utérus.

M. P. Fredet montre le bassin d'une femme sur laquelle

M. Hartmann a pratiqué son 2e essai de ligatures atrophiantes, pour cancer inopérable de l'utérus. Se fondant sur les opérations de Pryor et de Polk, on a, dans ce second cas, substitué, d'un côté, à la ligature de l'artère utérine, celle de l'iliaque interne. La circulation s'est rétablie par la voie des artères de la fesse. La ligature de l'iliaque interne est d'un effet absolument nul pour l'hémostase du territoire de l'utérine.

Cancer primitif du cæcum propagé à tout le péritoine.

M. E. Apert présente un cancer généralisé à toute la séreuse péritonéale. La capsule du foie, la capsule de la rate sont recouvertes de bourgeons cancéreux; l'épiploon gastro-hépatique, l'épiplon gastro-splénique, le grand épiploon sont tellement surchargés de productions néoplasiques qu'ils ont pris l'aspect dit en chou-fleur; la surface extérieure de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin est parsemée de bourgeons cancéreux; le péritoine pariétal et le péritoine diaphragmatique en sont couverts, et les productions pariétales adhèrent en de nombreux points aux productions viscérales, de telle sorte que, pour avoir la pièce, il a fallu l'enlever d'un bloc, en séparant le péritoine pariétal des portions sus-jacentes de la paroi, afin d'énucléer, pour ainsi dire, en masse, le péritoine et les organes y contenus.

Il n'y a aucun noyau cancéreux dans l'intérieur du foie, ni dans l'intérieur de la rate, ni sur la muqueuse gastro-intestinale qui est saine dans toute sa longueur, si ce n'est au cæcum et dans les derniers centimètres de l'iléon. Là, la paroi intestinale est cancéreuse dans toute son épaisseur, et un gros bourgeon néoplasique obture l'orifice iléo-cæcal. L'examen histologique ayant montré qu'il s'agit d'un épithélioma, il est évident que l'origine du cancer est la muqueuse cæcale. Le néoplasme s'est généralisé au péritoine par effraction de la séreuse au niveau du cæcum; la généralisation par voie lymphatique et par voie veineuse a, au contraire, fait défaut, car les ganglions mésentériques sont à peine un peu hypertrophiés et le foie n'a de cancer que dans son enveloppe séreuse.

Les premières atteintes de la maladie remontaient à 7 mois avant la mort, sous forme de troubles dyspeptiques et de diarrhée sanguinolente; mais c'est seulement 2 mois avant la mort que l'ascite était apparue, d'abord séreuse, puis hémorrhagique. C'est donc à cette date qu'il faut faire remonter la généralisation au péritoine. L'état général du malade étant resté longtemps bon, le diagnostic erra jusqu'à l'apparition de l'ascite hémorrhagique; celle-ci, seule, permit d'affirmer l'existence d'un cancer abdominal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Février 1898.

Rôle protecteur du grand épiploon.

M. Roger. — De nombreux faits cliniques établissant que les ganglions lymphatiques sont capables de s'opposer à l'envahissement de l'organisme par les microbes, de lutter contre l'infection et de la circonscrire, on est conduit à se demander si les différentes productions lymphoïdes ne jouent pas également un rôle protecteur. C'est ainsi que le grand épiploon, qui constitue une sorte de ganglion étalé (Ranvier), m'a semblé réunir, par sa situation et sa structure, toutes les qualités requises pour la destruction des microbes introduits dans le péritoine.

Pour vérifier cette hypothèse j'ai extirpé le grand épiploon aussi complètement que possible sur des lapins et des cobayes. Quinze jours à deux mois plus tard, je leur ai injecté dans la cavité abdominale, au-dessus de l'ombilic, quelques gouttes d'une culture de staphylocoque doré. Des témoins, d'un poids égal ou inférieur, dont quelques-uns avaient subi au préalable une laparotomie simple, ont été inoculés en même temps et aux mêmes doses. Tous les témoins ont survécu, tandis que les animaux privés d'épiploon ont succombé au bout d'un temps qui a varié de 24 heures à 3 jours.

On peut donc conclure que l'épiploon joue un rôle important dans la protection du péritoine; son extirpation diminue considérablement la résistance de la séreuse, mais elle ne la supprime pas. Car les animaux résistent quand on injecte de très petites doses d'une culture virulente ou quand on emploie un microbe atténué. Dans ce dernier cas, si on répète les inoculations, l'animal privé d'épiploon maigrira, se cachectisera et finira par succomber, tandis que le témoin ne présentera aucun trouble.

Quand un microbe tend à quitter le tube digestif, il pourra pénétrer dans l'organisme par trois voies différentes et, sur chacunes d'elles, il rencontrera un organe de défense. S'il passe dans les chylifères, il sera arrêté par les ganglions mésentériques; s'il s'introduit par une branche de la veine porte il trouvera le foie, dont j'ai montré le rôle dans les infections; s'il traverse les parois intestinales, il sera détruit dans le péritoine par des organes lymphoïdes dont les principaux occupent le grand épiploon. La fréquence des infections d'origine intestinale diminuant avec l'âge, la défense s'affaiblit; l'épiploon se laisse infiltrer de graisse; il subit la même transformation que d'autres parties, également disposées à certains moment pour lutter contre l'infection, la moelle osseuse par exemple.

Pancréatite hémorrhagique.

M. Paul Carnot a étudié la pathogénie des pancréatites hémorrhagiques. Il a reproduit cette lésion de diverses manières : sous l'influence de causes mécaniques (choc); toxiques (mercure, morphine, acide chlorhydrique); diastatiques (papaïne); toxiniques (toxine diphthérique); infectieuses (colibacille), etc.

Se basant sur l'étude des pancréatites hémorrhagiques provoquées par injection dans le canal de Wirsung d'une dose assez forte de papaïne (ferment très voisin de la treypsine), l'auteur pense que la pancréatite hémorrhagique est surtout une lésion d'auto-digestion : les causes provocatrices énumérées ne font qu'affaiblir les défenses de la glande contre les diastases toujours présentes et les microbes.

La glande qui résistait normalement en sa propre sécrétion se laisse alors digérer elle-même. D'où la disparition considérable du parenchyme et sa transformation en un caillot sanguin.

Cette lésion est à rapprocher des lésions de même ordre observées sur d'autres organes capables de s'auto-digérer (ulcère de l'estomac, du duodénum), lésions qui s'accompagnent également d'hémorrhagies et dont les causes provocatrices paraissent aussi des plus diverses.

Production d'une substance mucinoïde par les bactéries.

M. Desgrez. — Nous avons supposé, M. Charrin et moi, que la consistance visqueuse et filante de certaines cultures pyocyaniques était due à une substance albuminoïde analogue à la mucine. Ce composé prend naissance dans les bouillons préparés, suivant la technique habituelle, avec de la viande. Il fait totalement défaut ou n'existe qu'à l'état de traces si ces bouillons ne renferment que des matières minérales ou de la peptone. Il n'existe, d'ailleurs, aucun rapport entre la genèse de ce produit et la formation de pyocyanine.

Les premières, les cultures à mucus, précipitent par l'alcool, l'acide acétique et les acides minéraux. Le précipité formé par l'alcool se redissout dans l'eau, celui obtenu avec l'acide acétique est insoluble dans un excès mais se dissout dans les alcalis et leurs carbonates étendus. Les acides minéraux, en excès, redissolvent le précipité qu'ils ont d'abord formé. Ces caractères sont ceux des substances mucinoïdes. Les masses visqueuses existant dans ces cultures ne sont, d'ailleurs, pas constituées par des amas microbiens; le microscope n'y révèle, en effet, les bactéries qu'en nombre très limité et les bouillons dépourvus de mucine contiennent autant de protoplasmes microbiens que ceux qui renferment cette substance.

Injectée dans la veine marginale d'un lapin, à la dose de 0,15 par kilog. d'animal, cette mucine produit une série d'accidents : la température s'abaisse dès la deuxième heure, la diarrhée se manifeste et la mort peut survenir en moins de vingt-quatre heures. Avec des doses moins fortes, l'animal maigrit rapidement, perd un quart de son poids en quatre jours et suc-

combe albuminurique, présentant à l'autopsie des traces d'entérite et d'hémorrhagies musculaires. Ces résultats établissent que notre substance ou peut-être un précipité entraîné par elle à la façon des diastases, provoque des accidents rappelant l'intoxication pyocyanique. La rapidité de ces troubles, l'absence d'incubation, le résultat négatif des ensemencements établissent que l'on a affaire à un processus toxique et non bactérien.

Il est intéressant de voir la cellule microbienne produire une substance analogue à celle que produisent les cellules de l'organisme et toute une série d'autres cellules végétales. On peut aussi remarquer que les inflammations des membranes muqueuses s'accompagnent fréquemment de la reproduction d'éléments muqueux donnant, en partie, les réactions de la mucine. Ce caractère devient parfois tellement important qu'on donne à ces processus les dénominations d'inflammations muco-membraneuses. Or, au cours de ces affections, les bactéries se développent en abondance. Il est permis de se demander si ces bactéries n'entrent pas, pour une part variable, dans la genèse de ces substances muqueuses. Cette question est d'autant plus légitime que, plus d'une fois, comme dans l'entérite muco-membraneuse, les cellules normales de la muqueuse se désagrègent pendant que les cellules bactériennes se multiplient de plus en plus.

Recherches sur le mode de développement et la vitalité du pneumocoque dans les divers sérums.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon.** — Le sérum de l'homme et des animaux présente, au point de vue de la culture, de la vitalité et de la virulence des pneumocoques qu'on y ensemence, des différences profondes suivant qu'il s'agit d'espèce sensible ou réfractaire à ce microbe.

La culture du sérum de lapin, étudiée d'abord par M. Mosny, donne des résultats inégaux. Nous avons pu saisir les raisons de ces variations. Deux facteurs capitaux entrent en ligne de compte; d'une part l'âge des animaux fournisseurs du sérum, d'autre part la virulence du pneumocoque ensemencé.

En sérum de jeune lapin la culture est extrêmement riche, le milieu se trouble et présente rapidement un abondant dépôt, mais le microbe a une vitalité courte et limitée; en sérum de vieux lapin la culture reste limpide, sans dépôt, et la vie du microbe n'est pas limitée, sa durée varie essentiellement suivant la virulence du pneumocoque ensemencé depuis plusieurs jours jusqu'à plusieurs semaines.

Ces différences se retrouvent lorsqu'on expérimente les sérums des autres animaux. Le sérum de très jeune chien se comporte presque comme le sérum du lapin; celui de chien âgé comme celui de très vieux lapin. Dans le sérum de jeune cobaye notre pneumocoque n'a vécu que quatre jours, il était encore vivant dans le sérum de vieux cobaye au bout de deux mois. Il se développe très abondamment dans le sérum de poule, pauvrement dans le sérum de cheval et de bœuf.

Le sérum de l'homme est un milieu différent, suivant l'âge du sujet : la culture est abondante, trouble chez l'enfant pauvre, claire chez l'adulte et le vieillard. Au cours de l'infection pneumococcique, le sérum humain subit des modifications particulières. Le pneumocoque ensemencé y pousse plus richement, à l'œil nu et au microscope. Sa vitalité y est plus limitée que dans le sérum humain normal. Le sérum d'individu infecté acquiert d'autre part la propriété agglutinative vis-à-vis du pneumocoque.

En résumé, la durée de la vitalité est en raison inverse de la richesse du développement du pneumocoque dans la culture; elle est donc d'autant plus grande que le sérum provient d'un organisme plus résistant au pneumocoque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Février 1898.

De l'ostéotomie sus-malléolaire.

M. Kirmisson. — La Société a reçu une observation, envoyée par **M. Faure**, d'ostéotomie sus-malléolaire pratiquée sur un homme de 26 ans, qui présentait un cal vicieux, à la suite d'une fracture de Dupuytren. Le pied était en valgus et M. Faure pratiqua une résection cunéiforme du tibia et une ostéotomie linéaire du péroné. Guérison, mais bientôt la déformation revient et le pied se met en valgus. Dans une seconde intervention, M. Faure fit l'allongement par dédoublement des tendons des péroniers latéraux et la rectitude du pied put être obtenue.

Je ne suis pas d'avis de faire l'ostéotomie sus-malléolaire dans ces cas et je préfère la résection articulaire. L'obstacle à la réduction est constitué par un fragment intermédiaire tibial et la résection, tout en conservant les malléoles, permettra seulement la réduction parfaite.

Quant au dédoublement des tendons péroniers latéraux, elle me paraît une opération qui peut dans certains cas rendre des services, et elle a déjà, du reste, été pratiquée par Bayer (de Prague) et Prioleau (de Brive).

M. Poirier. — J'ai fait cinq fois l'ostéotomie sus-malléolaire pour de mauvaises consolidations dans la fracture de Dupuytren et j'ai obtenu de bons résultats.

M. Reynier. — L'ostéotomie sus-malléolaire est une bonne opération; mais lorsqu'il existe des lésions articulaires qui empêchent la marche, c'est alors à la résection articulaire, avec ou sans ablation de l'astragale, qu'il faut avoir recours. Mais le point de beaucoup le plus important est de mettre le pied exactement dans l'axe.

M. Schwartz. — Je suis absolument de l'avis de M. Reynier, et, pour bien mettre le pied dans l'axe de la jambe, six fois j'ai eu recours à l'ostéotomie cunéiforme du tibia avec ostéotomie oblique du fémur, suivant le conseil de Hennequin.

M. Lucas-Championnière. — Il ne faut pas craindre de faire de larges résection osseuses, de faire du côté du tibia une large abrasion, et il faut compter dans l'appréciation des résultats avec les raideurs articulaires, antérieures à l'opération.

Gastro-entérostomie.

M. Hagopoff lit un mémoire sur un nouveau procédé de sutures pour la gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose.

Rétrécissement du rectum, de l'S iliaque et du côlon descendant.

M. Gérard-Marchant présente les pièces d'une malade morte quelques jours après son entrée à l'hôpital et soignée autrefois pour un rétrécissement rectal, amélioré par le traitement spécifique. Il y avait sténose à la fois sur le rectum, l'S iliaque et le côlon descendant, sur une longueur totale de 42 centimètres. Les coupes histologiques ont montré qu'on avait affaire à un rétrécissement syphilitique.

M. Ricard. — Il m'a été également donné de voir un rétrécissement étendu du rectum et de l'S iliaque chez un malade auquel Billroth avait fait un anus artificiel. Je fis la laparotomie, dans l'espoir de fermer l'anus artificiel et constatai que le bout inférieur était complètement rétréci.

MM. Routier, Berger, Tuffier et Schwartz signalent des cas semblables.

M. Loyson lit un mémoire sur 21 cas d'abcès du foie observés par lui.

M. Hartmann présente un malade de 55 ans, auquel il a pratiqué la pylorectomie pour cancer du pylore. Guérison.

M. Tuffier présente un calcul rénal formé d'un noyau central uratique, recouvert d'une couche de 1 centimètre de pigment sanguin. A la périphérie, nouvelle couche uratique. Ce calcul fut enlevé par néphrotomie chez un homme de 32 ans.

M. Routier présente un cancer de la tête du pancréas avec oblitération des voies biliaires et dilatation du cholédoque et de la vésicule.

M. Schwartz présente un rein atteint de tuberculose, enlevé par néphrectomie transpéritonéale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Février 1898.

Troubles vaso-moteurs chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique a-frigore.

M. L. Roques présente un malade atteint depuis 3 ans d'hémoglobinurie par accès, sous l'influence du froid. Il n'y a ni syphilis, ni impaludisme. La particularité remarquable qui existe dans ce cas est l'apparition d'un œdème de la peau analogue à une plaque d'urticaire, survenant sur tous les points du corps où l'on fait agir le froid, pendant une minute seulement, sous une forme quelconque (application de glace, pulvérisation d'éther, ou simple insufflation d'air froid); cet œdème apparaît très rapidement, il est circonscrit à la zone réfrigérée et rappelle ce que l'on voit dans les cas intenses de dermographisme. Le phénomène persiste deux heures en moyenne. Un caractère sur lequel insiste M. Roques est la coloration spéciale de cet œdème, qui semblerait indiquer une transsudation locale de l'hémoglobine, ou une modification du sérum tenant déjà de l'hémoglobine en dissolution. Le malade ne présente pas de stigmates d'hystérie : il n'est pas dermographique. On n'a signalé qu'un petit nombre de cas analogues, d'œdèmes, d'urticaire *a frigore*, survenant chez des hémoglobinuriques (Mac kenzie, Joseph, Courtois-Suffit). Chez des dermographiques avérés, chez des nerveux, on a expérimenté sans résultat comparable au cas présent, l'influence du froid.

Hydroparotidite intermittente.

M. Paul Claisse présente un malade atteint depuis un an de fluxions subites, passagères, qui apparaissent au niveau de la parotide gauche au moment des repas. On voit en même temps le canal de Sténon distendu, formant un cordon du volume du petit doigt. Les gencives sont en très mauvais état.

Le cathétérisme révèle au niveau de l'orifice un rétrécissement scléreux très prononcé, qui a déjà cédé à une première dilatation.

Ce fait est absolument comparable, dans son allure clinique, à un fait rapporté par M. Claisse avec M. Dupré, à propos de la parotidite saturnine dont ils ont cherché à établir la nature infectieuse, en montrant que la tuméfaction glandulaire peut résulter soit d'une cirrhose parotidienne hypertrophique, soit d'une simple rétention salivaire dénommée par les auteurs hydroparotidite; celle-ci peut être épisodique si elle tient à l'obstruction catarrhale inflammatoire (sténonite aiguë) ou au contraire chronique, si elle est d'origine scléreuse (sténose fibreuse). C'est à cette dernière catégorie que correspond le cas présent. Il s'agit d'une hydroparotidite due à une sténose fibreuse après avoir passé par une phase initiale de sténonite aiguë nettement décrite par le malade. Cette hydroparotidite chez un sujet non intoxiqué est absolument comparable à certains accidents saturnins qu'ils ont décrits, ce qui prouve bien que le plomb joue simplement le rôle de cause prédisposante : il n'a d'autre effet que de préparer l'altération inflammatoire buccale dont la sténonite est un simple épisode.

M. Millard a observé récemment un cas semblable chez individu atteint de stomatite et chez lequel celle-ci s'était propagée à l'orifice du canal de Sténon. Lorsque les phénomènes inflammatoires furent calmés, l'obstruction cessa.

Maladie de Recklinghausen (neuro-fibromatose généralisée) sans tumeurs fibromateuses.

M. G. Thibierge présente une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles gastriques. En l'examinant on constate des taches pigmentaires de coloration café au lait, planes, non pileuses, occupant la presque totalité du tronc et symétriques. Ces taches sont de deux ordres : les unes de 2 à trois millimètres de diamètre, arrondies ou irrégulières, disséminées en très grand nombre, les autres au nombre de 12 ou 15, plus étendues, atteignant 4 à 5 centimètres de large, allongées, la plupart obliques par rapport à l'axe du corps. Elles ont absolument les caractères des taches pigmentaires, qu'on observe dans la neurofibromatose; de plus la malade présente les troubles psychiques, asthénie, abattement, tendances mélancoliques, qui se rencontrent dans cette affection. Cependant en aucun point de la surface cutanée on ne découvre de tumeurs, soit molluscoïdes, soit correspondant à un tronc ou un rameau nerveux. Le nom de neurofibromatose n'est donc pas applicable aux cas de ce genre, qui méritent plutôt la dénomination de maladie de Recklinghausen.

Il convient de signaler une coloration brunâtre diffuse du visage, que le présentateur a observée déjà dans plusieurs cas de cette affection et qui, dans le cas présent, est peut-être sous la dépendance de l'urobilinhémie, car on constate la présence d'urobiline dans l'urine et dans le sérum sanguin. En outre, la malade éprouve des troubles gastriques et son suc gastrique est hyperacide : les troubles gastriques sont peut-être plus fréquents qu'on ne le pense dans cette affection et méritent d'y être recherchés et étudiés.

Insuffisance mitrale par rupture de la petite valve.

MM. Rendu et **Hallé** communiquent l'observation d'un homme de 63 ans entré à l'hôpital pour des accidents remontant seulement à 2 mois. Ces accidents étaient des crises d'oppression soudaine avec pâleur, perte de connaissance, cyanose des extrémités, transpiration abondante, le tout durant de quelques minutes à 3 heures; dans l'intervalle des crises rien à signaler. L'examen du malade permet de découvrir une lésion mitrale, se décelant par un souffle d'une intensité extrême, facile à percevoir à distance.

La situation du malade resta stationnaire pendant quelques jours; puis il fut atteint de grippe et mourut dans un nouvel accès.

L'autopsie démontra que la cause de ces accès à tendance syncopale siégeait dans une lésion particulière de la valvule mitrale.

L'orifice mitral était augmenté de taille; la partie moyenne de la petite valve faisait saillie dans l'oreillette au-dessus du plan de la valvule, et flottait dans l'oreillette. Cette situation était rendue possible par la rupture de plusieurs tendons et cordages tendineux, se rendant au bord libre de la petite valve. Sur les piliers et les muscles papillaires du ventricule gauche, existaient des plaques jaunâtres de myocardite, plaques très manifestes dont plusieurs remontaient jusqu'à l'insertion des cordages tendineux sur les piliers.

Diabète fruste.

MM. Achard et **E. Weil.** — Il y a dans le diabète constitionnel un état général particulier qui préexiste à l'apparition de la glycosurie, et qui peut survivre à celle-ci lorsqu'elle vient à disparaître d'une façon plus ou moins prolongée. On peut donc se demander s'il n'existe pas un *diabète fruste*, sans glycosurie, mais dans lequel se retrouveraient les troubles généraux du vrai diabète, de même qu'il existe un mal de Bright sans albuminurie, soit que l'albuminurie n'ait pas encore apparu, alors que les lésions rénales se constituent déjà, soit qu'elle disparaisse pendant un temps plus ou moins long, alors que les lésions persistent et s'aggravent.

Mais comment reconnaître le diabète ainsi défiguré par l'absence de la glycosurie? On ne peut, évidemment, tenir pour atteints de diabète fruste tous les arthritiques; il faut montrer que certains arthritiques ont plus de facilité que d'autres à devenir glycosuriques.

Pour cela, on peut rechercher l'aptitude des tissus à retenir le sucre introduit dans l'organisme. L'épreuve classique de la glycosurie alimentaire permet d'apprécier ce pouvoir pour le foie. Pour les autres tissus, on peut instituer une épreuve analogue, celle de la *glycosurie par injection sous-cutanée*, qui consiste à injecter une certaine quantité de glycose sous la peau, et à la rechercher dans l'urine. La dose de 10 grammes de glycose suffit pour cette exploration. Tandis que chez les sujets sains, elle ne détermine aucune glycosurie, elle exagère la glycosurie

des diabétiques ou la fait reparaître quand elle a disparu. Chez plusieurs malades ayant des altérations du foie et présentant le phénomène de la glycosurie alimentaire, l'injection sous-cutanée n'a pas provoqué de glycosurie. Mais nous avons rencontré 5 malades chez qui l'injection hypodermique de glycose a donné lieu à l'apparition du sucre dans l'urine. Ils avaient, par conséquent, une *insuffisance glycolytique générale* comme les diabétiques. En outre, il s'agissait de sujets gras, fort mangeurs, de mine florissante, alcooliques pour la plupart, et portant divers stigmates d'arthritisme : indurations artérielles, varicosités de la face, varices des jambes, hémorrhoïdes, emphysème pulmonaire, épistaxis fréquentes migraines et céphalalgie, calvitie. Ils se trouvaient donc dans les conditions des sujets qui deviendront plus tard diabétiques, et, de plus, ils avaient avec la plus grande facilité de la glycosurie provoquée.

Peut-être parviendrait-on, en recherchant cette insuffisance glycolytique générale, à préciser l'apparition toujours insidieuse de la glycosurie dans le diabète constitutionnel, et même à la retarder ou à l'éviter, en appliquant d'une façon précoce une thérapeutique appropriée.

Cette insuffisance glycolytique n'est évidemment qu'un élément du diabète constitutionnel : elle n'en est pas la cause, et il est possible qu'elle se trouve aussi dans d'autres états morbides capables d'engendrer la glycosurie. Bien des théories du diabète avaient déjà invoqué un défaut de consommation du sucre. Mais l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée nous paraît prêter à cette hypothèse l'appui d'une démonstration expérimentale et fournir un moyen de le reconnaître cliniquement, même en dehors du diabète confirmé.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 26 Janvier 1898.

Gommes congénitales du sternomastoïdien.

M. Durante communique l'observation d'un enfant né à terme et chez lequel on constata, dès les premiers jours de la vie, vers la partie moyenne de chaque sterno-mastoïdien, la présence d'une tumeur dure et assez nettement limitée, sans altération des téguments. L'enfant ayant succombé à la diarrhée, on trouva à l'autopsie, vers la partie moyenne du muscle, un nodule gros comme une noisette, de consistance cartilagineuse, jaunâtre, se confondant sur les bords avec le tissu musculaire sain. L'examen microscopique montra que ces nodules étaient constitués par du tissu scléreux adulte, pauvre en noyaux et privé de fibres musculaires. Les vaisseaux atteints d'endo- et de péri-artérite présentaient de petites gommes dans leur voisinage immédiat. Entre ce point et les faisceaux musculaires normaux on trouvait les divers stades de la sclérose des fibres musculairees.

M. Kirmisson estime que l'observation de M. Durante permet d'éclairer la pathogénie du torticolis congénital. Il est bien probable que la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien est souvent due à des gommes ou à des lésions scléreuses du muscle.

Pyélonéphrite et grossesse.

MM. d'Herbécourt et **Pasteau** ont communiqué l'observation d'une primipare de vingt-huit ans, enceinte de quatre mois environ, qui présentait tous les signes d'une pyélonéphrite aiguë. Les urines étaient purulentes, la température très élevée et l'on sentait très nettement une poche volumineuse sur le trajet de l'uretère. La douleur était très violente. Comme la vie de la femme n'était pas en danger on essaya le traitement palliatif, le cathétérisme de l'uretère, mais la présence de l'utérus gravide rendit cette manœuvre impossible. Pour tourner cet obstacle on refoula l'utérus au-dessus du petit bassin en distendant la vessie. On injecta de l'eau boriquée en quantité de plus en plus grande et on assista aussi à l'évacuation de la poche purulente par les urines. La vessie, distendue, refoulait l'utérus, et la compression des uretères cessant, l'écoulement des liquides put se faire normalement. Sous l'influence de ce traitement la femme put amener sa grossesse jusqu'auprès du terme et accoucher normalement d'un enfant vivant.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 6 Février 1898.

Avantages du tubage momentané de la glotte dans le croup.

M. Poulet a employé un grand nombre de fois avec succès le tubage momentané de la glotte, à l'exemple de C. Paul et de M. Variot. Pour cela il introduit pendant cinq minutes dans le larynx soit un tubage d'O'Dwyer, soit plus simplement une sonde d'homme des numéros 18 ou 20. Il y joint l'action topique d'une solution de nitrate d'argent de la façon suivante. Il laisse libre l'extrémité de la sonde, et, à partir de 3 à 5 millimètres de cette extrémité, il enroule sur la sonde en spirale une mèche de linge fin sur toute la hauteur qui est destinée à franchir la glotte. La mèche est imbibée d'une solution de nitrate d'argent préparée séance tenante à l'aide d'un petit fragment de pierre infernale.

On introduit dans le larynx la sonde ainsi armée et on la laisse en place de 3 à 5 minutes. Presque aussitôt l'enfant respire largement et se recolore. Quant la sonde est retirée on constate que la dyspnée est beaucoup moindre qu'auparavant, mais ordinairement l'asphyxie se reproduit progressivement. Au bout de quelques heures on recommence la même opération.

Sur dix malades ainsi traités, sept ont été guéris. Des trois qui ont succombé, un avait été traité trop tardivement; un autre a fait une broncho-pneumonie; le dernier, convalescent, est mort d'une indigestion par des aliments trop forts pour son âge. Parmi ceux qui ont guéri, plusieurs avaient eu le croup à la suite d'une rougeole. On peut voir par là que la rougeole n'est pas une contre-indication à l'emploi du tubage momentané qui, même dans ces cas, peut amener la guérison.

Suite de la discussion sur le traitement du lymphatisme.

M. Gouguenheim n'accepte pas l'analogie entre la scrofule et les végétations adénoïdes admise par M. Gallois. L'aspect de la face est tout différent dans les deux cas. Le scrofuleux est bouffi, son nez est épaissi, ses lèvres sont tuméfiées, il peut respirer la bouche fermée. L'adénoïdien a un aspect presque toujours contraire, le nez est aminci, les lèvres sont toujours écartées l'une de l'autre.

Les ganglions du cou, qui sont le caractère le plus fréquent de cette partie du corps des scrofuleux, sont très rarement intéressés chez l'adénoïdien. Chez celui-ci l'organe auriculaire, au moins chez l'enfant, est envahi avec une fréquence remarquable, rien de semblable chez le scrofuleux. La muqueuse oculaire de ce dernier est presque toujours plus ou moins atteinte, chez l'adénoïdien rien de semblable. La peau du visage du scrofuleux, surtout dans le voisinage des orifices, est presque toujours affectée d'eczéma ou d'impétigo ; chez l'adénoïdien ce caractère fait ordinairement défaut.

Les difformités que la présence des végétations adénoïdes entraîne dans le mécanisme des organes respiratoires ne sont pas aussi prononcées chez le scrofuleux qui peut en être absolument indemne.

Chez les véritables adénoïdiens, le traitement chirurgical amène presque toujours des résultats très nets; on n'en peut dire autant pour le scrofuleux sur lequel il serait peut-être dangereux d'intervenir si le malade n'était incessamment surveillé.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances du 7 et du 13 Février 1898.

Sur la perméabilité rénale.

M. Lépine rapporte la suite de ses expériences sur la perméabilité rénale (voir *Gazette hebdomadaire*, 1898, p. 140). Depuis quelques mois, il emploie un autre colorant que le bleu de méthylène. Après divers essais, il s'est arrêté à l'un des colo-

rants rouges, dont le professeur Cazeneuve et lui ont fait connaître, il y a quelques années, la parfaite innocuité.

Il porte le nom de rosaniline-trisulfonate de soude. M. Lépine s'est attaché à déterminer par un dosage exact le déficit dans l'urine d'une certaine quantité de colorant injecté, plutôt que la rapidité du passage. Le dosage se fait calorimétriquement avec la plus grande facilité et avec une extrême rigueur, attendu que vu l'intensité du colorant, on est fort peu gêné par la teinte jaune de l'urine.

Dans tous les cas de néphrite grave, un déficit très considérable a été constaté; en injectant un centigramme de rouge sous la peau, on ne retrouve dans l'urine des brightiques graves que 3 milligrammes. Chez certains malades, le rouge s'élimine à l'état de chromogène incolore. Pour obtenir la coloration, il suffit d'acidifier l'urine avec un acide autre que l'acide azotique, car l'albumine, en se précipitant, entraîne le colorant.

Anévrysme de la valve interne de la mitrale.

M. Martin présente le cœur d'une malade du service de M. Renaut. Il s'agit d'une femme de 27 ans, syphilitique avérée. Il y a six mois, elle fut atteinte d'un rhumatisme subaigu qui se localisa au genou gauche. Un mois après, elle ressentait de vives douleurs dans la région du cœur. Quelque temps après, elle entrait à l'hôpital en état d'asystolie. Un souffle systolique intense, en jet de vapeur, s'entendait à la pointe, où était le maximum, dans l'aisselle, dans le dos, et même à distance. A l'autopsie on constata une endocardite ancienne du cœur gauche. Sur les parois de l'oreillette se trouvait une série de végétations. La valve interne de la mitrale était dédoublée, présentant la forme d'une poche de 22 millimètres de haut sur 26 millimètres de large. Un orifice faisait communiquer la cavité anévrysmale avec l'oreillette, et 2 avec le ventricule.

Sur la face axiale de la valve, il y avait en outre un petit anévrysme de la grosseur d'un pois, s'ouvrant dans le précédent. Enfin, un pilier aberrant traversait de part en part le ventricule gauche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 9 et du 15 Février 1898.

Chancres syphilitiques de la paupière.

M. Jacqueau rapporte l'histoire de 2 malades ayant présenté des chancres syphilitiques des paupières. L'évolution de ces chancres n'a, du reste, été marquée par aucune anomalie. Il insiste sur leur siège qui est, dans la très grande majorité des cas, au niveau de l'angle interne de l'œil, point où se porte le plus fréquemment le doigt qui vient frotter l'œil — soit pour chasser un corps étranger, soit par habitude — et qui joue dans ce cas le rôle d'agent contaminateur.

Suture artérielle.

M. Briau présente, au nom de **M. Jaboulay** et au sien, un segment d'artère carotide d'âne, sur lequel a été pratiquée une suture circulaire complète, après section préalable.

Ils ont employé le procédé décrit par eux dans le *Lyon médical* en 1896. Il s'agit de points de suture indépendants, qui réalisent les quatre desidera suivants : hémostase parfaite; isolement des fils qui, situés en dehors de la cavité du vaisseau, ne peuvent servir de prétextes à caillots; éversement des bords de la section, de telle manière que l'endartère se trouve appliquée contre l'endartère; et enfin absence de rétrécissement du vaisseau. La pièce présentée, recueillie après 3 semaines, montre des traces presque imperceptibles de la suture.

Épilepsie. Trépanations successives.

M Voron présente un malade âgé de 21 ans, épileptique, chez lequel M. Jaboulay a fait successivement, et dans l'intervalle de 2 mois, 3 trépanations pour des crises subintrantes sur lesquelles le bromure n'avait aucune action. La dernière trépanation a été faite d'après le procédé décrit par M. Jaboulay dans les *Archives provinciales de chirurgie de 1893*, sous le nom de trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire. Une vaste lame osseuse, circonscrite latéralement par deux lignes de trépan, séparée à la gouge de ses attaches supérieure et inférieure, a été réappliquée et maintenue en place par la suture des téguments, après examen de l'encéphale qui ne présentait aucune lésion apparente. La reprise de la travée osseuse, ainsi complètement séparée du reste du crâne, a été parfaite, et, 3 semaines après l'intervention, elle est entièrement soudée au pourtour de l'orifice. Au point de vue thérapeutique, on a constaté une diminution extrême dans l'intensité des crises, et un ralentissement notable dans leur fréquence. Mais la cessation complète n'a pu être obtenue.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 8 Décembre 1897.

Hernie crurale congénitale étranglée de l'ovaire, de la trompe et de l'appendice chez une petite fille de 11 mois.

M. Pillon. — La hernie, siégeant à la région crurale droite, et vraisemblablement congénitale d'après les commémoratifs recueillis, s'étrangla brusquement à l'occasion des jeux de l'enfant. Aussitôt transportée à l'hôpital civil de Nancy, celle-ci fut opérée le même jour par M. Pillon.

Décortication laborieuse du sac. Pédicule facile à isoler, se prolongeant dans l'anneau crural. Débridement de l'étranglement avant ouverture du sac suivant la pratique de M. Heydenreich. Incision du sac qui se trouva renformer, avec une quantité insignifiante de liquide citrin transparemt, l'ovaire droit, le pavillon de la trompe, la plus grande partie de ce dernier organe et le ligament large entraîné par les annexes. A la partie supérieure du pédicule sacculaire était logé l'appendice iléo-cæcal replié lui-même en forme d'anse mais peu congestionné. Après section du pédicule du sac tous ces viscères furent facilement réduits. Toilette au sublimé. Ligature du sac. Suture des téguments. Drainage aux crains de Florence. Pansement sec à l'iodoforme. Enlèvement des fils le 8e jour. Réunion *per primam*. Guérison et sortie le 15e jour.

Discutant l'intervention opératoire, l'auteur développe les raisons qui lui firent préférer la réduction des viscères herniés à leur résection. Il fait voir ensuite que l'étranglement fut très probablement déterminé par l'irruption brusque de l'appendice iléo-cæcal dans la cavité du pédicule sacculaire sous l'influence d'un faux mouvement et termine en passant en revue la bibliographie de la question. Il fait ressortir la grande rareté de son observation dont il n'a pu trouver aucun exemple analogue publié.

Occlusion intestinale traité par la laparotomie.

M. Pillon. — Il s'agit d'une femme qui, 3 semaines après un accouchement normal, fut prise brusquement d'une douleur abdominale violente bientôt suivie des symptômes habituels de l'obstruction intestinale, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes, etc. Transportée à l'hôpital civil de Nancy 6 jours après le début des accidents, la patiente fut d'abord opérée de cure radicale d'une hernie crurale gauche dont elle était atteinte et qu'on soupçonna pouvoir être le point de départ des accidents.

L'opération même ayant fait voir que cette hernie n'était ni étranglée ni engouée. M. Pillon procéda sans désemparer à une laparotomie. Celle-ci présenta les plus grandes difficultés à cause de l'issue et de la projection des intestins distendus hors de l'abdomen et de l'état alarmant de la patiente qui obligea à suspendre le chloroforme. Après de longues et pénibles tentatives de réduction du paquet intestinal, l'opérateur, en désespoir de cause et n'ayant d'ailleurs pu faire qu'une exploration négative, pratiqua deux boutonnières intestinales, l'une sur le côlon descendant qui resta sèche, l'autre sur l'intestin grêle, à 2m50 du

pylore, ainsi que le fit voir ultérieurement l'autopsie. Il put par cette dernière vider partiellement l'intestin par expression digitale et opérer ensuite la réduction. La boutonnière du côlon fut suturé et le ventre refermé suivant les règles, en attirant entre les lèvres d'une partie de l'incision des parois laissée libre, la portion de l'anse grêle où avait été pratiquée la seconde boutonnière. Celle-ci fut conservée ouverte, à titre d'anus contre-nature, mais la nécessité d'une terminaison rapide de l'opération ne permit pas de suturer les lèvres de l'anus grêle aux parois abdominales. M. Pillon dut se contenter de maintenir l'anse grêle au contact de la paroi en traversant le mésentère correspondant avec une sonde de Nélaton faisait office de verrou.

La conséquence fut la formation d'un éperon considérable qui entraîna la mort de l'opérée en arrêtant ultérieurement le fonctionnement de l'anus artificiel malgré l'agrandissement de l'incision pratiqué le 3e jour.

Après une amélioration passagère liée à une débâcle intestinale par l'anus artificiel pendant les trois premiers jours, l'état alarmant reparut en effet et l'opérée mourut dans le collapsus une semaine après la laparotomie. L'autopsie montra que l'obstruction primitive était due à un amas de scybales dans le cœcum et que le fonctionnement de l'anus artificiel était devenu insuffisant. Il n'existait pas de péritonite et la cicatrisation de la boutonnière colique était parfaite.

Discutant l'observation et les questions d'intervention qu'elle soulève, l'auteur conclut que dans les cas d'obstruction aiguë sans diagnostic anatomique précis, la laparotomie ne doit être tentée que si l'intervention est très précoce et le ballonnement peu marqué. Elle peut être alors curatrice ou, à défaut, permettre l'établissement d'un anus contre nature dans des conditions assez favorables. Pratiquée tardivement, elle risque d'être désastreuse, le chirurgien étant dans les plus mauvaises conditions pour opérer, pour explorer et, en cas d'insuccès dans l'exploration, pour établir comme pis-aller un anus artificiel avant de refermer le ventre. Aussi, M. Pillon est-il d'avis que dans les cas d'obstruction aiguë sans diagnostic anatomique précis, le chirurgien appelé à intervenir tardivement aura tout intérêt à suivre la pratique de M. Heydenreich et à recourir d'emblée à l'opération de l'anus contre nature qui pare aux accidents immédiats et n'empêche pas de faire ultérieurement, dans des circonstances favorables, une laparotomie curatrice.

M. Heydenreich se rallie aux conclusions de M. Pillon et considère la laparotomie de parti pris comme mauvaise dans les cas d'occlusion intestinale. On risque en effet de ne pas trouver l'obstacle et on est alors obligé de pratiquer en cours d'opération un anus artificiel dans les plus mauvaises conditions tant au point de vue des difficultés opératoires proprement dites qu'à celui des risques d'infection péritonéale, surtout si l'occlusion est un peu ancienne. Tout au plus doit-on songer à la laparotomie si l'occlusion est récente, l'état général bon et enfin si les circonstances, variables suivant les cas, sont favorables à ce mode d'intervention. Le plus souvent, même en présence d'occlusions aiguës, et toujours, s'il s'agit d'obstructions chroniques, on aura avantage à recourir d'abord à l'anus contre nature, quitte à pratiquer ultérieurement une laparotomie pour lever l'obstacle.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 Février 1897.

Plaies du cerveau par arme à feu.

M. Bergmann a présenté deux malades porteurs de projectiles situés dans l'intérieur du crâne. Le premier est une femme qui a reçu une balle de revolver de très petit calibre ; le projectile a pénétré près de l'angle interne de l'œil gauche et a déterminé de violents maux de tête, de l'exophthalmie et une paralysie du droit externe du côté droit. Actuellement, cette malade est guérie et sa vue est normale. La radiographie a montré que le projectile siégeait dans le lobe occipital droit.

Le second malade est un homme qui s'est tiré, il y a trois ans, une balle de revolver dans la tempe droite. Pendant trois jours il resta sans connaissance et fut ensuite paralysé de tout le côté gauche avec hémianopsie de l'œil gauche. Aujourd'hui il n'offre plus qu'une paralysie de la main et une diminution de la sensibilité du côté gauche.

La radiographie a permis de constater que le projectile était logé dans la partie antérieure de la capsule interne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 Février 1898.

De la toxine tétanique.

M. Blumenthal a communiqué ses expériences sur la transformation que subit la toxine tétanique dans l'organisme.

Si l'on injecte à des cobayes une dose deux fois mortelle de toxine tétanique, on la retrouve quatorze à seize heures après l'injection, avant que l'animal succombe, dans tous les organes, dans le sang et aussi dans la moelle épinière. Cette toxine, au point de vue de ses effets, agit à la façon d'une injection de culture. Si par contre on laisse succomber l'animal vingt-quatre heures après l'injection et que l'on retire la toxine des organes, on constate qu'elle a subi une modification : elle a perdu la propriété de reproduire le véritable tétanos.

En injectant d'autre part à des lapins la même dose de toxine tétanique, on la retrouve douze heures plus tard dans tous les organes avec sa composition normale, excepté dans la moelle épinière. Si l'on ne sacrifie les animaux que dix-sept à vingt heures après l'injection, la toxine est déjà altérée et au bout de vingt-quatre à trente heures on n'en trouve presque plus trace ni dans les organes ni dans le sang. Il faut donc admettre que la toxine s'est transformée dans l'organisme, car on n'en peut pas non plus démontrer la présence dans l'urine.

Cette transformation, qui se produit en quelques jours dans l'organisme, peut s'expliquer de deux manières : ou bien la toxine est déjà décomposée dans l'organisme, mais les altérations anatomiques des cellules ganglionnaires qu'elle a produites persistent, ou bien la toxine transformée dans l'organisme est le virus tétanique proprement dit.

La première hypothèse a été vérifiée par les expériences de Goldscheider et Flatau, mais ces auteurs ont en même temps constaté qu'au moment de l'apparition des symptômes tétaniques il y avait régénération de la cellule. Il n'y a donc pas de relation directe entre les symptômes tétaniques et les altérations des cellules ganglionnaires motrices, et l'on ne saurait expliquer les symptômes tétaniques uniquement par les altérations anatomiques des cellules, mais on peut admettre qu'une combinaison de la toxine tétanique avec une substance cellulaire constitue le virus tétanique proprement dit.

Cette hypothèse se concilie très bien avec le résultat des expériences d'Ehrlich et Wassermann, la substance intracellulaire qui se combine avec la toxine serait une antitoxine préformée. Il paraît étrange, à première vue, que la combinaison d'une toxine avec une antitoxine puisse réaliser le tétanos. S'il est vrai que, pour produire le tétanos, il faut introduire dans l'organisme une quantité de toxine plus élevée que celle de l'antitoxine préformée dans les cellules nerveuses, on ne devrait plus trouver d'antitoxine chez les animaux qui ont succombé. Or, c'est ce qui n'a pas lieu.

Ce qui fait périr l'animal, ce n'est donc pas l'absence ou la disparition de l'antitoxine, c'est plutôt la combinaison de la toxine avec l'antitoxine. On peut conclure de ces considérations que, si l'antitoxine préformée dans les cellules ne met

pas l'organisme à l'abri de l'intoxication, il faut que, chez l'animal réfractaire au tétanos, il n'y ait pas d'antitoxine dans les cellules nerveuses. En effet, les centres nerveux de la poule, qui, comme on sait, est presque complètement réfractaire au tétanos, ne jouissent que de propriétés antitoxiques très faibles. On retrouve chez la poule le virus tétanique non altéré encore au bout de quarante heures dans les organes. L'immunité de la poule provient donc de la petite quantité de substance neutralisante contenue dans ses tissus; chez elle la toxine tétanique traverse l'organisme sans se transformer en toxoïde, en virus tétanique proprement dit.

D'où il suit que la prédisposition d'un animal au tétanos est d'autant plus grande que son organisme contient de plus grandes quantités d'antitoxine préformée dans les tissus. Cette conclusion paraît moins paradoxale si on remplace le terme d'antitoxine par l'expression de substance neutralisant la toxine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 27 Janvier 1897.

Obstruction du pylore par un calcul biliaire.

M. Krause a communiqué l'observation d'une femme de 63 ans, obèse, qui depuis plusieurs mois présentait des nausées, des vomissements et du tympanisme stomacal. Dans les matières vomies on n'a jamais trouvé de sang. L'estomac, fortement dilaté descendait au-dessous du pylore, et à la palpation on trouvait dans la région du pylore une tumeur des dimensions d'un poing d'enfant, mobile, lisse, sans connexion avec le foie. L'état cachectique de la malade et la coloration particulière de sa peau firent diagnostiquer une tumeur du pylore.

La laparotomie montra que l'estomac était considérablement dilaté, mais que le pylore était sain. A côté du pylore, contre la colonne vertébrale se trouvait une tumeur de consistance pierreuse formée par la vésicule biliaire entièrement remplie par un calcul unique. Dans ces conditions on se contenta d'extraire le calcul après avoir fermé le canal cystique avec une pince et incisé la vésicule. Le calcul une fois extrait, l'incision de la vésicule biliaire fut suturée à la paroi abdominale. Suites opératoires des plus simples. Guérison.

Le calcul, des dimensions d'un œuf de poule, pesait 52gr50 et mesurait 60 millimètres de longueur sur 42 millimètres d'épaisseur. Il est évident que les symptômes présentés par la malade devaient être attribués à la compression du pylore par ce calcul volumineux.

Les névroses fonctionnelles chez les enfants.

M. Sänger estime que les névroses fonctionnelles dont il a observées un grand nombre chez les enfants peuvent être divisées en quatre groupes possédant chacun une symptomatologie particulière.

Dans le premier groupe, qui comprend la neurasthénie proprement dite, les malades présentent les symptômes suivants : anémie, absence d'équilibre psychique, angoisse, fatigue rapide, palpitations, vertiges, excitabilité vaso-motrice, constipation, insomnie avec ou sans terreurs nocturnes; quelquefois on trouve de véritables phobies et un tremblement des paupières quand on dit aux enfants de fermer les yeux.

Le second groupe comprend les cas d'hystérie. L'intelligence de ces enfants est plus développée que celle des enfants du groupe précédent, et on trouve chez eux les mêmes stigmates que dans l'hystérie des adultes : aphonie, contractures, paralysies des membres, toux, tremblement, torticolis et scoliose d'origine nerveuse, blépharo-spasme, ptosis, hémichorée, quelquefois amaurose.

Le troisième groupe, que l'on peut désigner sous le nom d'hystéro-neurasthénie est celui qui comprend les cas les plus nombreux et qu'on rencontre le plus souvent chez les enfants. L'intelligence de ces enfants laisse à désirer; ils sont ordinairement apathiques, accusent des maux de tête, des douleurs dans les yeux, de l'asthénophie nerveuse. Ils présentent, en outre, de la photophobie, du rétrécissement du champ visuel, une diminution ou une abolition des réflexes conjonctival et pharyngien, de l'incontinence nocturne de l'urine, des hallucinations, du somnambulisme.

Chez les enfants du quatrième groupe, qu'on peut désigner sous le nom de névropathie héréditaire, on trouve, pendant la première enfance, des convulsions, plus tard des tics et des mouvements choréiformes, une grande sensibilité et impressionnabilité, de l'entêtement, des colères violentes, des tendances égoïstes, de la méchanceté et de la cruauté; leur développement physique laisse souvent à désirer.

Les types de transition entre ces divers groupes sont fréquents.

Dans chaque groupe, les deux sexes sont également présentés. C'est surtout chez les enfants de 10 à 14 ans qu'on observe ces névroses fonctionnelles.

Le pronostic est favorable dans les trois premiers groupes et plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte. Comme traitement on peut employer suivant les cas : les douches, les frictions humides, les bains, l'électricité, le repos intellectuel, le traitement neurotonique, la suggestion pendant la veille.

M. Zecker attire l'attention sur la fréquence relative, chez les enfants, d'une scoliose hystérique et d'une sciatique également d'origine hystérique.

M. Hess a souvent observé une combinaison de l'hystérie avec une affection organique du système nerveux. Dans un cas, l'hystérie coexistait avec une paralysie spinale infantile. Dans un autre avec une chorée. Il ne croit pas que l'hérédité joue un rôle bien accusé dans l'étiologie des névroses fonctionnelles chez l'enfant.

M. Nonne a vu souvent les symptômes d'hystérie éclater à la suite d'un traumatisme. Dans un cas où l'enfant s'est enfoncé en marchant un clou dans le pied, les symptômes simulèrent à se méprendre ceux du tétanos; dans d'autres cas le traumatisme a provoqué des contractures, des paralysies, le syndrome de l'astasie-abasie.

M. Liebreich explique la fréquence des manifestations oculaires de l'hystérie chez les enfants par ce fait que chez eux l'œil est l'organe qui est peut-être le plus fatigué.

Les symptômes oculaires qu'on observe dans ces cas sont : le rétrécissement du champ visuel, des troubles de l'accommodation, de la diplopie passagère, de l'inégalité pupillaire, de l'abolition des réflexes conjonctival et cornéen aboutissant à des lésions anatomiques de ces organes.

ANGLETERRE

PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 15 Février 1898.

Sarcome de la langue.

M. Littlewood a communiqué l'observation d'un garçon de 17 ans qui était entré à l'hôpital pour une tumeur occupant le tiers moyen de la langue. D'après ce que racontait le malade, cette tumeur s'était développée à la suite d'une ulcération consécutive à une brûlure de l'organe.

Le traitement antisyphilitique n'ayant donné aucun résultat, M. Littlewood pratiqua dans une séance l'extirpation complète de la langue, et quelque semaines après l'ablation des ganglions sous-maxillaires hypertrophiés. Il n'y eut pas de récidive sur place, mais tout dernièrement une tumeur se développa dans l'amygdale gauche et les ganglions lymphatiques correspondants.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Emphysème post-mortel du foie.

M. Boud présente le foie emphysémateux provenant d'un individu qui a succombé à la démence sénile. L'autopsie a été faite 18 heures après la mort par un temps froid. Le foie seul était atteint d'emphysème; l'examen microscopique de cet organe montra la présence du bacille aérogène encapsulé qui, comme on sait, est considéré comme l'agent de cet emphysème.

Comme il n'existait aucune lésion de la peau ni de l'intestin,

il est difficile de dire comment ce bacille a pu pénétrer dans le foie.

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Février 1897.

Pleurotomie pour pleurésie séreuse.

M. Samuel West a eu l'occasion de pratiquer la pleurotomie à un homme de 39 ans, d'origine tuberculeuse qui, depuis 18 mois présentait un épanchement abondant dans la plèvre droite.

Dans le courant de ces 12 mois, la plèvre a été ponctionnée trois fois, mais le liquide se reproduisant rapidement après chaque ponction, M. West a pratiqué la pleurotomie simple, sans résection costale. L'incision de la plèvre donna issue à une grande quantité de liquide, et un drain fut placé dans la plaie.

Cette opération amena presque immédiatement une amélioration considérable de tous les symptômes, et au bout de quelques jours déjà le poumon reprit sa place jusqu'à l'endroit où se trouvait le tube de drainage par lequel il s'écoulait 2 à 3 onces de liquide séreux par 24 heures. La quantité de liquide qui s'écoulait par les tubes resta encore la même quand, au bout de quelque temps, le liquide devint légèrement purulent.

Lorsque le malade fut rétabli et eut repris des forces, on essaya de retirer le tube; mais comme la fistule ne se fermait pas, on fut obligé de replacer le tube.

Aujourd'hui, 12 mois après l'opération, le malade va aussi bien que possible, a repris ses occupations, mais garde toujours son tube.

Le poumon garde sa place normale, fonctionne normalement et la respiration s'entend partout sauf au niveau du tube.

C'est la seconde fois que M. West fait la pleurotomie pour épanchements pleuraux se reproduisant après chaque ponction. Dans le premier cas où il s'agissait d'une femme de 31 ans, la pleurotomie qui a été faite après 5 ponctions, 12 mois après le début de la pleurésie, a amené la guérison complète sans déformation du thorax. Ce qu'il y a de remarquable dans ces deux cas c'est la rapidité avec laquelle le poumon reprend sa place, après avoir été comprimé 12 mois dans un cas et 18 mois dans l'autre.

M. Spencer ne comprend pas pourquoi M. West ne fait pas en même temps la résection costale qui aurait probablement évité l'infection secondaire de la plèvre.

M. Ewart est partisan des incisions franches dans tous les cas d'épanchements dans les séreuses (plèvre, péricarde) qu'on traite habituellement par les ponctions.

De l'épanchement péricardique transitoire et latent.

M. Ewart a attiré l'attention sur l'exsudat péricardique limité et passager qu'on voir survenir parfois au cours du mal de Bright, de certaines cardiopathies, du rhumatisme articulaire aigu, et sur lequel l'attention des cliniciens ne s'est pas beaucoup arrêtée jusqu'ici. Cette variété d'épanchement est souvent méconnue, attendu que la matité à laquelle elle donne lieu est attribuée à une dilatation du cœur. Cependant cette matité diffère de la matité de la dilatation cardiaque en ce que la ligne qui la délimite à droite, au lieu d'être convexe comme dans la dilatation du cœur, est oblique de bas en haut et de droite à gauche. Enfin, un autre signe d'épanchement péricardique est fourni par la présence, à la région dorsale, de zones de matité situées de chaque côté des 3 dernières vertèbres dorsales et que M. Ewart n'a jamais rencontrées dans les cas de dilatation du cœur.

Les épanchements dont il s'agit sont rapidement résorbés, souvent en 24 à 48 heures, mais ils peuvent aussi se reproduire. Outre leur courte durée, ils sont caractérisés par leurs faibles dimensions ainsi que par l'absence des douleurs péricardiques et des autres troubles graves que provoquent d'ordinaire les exsudats plus abondants. La pathogénie de ces épanchements péricardiques passagers est obscure.

Tout récemment M. Ewart a eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre. L'un de ces malades, âgé de 19 ans, présentait à droite un point de côté avec frottement pleurétique, mais sans signes d'épanchement pleural. Par contre, il existait en avant et en arrière une zone de matité indiquant un épanchement péricardique, matité qui se dissipa complètement en 2 jours. Le point de côté avait fait son apparition une semaine avant l'admission du malade à l'hôpital, mais on ne put préciser à quel moment il avait été suivi d'épanchement péricardique.

Le second malade était atteint de rhumatisme articulaire aigu et offrait aussi les signes caractéristiques d'un épanchement modéré du péricarde. Il n'y avait pas de bruit de frottement péricardique, mais on constatait une légère tuméfaction au niveau des 4° et 5° articulations chondro-sternales droites, qui étaient douloureuses au toucher. L'auscultation du cœur ne dénotait aucun bruit de souffle. Les douleurs et les gonflements articulaires cédèrent rapidement à un traitement approprié. Quant aux signes de l'épanchement péricardique, on ne les percevait plus au bout de 2 jours.

EDINBURGH OBSTETRICAL SOCIETY

Séance du 9 Février 1898.

Endométrite sénile.

M. Halliday Croom a communiqué trois cas d'endométrite sénile présentant chacun un type particulier que cette affection peut revêtir, à savoir 1° écoulement fétide mais non hémorrhagique; 2° écoulement non fétide mais teinté de sang; 3° écoulement franchement hémorrhagique. Dans tous ces cas le diagnostic différentiel avec le cancer de l'utérus était d'autant plus difficile que les trois malades, comme c'est ordinairement le cas, présentaient les attributs de la cachexie cancéreuse : mauvais état général, amaigrissement, peau de couleur sale, frissons, sueurs abondantes pendant la nuit, etc.

Pour ce qui est du diagnostic différentiel entre l'endométrite sénile et le cancer de l'utérus, M. Halliday Croom estime qu'il doit s'appuyer sur les considérations suivantes : 1° Dans le cancer les douleurs sont vives, périodiques et existent dès le début, dans l'endométrite sénile elles sont irrégulières et rappellent celles des coliques quand elles ne sont pas légères; 2° l'écoulement fétide ne s'observe pas au début du cancer tandis qu'il constitue un symptôme constant et précoce dans l'endométrite; 3° dans le cancer, l'utérus est manifestement augmenté de volume, lourd, immobilisé et sensible au toucher; dans l'endométrite sénile il est normal ou à peine hypertrophié et ordinairement mobile; 4° l'examen digital de la cavité utérine montre la présence d'excroissances dans le cancer et une surface lisse dans l'endométrite.

Au point de vue du traitement, l'endométrite guérit presque toujours par un traitement local. Ce point est important à connaître, car l'endométrite sénile est fréquemment méconnue et confondue avec le cancer, ce qui conduit à faire l'hystérectomie et à enlever des utérus qui ne présentaient aucune lésion cancéreuse.

Transmission intra-utérine de la fièvre typhoïde.

M. Fordyce a communiqué l'observation d'une multipare qui au cours de sa grossesse contracta une fièvre typhoïde extrêmement grave et accoucha au cinquième mois de sa grossesse d'un fœtus mort, mais ne présentant aucune lésion apparente. Elle succomba 16 heures environ après l'accouchement dans un état comateux qui existait déjà avant.

A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva un peu de liquide séreux dans le péritoine. L'intestin était normal, mais le foie et la rate hypertrophiés. L'ensemencement du parenchyme rénal, splénique, du contenu intestinal et du sang pris au ventricule gauche donna naissance, sauf pour le sang, à une culture qui avait tous les caractères des cultures typhiques et qui présentait le phénomène d'agglutination lorsqu'on l'a additionnée avec la sérosité recueillie dans le péritoine de la malade.

Le même essai fait avec le sang donna des résultats moins nets au point de vue de l'agglutination. Ces bacilles ensemencés sur du lait ne coagulait pas le liquide.

L'examen histologique du foie, des reins, du placenta et du cordon ombilical ne permit pas d'y retrouver les bacilles typhiques qui s'étaient développés après l'ensemencement de ces organes.

En passant en revue les autres cas de fièvre typhoïde au cours de la grossesse, publiés dans la littérature, M. Fordyce montre que le fœtus arrive au monde tantôt mort, tantôt vivant et présentant les signes d'infection typhique, tantôt vivant et sans trace d'infection spécifique.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 21 Janvier 1897.

Tuberculose rénale.

M. Verneuil présente un rein tuberculeux qu'il a enlevé à une jeune fille de 20 ans. La lésion se manifeste sous la forme d'infiltration tuberculeuse et sous l'aspect de pyélonéphrite. Le tissu rénal est détruit, creusé d'excavations à bords irréguliers, contenant du pus très liquide et des masses caséeuses. L'uretère était infiltré, élargi et perméable.

Il est à remarquer que la présence de la tuberculose rénale n'influençait nullement l'état général, qui est excellent. La jeune fille accusait simplement des symptômes de cystite (envies fréquentes d'uriner, peu de douleur, urines en quantité normale, renfermant beaucoup de pus). Le cathétérisme était douloureux. L'examen cystoscopique démontrait l'intégrité de la muqueuse vésicale, sauf au niveau de l'embouchure de l'uretère droit, où l'on distinguait quelques granulations et une petite plaque ulcérée. L'aspect de ces lésions est en rapport avec celles du rein. Il est à présumer que la lésion de ce dernier est primitive. Aucun symptôme du côté des organes génitaux, si ce n'est de la dysménorrhée. Pas de tuberculose d'autres viscères.

M. Stiénon. — Dans le rein présenté par M. Verneuil, les abcès tuberculeux siègent dans les pyramides, tandis que la substance corticale est simplement atrophiée par compression. Dans ces conditions et étant donné que la tuberculose rénale hématogène est presque toujours bilatérale, je crois qu'il s'agit dans l'espèce d'une néphrite consécutive à une lésion vésicale ou génitale, et propagée par la voie de l'uretère.

M. Verneuil. — Les deux hypothèses sont certainement vraisemblables. Je crois cependant à une néphrite primitive, à cause du peu d'étendue et de la localisation des lésions vésicales. Du reste, s'il est vrai que la néphrite hématogène est le plus souvent bilatérale, on connaît cependant des cas où l'un des reins seulement se trouve entrepris. Il y avait de la pyurie avant l'opération.

M. Pechère. — J'ai vu deux cas analogues à celui de M. Verneuil, où l'urine ne renfermait aucun produit anormal. Cette absence de pus dans l'urine s'explique par l'obstruction complète de l'uretère.

M. Jacobs ne connaît aucun exemple de tuberculose génitale étendue aux voies urinaires et doute de la propagation lorsqu'il n'existe pas de tuberculose vésicale.

M. Verneuil reconnaît la coexistence de la tuberculose génitale avec la substance vésicale, qui n'implique cependant pas l'extension de la tuberculose génitale aux voies urinaires. Cette coexistence est bien plus fréquente chez l'homme, où les communications entre les systèmes sont plus étroites.

M. Crocq a vu, à l'autopsie, des reins renfermant des granulations tuberculeuses et même de petits abcès, sans que l'urine ait contenu du pus, alors que les uretères étaient parfaitement perméables.

M. Verneuil. — Il ne faut pas confondre les petits abcès localisés dont parle M. Crocq avec les cas où, comme dans ceux de M. Pechère et le mien, le rein est devenu une véritable poche de pus. D'ailleurs, le rein que je vous ai montré peut être considéré comme incapable de toute sécrétion.

M. Gratia. — Le rein présenté par M. Verneuil est encore capable de sécréter. Il y a des personnes qui continuent à vivre, alors que les deux reins sont frappés de lésions aussi avancées. D'ailleurs, si le rein n'avait plus sécrété, il n'y aurait pas eu de courant liquide et le pus n'aurait pas pu être entraîné dans l'urine.

Hydrosalpinx.

M. Verneuil présente un hydrosalpinx. Cette affection, sans être une curiosité pathologique, est assez rare; peut-être moins cependant qu'on ne le croit, parce qu'elle n'est douloureuse que si la trompe acquiert des dimensions excessives. Généralement il n'y a pas de symptômes. On remarque ici, à la partie inférieure de la tumeur, l'ovaire dégénéré et adhérent au cul-de-sac latéral droit. Cette complication déterminait chez la malade des douleurs violentes, et à l'examen, l'adhérence de cet ovaire, d'une part au cul-de-sac, d'autre part à la tumeur tubaire, avait fait penser à une maladie kystique et inflammatoire de la glande.

Colite dysentérique, abcès périrénal et périsplénique. Abcès du foie, péritonite, abcès métastatique du poumon.

M. Pierre relate l'histoire d'un malade qui avait autrefois fait un assez long séjour au Congo, et y avait souffert de la dysenterie et de fièvre intermiitente, l'homme a été opérée pour un abcès périsplénique, il a subi une autre opération pour un abcès de la fosse iliaque. A l'autopsie, on trouve que tous les viscères abdominaux sont réunis par des adhérences fibreuses, délimitant des loges remplies de pus vert, diffluent. Ces poches se rencontrent un peu partout, mais on n'en trouve pas au voisinage de la rate. Au lobe droit du foie, on trouve dans le parenchyme un abcès du volume d'une tête d'enfant. Il existe à la surface des poumons une série d'abcès semblables, du volume d'une bille. Enfin il existe un abcès en voie de formation au sommet du rein droit. La rate présente les caractères de la rate paludéenne. Le pus des abcès, examiné par M. Pechère, renfermait des coli-bacilles. Le point de départ des accidents est sans doute la lésion intestinale (dysenterie).

Présentation d'yeux inclus dans la gélatine glycérinée.

M. Henri Coppez. — 1. *Gliome de la rétine.* — Cet œil provient d'un enfant de 2 1/2 ans. La tumeur occupait toute l'étendue du corps vitré.

Quelques jours après l'énucléation du globe et l'évidement de la cavité orbitaire, des tumeurs molles, gommes du périoste, poussèrent en différents points de la surface du crâne, et se développèrent avec une rapidité incroyable. Les jambes se paralysèrent. Des hémorrhagies se produisirent par l'orbite, le nez, la bouche. L'enfant n'a pas dû tarder à succomber.

M. Coppez insiste sur cette génération du gliome, se développant à la fois en plusieurs foyers indépendants les uns des autres.

2. *Corps étranger ayant séjourné douze ans dans l'œil.*
3. *Cyclite consécutive à l'extraction du cristallin.*
4. *Plaie tranchante de la cornée avec synéchie antérieure et cyclite.*
5. *Irido-cyclite consécutive à un traumatisme survenu au Congo.*
6. *Cyclite traumatique avec décollement de la rétine et corps étranger intra-oculaire.*
7. *Œil glaucomateux avec vaste staphylome ciliaire.* — Œil enlevé à une jeune fille de 24 ans, atteinte de luxation congénitale des deux cristallins. Le staphylome est si considérable que sa cavité est presque aussi volumineuse que celle du globe lui-même. Les parois du staphylome sont si minces qu'elles sont devenues par endroits tout à fait transparentes. La papille du nerf optique est profondément excavée.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'intervention chirurgicale dans les traumatismes du cœur et du péricarde,

Par le Dr Ét. Cestan.

Ancien interne des hôpitaux.

Pour des raisons cliniques, physiologiques, anatomiques, le cœur est demeuré longtemps étranger aux progrès de la chirurgie viscérale.

Le pronostic fatal trop souvent attribué aux blessures d'un organe dont on avait exagéré la susceptibilité, son abord malaisé au prix de résections osseuses et d'une ouverture pleurale trop redoutées, sa vascularisation, sa mobilité, ses variations incessantes de volume, de forme et de consistance semblaient par avance condamner toute tentative opératoire.

Aussi, malgré les efforts de Diemerbroek, de Larrey et de Rose, les chirurgiens restaient-ils résignés à une passive expectation : occlusion de la plaie, applications froides, saignée, repos. A ces prescriptions, l'antisepsie n'avait osé ajouter que la désinfection encore superficielle de la plaie extérieure, et, seul en France, Poncet (de Lyon) avait dès 1892 manifesté la ferme intention d'intervenir.

La question reçut enfin une orientation nouvelle.

Cliniquement, les faits s'accumulèrent qui montrèrent la bénignité relative de certaines plaies du cœur et du péricarde. Toutes ne sont ni constamment, ni immédiatement mortelles; parfois elles ne tuent point; plus souvent elles laissent le temps d'intervenir. Aux observations classiques de Paré, Muler, Latour, Carnochan, Vandelli, Balch, aux 65 guérisons colligées par Fischer, d'autres se sont ajoutées dont je citerai seulement les plus démonstratives. Tillaux a vu un aliéné tolérer plus d'un an une tige de fer longue de 10 centimètres qui avait traversé la paroi postérieure des ventricules et s'était engagée dans le poumon droit. Le même auteur a trouvé une balle logée dans la paroi du ventricule gauche d'un blessé qui survécut 18 jours sans signes fonctionnels appréciables; le trajet était cicatrisé. Riawkoff (1) a noté une survie de un mois après un coup d'épée du ventricule gauche; Nicholson (2) une survie de deux jours après coup de feu; Cristiani (3) une survie de 39 jours; Stimson (4) une de 18 heures; Currau (5), Fubini et Spalita (6) ont rapporté des faits pareils. Lucas (7) a cité une guérison après blessure probable du ventricule droit. Spencer (8) a vu un homme atteint d'une plaie pénétrante du même ventricule qui mourut 79 jours après d'accidents tuberculeux indépendants; la réalité de la plaie pénétrante, si bien cicatrisée qu'elle fut contestée par Walsham, fut confirmée par le microscope. Turner (9) a publié plusieurs faits de même nature. Un enfant supporta parfaitement une aiguille fichée dans le cœur; on sait d'ailleurs que les Japonais pratiquent couramment l'acupuncture de la région précordiale. Un homme put se porter successivement trois coups de couteau dans le cœur sans que les perforations très larges aient immédiatement arrêté l'organe. Un soldat eut le ventricule gauche traversé par sa baïonnette à 4 centimètres de la pointe et ne mourut qu'au quatrième jour. Un Maltais fut frappé d'un coup de couteau dans le quatrième espace intercostal; après un collapsus inquiétant de 24 heures avec hémopneumo-péricarde, il finit par se remettre et mourut 4 mois après au cours d'un lavage pour pyopneumothorax consécutif à sa blessure. L'autopsie montra au niveau du péricarde une cicatrice étendue; sur le cœur, une autre cicatrice de trois quarts de pouce, horizontale, siégeant sur la cloison inter-ventriculaire, à 4 centimètres de la pointe, et qui avait tranché les vaisseaux coronaires gauches; or, pareille lésion passe pour mortelle. Muhlig a vu un maçon frappé d'un coup de stylet qui survécut 10 ans, malgré des adhérences du poumon gauche au péricarde, une symphyse cardiaque complète et une plaie pénétrante des deux ventricules qui communiquaient par un orifice de la cloison assez large pour admettre le petit doigt. Turner cite encore le cas d'un soldat qui vécut 6 ans avec une balle dans le cœur, cas à rapprocher des observations pareilles de Tillaux et d'Anders (10). S'appuyant sur ces faits, sur une statistique parue dans *the Lancet* de 1881 réunissant 29 cas dont 9 seulement entraînèrent la mort en 48 heures, il conclut que les plaies du cœur sont rarement fatales à très bref délai. Scudler (11) a vu plus récemment une guérison après coup de feu; Lauenstein (12), de son côté, sur 7 à 8 cas pareils, a noté seulement 3 ou 4 décès. Nous sommes donc en droit de croire avec Laforgue (13) que les plaies du cœur ne sont pas

1. Riawkoff, *Russkaia Med.*, 1887, n° 42.
2. Nicholson, *Indian medic. Gaz.*, mai 1886.
3. Cristiani, *lo Sperimentale*, mars 1889.
4. Stimson, *New York surg. Soc.*, 14 mai 1890.
5. Currau, *the Lancet*, 2 avril 1888.
6. Fubini et Spalita, *Untersuch. z. Natur von Moleschott*, Bd. XIV, S. 27.
7. Lucas, *the British med. Assoc.*, 25 octobre 1895.
8. Spencer, *Clinical Soc. of London*, 9 octobre 1896.
9. Turner, *the British med. Assoc.*, 14 novembre 1896.
10. Anders, anal. *in Revue des Sc. méd.*, 1876, p. VII, p. 276
11. Scudler, *26e Congrès de la Soc. allemande de chir.*, Berlin, avril 1897
12. Lauenstein, *ibid.*
13. Laforgue, thèse de Paris, 1893.

toujours mortelles, que le temps ne fait pas toujours défaut pour le diagnostic et l'acte opératoire.

Les études de physiologie pathologique s'ajoutèrent à l'observation clinique et montrèrent que s'il est des plaies du cœur immédiatement mortelles par lésion du centre nerveux décrit par Kronecker (tel le cas de La Tour-d'Auvergne), s'il en est encore où l'hémorrhagie formidable emporte le blessé en quelques instants, il en est d'autres nombreuses où l'organe continue à battre normalement, où l'écoulement sanguin est plus modéré, où le danger vient surtout de la compression du cœur par l'hémo-péricarde, comme jadis Morgagni, plus récemment François Franck, Lagrolet, Rose, Chaput (1), Nové-Josserand (2) l'ont vu ou démontré. En ces cas, pourquoi ne pas intervenir pour décomprimer le cœur comme le voulait Rose, ou tarir l'hémorrhagie comme l'avait tenté Diemerbroek?

Or ces deux buts sont pratiquement réalisables; les expériences l'ont prouvé.

D'abord le cœur n'est pas ce viscère redoutable auquel on ne peut toucher sans risquer des accidents mortels. La physiologie l'avait dès longtemps indiqué cependant, et le respect de l'organe avait été perdu à ce point que Watson, Senn vantèrent chez l'animal les bons effets de la ponction des oreillettes dans la syncope, l'entrée de l'air dans les veines, et que Kinloch, Dana, Fischer, Westbrook, Mills (3), Coats (4) l'osèrent tenter chez l'homme.

Bochefontaine et Roussy (1881), Kronecker (1884) avaient d'autre part montré, dans un autre dessein, que l'oblitération des coronaires n'est pas incompatible avec la vie, malgré quelques accidents secondaires de dilatation ou de rupture de la paroi affaiblie. On ne saurait donc, pour raisons théoriques, s'opposer à la ligature de ces vaisseaux en cas de plaie dont les expériences de Nicolas et Rodet (5) ont réaffirmé la gravité.

L'on ne tarda pas enfin à prouver que l'on pouvait heureusement suturer les plaies cardio-péricardiques. Bloch (de Copenhague) et Filipoff (6) après lui y réussirent les premiers chez le chien. Plus tard, Vecchio (de Naples) (7) présentait au Congrès de Rome un chien vivant après suture de deux plaies étendues du ventricule droit et déclarait cette manœuvre possible malgré les mouvements du cœur, plus facile chez l'homme que chez le chien dont il faut toujours ouvrir la plèvre, ce qu'on peut éviter sur le premier. Salomoni (8), toujours sur le chien, obtenait les mêmes succès; ses animaux guérirent avec des adhérences myopéricardiques variables, mais sans troubles fonctionnels immédiats. Enfin, tout dernièrement, Fréd. Bode (9), à propos d'un fait clinique de Rehn que nous dirons plus loin, reprenait à nouveau cette étude et, de 17 expériences précises, tirait les conclusions suivantes : l'hémorrhagie systolique est constante quels que soient le siège et les dimensions de la plaie. Lorsque celle-ci est étendue ou porte sur les oreillettes et vaisseaux afférents, on observe aussi une hémorrhagie diastolique presque toujours évidente, et qu'on ne saurait jamais nier absolument en ces cas. La pression sanguine est plus faible dans les oreillettes que dans les ventricules, mais l'écoulement n'est pas exactement proportionnel à la pression, sauf si la plaie est très étendue. Pendant la systole, on observe de par la contraction cardiaque une diminution sensible de la plaie marquée surtout si les parois sont épaisses, comme il arrive au ventricule gauche dont une lésion limitée produit, à dimensions égales, une hémorrhagie moindre qu'une lésion pareille des autres cavités. Les plaies non pénétrantes occasionnent seulement un petit écoulement systolique. Les plaies étendues amènent toujours une mort rapide; les petites sont susceptibles d'une hémostase spontanée, assez rapide pour le ventricule gauche. Les plaies des oreillettes sont beaucoup plus dangereuses que celles des ventricules. La suture de ces plaies est possible quoique délicate. Le premier fil est utile pour fixer le cœur et faciliter l'exécution des autres points. Lorsque l'aiguille pénètre dans le myocarde, on observe un arrêt momentané suivi d'une courte période d'action irrégulière et accélérée. La direction de la ligne de suture n'a aucune influence marquée sur les mouvements du cœur.

A ces expériences concluantes sur les animaux il ne manquait plus que la sanction de la réalisation humaine; le pas fut vite franchi. Nous résumerons d'abord les interventions portant sur le péricarde seul, puis celles beaucoup plus importantes qui ont visé le péricarde et le cœur.

S'il faut en croire George Foy (1), c'est John Bell qui aurait avant tous ouvert le péricarde pour traumatisme, enlevé un corps étranger, pratiqué le lavage et le drainage de ce sac séro-fibreux. Nous avons déjà rappelé la tentative malheureuse de Diemerbroek.

Mais le premier cas heureux publié appartient à Dalton (2). Un homme de 22 ans avait reçu un coup de couteau à 2 centim. 1/2 au-dessus du mamelon gauche, suivi d'une légère hémorrhagie, et pour lequel un simple pansement avait été appliqué. Dix jours après, douleurs et nouvelle hémorrhagie, cette fois très grave. Incision, résection de 13 centimètres de la quatrième côte. Ligature d'une intercostale blessée. Incision et nettoyage de la plèvre pleine de caillots. On aperçoit alors une plaie de 5 centimètres sur le péricarde, dont on fait la suture, pénible à cause des mouvements du cœur et de la profondeur à laquelle il fallait agir. Guérison sans incidents notables.

Williams (3) a rapporté un fait pareil qui aurait précédé celui de Dalton. Un garçon de 24 ans reçoit un coup de poignard au niveau du cinquième cartilage costal gauche, à 2 centimètres en dehors du sternum. L'exploration de la plaie longue de un pouce fit croire qu'elle n'était pas pénétrante; mais, la nuit suivante, survinrent de la douleur, une toux incessante, des signes de choc et une hémorrhagie que l'on attribua à la blessure de l'artère mammaire interne. Incision sur la plaie préexistante, agrandie en dedans et en dehors; résection temporaire du cinquième cartilage costal relevé avec un pédicule de parties molles; ligature de la mammaire interne. On aperçut alors sur le péricarde une ouverture de 3 centimètres et, par son intermédiaire, sur le cœur une plaie de deux à trois millimètres située à 1 centimètre et quart en dehors de l'artère coronaire droite et entre deux rameaux latéraux de cette artère qui n'étaient pas intéressés. Ni le péricarde, ni le cœur ne saignaient. On jugea inutile de suturer le cœur; le péricarde fut

1. Chaput, *Soc. anatom.*, 6 avril 1883.
2. Nové-Josserand, *Gaz. des hôp.*, 16 janvier 1892.
3. Mills, *the Medical News*, 7 septembre 1888.
4. Coats, *the Glasgow medic. Journal*, 1891.
5. Nicolas et Rodet, *Soc. de méd. de Lyon*, 1895.
6. Filipoff, *Russkaia Med.*, 1886, n° 11.
7. Vecchio, *Congrès de Rome*, 1894.
8. Salomoni, *IIe Congrès de la Soc. ital. de chir.*, Rome, octobre 1896.
9. Fred. Bode, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1897, Bd. XIX, Heft 1, p. 167 à 211.

1. George Foy, *the Lancet*, 1897, t. I, p. 1436.
2. Dalton, *Annals of surgery*, 1895, p. 147.
3. Williams, *Ne[illegible] medical Record*, 27 mars 1897.

refermé au catgut. La température se maintint à 39° pendant sept jours, puis apparurent des signes de péricardo-pleurite. Quatre jours après, une pleurotomie pratiquée dans le septième espace intercostal donna issue à un liquide séro-sanguinolent. Au bout de vingt-huit jours, la guérison était complète. Le malade fut revu trois ans après en parfait état de santé.

Rieder (de Bonn) (1) aurait suturé le péricarde avec le même succès.

Riedel (d'Iéna) (2) aurait au contraire éprouvé un échec. Un homme avait reçu cinq coups de revolver à gauche du sternum. Au dixième jour, la fièvre, la dyspnée, l'état du pouls, l'aggravation des signes généraux et locaux décidèrent l'auteur à intervenir. Résection costale; mise à nu du péricarde où l'on vit une plaie déjà fermée, où l'on sentit une balle tombée à sa partie inférieure. Incision du péricarde, si épais que l'opérateur crut à plusieurs reprises être entré dans le cœur. A l'ouverture de la séreuse, fluide sanguinolent, mais le cœur se mit à battre si follement que le liquide péricardique se changea en écume laquelle empêcha de poursuivre l'opération. On dut se contenter de tamponner sans avoir pu extraire la balle qui fut retrouvée après la mort, survenue le lendemain.

Rehn (3), dans un important article cite pareillement, mais sans détails, un cas d'incision et de suture du péricarde qui se termina malheureusement.

A ces faits nous en joindrons quatre autres rapportés par Tassi (4) à l'Académie de Rome et dont nous devons l'indication à la très obligeante amitié du docteur E. Reymond. En voici le très strict résumé : Paolo Ferraresi, plaie par coup de couteau, incision du péricarde, tamponnement, guérison avec adhérences et gêne fonctionnelle relative. — Sironi, plaie par coup de couteau, incision et suture du péricarde; mort au quatrième jour avec des signes d'hypertrophie cardiaque et d'insuffisance mitrale. — Cappello, Nicolaï et Canali, tentative d'assassinat, incision et suture du péricarde; mort par complications indépendantes. — Nicolaï, plaie par coup de couteau; incision, suture du péricarde; mort d'adynamie le lendemain.

De ces observations nous rapprocherons volontiers celle de Mansell-Moullin (5), plus intéressante peut-être parce qu'unique encore. Un jeune facteur avait été atteint d'un violent coup de pied à la poitrine pendant une partie de foot-ball. En présence de l'aggravation des symptômes, l'auteur réséqua le cinquième cartilage costal, incisa le péricarde, évacua la collection sanguine, draina la séreuse et guérit son malade lequel put reprendre ses occupations ordinaires et même le jeu de foot-ball.

Soit, au résumé dix cas d'intervention sur le péricarde avec cinq guérisons et cinq morts dont deux au moins non imputables aux traitements.

J'en arrive à la chirurgie du cœur proprement dite.

Au Congrès de Rome de 1896, Durante signalait le cas d'une plaie pénétrante du ventricule gauche que le docteur Farina, à l'hôpital de la Consolation, avait traitée par l'incision du péricarde et la suture du cœur. Le malade survécut plusieurs jours et mourut d'une affection indépendante. Le même fait est rapporté par Tassi dans sa communication de 1897.

Cappelen (6), à peu près à la même époque, sur un homme de 24 ans atteint d'un coup de couteau dans le quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne, réséqua sous le chloroforme la quatrième, puis la troisième côte. Il trouva une hémorrhagie pleurale de 1400 grammes, une plaie du péricarde et, après incision de ce dernier, une plaie de deux centimètres sur le ventricule gauche ayant intéressé l'artère coronaire. La plaie ventriculaire fut suturé avec des points faits en deux fois; le fil était passé pendant une première systole et serré pendant une systole ultérieure. Les battements du cœur restèrent très réguliers. Le péricarde fut suturé à à son tour. Mort deux jours et demi après par péricardite septique avec exsudats fibrineux et microbes. L'autopsie montra que la plaie avait bien intéressé la coronaire et qu'il y avait déjà un commencement de réunion.

Rehn (de Francfort) (1), plus heureux, a guéri son malade. Coup de couteau dans la région précordiale; dyspnée, cyanose, perte du pouls, matité péricardique croissante. Le lendemain et le surlendemain les signes s'aggravent et l'état du malade paraît désespéré. L'exploration de la plaie à la sonde montre qu'elle doit intéresser le cœur. Incision, résection de la cinquième côte; ouverture du péricarde; plaie de 1 centimètre et demi sur le ventricule droit, saignant peu pendant la systole. Trois points de suture sur le cœur, passés et serrés en diastole. Suture et drainage du péricarde. Drainage de la plèvre à la gaze iodoformée. Guérison avec phénomènes d'excitation cardiaque.

Parrozanni (2) a obtenu le même succès. Coup de poignard dans le septième espace intercostal; résection des cinquième, sixième, septième et huitième côtes. Hémothorax qui nécessite l'ouverture de la plèvre. Plaie du péricarde à sa partie inféro-antérieure; incision du péricarde. Alors apparaît sur le cœur, près de la pointe une plaie de 2 centimètres avec un jet systolique marqué. Quatre points de suture sur le cœur; six sur le péricarde. Durée : une heure et quart. Pas de narcose. Injections d'huile camphrée et de sérum artificiel. Une heure après, le pouls se relevait. Au dix-huitième jour, la guérison paraissait certaine.

Soit au total quatre interventions avec deux guérisons et deux morts dues à des complications indépendantes du traitement.

De ces faits expérimentaux et cliniques se dégagent quelques enseignements techniques.

Il faut d'abord réduire au minimum le choc traumatique initial et le choc opératoire secondaire. A ce but seront employés les moyens ordinaires, surtout le sérum physiologique à haute dose et par voie veineuse principalement. Vainement on a voulu prétendre qu'à relever ainsi la pression sanguine on risque de provoquer un nouveau raptus hémorrhagique que les anciens voulaient au contraire prévenir par la saignée. Il faut empêcher le cœur de faiblir et l'on n'interviendra que lorsque le blessé paraîtra capable de supporter l'acte chirurgical. Pendant celui-ci, et à l'exemple de Parrozanni, on pourra supprimer toute narcose ou se contenter d'une anesthésie relative.

Comment arriver au péricarde et au cœur? Habituellement la voie sera toute tracée par le trauma causal dont il faudra suivre et débrider le trajet (Dalton, Williams, Rehn, Parrozanni). Mais si la plaie est anormalement placée (Cappelen), et l'on conçoit qu'une balle surtout

1. Rieder, *26e Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, avril 1897.
2. Riedel, *ibid.*
3. Rehn, *Arch. für klin. Chir.*, 1897, Bd. LV, Heft II, S. 315.
4. Tassi, *Acad. di Roma*, 1896-1897, fascicule 1.
5. Mansell-Moullin, *the Lancet*, 1897.
6. Cappelen, *Norsk Magazin*, mars 1896.

1. Rehn, *26e Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, 1897, et *Arch. für klin. Chir.*, *loco citato.*
2. Parrozanni, cité par Tassi et anal. *in Sem. méd.*, 12 mai 1897, n° 23.

puisse arriver au cœur par une voie très détournée, on agira directement sur la région précordiale.

Faut-il chercher à ménager la plèvre? Elle est très souvent intéressée par le traumatisme et l'hémopneumothorax accompagne très fréquemment l'hémopéricarde. En ce cas, il faudra l'ouvrir de parti pris (Williams, Parrozanni). Ailleurs paraît-elle intacte, on devra chercher à l'éviter. Les recherches anatomiques de Delorme et Mignon (1), de Lagoutte et Durand (2) nous ont montré les chemins à suivre : incision verticale à 1 centimètre en dehors du sternum allant du quatrième au septième cartilage, ou bien incision transversale sur le cinquième. Ligature de la mammaire interne; résection des cinquième, sixième cartilages; incision des espaces intercostaux correspondants; dégagement et réclinaison du cul-de-sac pleural gauche et de sa graisse que l'on décolle et refoule avec le doigt recourbé en crochet, comme on refoule pareillement le péritoine dans la taille hypogastrique. Le péricarde apparaît accessible sur une étendue de 7 centimètres que l'on peut agrandir au besoin par des sacrifices osseux plus considérables.

Mais le plus souvent on se comportera suivant les conditions particulières. Cappelen a dû réséquer la quatrième et la troisième côte entre le sternum et la ligne axillaire moyenne. Dalton a enlevé la quatrième sur une longueur de 13 centimètres. Williams a fait la résection temporaire du cinquième cartilage et relevé un lambeau musculo-cutané le contenant. Rehn a enlevé la cinquième côte. Parrozani, pour une plaie du septième espace, a réséqué les cinquième, sixième, septième et huitième arcs.

La résection préliminaire portera donc habituellement sur les quatrième, cinquième ou sixième cartilages et leurs côtes. Rehn estime que l'ablation des quatrième et cinquième suffit à découvrir la partie antérieure des ventricules, siège habituel des plaies; qu'il faut au contraire attaquer le troisième et une partie du sternum pour arriver sur l'oreillette droite; que l'oreillette gauche est presque totalement inaccessible.

Le péricarde mis à nu, on se rendra compte à l'œil et au doigt des lésions péricardo-cardiaques, de leur siège, de leur étendue, de l'écoulement sanguin, de la présence de corps étrangers s'il y en peut avoir. Riedel sentit ainsi une balle perdue dans la partie inférieure du sac fibro-séreux. Habituellement la plaie du cœur, lorsqu'elle existe, est en face de la plaie péricardique et celle-ci assez large pour permettre d'apercevoir celle-là. En cas contraire, si l'on croit le cœur atteint, il faudra sans hésitation inciser largement son enveloppe. Williams put, à travers la plaie péricardique, large de 3 centimètres, apercevoir sur le cœur une petite piqûre de 2 à 3 millimètres pour laquelle il jugea une suture inutile. Cappelen, Rehn, Riedel, Rieder, Ferraresi, Parrozanni et les autres ouvrirent franchement le péricarde. Nous avons vu que Riedel éprouva dans ce temps quelques difficultés tirées de l'épaisseur du péricarde si grande qu'il crût à plusieurs reprises être entré dans le cœur lui-même et l'on devra se rappeler que, d'après des recherches récentes, le cœur, en cas d'hémopéricarde, est refoulé presque toujours en avant au contact de son enveloppe.

Le péricarde ouvert, débarrassé des caillots, du liquide, des corps étrangers, on examinera le cœur lui-même.

S'il existe un corps étranger, fiché dans ses parois et facilement accessible on le dégagera prudemment et s'il est volumineux on aura soin de passer par avance dans le myocarde des fils destinés à fermer rapidement l'orifice et à tarir une hémorrhagie possible. Les balles exceptionnellement tombées dans les cavités cardiaques seront peut-être soupçonnées lorsqu'une seule plaie pénétrante existera sur les parois sans que la balle se retrouve dans le péricarde. Plus souvent elles seront inconnues. Je ne suppose pas en tout cas qu'il faille encore chercher à les extraire au prix d'une incision de l'organe.

Si la plaie du cœur est très petite, simple piqûre non saignante, si elle siège sur la partie épaisse des ventricules où elle a moins de chance d'être pénétrante et plus de chance d'hémostase spontanée, on pourra, à l'exemple de Williams, la négliger. Cependant on a vu expérimentalement quelques plaies s'agrandir sous l'influence des mouvements du cœur; ce fait, s'il était confirmé, commanderait toujours la suture.

Lorsque les lésions sont un peu plus considérables, leur siège dangereux, l'hémorrhagie plus marquée, il faudra suturer. Le premier fil paraît le plus difficile à placer et Fréd. Bode conseille de le conserver pour fixer le cœur, Cappelen a fait chaque point en deux temps : le fil était passé pendant une systole et serré durant une systole suivante; les battements de l'organe restèrent constamment réguliers. Rehn au contraire passa et serra ses fils en diastole. Son assistant Bode conclut de ses expériences que la pénétration de l'aiguille dans le myocarde produit un très court arrêt momentané suivi d'une brève période de contractions irrégulières et accélérées. Rodet et Nicolas, de leur côté, ont noté à la piqûre une systole avortée suivie d'un court tétanos de 3 à 4 secondes. Mais ces phénomènes sont inconstants, en tous cas peu marqués puisque jamais de leur fait il n'y a eu d'alerte sérieuse. On mettra ainsi trois points (Cappelen, Rehn) ou quatre (Parrozanni) sur le myocarde. Le catgut sera peut-être préférable à la soie en prévision d'une infection ultérieure toujours possible pour laquelle celle-ci offrirait plus d'ennuis.

L'hémorrhagie et la suture contrôlées, après un dernier nettoyage à sec, on suturera la plaie ou l'incision péricardique. Faut-il drainer le péricarde? Mieux vaudrait s'abstenir au point de vue des adhérences myopéricardiques (cas de Ferraresi). Mais l'infection possible du foyer, la fréquence des complications inflammatoires (Williams, Riedel, Cappelen), commandent des précautions; on fera au péricarde une suture incomplète et l'on appuiera contre elle une mèche de gaze qui drainera franchement l'espace anti-péricardique. A-t-on pratiqué la résection temporaire des cartilages costaux (Williams), on remettra ceux-ci en place, en ménageant toujours le passage de la mèche.

L'intervention terminée aussi rapidement que possible (elle dura une heure et quart dans le fait de Perrozanni), l'opéré sera reporté dans son lit, réchauffé, soumis s'il en est besoin aux injections excitantes, aux transfusions du sérum, en tout cas au repos absolu.

J'en viens aux indications. Elles sont tirées de la nature du traumatisme, des signes observés et des résultats obtenus.

Les traumatismes (et nous éliminons ici les ulcérations péricardo-cardiaques par corps étrangers venus de l'œsophage) comprennent deux grandes classes : les contusions graves ou ruptures, les plaies proprement dites.

Sur les ruptures nous serons brefs; on n'est encore intervenu qu'une fois à leur occasion (Mansell-Moullin). Il nous semble pourtant qu'elles pourront devenir justiciables d'une action chirurgicale directe. Elles sont en

1. Delorme et Mignon, *Revue de chir.*, 1895 et 1896, p. 797.
2. Durand et Lagoutte, *Gaz. hebdom.*, 1894, et *Rev. de chir.*, 1896, p. 448.

effet très dangereuses et Fischer aurait seulement noté 7 guérisons sur 76 cas. Mais leur gravité n'est pas toujours immédiate; 18 fois sur 76 dans les relevés de Fischer, il y a eu une survie appréciable dont Coupland, Squire, Fox ont récemment apporté de nouveaux exemples. D'autre part les lésions, trop souvent excessives dans les tamponnements, les écrasements, les grandes chutes, peuvent ailleurs se montrer beaucoup moindres (coup de pied ou de bâton, choc contre un corps mousse). Dans ces cas on a vu des ruptures incomplètes, fissures simples n'intéressant pas toute l'épaisseur de la paroi ou des ruptures très limitées, déchirures à bords nets, variant de quelques millimètres à un ou deux centimètres; toutes altérations parfaitement assimilables aux plaies proprement dites et susceptibles du même traitement. Groom (1) a dernièrement rapporté l'histoire d'une jeune garçon de 16 ans qui mourut subitement un mois après avoir été heurté violemment à la poitrine par le brancard d'une voiture. Il avait eu une rupture incomplète de la face postérieure du ventricule gauche qui avait fini par s'ouvrir tout à fait sous forme d'un orifice absolument semblable à celui d'une balle. De tels cas pourraient aussi rentrer dans le cadre d'une intervention, si leurs conditions étaient nettement reconnues. Le succès obtenu par Mansell-Moullin vaut d'être retenu et sera sans doute le point de départ d'une action plus active. Mais celle-ci repose essentiellement sur la constatation préalable de lésions limitées, de signes progressivement croissants.

Dans les plaies proprement dites on a voulu établir une distinction formelle entre les blessures par instruments piquants ou tranchants et les coups de feu. Mais s'il est vrai que les armes de guerre ou les coups de fusil chargé à plomb et tirés à courte distance occasionnent, par éclatement hydraulique, des lésions irréparables (Busch, Kocher, De Santi), il n'est pas moins certain que les armes dites civiles, revolver et pistolet ordinaires, bornent souvent leurs dégâts, variables avec la force vive du projectile. Celui-ci peut seulement contusionner le cœur et le péricarde, traverser ce dernier, se ficher dans le myocarde, tomber dans une cavité cardiaque, perforer le cœur de part en part. Il crée souvent un orifice relativemen petit et nous avons vu que les exemples de survie temporaire ou même de guérison n'étaient pas exceptionnels dans les coups de feu. Il ne saurait donc exister de ce fait une contre-indication absolue; tout est question de degré, non pas de cause, et c'est au diagnostic de fixer, lorsqu'il le peut, les conditions anatomiques et opératoires du cas particulier.

Or, ce diagnostic, il faut l'avouer, est bien souvent entouré des difficultés les plus grandes.

Je ne parle pas de ces faits où l'on voit et sent un corps étranger, encore saillant hors du thorax ou sous les téguments, indiquer par des oscillations régulières que son extrémité profonde est en contact direct avec le péricarde et le cœur. Le problème clinique est ici bien facilité, malgré qu'on puisse se demander toujours s'il s'agit d'un simple contact ou d'une pénétration plus dangereuse.

Ces exceptions mises de côté, il est des cas, très rares aussi, où la lésion cardiaque n'est même pas recherchée, tel celui de Groom, où, pendant un gros mois, nul symptôme ne l'avait pu faire soupçonner au malade.

Il en est d'autres, ce sont les plus fréquents, où le traumatisme est évident et suffit de par son siège pour qu'on songe à la possibilité de ces désordres. — Mais parfois alors tout signe physique ou fonctionnel peut faire défaut et la lésion viscérale rester absolument latente, malgré l'attention portée à la découvrir. L'expérimentation et la clinique l'affirment. Aux faits cités plus haut, j'ajouterai celui de Lennertz (1) concernant un artilleur atteint d'une plaie de l'oreillette droite par coup de couteau et qui mourut sans avoir présenté aucun bruit, aucun symptôme anormal du côté du cœur.

Ailleurs on a noté des battements tumultueux, des bruits cardiaques sourds et lointains, parfois des souffles ou des piaulements; mais ces signes demeurent très variables et très inconstants.

L'hémorrhagie extérieure ne semble pas plus probante, car elle peut venir de la paroi, du poumon ou d'un des gros troncs vasculaires du médiastin, et, quelle que soit sa source, elle conduit à la même pâleur, aux mêmes symptômes d'anémie aiguë.

Restent alors, seuls valables, l'examen de la matité péricardique et l'exploration aseptique de la plaie. Or aujourd'hui la matité péricardique peut être « vue et entendue » avec beaucoup plus de précision que jadis. L'écran fluoroscopique, le phonendoscope de Bianchi permettront de constater et de suivre pas à pas la réplétion du péricarde. Si la radiographie est indispensable pour révéler les corps étrangers, je crois en revanche devoir insister sur l'utilité de la phonendoscopie dont j'ai personnellement vérifié ailleurs que sur le cœur la remarquable précision pour déceler des épanchements ou des tumeurs inaccessibles aux moyens ordinaires. Or la constatation exacte de l'hémopéricarde et de ses variations est de premier ordre pour le diagnostic et les indications opératoires.

L'exploration de la plaie, combattue il n'y a pas bien longtemps, doit cependant être admise sous le couvert d'une asepsie scrupuleuse et d'une extrême douceur. Rehn s'en déclare très partisan; en son cas elle fût probante. Cette exploration sera simple ou beaucoup mieux conduite par un débridement et même une résection chondrocostale préliminaires.

Donc l'étude du blessé, de la blessure, des conditions locales et générales, au besoin l'exploration directe permettront le plus souvent d'arriver à un diagnostic approximatif à savoir l'existence d'une lésion du péricarde, du cœur ou du médiastin.

Que faut-il faire alors?

Lorsqu'un corps étranger de petit volume, piquant plutôt que tranchant, fait issue à l'extérieur ou saillie sous les téguments, telle une aiguille, malgré que celles-ci aient été maintes fois tolérées, tout le monde est d'accord pour les retirer. Les expériences et les faits cliniques montrent que les piqûres sont peu dangereuses quant à l'hémorrhagie.

Ce corps étranger est-il de diamètre plus fort, tige de fleuret, baguette de fusil par exemple, on s'est demandé, en présence des cas de tolérance observés, s'il ne valait pas mieux laisser le corps en place que risquer une hémorrhagie formidable en supprimant intempestivement ce bouchon improvisé. Mais il peut entraîner des complications d'autre nature qui plaident pour son ablation. Hahn a conseillé de le retirer lentement, par étapes, pour donner à un caillot obturateur le temps de fermer progressivement la plaie derrière lui. Peyrot penche aussi vers l'ablation qui nous paraît légitime. Mais nous croyons que, en présence d'un corps assez volumineux, il serait

1. Groom, *the Lancet*, 1897, t. I, p. 1202.

1. Lennertz, thèse de Paris, 1897, n° 537.

préférable de procéder méthodiquement, à ciel ouvert. Le péricarde et au besoin le cœur mis à nu, des fils passés à l'avance et prêts à être serrés permettraient d'éviter une hémorrhagie grave.

J'en arrive aux cas habituels où l'on suppose à bon droit l'existence d'une plaie du péricarde et du cœur.

La nature du trauma, la notion à peu près reconnue de la pénétration et du siège ne comportent par elles-mêmes aucune indication absolue d'abstention, d'intervention ou d'urgence et, seule, la marche des symptômes doit servir de guide. Aussi bien toutes les opérations ont-elles été secondaires, commandées par l'aggravation de l'état général et local du blessé. Williams est intervenu au troisième jour, Rehn au cinquième, Riedel et Dalton au dixième, les autres lorsque le malade leur a paru plus mal.

Deux ordres d'accidents imposent l'action : hémorrhagiques, inflammatoires. Sur ces derniers, tardifs, pour lesquels Williams et Riedel ont opéré, tout le monde est à peu près d'accord : le pyopéricarde à ses divers degrés est justiciable du traitement habituel des collections suppurées des séreuses. Les relevés de Delorme et Mignon montrent en ce cas les bons effets de l'incision et du drainage. Eiselsberg (1) ainsi a récemment obtenu un beau succès.

Les accidents hémorrhagiques sont beaucoup plus intéressants. Faut-il songer à les prévenir et à aller, de parti pris, explorer directement le péricarde ou le cœur dont on soupçonne la blessure? Ce sera peut-être un jour; à l'heure actuelle, il ne saurait en être question. D'une part, malgré la gravité habituelle des plaies du cœur, rien dans les premiers signes ne permet d'affirmer que l'hémostase spontanée ne se produira pas; d'autre part l'intervention reste assez sérieuse pour n'être pas tentée sans motifs urgents.

Si donc l'hémorrhagie paraît contrôlée ou minime, l'épanchement péricardique peu abondant ou stationnaire, il faut encore rester fidèle aux vieux moyens, aidés d'une antisepsie aussi parfaite que possible, mais se tenir prêt à intervenir.

Que si au contraire l'aggravation de l'état général, la pâleur, la petitesse du pouls, l'état syncopal, l'augmentation de la matité précordiale, l'assourdissement des bruits du cœur, l'écoulement extérieur permettent de soupçonner qu'un raptus sanguin continue ou s'est reproduit, il faut aller tarir la source du sang quelle qu'elle soit et procéder méthodiquement à sa recherche. On sera ainsi mené parfois vers la plèvre et le poumon, parfois aussi peut-être vers les gros vaisseaux de la base. Mais en ce cas même, toute intervention doit-elle être de prime abord écartée et ne peut-on penser qu'à leur origine les veines caves et même l'aorte n'échappent pas complètement au tamponnement ou aux sutures qui ont réussi plus bas sur ces troncs ou leurs grosses branches? Weir (2), après Schede, a tout récemment suturé avec succès la veine cave inférieure blessée au cours d'une néphrectomie. Israël a pareillement réussi, d'après Delbet, sur l'artère iliaque primitive et les résultats obtenus par Murphy (3) chez l'animal et chez l'homme, nous autorisent à prévoir de sensibles progrès.

Aussi bien les faits spéciaux au cœur et à son enveloppe semblent-ils encourageants. Sur 8 cas d'incision avec suture et drainage du péricarde pour accidents hémorrhagiques graves (nous faisons abstraction des opérations de Williams et Riedel faites pour complications septiques), il y a eu 4 guérisons définitives (Dalton, Rieder, Ferraresi, Mansell-Moullin) et 4 morts (Rehn, Sironi, Capello, Nicolaï) dont 2 au moins par complications non imputables au traitement. Sur les 4 cas de suture du cœur, on note 2 guérisons (Rehn, Parrozanni) et 2 morts (Cappelen, Farina) indépendantes de l'intervention, provoquées par des accidents infectieux. Au dire de leurs auteurs, tous ces cas étaient des plus graves, les blessés semblaient irrémédiablement perdus; autant de conditions qui doivent nous faire apprécier davantage les résultats obtenus et nous donnent droit à quelques espoirs

1. Eiselsberg, cité par Forgue et Reclus, 2e édition.
2. Weir, *Annals of surgery*, 1897.
3. Murphy, *New York medical Record*, 16 janvier 1897, p. 73.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1896-1897.

M. Marchais (M.). *Des rétrécissements du pylore d'origine biliaire.* N° 149. (Carré et Naud.)

M. Garin (P.-M.). *Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire (occlusion intestinale).* N° 86. (Asselin et Houzeau.)

M. Jacob de Cordemoy (H.). *Des abcès froids de la paroi abdominale antérieure et en particulier de la région hypogastrique.* N° 156. (Bordier et Michalon.)

M. Labbé (J.). *Contribution à l'étude du mal perforant plantaire.* N° 147. (Paul Delmar.)

M. Bourgeois (F.). *Contribution à l'étude de la claudication intermittente par oblitération artérielle.* N° 62. (H. Jouve.)

M. Leroy (Em.). *Diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections péri-utérines.* N° 79. (A. Maloine.)

M. Jarca (G.). *Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches.* N° 136. (Instit. intern. de bibliogr. scient.).

M. Laizé (Ed.). *Etude sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite.* N° 136. (H. Jouve.)

M. Siron (L. P.). *De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire.* N° 160. (Steinheil.)

M. Liambey (Georges). *Du traitement des sinusites maxillaires.* N° 99. (H. Jouve.)

M. Gobert. *Des sutures continues en chirurgie.* N° 92. (H. Jouve.)

Les sténoses du pylore d'origine hépatique, à part deux cas d'abcès du foie et l'observation peu nette de Duplay au point de vue étiologique, se rattachent à des infections biliaires.

Pour M. Marchais, les sténoses du pylore reconnaissent donc plus souvent qu'on ne le pense une origine biliaire.

Le diagnostic est difficile et le pronostic est très grave.

Dès qu'on se trouvera en présence d'une sténose du pylore, qu'on soupçonne ou non son origine, si on laparotomise assez tôt son malade, on aura quelques chances, non seulement de le soulager, mais encore de le guérir en pratiquant, selon les indications, la gastro-entérostomie, la cholécystostomie, ou les deux opérations associées.

D'après M. Garin, la lithiase biliaire entrerait pour une bonne part dans les causes d'occlusion intestinale.

Les difficultés du diagnostic dans le cas d'occlusion par calcul biliaire tiennent à l'absence d'antécédents ou de prodromes pouvant mettre sur la voie.

La pénétration des calculs se fait en général par fistule cystico-duodénale, quelquefois cystico-colique, et il peut arriver que le séjour prolongé du calcul dans l'intestin entraîne le rétrécissement cicatriciel.

Le mécanisme de l'obstruction reconnaît plusieurs causes : la

présence du calcul, le rétrécissement cicatriciel, enfin le spasme qui joue peut-être le rôle déterminant.

Le siège de l'occlusion est extrêmement variable : plus fréquente dans l'iléon et dans sa portion terminale surtout, l'obstruction peut se produire dans l'S iliaque ou le rectum.

Il n'est donc pas exact de dire que, la valvule de Bauhin franchie, tout danger disparaît, d'autant plus que même après le passage et le rejet du calcul, les symptômes d'occlusion peuvent persister, les phénomènes paralytiques pouvant succéder au spasme.

L'occlusion intestinale est très rare dans le duodénum, et exceptionnelle dans sa partie supérieure ; on a alors une symptomatologie spéciale, les phénomènes intestinaux sont au minimum (intestin rétracté), les phénomènes gastriques au maximum.

Ces particularités symptomatiques viennent compliquer encore le diagnostic, qu'elles rendent parfois extrêmement difficile.

D'après les recherches récentes et les données nouvelles de la bactériologie, le groupe des abcès froids ne doit plus seulement comprendre les abcès tuberculeux, mais aussi les suppurations froides dues à l'action localisée de microorganismes variés (streptocoques et staphylocoques, pneumocoques, bacilles d'Eberth).

Evolution lente et chronique, indolence ou minimum de douleur; absence de réaction locale ou générale : tels sont les caractères de ces collections froides étudiées par M. de Cordemoy.

L'abcès froid étant diagnostiqué, il faut intervenir : l'indication est formelle. L'incision est la méthode de choix. Au point de vue thérapeutique, le diagnostic de l'origine des abcès symptomatiques a une grande importance : on doit remonter à la source même du mal et agir en conséquence.

« Le mal perforant est une affection ulcéreuse du pied, liée à une lésion dégénérative des nerfs de la région », lésion qui peut reconnaître les causes les plus diverses : gelures, traumatismes, tabès et autres affections médullaires, etc.

Le véritable traitement du mal perforant est le repos le plus absolu; mais si le repos absolu était par hasard insuffisant pour amener la guérison, il faudrait recourir à l'intervention chirurgicale, à l'élongation.

Cette opération, dans 7 cas rapportés par M. Labbé, a donné la guérison.

La claudication intermittente est une maladie que les vétérinaires connaissent bien chez le cheval, et que, depuis Charcot, les médecins ont à leur tour reconnue et étudiée chez l'homme.

Elle constitue une affection rare, constituée par l'oblitération artérielle. La cause du rétrécissement des artères est variable (athérome, endartérite hyperplastique de la syphilis et du diabète). M. Bourgeois montre que celui-ci peut aussi résulter du développement d'un anévrysme.

Lorsque l'oblitération tient à la présence d'un anévrysme, le système artériel n'est altéré qu'en un point, la circulation éprouve beaucoup moins de difficulté à se rétablir par les voies collatérales que lorsqu'il s'agit de claudication intermittente par lésion généralisée des artères.

Le diagnostic du syndrome, claudication intermittente toujours facile, ne suffit pas, il faut pour chaque cas aussi poser nettement le diagnostic étiologique. Lorsqu'on saura de quelle maladie générale l'artérite oblitérante est la manifestation, cette artérite deviendra accessible à un traitement approprié.

En particulier, lorsqu'un anévrysme s'accompagne d'accidents de claudication intermittente ischémique, il faut l'opérer. Sa guérison entraîne celle de la claudication. La circulation collatérale énergiquement sollicitée rétablit promptement le cours régulier du sang.

Le diagnostic de l'appendicite qui est en général facile dans les cas typiques, devient très difficile dans les formes anormales et en particulier dans le cas d'appendicite pelvienne; cette forme n'est pourtant pas rare. On ne peut plus ici compter sur le point de Mac-Burney, ni sur le siège habituel de la tumeur. La tumeur appendiculaire n'a par elle-même aucun caractère assez tranché, pour qu'on puisse le différentier d'une tumeur des annexes. Le palper bi-manuel, pratiqué dans le but de distinguer une tumeur appendiculaire, lorsqu'elle occupe le pelvis, d'une tumeur d'origine annexielle, peut fournir des sensations trompeuses.

L'apparition d'une complication assez fréquente chez la femme pendant l'appendicite, la paramétrite, rend illusoires les signes fournis habituellement par le palper bi-manuel. Cependant, comme pense M. Leroy, l'évolution spéciale de cette complication peut servir dans la plupart des cas au diagnostic *rétrospectif* de la crise appendiculaire. Les antécédents génitaux, l'état génital actuel de la femme ne pourront pas toujours servir à établir un diagnostic différentiel. On ne peut pas se fonder sur les antécédents intestinaux qui manquent le plus souvent. Enfin les symptômes généraux, pris isolément, n'ont pas de caractères toujours assez tranchés pour servir au diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections péri-utérines aiguës.

M. Leroy conclut qu'il ne faudra pas se borner à l'expectation, mais on devra pratiquer la laparotomie, qui est seule propre à éclairer sur la véritable nature des lésions.

La grossesse chez une femme atteinte d'appendicite amène dans la majorité des cas une aggravation qui se traduit soit par des poussées inflammatoires du côté de l'appendice, soit par une tendance à la suppuration et par la possibilité d'une péritonite par perforation. Dans la plupart des cas, l'appendicite amène un avortement ou un accouchement prématuré, quelquefois les accidents se produisent seulement pendant les suites de couches. Mais il arrive aussi que la grossesse ne soit pas interrompue par l'appendicite.

Le pronostic de l'appendicite pendant la grossesse est grave, il y a 34,7 p. 100 de cas de mort de la femme et de plus les enfants qui arrivent à terme meurent dans les 51,7 p. 100 des cas.

L'intervention n'est pas contre-indiquée, d'après M. Jarca, par la grossesse et plus elle sera éloignée du terme, plus la grossesse a des chances de continuer. Il est important de faire le diagnostic aussi tôt que possible puisqu'alors le traitement pourra être le plus efficace. L'expectation ne trouvera sa place que dans le premier degré confirmé; dans toutes les autres variétés, il faut intervenir le plus rapidement possible par la laparotomie.

M. Laizé étudie les complications qui se produisent quelquefois pendant l'appendicite et qui consistent dans la formation d'abcès enkystés péritonéaux secondaires à distance. La propagation de l'inflammation se fait dans ces cas par la voie lymphatique, les veines et surtout par la voie péritonéale directe. Les localisations des abcès secondaires sont multiples. Ces abcès se traduisent toujours par des symptômes généraux, lorsqu'ils sont en voie de formation ; et par des symptômes locaux lorsqu'ils se sont complètement formés. Le diagnostic devra surtout être fait par la courbe de la température et les phénomènes locaux propres à chaque localisation. Le pronostic devra être réservé sans tout de même être sombre. Le traitement consistera dans l'intervention chirurgicale précoce.

La guérison de la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire peut être amenée, d'après M. Siron, seulement par l'intervention précoce. De même ce n'est que l'intervention précoce qui peut amener une guérison de la péritonite septique subaiguë. L'opération, quel que soit le procédé de laparotomie, qu'on résèque l'appendice ou non, doit être rapide, il faut débarrasser le péritoine de tout liquide septique, le nettoyer autant que possible et le drainer soigneusement.

Les fongosités qui accompagnent les suppurations chroniques de l'antre d'Highmore siègent surtout sur les parties supéro-postérieure et antérieure de la cavité et l'opérateur doit toujours avoir cette notion d'anatomie pathologique présente à l'esprit.

Suivant M. Liambey, le meilleur mode de traitement consiste dans l'intervention chirurgicale par le procédé de Luc : incision buccale, large trépanation de l'antre par sa face antérieure; curetage minutieux de la cavité; création d'un orifice de communication avec la partie antérieure du méat inférieur ; mise en place d'un drain naso-maxillaire de forme spéciale; sutures de la plaie buccale.

Les lavages consécutifs doivent être réservés pour quelques cas spéciaux. Le plus spécialement les pansements secs, les in-

sufflations de poudre d'iodoforme sont préférables.

Le procédé de Luc réunit tous les avantages des procédés antérieurement employés, tout en ne présentant aucun de leurs inconvénients.

Après avoir étudié les divers modes de pratiquer les sutures continues et exposé les avantages de ces sutures dédaignées à tort par les anciens chirurgiens. M. Gobert observe que les sutures continues sont indiquées d'une façon générale pour réunir les plaies d'une certaine étendue, quand il est nécessaire d'obtenir une occlusion parfaite, lorsque le succès de l'opération peut dépendre de sa durée.

Les avantages principaux des sutures continues sont : une grande rapidité d'exécution, un affrontement exact des lèvres de la plaie, l'absence de nœuds à l'intérieur des tissus, lorsqu'il s'agit de sutures profondes.

Des divers modes de sutures continues les plus fréquemment employées sont le surjet ordinaire, le surjet à points renforcés, la suture intra-dermique, la suture de Lembert à points continus et la suture en bourse.

La suture continue à points alternants de Duret est particulièrement indiquée dans les plaies à lèvres épaisses; elle est très expéditive et prévient le bâillement des bords de la plaie entre les points profonds.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Chaumanet (Henri). *Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre.* N° 11.

M. Vaysse (Henry-Joseph-Pierre-Frédéric). *Contribution à l'étude de la méningo-myélite tuberculeuse.* N° 22.

M. Le Moal (Victor-Marie-Joseph). *De l'action anti-coagulante de la peptone commerciale sur le sang de chien.* N° 12.

L'étude d'hygiène professionnelle de M. Chaumanet nous montre les lésions et les déformations dont la bouche du souffleur de verre est le siège.

La joue a un aspect particulier, ainsi que les yeux et les mains, de sorte que l'ouvrier verrier offre un type spécial, dont la connaissance est utile au médecin légiste.

La joue est déformée par suite de la pression à laquelle elle est soumise pendant le soufflage; il s'agit d'un amincissement mécanique de la paroi.

La muqueuse présente une stomatite spéciale, ayant une évolution propre et des caractères distinctifs, qui la différencient des plaques muqueuses, auxquelles elle ressemble.

La canne prédispose les verriers au chancre buccal et aux accidents secondaires. Elle produit également des gerçures et des déchirures des lèvres.

Mécaniquement, le soufflage, outre l'amincissement des joues, cause des tumeurs gazeuses de la parotide. Par irritation, il amène la gingivite, la parotidite, les névralgies dentaires, etc.

L'auteur demande, dans ses conclusions, que, dans les verreries, on rende les visites sanitaires régulières et obligatoires; qu'on fasse adopter, pour le soufflage, l'usage d'un embout qui se fixe facilement sur la canne afin d'éviter la contagion de la syphilis.

Pourquoi même ne remplacerait-on pas le souffle pulmonaire par le souffle d'un appareil plus perfectionné?

Dans la méningite cérébrale tuberculeuse de l'adulte, les localisations sur les méninges et la moelle sont très fréquentes. Elles sont presque de règle pour M. Vaysse.

La méningite cérébro-spinale tuberculeuse a souvent ses symptômes spinaux qui dominent la scène. Les lésions médullaires, d'ailleurs, peuvent être les premières en date et la méningite cérébrale est alors secondaire.

Les localisations tuberculeuses restent même quelquefois cantonnées à l'axe méningo-médullaire, évoluant comme une méningo-myélite pure à modalités variées suivant le segment de moelle primitivement atteint et suivant la marche ascendante ou descendante du processus.

Les signes sont mobiles et, à plusieurs reprises, ils disparaissent et reviennent, ce qui semble dû à des œdèmes mobiles des méninges et de la moelle.

Le diagnostic est souvent difficile à établir. La ponction dorso-lombaire, qui est une bonne méthode, est quelquefois infidèle.

A l'autopsie des malades morts de méningo-myélite tuberculeuse, on constate des lésions des méninges qui paraissent gagner la moelle par les prolongements pie-mériens et par les vaisseaux. On trouve, en outre, des névrites périphériques plus ou moins étendues selon l'état des lésions méningo-médullaires.

Le problème de la coagulation du sang est un des plus complexes de la physiologie. C'est à lui que s'est attaqué M. Le Moal.

Il est arrivé à déterminer, par ses expériences faites sous la direction de M. Pachon, que l'action anti-coagulante de la peptone est la manifestation d'une réaction organique provoquée par cet agent. Cette réaction est locale et a pour siège le foie. Il s'agit là d'une action vitale en rapport étroit avec l'activité fonctionnelle des éléments glandulaires de cet organe.

La conception d'après laquelle l'incoagulabilité du sang de peptone serait due à une modification de l'équilibre salin du sang ne paraît pas actuellement s'adapter à tous les faits observés. Sans être matériellement démontrée, l'hypothèse de la substance anti-coagulante répond plus complètement à l'ensemble des données acquises.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Diverticule de la vessie chez la femme (Ein Fall eines alten grosses Divertikel der Harnblase beim Weibe), par Hofmokl (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 202). — Chez une femme de 59 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles de la miction et chez laquelle on avait diagnostiqué un abcès extra-péritonéal du petit bassin, communiquant avec la vessie, on trouva à l'autopsie (la malade ayant succombé trois semaines après son entrée à l'hôpital) que le présumé abcès était un diverticule énorme de la vessie, ayant les dimensions d'une tête d'enfant et communiquant avec la vessie par l'intermédiaire d'une sorte de canal qui s'ouvrait à côté de l'orifice uretéral gauche. La muqueuse du diverticule, dont les parois musculaires étaient considérablement hypertrophiées, étaient recouverte de végétations polypeuses et de membranes fibrino-purulentes. Pas d'autres lésions du côté de l'appareil urinaire.

Tuberculose de la parotide (Ein Fall von Tuberculose der Parotis), par Bockhorn (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 189). — L'observation se rapporte à une femme de 39 ans, entrée à l'hôpital pour une tuméfaction de la région parotidienne gauche dont le début remontait à 3 mois. L'incision de la tumeur donna issue à un liquide séreux contenant des grumeaux caséeux. La cicatrisation de la plaie se faisant mal, on pratiqua trois semaines plus tard une curetage du foyer. Guérison.

L'examen microscopique des parties enlevées montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Pour expliquer cette tuberculose, l'auteur admet que l'infection a dû se faire sous le couvert d'une stomatite.

Il n'existe dans la littérature qu'un seul cas de tuberculose localisée à la parotide : il a été publié par Stubenrauch.

Narcose chloroformique (Zur Lehre von der Chloroform-Narkose), par Grube (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 178). — Ce travail s'appuie sur l'étude de 40000 chloroformisations faites à la clinique chirurgicale de Kharkoff, de 1859 à 1896.

Sur ce nombre il y a eu 3 morts dont deux sous le chloroforme, une 68 heures plus tard. Quatre autres morts ont été produites par la faiblesse cardiaque et ne peuvent être mises sur le compte du chloroforme.

Les troubles de la respiration, pendant la narcose, ont existé dans 5 à 6 p. 100 des cas; les vomissements dans 20 p. 100 des cas; les uns et les autres n'avaient rien d'alarmant et n'ont pas amené de complications.

Dans aucun cas la chloroformisation n'a fait apparaître d'albumine dans l'urine; par contre elle a toujours augmenté l'albuminurie préexistante et amenait assez souvent de la mucinurie; la glycosurie est survenue dans quelques cas tout à fait isolés; une fois on a observé de l'ictère.

Plaies pénétrantes de l'abdomen (Ueber Stichverletzungen des Bauches), par K. Budinger (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 168). — L'auteur communique dans son travail l'observation d'un garçon de 22 ans qui, ayant reçu au cours d'une rixe un coup de couteau dans la région épigastrique, vint une demi-heure après à l'hôpital. Comme il ne présenta aucun symptôme tant soit peu inquiétant, on décida à ne pas faire la laparotomie. Tout alla bien pendant huit jours, mais à ce moment apparurent brusquement les phénomènes de péritonite par perforation, et la laparotomie, faite séance tenante, fit voir à la paroi antérieure de l'estomac une plaie de 1 centimètre par laquelle s'échappaient du gaz et des liquides. Suture de la plaie, nettoyage du péritoine. Guérison.

C'est un exemple d'apparition très tardive des symptômes de perforation des viscères abdominaux, qui montre, d'après l'auteur, l'impossibilité de fixer un terme à l'expectation.

MÉDECINE

L'hyperleucocytose de la digestion comme signe pouvant servir au diagnostic du cancer de l'estomac, par Capps (*Boston medic. a. surg. Journal*, 1897). — Se basant sur l'étude de 30 cas, Capps formule les conclusions suivantes :

1° L'hyperleucocytose de la digestion manque dans la plus grande partie des cas de cancer de l'estomac, mais non d'une façon constante, comme il semblait résulter des recherches de Mueller, Schaueur et Artung.

2° Cette hyperleucocytose existe dans l'ulcère gastrique et dans la dilatation simple de l'estomac.

3° Elle manque fréquemment dans le catarrhe gastrique chronique.

4° Sa présence n'est pas nécessairement liée à la présence de l'acide chlorhydrique libre.

5° Sa présence est plus contraire au diagnostic de cancer que son absence n'est en faveur de ce diagnostic.

6° Malgré ces restrictions, la valeur diagnostique de l'hyperleucocytose de la digestion semble égale à celle de la présence de l'acide chlorhydrique pour le diagnostic du cancer de l'estomac.

Examen de 43 cas publiés d'empoisonnement par l'opium et le morphine, par E. J. Bartlett (*Boston med. and surg. Journal*, 30 déc. 1897, vol. CXXXVII, n° 27, p. 675). — Traitement : A part la respiration artificielle, on peut dire qu'aucune méthode thérapeutique n'a une valeur spécifique ou varie les moyens suivant la gravité et la durée de chaque cas. On s'en aperçoit en voyant la diversité des médicaments employés dans les cas suivis de guérison. L'atropine et le permanganate de potasse ont été employés souvent; le café rarement, la caféine, le nitrite d'amyle, la strychnine, l'apomorphine, l'oxygène. l'eau de-vie, l'électricité, etc., ont été tour à tour utilisés, et ont amélioré l'état des malades.

Deux cas de tuberculose pulmonaire au début traités par les injections sous-cutanées de tuberculine de Koch, par Elbridge Cutler (*Boston med. et surg. Journ.*, 2 déc. 1897, vol. CXXXVII, n° 23, p. 571). — Les injections ne donnèrent lieu qu'à une élévation de température de moins d'un degré (Farenheit). Le traitement demanda un mois. L'amélioration dans les deux cas fut considérable au point que tous les signes physiques disparurent, l'embonpoint revint avec toutes les apparences d'une brillante santé.

Mais 1° les malades n'avaient pas d'hérédité tuberculeuse.

2° Ils n'ont pas été suivis après le traitement et la guérison apparente.

Valeur thérapeutique des injections d'extrait rénal, par Mois (*la Clinica moderna*, 1er déc. 1897). — L'auteur a expérimenté la valeur de ce produit sur des lapins en bonne santé puis chez des lapins qui avaient subi la néphrectomie unilatérale. 5 centim. cubes d'extrait glycériné de rein furent injectés sans qu'il se produisît d'effet bien marqué chez les uns ou les autres animaux. Mais si l'injection était de plus de 5 centim. cubes il apparaissait de l'albuminurie, quelquefois de l'hémoglobinurie et des troubles de l'excrétion de l'urée. Les résultats étaient à peu près les mêmes pour l'extrait aqueux.

L'auteur pense que, pour les doses qui ne sont pas nuisibles, l'extrait rénal n'a pas de valeur thérapeutique.

Guérison de l'empoisonnement par le chloroforme par de hautes doses de strychnine par Reid (*British med. Journ.*, 20 mai 1897). — L'auteur rapporte un cas d'empoisonnement par le chloroforme pour lequel 3 centigrammes de strychnine furent injectés sous la peau dans l'espace de 3 heures. Par la strychnine, combinée à la respiration artificielle, et à la faradisation, le malade recouvra la respiration avant que les effets toxiques du chloroforme se soient dissipés.

Menstruation précoce, par E. J. Clendinnen (*Inter. med. Journ.*, analysé *in Americ. gyn. a. obst. Journ.*, août 1893). — L'auteur rapporte le cas d'une fillette réglée à 3 ou 4 ans. Les règles durent 3 jours et apparaissent régulièrement chaque mois. La fillette a aujourd'hui 8 ans, elle a une stature de 4 pieds 8 pouces 1/4, pèse 80 livres, elle a l'apparence d'une enfant de 12 ans; sa poitrine est développée comme celle d'une fille de 18 ans. Poils bien développés au pubis et aux aisselles.

Un skiagramme montra l'ossification précoce du squelette (main), qui est superposable à celui d'une fille de 18 ans.

La glycogénèse dans l'évolution des tissus normaux et pathologiques, par A. Brault (*Presse médicale*, 20 janv. 1898, p. 37). — Dans les tumeurs malignes, la matière glycogène se trouve en abondance dans les cellules, au niveau du point où la prolifération est le plus accentuée. Cette disposition se voit non seulement dans les épithéliomes et les carcinomes, mais aussi dans les trismus plus complexes. Il en est de même des sarcomes et des lymphadénomes.

Le glycogène n'est pas uniformément réparti dans les tumeurs. Ce sont les zones d'envahissement qui en contiennent le plus; les parties stationnaires peuvent n'en presque pas renfermer.

Dans les tumeurs bénignes, telles que polypes muqueux du nez, adénomes du sein, kystes de l'ovaire, lipomes, angiomes, on n'en rencontre pas, sauf dans les cas où ces tumeurs présentent un accroissement inusité.

Dans les inflammations subaiguës et chroniques, le glycogène fait défaut. Parmi les inflammations aiguës, les septicémies et les intoxications intenses ne provoquent pas de glycogénèse. Ce sont les inflammations de moyenne intensité, comme la pneumonie, qui donnent lieu à une glycogénèse passagère et peu marquée dans les cellules lymphatiques.

Ces faits montrent que la glycogénèse, qui semble appartenir presque exclusivement au foie et aux muscles à l'état normal, appartient, dans l'ordre pathologique, à tous les éléments en état de suractivité nutritive. On peut même voir chez des sujets épuisés par la cachexie cancéreuse le foie dépourvu de glycogène alors que les tumeurs cancéreuses en contiennent en abondance.

En physiologie générale, le dépôt de glycogène a la signification de réserve alimentaire, et la faculté de l'élaborer appartient à tous les tissus.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'apoplexie,

D'après M. le professeur Grasset (de Montpellier).

Laissant de côté les indications fournies par l'altération anatomique initiale, celles qui sont données par l'état nosologique fondamental et celles qui se rapportent à la prophylaxie, M. le professeur Grasset (1) se limite à l'étude des indications tirées de l'analyse clinique du syndrome apoplexie lui-même.

Quelle que soit l'idée pathogénique à laquelle on se range, il y a un fait clinique qui paraît indéniable : c'est que l'apoplexie est essentiellement caractérisée par un état congestif des parties supérieures du corps avec éréthisme circulatoire général variable, surtout au point de vue de l'intensité. Chez certains, il est relativement peu marqué; chez d'autres, il est très intense. C'est en tous cas de l'analyse clinique de ces éléments dans chaque fait particulier que l'on peut tirer des indications spéciales à chaque malade.

Contre l'état congestif de la tête, il n'y a qu'une médication possible, la révulsion sous toutes ses formes. Contre l'état de la circulation générale, il y a toute la gamme des modificateurs de la tension dont il faut jouer suivant les particularités de chaque cas particulier.

Cela posé, les divers moyens à discuter dans l'apoplexie sont :

A) D'abord les *émissions sanguines*.

La plupart des auteurs repoussent aujourd'hui les émissions sanguines, tant en honneur autrefois, parce qu'ils ne basent leurs indications que sur la lésion cérébrale localisée. Evidemment l'hémorrhagie cérébrale en soi, le ramollissement cérébral par lui-même n'indiquent nullement les émissions sanguines.

Exclusivement basée sur la considération de la lésion anatomique locale, l'indication des émissions sanguines sera évidemment réduite aux cas d'urémie et aux cas de congestion cérébrale initiale.

Mais à côté de cette lésion locale, il y a le cerveau tout entier, et c'est l'état de ce cerveau tout entier qui fait l'apoplexie. Or, cet état, loin d'être un état d'anémie cérébrale, est un état de pléthore céphalique sanguine ou lymphatique. C'est un état qu'une épistaxis abondante ou des hémorrhoïdes fluentes peuvent juguler et faire disparaître, donc qui, par lui-même, ne contre-indique pas les émissions sanguines, qui les indique même souvent.

En principe, l'apoplexie indique les émissions sanguines locales, révulsives : c'est-à-dire des applications de sangsues au fondement ou derrière les oreilles, suivant qu'on veut agir loin ou près de l'organe malade.

La saignée est à réserver à l'état de la circulation générale.

S'il y a éréthisme circulatoire interne, turgescence générale, pouls vibrant... voilà l'indication de la saignée.

Si l'on redoutait un effet trop déprimant des émissions sanguines, on pourrait très bien les associer aux moyens aptes à relever la tension artérielle, comme les injections de caféine ou de sérum artificiel.

B) La *révulsion* doit encore être très utilement faite par les *purgatifs*.

On sait combien la surcharge stomacale, l'encombrement gastro-intestinal sont fâcheux pour l'apoplectique. Les purgatifs empêchent cet encombrement et opèrent une véritable révulsion fluxionnaire sur la circulation encéphalique.

Si le malade peut avaler, on lui fera prendre du calomel : deux à quatre paquets de 0 gr. 25 dans du lait.

Si l'on n'obtenait pas d'effet évacuant, on peut continuer le calomel à dose fractionnée; ou mieux administrer, par cuillerée, de quart d'heure en quart d'heure, la mixture suivante :

Huile de croton tiglium.		I goutte.
Huile de ricin.	àà	30 gr.
Huile d'amandes douces.		
Sirop de limon		60 gr.

M. S. A.

1. *Méd. mod.*, 1er janvier 1898.

Si le malade n'avale pas ou avale mal, ce qui est le cas le plus fréquent, on administrera des lavements avec de la glycérine, de l'huile, ou mieux 15 à 20 grammes de sulfate de soude dans une décoction de 10 grammes de follicules de séné.

C) Le troisième groupe de révulsifs à employer dans l'apoplexie est constitué par les *révulsifs cutanés*.

Tout d'abord on promènera des sinapismes sur les quatre membres, spécialement sur les membres inférieurs.

Puis on enveloppera les jambes, du genou en bas, soit avec de la ouate saupoudrée de farine de moutarde et recouverte d'un taffetas ciré, soit avec de grands cataplasmes sinapisés (cataplasmes de farine de lin et de farine de moutarde battues ensemble avec de l'eau tiède; ou cataplasmes de farine de graines de lin saupoudrés ensuite de moutarde).

Si l'on ne veut pas des anciens cataplasmes, on peut envelopper les jambes dans des bottes de ouate aseptique trempée dans de l'eau boriquée chaude. Ceci devient obligatoire s'il y a quelque plaie aux membres inférieurs (écorchure, brûlure, eschare)...

Les vésicatoires, si dépréciés, gardent cependant quelques indications.

Toutes les fois que chez un apoplectique on se sera assuré de l'absence d'albuminurie, on pourra, sans inconvénient et souvent avec avantage, mettre des vésicatoires, à condition de les appliquer et de les panser proprement.

Ces vésicatoires seront appliqués d'abord aux mollets, puis aux cuisses, parfois plus tard à la nuque (cette dernière application trouve rarement son indication).

Si, au contraire, il y a de l'albumine dans l'urine ou si seulement on n'a pu s'assurer de son absence, on s'abstiendra de toute vésication. On pourra, s'il y a lieu, avoir alors recours aux vésicatoires à l'ammoniaque ou au chloral.

Voilà les divers moyens que l'on peut employer pour essayer de remplir l'indication révulsive : émissions sanguines, révulsifs intestinaux et révulsifs cutanés.

On ne demandera aux émissions sanguines que leur action révulsive et non leur action déplétive.

L'émission sanguine déplétive peut être recherchée chez le pléthorique apoplectique par congestion cérébrale comme chez l'urémique intoxiqué. Mais, dans ces deux cas, c'est la médication causale de l'apoplexie, dont on ne s'occupe pas ici.

Cette médication révulsive peut être complétée par des applications froides sur le front ou le sommet de la tête, soit avec des compresses trempées dans l'eau et renouvelées, soit avec la vessie contenant de la glace et bien suspendue de manière à faire calotte sans peser.

Ce moyen doit être surveillé avec beaucoup de soin : l'interruption des applications peut amener des réactions fâcheuses, et un froid trop intense peut parfois amener du collapsus.

D) A côté de cette médication révulsive, il y a souvent à remplir dans l'apoplexie des indications de *relèvement* et de *stimulation*.

Le cerveau est déprimé dans sa totalité, opprimé par le choc, il a besoin d'être stimulé et remonté.

Cette indication se complète souvent par l'existence d'un certain degré d'hypotension artérielle. Car la mauvaise répartition du sang et la congestion céphalique n'excluent en rien l'hypotension artérielle.

Les agents de la médication stimulante sont d'ordres divers.

Si le malade peut boire, on lui fera donner, par cuillerées, la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.	5 gr.
Teinture de cannelle.	3 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 gr.
Eau de tilleul.	Q. S. p. 120 c.c.

F. S. A. potion.

que l'on pourra alterner avec la suivante :

Caféine.	àà	2 gr.
Benzoate de potasse		
Julep simple		120 c.c.

F. S. A. potion.

Si le malade n'avale pas (ce qui est fréquent) ou si l'indica-

tion est plus urgente, on aura recours aux injections hypodermiques :

1 à 5 et 10 centimètres cubes d'éther par vingt-quatre heures,

2 à 4 et à 6 centimètres cubes par jour de :

Caféine. . . . . }	ãã 2 gr. 50
Benzoate de soude . . . . }	
Eau bouillie.	Q. S. p. 10 c.c.

Dissolvez.

ou encore 2 à 4 centimètres cubes par jour de :

Camphre.	10 gr.
Huile d'olives pure stérilisée.	Q. S. p. 10 c.c.

Dissolvez.

ou encore 2 à 5 centimètres cubes par jour de :

Spartéine	0 gr. 10
Eau bouillie.	100 c.c.

Dissolvez.

ou enfin des injections de sérum artificiel.

Quoique l'injection intra-veineuse soit évidemment plus certaine et plus active, comme elle est plus difficile dans les conditions ordinaires de la pratique, on peut dans l'espèce se contenter de l'injection hypodermique. On injectera, par 25 centimètres cubes chaque fois, un quart de litre par vingt-quatre heures. Les doses massives considérables ne sont pas à conseiller à cause de la fragilité fréquente des vaisseaux et des dangers de la réaction fébrile.

Chacun composera son sérum comme il voudra. Voici une formule simple :

Sulfate de soude	10 gr.
Chlorure de sodium.	5 gr.
Eau distillée bouillie	Q. S. p. 1 litre.

Dissolvez.

E. Il n'y a plus qu'une dernière indication à étudier, celle du *régime* et de l'*hygiène*.

Hygiène : tenir la chambre très aérée; peu de monde autour du lit; très grande propreté du lit; surveiller la vessie et pratiquer le cathétérisme s'il y a lieu ; surveiller la production des eschares.

Régime : lait et bouillon si le malade peut avaler. On peut y joindre un peu de décoction de quinquina, de kola granulée ou dans certains cas un peu d'alcool (40 à 60 grammes de cognac, kirsch, rhum ou chartreuse).

En somme ce sont les pratiques thérapeutiques que tout le monde applique depuis bien longtemps dans l'apoplexie, mais que la plupart des auteurs contemporains n'osent pas écrire.

On ne sauve pas tous ses malades par ces procédés. Mais on ne leur fait aucun mal et parfois on leur est plus utile que par l'expectation qui est bien décourageante pour le médecin et pour l'entourage, même quand elle est armée.

« En médecine pratique, il ne faut jamais se placer au point de vue de l'inutilité des secours de l'art, quand la certitude n'est pas absolue. » (Schutzenberger.)

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Salol.

Définition. — Le *salol*, *salicylate de phénol* ou, pour employer un terme plus exact, *salicylate de phényle*, est une combinaison d'acide salicylique et de phénol dans la proportion de 6 parties d'acide salicylique pour 4 parties de phénol.

Solubilité. — Le salol, insoluble dans l'eau et la glycérine, est soluble dans l'alcool, les huiles fixes et grasses.

Propriétés thérapeutiques. — Le salol participe aux propriétés de ses deux composants et il n'offre que peu d'avantages sur eux. Il est peut-être mieux supporté à l'intérieur que ceux-ci car il est généralement sans action sur la muqueuse gastrique : il se décompose presque uniquement dans le milieu intestinal.

On ne voit pas au contraire quel bénéfice peut être retiré de son emploi en injection sous-cutanée. Les propriétés antirhumatismales et antiputrides du salol sont inférieures et moins constantes que celles de l'acide salicylique ou du salicylate de soude que nous avons précédemment étudiés. Aussi conseillons-nous d'user avec la plus grande réserve, tout au moins par la voie hypodermique, d'un médicament dont les indications sont difficiles à préciser.

Quoiqu'il en soit, nous devons dire qu'il a été préconisé contre le rhumatisme et contre la tuberculose pulmonaire. Il serait particulièrement efficace au déclin de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu : car il permettrait de prolonger l'usage de l'acide salicylique sans avoir à redouter des phénomènes d'intolérance.

Dans le rhumatisme musculaire, dans les algies rhumatismales, il a donné quelquefois les meilleurs résultats.

Quant à la tuberculose pulmonaire il semble que le salol demeure sans effet sur son évolution. C'est tout au plus s'il aurait joué, dans quelques cas favorables, un rôle antithermique. Jaccoud qui prescrit volontiers l'acide salicylique contre la fièvre des phthisiques se serait trouvé également bien du salol. Mais c'est surtout en Italie avec Grossi, que le salol a été regardé comme le meilleur médicament à employer chez les tuberculeux fébriles. Sous l'influence de cette médication, longtemps poursuivie, on obtiendrait la disparition de la fièvre et des sueurs ; l'amélioration de l'état général, l'augmentation de poids, la diminution des crachats. Pour notre part les essais que nous avons faits ont paru établir que le salol, aux doses indiquées par Grossi, demeurait sans action contre la fièvre tuberculeuse. Néanmoins nous n'avons observé aucun effet nuisible.

Le praticien peut donc ranger ce médicament au nombre de ceux qu'il est autorisé à essayer chez les tuberculeux, dans les cas fréquents où il passe en revue sans résultat la série des antithermiques.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 10 à 15 ans, 1 à 2 grammes par injection ; de 15 à 20 ans et *chez l'adulte* jusqu'à 2 et même 4 grammes.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — L'injection est peu douloureuse et très bien tolérée par les tissus : l'absorption est rapide ; il n'y a ni indurations locales, ni persistance de la sensibilité au lieu de la piqûre.

b) *Eloignés.* — L'élimination débute moins de 20 minutes après l'injection. On peut déjà à ce moment retrouver dans les urines la réaction de l'acide salicylique.

Il n'y a presque jamais d'urines noires comme avec le phénol : c'est le seul avantage que présente pour ce médicament la voie hypodermique sur la voie gastrique. Il faut néanmoins surveiller de très près l'élimination rénale, car en cas d'insuffisance de la fonction, des accidents graves pourraient se produire.

FORMULES

Salol très pur	10 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée Q. s. p.	30 gr.

1 à 3 centim. cubes jusqu'à trois fois par jour dans la tuberculose pulmonaire.

(Grossi.)

Salol . . . . }	ãã 1 gr.
Chloroforme . . . . }	
Huile d'amandes douces stérilisée .	50 gr.

5 à 10 cent. cubes.

(Bozzolo.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale. Réformes nécessaires.

M. le Dr Boureau qui a signé, dans la *Gazette médicale du Centre*, l'article auquel j'ai fait allusion dans ma

dernière *Chronique professionnelle*, m'écrit pour protester de son entière bonne foi et de l'intérêt qu'il porte à l'Association des médecins de France.

Je ne puis mieux répondre à cette protestation qu'en déclarant à mon tour que le mot : *falsifié*, qui a surtout ému mon honorable contradicteur, ne s'adressait point à lui et que je ne mets en cause ni son dévouement aux intérêts professionnels, ni son désir de voir progresser l'Association dans un sens plus conforme aux préoccupations d'un grand nombre de ses confrères.

Si, comme je le désire tant et comme je le demanderai encore, les procès-verbaux des séances du Conseil général de l'Association étaient rendus publics, M. le Dr Boureau y verrait quels sont ceux qui réclament avec le plus d'insistance une refonte des statuts qui nous régissent et les réformes compatibles avec le maintien de notre Caisse des pensions viagères.

Celle-ci, je l'ai suffisamment expliqué, ne vit que grâce aux dons qu'elle a reçus avec des affectations spéciales. Si elle cessait de fonctionner dans les conditions fixées par nos donateurs, elle risquerait de sombrer rapidement. Mais, à côté d'elle, on peut créer des Caisses nouvelles et je serais personnellement très heureux si l'article de M. le Dr Boureau et ma réponse *ab irato* pouvaient amener au jour de notre prochaine Assemblée générale une discussion et des progrès auxquels nous applaudirions tous les deux.

Le moment d'ailleurs est venu où il faudra nécessairement se décider à une refonte des statuts qui nous régissent.

La loi sur les Sociétés de secours mutuels va être votée par les deux Chambres et sera bientôt rendue exécutoire. Or cette loi nous prive, pour divers motifs qu'il serait trop long de développer aujourd'hui, de tous les avantages qui nous étaient accordés jusqu'à ce jour. L'article 28 de la loi nouvelle est des plus nets à cet égard :

« Les Sociétés de secours mutuels qui accordent à leurs membres ou à quelques-uns seulement des indemnités moyennes ou supérieures à 5 francs par jour, des allocations annuelles ou des pensions supérieures à 360 francs et des capitaux en cas de vie ou de décès supérieurs à 3 000 francs ne participent pas aux subventions de l'Etat et ne bénéficient ni du taux spécial d'intérêt fixé par les décrets des 26 mars 1852, 26 avril 1856 ni des avantages accordés par la présente loi sous forme de remise de droits d'enregistrement et de frais de justice. »

Or cette année même j'ai pu obtenir du ministère de l'Intérieur une subvention de 10 000 francs qui nous sera bien nécessaire pour la constitution des pensions nouvelles qui nous sont demandées. Cette année, comme les années précédentes, nous avons bénéficié du taux spécial d'intérêt (4,50 p. 100) qui nous est alloué par la Caisse des dépôts et consignations. Sous le régime de la loi nouvelle nous ne jouirons plus de ces avantages.

D'ailleurs l'art. 37 nous oblige dans un délai de deux années à nous conformer, si nous voulons rester *Société de secours mutuels*, aux dispositions de la loi qui vient d'être votée par le Sénat.

Le moment paraît donc venu de décider ce qu'il convient de faire à cet égard.

La question est à l'étude au sein du Conseil général. L'un de ses membres les plus autorisés, M. le docteur Lourties, a été, devant le Sénat, le rapporteur de la loi qui étend les attributions des Sociétés de secours mutuels destinées à assurer aux ouvriers des indemnités en cas de maladie et des pensions viagères dont ne peuvent se contenter les médecins. Il nous aidera, nous en avons l'assurance, à modifier nos statuts de façon à pouvoir continuer à servir des pensions de 800 francs et de 1 000 francs sans nous ruiner. Et notre président M. Lannelongue, qui a toujours été partisan de la reconnaissance d'utilité publique, peut-être avantageuse aujourd'hui, pour mettre notre association à l'abri des dangers auxquels elle a pu échapper jusqu'à présent saura, obtenir des pouvoirs publics les autorisations qui vont nous devenir nécessaires.

Il convient donc d'agir avec prudence pour ne rien perdre de ce que nous avons obtenu jusqu'à ce jour, avec décision pour réaliser de nouveaux progrès.

L. Lereboullet.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le Dr Poncet (de Cluny) la lettre suivante qui met fin au débat soulevé par la communication du Dr Coppez.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi un mot de réponse à la longue argumentation du Dr Coppez. Le fils de mon ancien collaborateur aux *Annales d'oculistique* réduit la discussion sur le traitement des petits corps étrangers de la cornée à ces 2 points : la légende des auteurs et les accidents consécutifs à ma méthode.

Pour ces derniers, comment se fait-il que depuis 10 ans, sur 300 ouvriers d'une fonderie fournissant de nombreuses paillettes, je n'ai jamais eu le moindre accident avec la cocaïne, le frottage au bourdonnet de coton, l'acide borique, sans gouge, ni aiguilles, ni curetage — non, jamais aucun accident — et en 24 heures tout est fini ?

Quant aux auteurs : oui, moi aussi, j'ai gratté avec les aiguilles, j'y ai renoncé.

Que ceux qui soignent des ouvriers de fonderie essaient d'une part la gouge et les aiguilles, de l'autre, le frottage léger au coton, à l'estoupe fine de papier buvard, et ils jugeront du résultat. En médecine, c'est la pratique qui fait loi.

Dr Poncet (de Cluny).
Ancien professeur du Val-de-Grâce.

VARIÉTÉS

Montpellier. — Consultations externes et villa Fournier. — Alors que les Syndicats médicaux cherchent dans toute la France à diminuer la lourde concurrence que fait aux praticiens l'assistance médicale s'exerçant trop libéralement sur tous au détriment des malheureux, Montpellier vient de donner l'exemple. L'administration des hôpitaux entrant dans une voie nouvelle d'initiative dont on doit la louer, après avoir déjà tout fait pour l'amélioration des services et la création de nouvelles cliniques, a voulu concilier les intérêts du corps médical avec une charité large et leur ordonnée. Elle a supprimé les consultations externes payantes, les réservant aux malades pourvus de certificat d'indigence ; elle a décidé de même que les personnes hospitalisées à la villa Fournier ne verraient plus les soins médicaux et chirurgicaux compris dans le prix des dépenses journalières soldées à la caisse des hôpitaux. Du même coup, les abus nombreux qui résultaient de l'ancienne organisation disparaissent, et on pourra désormais donner plus de temps aux malheureux que l'affluence des consultants payants forçait autrefois à examiner rapidement. E. F.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches sur l'action antitoxique des centres nerveux pour la strychnine et la morphine,

Communication à la *Société médicale des hôpitaux*,

Par MM. Widal et Nobécourt.

Nous avons cherché si le système nerveux central de certains animaux possédait des propriétés antitoxiques vis-à-vis de la strychnine et de la morphine, propriétés dont Wassermann a démontré récemment l'existence pour la toxine tétanique.

Le cerveau et le cervelet d'une part, la moelle et le bulbe de l'autre, étaient triturés séparément immédiatement après la mort, dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000. On ajoutait ensuite à cette pulpe la solution de l'alcaloïde, en proportion telle qu'environ 25 centigrammes de substance cérébrale ou médullaire étaient mélangés à la dose sûrement mortelle en inoculation sous-cutanée pour une souris blanche de 15 à 20 grammes, soit o milligr. 02 de chlorhydrate de strychnine, soit 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le mélange était conservé pendant 1 ou 2 heures avant toute inoculation.

Les centres nerveux de 6 lapins sur 8, aux doses indiquées, protégeaient la souris contre une dose toxique de strychnine. Cette action protectrice était dans 3 cas également puissante pour le cerveau et pour la moelle; deux fois le cerveau était antitoxique, alors que la moelle ne l'était pas. Une fois seulement, la moelle l'emportait sur le cerveau.

Dans 3 cas, une double dose du mélange du cerveau et de l'alcaloïde ne tuait pas la souris, qui supportait ainsi deux fois la dose mortelle de strychnine, mélangée à 50 centigrammes environ de tissu pulpé.

Le foie de ces animaux, expérimenté par le même procédé, a présenté 5 fois sur 7 des propriétés antitoxiques pour la strychnine. Trois fois les centres nerveux étaient plus actifs que le foie; dans 2 cas, par contre, c'est le foie qui l'emportait. Les propriétés antitoxiques des centres nerveux et du foie ne marchent pas de pair chez le même animal; dans les deux cas où les centres nerveux étaient sans action, le foie, par contre, s'est montré protecteur, et inversement. Le foie, dans nos observations, n'a jamais pu neutraliser qu'une seule fois la dose mortelle.

Dans 4 cas sur 5, le rein a neutralisé une fois la dose mortelle, la rate 2 fois sur 4, et le pancréas une fois sur trois.

Dans un seul cas, nous avons étudié le pouvoir antitoxique des glandes salivaires, de la moelle des os, du corps thyroïde, des capsules surrénales, des testicules. Seules, les glandes salivaires ont été capables de neutraliser la dose une fois mortelle du poison.

Le sérum ou le sang total se sont toujours montrés sans action.

Les organes de trois cobayes ont été examinés par le même procédé. Dans ces trois cas, la moelle neutralisait la dose mortelle; dans un cas seulement, le cerveau a présenté le même pouvoir. Une fois seulement sur trois, le foie a pu également neutraliser la dose mortelle; deux fois sur deux, les capsules surrénales ont eu la même action; les glandes salivaires, examinées une fois seulement, l'ont eue également. Le sérum et le sang total étaient sans action.

Nous avons étudié, d'autre part, l'action antitoxique du système nerveux central de 2 lapins, de 3 cobayes et de 3 pigeons pour le chlorhydrate de morphine. Le cerveau ou la moelle du lapin ont protégé la souris une fois sur deux contre la dose une fois mortelle; les mêmes organes des cobayes se sont montrés efficaces dans les mêmes conditions une fois sur trois, et ceux des trois pigeons n'ont jamais présenté aucune action protectrice. Le foie s'est montré antitoxique deux fois sur trois chez le pigeon, et une fois sur deux chez le lapin ou le cobaye. Chez le lapin, son action était plus puissante que celle des centres nerveux.

Dans un certain nombre de cas, nous avons constaté, pour la strychnine seulement, que l'action antitoxique augmentait, lorsque le mélange d'organes et de poisons avait été conservé pendant quelques jours dans la glace.

Ces différentes expériences, faites en se plaçant dans les conditions que nous venons d'indiquer, et en prenant comme animal d'épreuve la souris, nous montrent que

le cerveau et la moelle du lapin sont peut-être plus aptes que le foie de cet animal à neutraliser, *in vitro*, l'action du chlorhydrate de strychnine. En faisant la moyenne de nos recherches, nous voyons que le pouvoir antitoxique du cerveau du lapin l'emportait un peu sur celui de la moelle; c'est l'inverse que nous observons avec les centres nerveux du cobaye. En employant un procédé différent du nôtre, M. Abelous a expérimenté une seule fois avec la moelle d'un cheval; cet organe s'est montré également plus antitoxique que le foie, le cerveau de cet animal n'avait pas été expérimenté. Le pouvoir antitoxique des centres nerveux du lapin s'est montré dans nos expériences sur la strychnine supérieur à celui des divers autres organes. Il était indiqué de faire cette comparaison; on sait, en effet que MM. Charrin et Langlois, ont montré en particulier l'action antitoxique des capsules surrénales pour la nicotine.

Le cobaye qui, à égalité de poids, est huit ou dix fois plus résistant à la strychnine que le lapin, a des organes qui, *in vitro*, neutralisent pourtant moins cet alcaloïde que ne le font les organes du lapin.

Le lapin, le cobaye et surtout le pigeon, qui résistent à des doses relativement énormes de chlorhydrate de morphine, ont des organes doués d'un faible pouvoir antitoxique sur cet alcaloïde *in vitro*.

Cette action des centres nerveux sur les deux alcaloïdes est, en tous cas, toujours bien inférieure à l'action constatée par Wassermann sur la toxine tétanique.

Il faut, nous l'avons vu, pour tirer une conclusion, expérimenter sur les organes d'un grand nombre d'animaux. Le pouvoir antitoxique des centres nerveux est variable, en effet, d'un individu à l'autre de la même espèce. Il y a là une sorte d'idiosyncrasie à rapprocher peut-être de la susceptibilité, si variable, que présente chacun de nous à l'intoxication par un alcaloïde.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1896-1897.

M. Desfosses (P.). *Manuel opératoire de la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique*. N° 160. (Carré et Naud.)

M. Lapointe (A.). *Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum*. N° 29. (Coueslant, à Cahors.)

Après avoir décrit soigneusement, avec beaucoup de figures à l'appui, le manuel opératoire de la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique de Von Hacker, M. Desfosses trouve que cette méthode excellente a l'avantage sur celle de Wölfler de placer la bouche de néoformation dans le point le plus déclive de l'estomac et d'éviter la compression du côlon transverse par le jéjunum. La méthode de Hacker n'est, du reste, pas d'une exécution plus difficile que celle de Wölfler. C'est cette méthode qui, de toutes les méthodes de gastro-entérostomies postérieures correspond le mieux aux conditions anatomiques. Dans les 90 observations citées il n'y a aucun accident mortel imputable directement à ce procédé.

La direction du traitement d'un rétrécissement non congénital du rectum doit être conduite, d'après M. Lapointe, de la manière suivante : 1° *Rétrécissement tuberculeux* : l'extirper si tout le mal est accessible, mais faire d'abord l'anus iliaque si le malade est trop faible pour supporter l'extirpation. Faire l'anus artificiel définitif si la tuberculose pulmonaire est avancée dans son évolution ou les altérations intestinales trop étendues. 2° *Rétrécissement chez un syphilitique* : A. Etat général précaire, obstruction aiguë, rectite ulcéreuse sténosante grave; faire dans ces cas la colotomie préliminaire à la dilatation ou à l'extirpation. B. Pas d'accidents urgents, lésions au niveau supérieur accessible : commencer par la dilatation simple; dans le cas d'échec de la dilatation, recourir à l'anus artificiel et faire des lavages antiseptiques du bout inférieur. Après un repos du rectum, reprendre la dilatation quand l'état local sera amélioré. Si cette amélioration ne survient pas, faire l'extirpation. C. Lésions dont on ne peut dépasser la limite supérieure : tenter la dilatation et, faute de mieux, arriver en dernière ressource à l'anus artificiel définitif.

Rétrécissement d'origine dysentérique : même indication que dans le cas précédent.

Rétrécissement par rectite inflammatoire simple : A. Accidents urgents, lésions inflammatoires ou ulcéreuses intenses : Colotomie préliminaire à la dilatation ou à l'extirpation. B. Dans les autres cas essayer d'abord la dilatation, si elle ne donne aucun résultat, dériver le cours des matières. Ultérieurement pratiquer la dilatation ou l'extirpation secondaire. Fermer enfin l'anus artificiel.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er Mars 1898.

Le procès du vésicatoire.

M. Huchard. — Je suis un partisan convaincu de la révulsion contre la dérivation, mais je ne crois pas que la révulsion soit contenue toute entière dans le vésicatoire. Il y a quarante ans on employait beaucoup le vésicatoire dans la thérapeutique oculaire, surtout quand les autres moyens avaient échoué. Je ne veux pas revenir sur la phagocytose, ni sur les échanges gazeux et sur la ventilation. Mais je répète que le vésicatoire est souvent inutile et quelquefois dangereux.

M. Ferrand a cité plusieurs auteurs qui ont vanté le cantharidate de potasse, en particulier dans la tuberculose pulmonaire. Chez de nombreux malades chez lesquels ce médicament a été employé, on a observé l'albuminurie et parfois une déviation de température. Avec des précautions, dira-t-on, on n'a jamais d'accidents; mais si on n'applique le vésicatoire que peu de temps, on n'obtient plus une vésication mais une simple rubéfaction.

M. Huchard cite ensuite les nombreux auteurs qui ont observé des accidents causés par le vésicatoire. C'est Ambroise Paré qui a observé le premier accident connu dans la science, et dû au vésicatoire. Depuis, les intoxications cantharidiennes ont été très fréquentes.

Ce qui est fâcheux dans le vésicatoire, c'est que ce mode de traitement est à la portée du malade, il est délivré sans ordonnance par le pharmacien; il est regrettable qu'il soit aussi populaire dans certaines classes de la société, et ce qui est dangereux, c'est que les accidents qu'il cause se produisent généralement sans grand fracas.

Le vésicatoire est souvent aussi nuisible qu'inefficace, et on doit l'éviter avec soin dans toutes les maladies infectieuses.

MM. Faure et Furet (voir *Gazette*, p. 157).

Élection.

Election de deux correspondants nationaux (2e division).

1re Élection. — Votants 78. Majorité 40.

M. Folet (de Lille) est élu par 43 suffrages, contre 15 à M. Poncet (de Cluny), 14 à M. Heydenreich (de Nancy), 4 à M. Hache (de Beyrouth), 1 à M. Auffret (de Brest) et 1 bulletin blanc.

2e Élection. — Votants 74. Majorité 38.

M. Hache (de Beyrouth) est élu par 45 suffrages, contre 17 à M. Poncet (de Cluny), 10 à M. Heydenreich (de Nancy), 1 à M. Auffret (de Brest), 1 à M. Crivelli (de Melbourne).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 Février 1898.

Torsion spontanée du cordon spermatique.

M. Barozzi présente le testicule et le cordon droits d'un homme de 41 ans, doué d'une bonne santé habituelle, qui est entré à l'hôpital pour des accidents d'étranglement herniaire remontant à 2 ou 3 jours. Au cours de l'opération, on trouva, au lieu d'une hernie, une torsion du cordon spermatique ayant déterminé l'arrêt de la circulation et la mortification du testicule. La stricture du cordon, au niveau de la torsion, était telle que l'organe se rompit presque spontanément. On dut alors pratiquer la castration : les suites opératoires furent des plus simples.

Il importe de faire remarquer que le testicule n'était nullement ectopié, que le malade n'avait ni blennorrhagie, ni hernie, et que les accidents de pseudo-étranglement herniaire avaient éclaté sans cause provocatrice appréciable.

Grossesse extra-utérine.

M. Le Fur apporte des pièces d'une grossesse extra-utérine de 5 mois opérée par laparotomie. Cette femme avait présenté, 3 mois après l'arrêt de ses règles, des hémorrhagies abondantes dans l'intérieur du kyste fœtal, qui provoquèrent la mort du fœtus. Deux mois après la mort de ce fœtus, on pratiqua la laparotomie. Incision du kyste fœtal qui remontait bien au-dessus de l'ombilic, ablation des caillots remplissant le kyste, du fœtus déjà légèrement macéré, morcellement du placenta inséré sur la paroi postérieure du kyste et décollé sur une grande partie de son étendue. L'hémorrhagie qui s'ensuit est très abondante et ne peut être arrêtée que par le tamponnement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Février 1898.

Incident Grimaux.

Dès le début de la séance, M. Richet, professeur de physiologie, membre de l'Académie de médecine, s'est levé et, au milieu d'un silence profond, a prononcé les paroles suivantes :

« Chaque fois qu'un de nos membres est honoré ou distingué, la Société lui adresse des félicitations. Un des nôtres, M. Grimaux, a été honoré par des mesures sur la nature desquelles je n'ai pas à me prononcer. Ce que nous pouvons faire, c'est d'assurer M. Grimaux de notre attachement et de notre estime pour sa personne. »

Au milieu des applaudissements de tous les membres et du public qui assistait à la séance, M. Grimaux, très ému et d'une voix tremblante a remercié ses confrères de la marque d'estime qu'ils lui donnaient :

« La loi, a-t-il dit, a été violée en ma personne, car on ne poursuit pas les témoins. Dans ma déposition, je n'ai écouté que la voix de ma conscience, et comme j'ai juré de dire la vérité, je l'ai dite. »

Des applaudissements nouveaux ont éclaté et presque tous les membres ont signé une adresse de félicitations à M. Grimaux, victime de son honnêteté.

Pathogénie des scléroses du pancréas.

M. Paul Carnot. — Les causes mécaniques (ligature du canal, compression du canal pour cancer, obstruction par un calcul) agissent surtout par rétention des ferments pancréatiques (comme en témoigne l'injection directe de trypsine ou de papaïne), et par infection ascendante.

Les agents toxiques employés ont été l'alcool naphtolé (sclérose avec diabète), la papaïne, la trypsine, la tuberculose, etc.

Les agents infectieux ont été les bacilles de Koch, qui même à forte dose, déterminent seulement de la sclérose et bien rarement des lésions spécifiques.

Les colibacilles et autres micro-organismes des infections ascendantes.

La sclérose du pancréas, degré d'inflammation moindre que la pancréatite hémorrhagique, tire donc, elle aussi, son cachet très particulier de l'adjonction, aux causes primitives diverses, de l'action propre des diastases pancréatiques et de l'infection ascendante.

Calorimétrie et thermométrie.

M. d'Arsonval. — Sur nos indications, M. Bonniot a poursuivi, dans le service de M. Charrin, une série de recherches relatives à la chaleur de l'organisme; il a effectué, chez les nouveau-nés, de nombreuses mesures calorimétriques.

Dans ce but, on place ces nouveau-nés dans une enceinte rectangulaire, parfaitement close, à doubles parois; l'air échauffé s'échappe par une cheminée d'appel; dans cette cheminée on introduit l'une des boules d'un thermomètre différentiel; une dénivellation d'un degré correspond à une calorie; la graduation a été réalisée en se servant de la chaleur dégagée par un courant électrique traversant un fil métallique de section, de longueur déterminées : la loi de Joule permet de calculer, avec les résistances, les intensités, le travail, le calorique.

Dans ces conditions, on constate que ces nouveau-nés apyrétiques dégagent, en une heure, 7 à 9 calories comme moyenne; chez les atrepsiques, les avortons, les ictériques, etc., le plus souvent ces chiffres faiblissent.

Dans le cas de fièvre, tantôt le thermomètre marche dans le sens du calorimètre; tantôt, dans un quart de ces cas environ, il y a désaccord, les deux courbes vont en sens inverse.

Ces résultats commandent des réserves en matière de thermométrie ou à propos de théories de la fièvre basées sur la rétention ou la déperdition des surfaces.

Traitement de la tuberculose par l'eau iodée.

M. Ch. Richet communique une série d'expériences relativement à l'action de l'eau iodée en injections intra-trachéales chez les chiens tuberculeux. L'eau iodée qu'il a employée contenait de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 d'iode par litre d'eau; la quantité d'eau injectée était ordinairement de 250 grammes.

Ces expériences ont montré que les injections d'eau iodée prolongent la vie des animaux, mais n'arrêtent pas la tuberculose.

M. Camus a constaté que les sérums antivenimeux et antidiphthérique conservent leurs propriétés antitoxiques et vaccinantes quand ils sont desséchés à une température de 140°.

Mlle Napias fait une communication sur la sucrase de la levure de bière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Février 1898.

Traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

M. Picqué. — Je crois que dans le traitement des fractures de Dupuytren mal consolidées, on ne peut pas dire qu'il y ait *un* traitement : il y a des méthodes appropriées à chaque cas particulier, et c'est l'état de l'articulation tibio-tarsienne qui prime tout. Si l'articulation a conservé sa mobilité, il faut recourir aux sections osseuses seules; la résection devant être réservée aux cas dans lesquels l'articulation est immobilisée.

M. Tuffier. — Le point de choix pour pratiquer la section osseuse est justement le point même où les os ont été fracturés.

M. Quénu. — Dans la majorité des cas, je suis partisan de la résection tibio-tarsienne.

M. Nélaton. — Je voudrais faire remarquer que sur une épreuve radiographique que l'on vient de faire circuler sous nos yeux, il s'agit non pas d'une fracture de Dupuytren, mais d'une luxation du pied en arrière. Et dans ces cas, la première chose qu'il importe de traiter, c'est la luxation.

Abcès du foie.

M. Reclus lit un travail de **M. Fontan**, de Toulon, portant sur 150 abcès du foie, avec 50 cas opérés. La guérison est de 92 p. 100, grâce au curetage de la poche, que préconise l'auteur.

Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule.

M. Nélaton lit une observation envoyée par M. Delagénière (de Tours), ayant trait à un homme atteint de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule avec fracture de l'épine de l'omoplate et luxation acromio-claviculaire. M. Delagénière ne vit le malade que 2 mois 1/2 après l'accident et pratiqua d'emblée l'arthrotomie, avec ablation des épaississements capsulaires et réduction de la tête. Le tout fut assez pénible et le malade sortit au bout de 25 jours, mais avec un résultat loin d'être parfait. Et l'auteur conclut qu'il faut dans ces cas toujours pratiquer d'emblée l'arthrotomie, quelque difficile qu'elle puisse être.

M. Nélaton pense qu'à l'heure actuelle cette conclusion n'est peut-être pas la meilleure. On peut dire qu'il y a trois variétés différentes de luxations irréductibles : 1° les luxations immédiatement irréductibles, qui sont rares, mais existent sûrement, quelle qu'en soit du reste la cause, et dans lesquelles l'arthrotomie donne de très beaux résultats. 2° Les luxations anciennes peuvent être irréductibles du fait de l'étranglement de la tête à travers la boutonnière capsulaire ou de ce que la tête a perdu droit de domicile dans la cavité articulaire. α) Dans le premier cas, on peut recourir à la méthode des tractions ou à la section au bistouri d'une des lèvres de la boutonnière capsulaire. — β) Dans le second cas, la tête a perdu droit de domicile, du fait de la rétraction musculaire et des déformations osseuses. Et il n'y a dans ce cas qu'une seule chose à faire : c'est la résection et non pas l'arthrotomie. Avec ce correctif, que les malades atteints depuis longtemps d'une luxation irréductible de l'épaule finissent par récupérer presque tous les mouvements. Aussi, dans les vieilles luxations, lorsque la question de la résection se pose, faut-il être très modéré et se demander si ce que l'on pourra faire vaudra mieux que le résultat obtenu spontanément.

Pathogénie de la lithiase biliaire.

M. Hartmann lit un travail de **M. Mignot** sur la pathogénie des calculs biliaires. L'auteur a dans ce travail établi d'une façon inattaquable la théorie infectieuse des calculs biliaires. Il a pu obtenir des calculs biliaires expérimentaux et pour cela, deux conditions sont nécessaires : une infection très atténuée et une contractilité très faible de la vésicule. Les calculs ainsi produits ressemblent absolument aux calculs ordinaires.

M. Picqué lit un travail sur le délire psychique post-opératoire.

M. Schwartz présente un homme de 25 ans, guéri par l'immobilisation d'une tuberculose osseuse du tarse. La guérison s'est maintenue depuis 5 ans.

M. Richelot présente deux malades ayant subi des tarsectomies.

M. Lejars présente une malade qui a subi la cholécystostomie par la voie lombaire.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Février 1897.

L'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison.

M. Béclère présente un jeune homme de 28 ans, atteint de bacillose, mais sans lésions pulmonaires notables, qui a présenté au complet le syndrome d'Addison dont il a guéri complètement par l'opothérapie surrénale sous ses divers modes : ingestion de capsules surrénales fraîches et injections sous-cutanées d'extrait hydro-glycériné de glandes surrénales de veau. Aucun accident n'a troublé ce traitement poursuivi pendant plusieurs mois avec d'assez fortes doses.

M. Béclère établit un parallèle entre l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison et l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème, en relevant les différences suivantes :

Chez les myxœdémateux, l'action bienfaisante de la médication thyroïdienne se fait sentir immédiatement, chez l'addisonien, au contraire, il ne s'est pas écoulé moins de 2 mois entre le début du traitement et les premiers signes d'amélioration.

Chez les myxœdémateux, le bénéfice de la médication thyroïdienne est essentiellement temporaire ; il survit quelques jours seulement à la suspension du traitement, les malades sont obligés de se traiter jusqu'à la fin de leur existence. Chez cet addisonien, au contraire, le traitement a duré près de 5 mois, après qu'il a été suspendu, l'amélioration n'a fait que s'accentuer pour aboutir à une guérison qui dure depuis 3 ans.

Ces différences fondamentales entre les effets de l'opothérapie surrénale et ceux de l'opothérapie thyroïdienne montrent manifestement que ces deux médications ne présentent aucune analogie dans leur mode d'action sur l'organisme.

L'une, la médication thyroïdienne, agit en apportant à l'organisme certaines subtances que les myxœdémateux ne fabriquent plus, ou, du moins, qu'ils fabriquent en quantité insuffisante : ces substances sont, d'ailleurs, aussitôt utilisées, puis détruites ou éliminées, il est nécessaire d'en renouveler presque incessamment l'apport.

L'hypothèse la plus vraisemblable qu'on puisse formuler sur le mode d'action de l'opothérapie surrénale chez les addisoniens, c'est qu'elle favorise l'hypertrophie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal.

M. Galliard a essayé l'opothérapie surrénale chez un homme atteint de maladie d'Addison : le résultat fut négatif.

M. F. Widal observa dernièrement un malade dont on peut résumer ainsi l'observation : addisonien typique, présentant au maximum les symptômes suivants : troubles digestifs, pigmentation, asthénie. Sous l'influence de l'opothérapie surrénale, l'asthénie fut considérablement améliorée en quelques jours, à tel point même que ce malade qui, à son entrée à l'hôpital, ne pouvait marcher, put descendre des escaliers, faire une promenade assez longue, puis revenir. Les autres symptômes restèrent stationnaires. Ce malade quitta le service, passa quelques semaines chez lui, sans traitement opothérapique. L'asthénie reparut, et nécessita une nouvelle hospitalisation. Cette fois, le traitement fut sans résultats, et peu de temps après son retour, le malade mourut.

Cette observation comparée à celle de M. Béclère fait penser que, lorsque la maladie est à ses débuts, le traitement opothérapique peut donner des résultats.

M. Hayem a eu l'occasion d'administrer la substance surrénale à un addisonien, et dans ce cas également le seul symptôme amélioré fut l'asthénie ; cette amélioration dura 6 mois ; puis l'asthénie reparut, et bientôt le malade succomba.

Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à la rougeole.

M. Lermoyez a communiqué l'observation d'une femme atteinte d'une paralysie récurrentielle gauche, dont le début remonte à 27 ans et s'est fait dans l'enfance à la suite d'une rougeole grave. Elle n'a aucun trouble de la santé générale, pas de dyspnée, mais seulement cet enrouement faux qui caractérise la voix bitonale, et, quand elle s'enrhume, de violents accès de toux coqueluchoïde. La constatation actuelle, au niveau de la région inter-scapulo-humérale gauche, d'une zone de submatité et d'une respiration un peu rude, permet d'expliquer cette paralysie essentielle. Il est vraisemblable, en effet, qu'il s'est produit, au cours de la rougeole, une adénopathie du groupe péri-trachéo-bronchique gauche.

Cette complication morbilleuse est fréquente. Ce qui l'est moins, c'est que cette adénopathie survive indéfiniment à la rougeole ; cependant, Duplay et Robin, Liouville, ont signalé des cas de ce genre à durée indéfinie. Dans le cas actuel, la persistance de cette adénopathie se révélait nettement à l'auscultation. Or, le groupe ganglionnaire péri-trachéobronchique est en rapport intime avec l'anse du récurrent gauche ; il est donc logique d'admettre que ce nerf a dû être comprimé par la tuméfaction ganglionnaire, que cette compression a dû amener

une destruction segmentaire du tronc nerveux; et que, comme conséquence, il en est résulté une hémiplégie laryngée incurable comme sa cause, mais bénigne comme elle.

Au reste, les cas de paralysie récurrentielle définitive, consécutive à la rougeole, sont des plus rares : 2 faits seulement ont été observés (Morell-Mackenzie, Matucci.)

Recherches sur l'action antitoxique des centres nerveux sur la strychnine et la morphine.

MM. Widal et **Nobécourt**. — Voir p. 205.

M. Chantemesse a poursuivi des recherches analogues à celles de MM. Widal et Nobécourt, et est arrivé à des résultats identiques. En outre, il a fait quelques expériences sur le phosphore : une certaine quantité de ce corps, injectée dans le péritoine d'un cobaye, produit bientôt la dégénérescence graisseuse du foie; or, cette même quantité de phosphore, préalablement broyée avec du tissu hépatique, et injectée dans le péritoine d'un cobaye, ne produit plus cette dégénérescence graisseuse, fatale dans les premières expériences. Mais, dans ces expériences, comment faut-il comprendre l'action de l'organe incorporé? L'action neutralisante est-elle seule en cause? Ne faut-il pas faire jouer, en outre, un rôle au degré de dilution dans lequel se trouve le poison ou la toxine expérimentée?

A l'appui de cette dernière opinion, on peut citer ce fait que la strychnine, mélangée à la poudre de lycopode, est moins active que la strychnine employée pure. Mais il ne faut exagérer l'importance de ce fait : l'action neutralisante est de beaucoup supérieure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 Février 1898.

L'auteur d'un accident est-il ou non responsable de toutes les complications qui suivent cet accident?

M. Floquet voudrait que la Société fît connaître son avis sur le fait de savoir si en matière d'accident, les complications (mort ou infirmité) qui ne sont pas les conséquences directes et naturelles de l'accident entraînent complètement ou non la responsabilité de l'auteur.

Pour bien faire comprendre sa pensée, l'orateur expose trois espèces différentes :

1° Un diabétique, renversé par un bicycliste, voit la plaie consécutive à la chute se compliquer de gangrène; on fait l'amputation du membre et la mort s'ensuit. L'auteur de l'accident est-il responsable de la mort?

2° Un blessé, soigné pour une fracture de jambe due à un accident imputable à une autre personne, meurt de pneumonie pendant son séjour au lit. Quelle sera la responsabilité de l'auteur de l'accident?

3° La victime d'un accident causé par un tiers devient infirme par suite d'un traitement incomplet ou mal approprié. L'auteur de l'accident est-il responsable de la faute ou de l'impuissance du médecin?

M. Picqué est d'avis que l'auteur d'un accident ne doit être tenu pour responsable que des conséquences directes et naturelles de cet accident. Dans la première espèce proposée par M. Floquet, la mort est la suite naturelle de l'accident, tout comme si chez un cancéreux, qui est encore dans un état de santé assez satisfaisant, le cancer, après un traumatisme imputable à un tiers, prenait une allure galopante et aboutissait à la mort en quelques jours.

En ce qui concerne les conséquences dont la filiation à l'accident est plus ou moins hypothétique, il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Quant aux résultats d'un traitement mal conduit, la question vise directement la responsabilité médicale, sur laquelle on ne peut porter un avis, même avec quelques réserves, que dans des espèces déterminées et après s'être entouré de tous les renseignements nécessaires.

M. Descouts cite un fait pour prouver que c'est à tort que les Compagnies d'assurances voudraient bien souvent rendre le médecin traitant responsable des infirmités résultant d'un traumatisme accidentel. Le praticien se trouve parfois en présence de difficultés telles, soit dans le diagnostic exact de la blessure, soit dans l'application du traitement, qu'il est difficile à un expert d'affirmer que l'infirmité provient d'un traitement irrationnel ou du manque de soins.

M. Constant dit que si en droit strict l'auteur d'un accident doit être tenu pour responsable de toutes les conséquences qui suivent cet accident, la pratique a apporté quelques tempéraments à cette règle et les tribunaux, en fixant le quantum des dommages-intérêts, tiennent compte de l'état constitutionnel et de la situation sociale de la victime.

M. Briand estime que, de tout ce qui vient d'être dit, il ressort que la responsabilité de l'auteur d'un accident n'est pas absolue dans tous les cas et qu'elle est toujours une question d'espèce.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Février 1898.

Traitement du psoriasis et de l'eczéma par les scarifications.

M. L. Jacquet a eu recours aux scarifications dans deux cas de psoriasis à disques isolés, peu nombreux, et dans onze cas d'eczéma.

Les deux psoriasiques guérirent complètement, sans maculature consécutive, grâce à quelques séances de scarifications, faites après décapage soigneux des placards, et répétées deux fois par semaine, pendant 2 mois, chez le premier, et un peu moins chez la seconde; ces résultats se maintiennent depuis plus de 2 ans pour le plus ancien de ces cas. Or, ces deux malades avaient été soignés antérieurement de la façon la plus rationnelle et la plus suivie, sans être jamais parvenus à l'extinction de leurs plaques psoriasiques.

Sa statistique pour l'eczéma rebelle se décompose comme suit :

1° Trois eczémas lichénoïdes (région dorsale des pieds, des mains, de l'avant-bras); 2° un eczéma ancien et bilatéral de la région pré-auriculaire; 3° deux eczémas chroniques des doigts; 4° trois eczémas de la face chez l'adulte; il compte parmi eux l'auto-observation d'un de ses amis qui, guéri lui-même, traita à son tour deux malades de sa clientèle, dont il voulut bien envoyer l'observation : ces deux cas ne figurent pas dans cette statistique; 5° quatre eczémas de la face chez l'enfant.

M. Jacquet procède de la façon suivante : il commence par décaper soigneusement les surfaces malades par l'application permanente et plus ou moins prolongée de cataplasmes de fécule de pomme de terre, moelleux et refroidis, souvent renouvelés, non recouverts de taffetas gommé et préparés sans addition d'antiseptique quel qu'il soit; le malade doit se présenter sous ses cataplasmes, enlevés seulement pour la séance opératoire.

Il scarifie alors avec un instrument bien aiguisé selon des lignes parallèles, atteignant la couche superficielle du derme, espacées de 1 à 3 millimètres, sans aucun quadrillage ou entrecroisement.

Il laisse saigner *ad libitum* et il entretient le saignement par des lotions à l'eau bouillie tiède, puis on recouvre la surface cruentée de quelques doubles de tarlatane trempée dans l'eau bouillie. A domicile, le patient reprend les cataplasmes de fécule qui doivent être continués dans l'intervalle jusqu'à la séance suivante, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, 3 ou 4 jours plus tard, délai suffisant pour que tout vestige de l'opération ait disparu. Ainsi faites, les scarifications sont peu douloureuses et bien supportées. Fait paradoxal : les enfants, pour qui cette méthode pouvait sembler cruelle, l'endurent sans peine.

Il a fallu à M. Jacquet, suivant les cas, de 6 à 16 séances pour amener la guérison, et il croit pouvoir dire que, d'une manière générale, la résistance à cette méthode va croissant en série ascendante, des cas d'eczématisation aiguë à l'eczéma lichénoïde.

M. Jacquet n'a relaté ici que les cas observés jusqu'au bout de leur évolution; mais il a scarifié un nombre d'eczémateux déjà considérable chez qui, pour des raisons diverses (changement de service, etc.), il a dû cesser le traitement. Cela porte le nombre total des séances qu'il a pratiquées à plusieurs centaines.

M. Jacquet ajoute que s'il a perdu de vue de nombreux malades incomplètement traités, du moins n'en a-t-il jamais revu un seul chez qui la séance de scarification n'ait pas amené une détente.

L'auteur termine en disant qu'il n'est pas, sans doute, le seul auteur ayant scarifié des psoriasis ou des eczémas; M. Brocq, notamment, a employé quelquefois, croit-il, ce moyen; mais il pense être le premier à le faire de manière suivie et systématique.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances du 14 et du 21 Février 1898.

Œsophagotomie externe pour corps étranger.

M. Hugot rapporte l'observation d'une malade opérée par M. Rollet. Un dentier s'était introduit pendant la nuit dans l'œsophage et s'était arrêté, ainsi qu'on put le voir par la radiographie, à la hauteur des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Les tentatives d'extraction restant infructueuses, M. Rollet retira le corps étranger par une œsophagotomie externe classique. Suites bonnes.

Lésion de la capsule interne, hémiplégie, hémianesthésie sensitivo-sensorielle complexe.

M. Péhu rapporte l'histoire d'une malade du service de M. Bard, suppléé par M. Collet. Cette malade avait présenté une hémiplégie gauche, une hémianesthésie complète du même côté, une hémianopsie latérale gauche et une abolition de l'ouïe du même côté. Par contre l'odorat était plus affaibli du côté opposé à l'anesthésie. L'autopsie a montré, outre les lésions de la néphrite chronique pour laquelle la malade était entrée à l'hôpital, un ramollissement cérébral intéressant le noyau lenticulaire et la capsule interne, l'écorce étant, par contre, respectée.

M. Collet fait remarquer que la symptomatologie de cette lésion capsulaire, qu'il avait été facile de diagnostiquer du vivant de la malade, s'écarte notablement de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, telle qu'on la trouve dans l'hystérie, et telle qu'elle se produit, d'après Charcot, dans les lésions de la capsule interne. En effet, il n'y avait pas dans ce cas, amblyopie croisée et anosmie croisée, mais hémianopsie croisée, et, d'autre part, diminution de l'odorat du côté de la lésion cérébrale. Il semble démontré aujourd'hui qu'une lésion capsulaire peut produire l'hémianopsie au même titre qu'une lésion des radiations optiques ou du lobe occipital du même côté. Cette observation présente un autre intérêt : elle montre bien la surdité consécutive à une lésion du bras postérieur de la capsule. Les observations de ce genre sont extrêmement rares; d'ailleurs l'examen de l'oreille a été fait et permet d'éliminer toute cause d'erreur. Enfin, la faible diminution de l'odorat du côté de l'hémianesthésie et son altération beaucoup plus forte du côté de la lésion cérébrale cadrent assez bien avec l'opinion des anatomistes qui se montrent très réservés touchant l'existence de fibres olfactives croisées ou capsulaires, et concluent plutôt à une relation directe entre chaque bandelette olfactive et l'hémisphère cérébral correspondant. La corne d'Ammon était saine, mais le ramollissement du noyau caudé plongeait dans la profondeur du lobe frontal, et s'arrêtait à quelques millimètres de sa face orbitaire ou inférieure, précisément dans le voisinage de la racine interne de la bandelette olfactive. Les fosses nasales, et notamment leur fente olfactive, étaient perméables.

Passage de substances du fœtus à la mère.

MM. Lannois et **Briau** exposent les résultats d'une série de recherches expérimentales entreprises pour démontrer que les substances injectées au fœtus *in utero* peuvent traverser le placenta, et pénétrer dans l'organisme maternel. Le point de départ était l'observation d'une malade chez laquelle des accidents graves d'origine albuminurique avaient brusquement cédé, ainsi que l'albuminurie elle-même, au moment de la mort du fœtus, bien que celui-ci n'eût été expulsé que dix-sept jours plus tard. Les conclusions ont été :

1° Les substances injectées directement au fœtus (salicylate de soude, iodure de potassium, bleu de méthylène) traversent le placenta et peuvent être retrouvées dans les tissus et l'urine de la mère.

2° Cette donnée expérimentale est un argument en faveur de l'opinion déjà soutenue par M. Lannois que les produits excrémentitiels normaux du fœtus traversent le placenta pour être éliminés par l'organisme maternel.

3° Dans les cas d'insuffisance rénale, ces produits de déchet de la vie du fœtus peuvent donc contribuer pour une part à l'auto-intoxication maternelle, et, par suite, jouer un rôle dans l'éclampsie et les autres accidents de l'albuminurie gravidique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 Février 1898.

Syphilis gommeuse des lèvres.

M. Albertin présente un malade atteint de syphilis gommeuse des lèvres et de la joue droite. Cet homme, âgé de 42 ans, a contracté il y a 10 ans la syphilis par un chancre de la verge. Accidents secondaires très nets. Il y a 5 ans, apparut à droite, dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, une petite tumeur qui s'accrut jusqu'à avoir le volume d'une noisette. On lui fit prendre alors de l'iodure. La tumeur diminua, et il cessa le traitement. Il y a 3 ans, des noyaux indurés survinrent au niveau de la commissure, et enfin, depuis 8 mois, une tumeur occupe la moitié droite de la lèvre supérieure. Actuellement, existe en ce point une tumeur arrondie, du volume d'une noix, à surface lisse, rouge, tendue, et offrant deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule un liquide séro-purulent. A côté de cette tumeur principale, une série de tubercules occupent la commissure et la région génienne voisine. Du côté de la lèvre inférieure, dans la région correspondant à la lésion observée au début de l'affection, il existe des cicatrices. Quelques rhagades du côté de la muqueuse de la commissure, mais pas d'ulcérations.

Ces lésions offrent absolument les caractères des labialites tertiaires décrites par M. Tuffier (*Revue de chirurgie*, 1886). Il est à noter qu'elles ne régressent que lentement sous l'action de l'iodure.

Cholécystite calculeuse.

M. Cade présente de nombreux calculs extraits, par M. Vallas, de la vésicule biliaire d'une femme de 60 ans. Depuis un mois, avait apparu une tumeur indolente, volumineuse et lisse, descendant jusque vers la fosse iliaque droite, et affectant la forme d'une aubergine. Jamais aucun symptôme digestif, ni aucune colique hépatique.

Rétrécissement bronchique syphilitique.

M. Duplant rapporte l'observation d'un malade du service de M. Lépine, qui mourut 3 jours après son entrée, au milieu d'une dyspnée extrême. Les signes étaient : de la matité avec abolition des vibrations au sommet gauche, du souffle et de la respiration emphysémateuse dans le reste du poumon. — Il y avait en outre un galop et de l'albumine dans l'urine.

A l'autopsie on trouva, outre des reins atrophiés, un rétrécissement angulaire de la bronche gauche, suivi d'une dilatation. Tout autour de la bronche, existait une sclérose pulmonaire manifeste, vérifiée par l'examen microscopique.

Il n'y avait pas de pneumonie dans les antécédents. On admet qu'il s'agit dans le cas présent de sclérose syphilitique avec rétrécissement bronchique de même cause.

M. Audry présente un syphilome diffus péri-trachéo-bronchique, ayant entraîné la mort à la suite de troubles qui paraissent d'origine laryngée.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 4 Février 1898.

Le salol dans les amygdalites.

M. Davezac a soigné, il y a quelques années, un malade atteint de phlegmon amygdalien. L'incision ne donna que du sang, ayant été faite hâtivement, pour soulager le malade avant que la présence du pus fût bien constatée. L'an dernier, le malade fut pris de la même façon. M. Davezac pratiqua le débridement, qui donna lieu à une hémorrhagie modérée, sans aucune issue de pus. Mais survint peu après une hémorrhagie violente et continuelle par le nez et la bouche qui nécessita le tamponnement, et qui ne s'arrêta qu'au prix des plus grands efforts.

Aussi M. Davezac attend-il maintenant, pour intervenir, que les symptômes soient nettement accusés et que la présence du pus soit certaine.

M. Muselli a conseillé, trois jours avant l'intervention, de prendre du salol, mais le malade n'en a pas voulu.

M. Moure n'a jamais vu le salol produire l'avortement des abcès amygdaliens; peut-être parce que les cas qui se présentent à lui sont généralement trop avancés pour être justiciables de pareil traitement.

Dans les cas où il emploie le galvanocautère, il se produit une hémorrhagie, le sang s'écoule du fond de la poche, et on l'arrête facilement par le tamponnement.

Dans un cas traité par l'ignipuncture, il survint le sixième jour une hémorrhagie. Le foyer fut tamponné dans le fond de l'amygdale et l'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée.

M. Lugeol a employé le salol au début de l'angine, par conséquent à un moment où rien n'autorise à croire qu'il y ait déjà du pus de formé. Mais, dans un cas, il a pu constater son efficacité. Il s'agissait d'un phlegmon amygdalien survenu chez une jeune fille à deux reprises différentes.

Le premier avait été incisé et le pus avait fusé le deuxième jour par derrière. La récidive ayant eu lieu un an après avec le même cortège de symptômes, M. Lugeol eut l'idée de prescrire 2 grammes de salol par jour en cachets. Le phlegmon avorta, tout disparut. Le fait est d'autant plus intéressant à noter que c'était la même amygdale qui avait été prise aux deux fois.

M. Muselli a employé quinze fois le salol. Il ne se rappelle que trois cas dans lesquels l'efficacité fut douteuse. Dans un quatrième, il s'agissait d'un horloger, sujet aux phlegmons amygdaliens, qui avait employé inutilement les traitements usités en pareil cas. M. Muselli lui conseilla de prendre 3 grammes de salol par jour dans une potion gommeuse bien filtrée. Le soulagement fut immédiat.

Calcul de la vessie.

M. Pousson présente un volumineux calcul extrait par la taille hypogastrique chez un homme de soixante-huit ans.

Le malade eut une hématurie en 1879, étant à la chasse. Ces hématuries se reproduisirent à divers intervalles sans inquiéter autrement le malade. En juin dernier, ce malade alla consulter M. Pousson. Il accusait des besoins d'uriner fréquents, surtout le jour, sans douleur finale; l'urine, limpide, aseptique, ne présentait aucun trouble, le malade n'ayant pas eu depuis longtemps d'hématurie.

M. Pousson crut, étant donné l'âge du malade, à une hypertrophie prostatique. Une exploration indiqua que le calcul était libre et qu'il s'agissait d'un calcul immobilisé, la vessie l'appliquant contre le col. La vessie se vidait, mais mal, l'urine passant le long de rigoles que l'on peut voir sur les parois du calcul.

La taille hypogastrique fut pratiquée et a parfaitement réussi. Le malade a guéri au bout d'un mois.

Le calcul est très volumineux; il mesure huit et douze centimètres suivant ses deux différents diamètres. Il pèse, sec, 275 grammes.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Février 1898.

Kystes de l'ovaire.

M. Boursier présente un kyste de l'ovaire qu'il a enlevé à la suite de phénomènes de torsion du pédicule. Cette tumeur présente des hémorrhagies intra-kystiques, interstitielles et intra-pédiculaires, d'où résulte une deuxième tumeur au-dessous de la première. Torsion très serrée, avec plusieurs tours de spire.

Ce kyste est le quatrième d'une série que le présentateur a eu la bonne fortune de rencontrer récemment. Chaque cas offrait des caractères particuliers. L'un était resté méconnu jusqu'au moment où, sous l'influence de la torsion, il augmenta tout à coup considérablement de volume, et provoqua des phénomènes péritonitiques qui imposèrent l'intervention.

Dans 2 autres cas, il y avait eu plusieurs poussées douloureuses correspondant exactement avec la période cataméniale.

Dans le quatrième cas, les phénomènes douloureux avaient apparu sans cause occasionnelle apparente. Chez une de ces malades, on a noté, ce qui est rare, des adhérences, légères heureusement, avec la vessie.

M. Binaud rapproche de ces observations celle d'une femme que l'on crut enceinte. Comme elle souffrait, la sage-femme voulut faire provoquer l'accouchement. Le Dr Audebert, appelé, diagnostiqua un kyste ovarique avec torsion pédiculaire. Il y avait des signes de péritonite. A l'opération faite le lendemain, on trouva des hémorrhagies intra-kystiques, interstitielles et pédiculaires. Injection de sérum. Guérison absolue.

La volonté et les contractions utérines pendant l'accouchement.

M. Lefour a publié l'observation d'une jeune femme rachitique chez qui, à ses deux premières grossesses, on dut provoquer l'accouchement artificiel avant terme pour permettre l'extraction du fœtus. La seconde fois, il fut particulièrement pénible. Devenue une 3e fois enceinte, la malade fait appeler M. Lefour qui la prévint qu'il provoquera l'accouchement le lendemain. Pendant la nuit, elle entra spontanément en travail et accoucha. Il en fut de même pour sa 4e et sa 5e grossesse.

Il semble que, dans ce cas, la volonté ait agi pour faire naître les contractions utérines.

En 1896, M. Lefour fut appelé en Vendée auprès d'une femme qu'il avait 2 fois déjà accouchée. Quoiqu'elle ne fût enceinte que de 8 mois 1/2, elle avait eu une rupture spontanée de la poche des eaux. M. Lefour n'arriva auprès de la malade que 24 heures après. La malade n'avait eu encore aucune contraction utérine. Elle dit qu'elle ne voulait pas accoucher en absence de M. Lefour. Deux heures après, elle entrait en travail, et en une 1/2 heure tout était terminé. Elle redevint encore enceinte et, le 29 janvier dernier, M. Lefour fut appelé auprès d'elle dans les mêmes conditions; il n'y put arriver qu'au bout de 30 heures. Cette fois-ci encore, les contractions, qui n'avaient pas apparu lors de la rupture de la poche, commencèrent peu après et l'accouchement se termina rapidement.

Les 2 fois, par conséquent, la malade a pu retenir ses contractions utérines jusqu'au moment de l'arrivée de son accoucheur habituel.

M. Lugeol estime que, dans la première des observations de M. Lefour, il s'agit de suggestion à l'état de veille.

Dans la seconde, ce n'est qu'une coïncidence remarquable, et on voit souvent un intervalle de temps assez long séparer la rupture des membranes du début du travail. Personnellement, M. Lugeol a observé un cas absolument opposé à celui de M. Lefour. Il s'agit de la femme d'un officier qui était venue accoucher à Bordeaux; elle était très désireuse d'accoucher

pendant la durée d'un congé de son mari qui coïncidait avec l'époque présumée des couches. Elle entra en travail, présentant une dilatation de 5 francs, puis resta stationnaire pendant 3 jours, malgré le vif désir qu'elle avait. On a dû introduire un ballon pour terminer l'accouchement à temps.

Vomissements de la grossesse et pulvérisations de chlorure de méthyle.

M. Lefour a été appelé hors de Bordeaux pour pratiquer le curage utérin à une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles. Il se refusa à vider l'utérus et fit une pulvérisation énergique de chlorure de méthyle sur toute la colonne cervico-dorsale. Les vomissements n'ont pas reparu.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 Février 1898.

Cancer de l'utérus.

M. Rosenstein a communiqué l'observation d'une femme à laquelle il avait extirpé, en août 1893, l'utérus carcinomateux, en laissant en place les annexes qui paraissaient saines. Dix-huit mois plus tard, la malade revint avec une tumeur mobile, grosse comme un œuf de poule, située au-dessus des annexes, et qui semblait en être indépendante. La laparotomie montra que cette tumeur était formée par une masse ganglionnaire hypertrophiée, située au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive.

Depuis cette opération, c'est-à-dire depuis plus de 3 ans, il n'est pas survenu de récidive ni de métastase et la malade se porte aussi bien que possible.

Maladie des tics chez un enfant.

M. Stein a communiqué l'observation d'une fillette de 11 ans, qui, d'après ses parents, serait venue au monde avec un goître et de l'exophthalmie. A l'âge de 7 ans, elle commença à présenter des tics dans les muscles de la face, et, plus tard, ces mouvements convulsifs envahirent les membres. Plusieurs traitements furent essayés sans succès.

Lorsque M. Stein vit la malade, elle présentait encore de l'exophthamie et un tout petit goître; les muscles de la face étaient à chaque moment animés de mouvements convulsifs; dans les membres, ces mouvements étaient systématisés; il existait, en outre, de l'écholalie et de la coprolalie. Sous l'influence du traitement par la suggestion, tous ces phénomènes disparurent, et la guérison complète se maintient depuis 6 mois.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le rein.

M. Posner a communiqué l'observation d'un homme entré à l'hôpital pour des douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs accompagnées d'expulsion, avec l'urine, de petites vésicules blanchâtres, de forme ronde. Celles-ci furent reconnues pour des hydatides; et, comme, dans l'hypochondre droit, on sentait très nettement une tumeur volumineuse et que l'uretère droit était extrêmement dilaté, comme l'a montré la cystoscopie, on diagnostiqua un kyste hydatique du rein droit ouvert dans le bassinet ou l'uretère. La radiographie montra pourtant que la tumeur faisait partie du foie; il s'agissait donc d'un kyste hydatique du foie ouvert dans le rein.

Comme c'était la seconde fois, à 12 ans d'intervalle, que le malade avait une attaque de ce genre, et que son état ne laissait rien à désirer, on décida à ne pas intervenir. Mais, dans la suite, le malade fut pris de fièvre; aussi le sac, qui contenait 2 litres de liquide et un nombre incalculable d'hydatides, fut-il extirpé par la voie lombaire. Le malade guérit.

Infection tuberculeuse secondaire.

M. Hansemann trouve qu'on ne fait pas, en pathologie, une place suffisamment large aux infections tuberculeuses secondaires, c'est-à-dire aux tuberculoses venant se greffer sur un autre foyer morbide non tuberculeux. Récemment encore, à l'autopsie d'un scrofuleux, il trouva, parmi les ganglions mésentériques, quelques-uns atteints de lésions scrofuleuses, d'autres, de lésions franchement tuberculeuses. On sait, du reste, que, chez les tuberculeux, les ulcérations typhiques des plaques de Peyer présentent quelquefois des lésions tuberculeuses résultant de l'invasion des bacilles avalés avec les crachats.

C'est surtout dans les poumons que les infections tuberculeuses secondaires sont fréquentes. La pneumonie et la bronchopneumonie caséeuses, la bronchite et la pneumonie fibreuse en sont des exemples. Récemment, M. Hansemann trouva des bacilles tuberculeux dans une gomme typique du poumon chez un syphilitique. Dans un autre cas, chez un individu ayant succombé à une affection intercurrente, M. Hansemann trouva, dans les sommets, deux foyers de bronchectasie : le pus de ces cavernes renfermait des bacilles tuberculeux à l'état de saprophytes, car ils n'existaient ni dans les parois de ces cavernes, ni dans les autres parties des poumons.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 17 Février 1898.

Empoisonnement par la viande fumée.

M. Slawyk a communiqué l'observation de 3 fillettes de 9, 8 et 4 ans, qui ont été prises de symptômes d'intoxication 2 heures après avoir mangé avec leurs parents de la viande fumée.

Ces symptômes ont consisté en une sensation de brûlure dans le pharynx, suivie de maux de ventre et de coma avec délire. A l'examen, on trouva une dilatation considérable des pupilles, un érythème au niveau du tronc, une ataxie des mouvements. L'urine ne contenait pas de sucre ni d'albumine; pas de fièvre.

Sous l'influence du lavage de l'estomac et d'un traitement symptomatique, tous ces symptômes ont disparu dans l'espace de 48 heures.

Le tableau clinique de cette intoxication a donc présenté ceci de particulier que, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, il n'est pas survenu de catarrhe gastro-intestinal, ni de phénomènes paralytiques, ni de troubles de déglutition.

L'examen bactériologique de la viande incriminée ne montra pas l'existence de bactéries spéciales. Il s'agissait donc bien d'une intoxication et non d'une infection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 11 Janvier 1897.

Pancréatite hémorrhagique et nécrose du tissu adipeux du péritoine.

M. Simmonds a communiqué deux cas de nécrose du tissu adipeux du péritoine qui lui semblent, surtout le second, établir nettement le rôle étiologique de la pancréatite hémorrhagique qu'on trouve dans ces cas.

Le premier cas est celui d'une femme de 26 ans mariée depuis 6 ans et n'ayant jamais eu d'enfants. Sa santé était généralement bonne, mais de temps en temps elle souffrait de l'estomac; en plus, elle était depuis deux ans soignée pour une endométrite.

Les accidents pour lesquels elle entre à l'hôpital se sont déclarés subitement. Dans la journée elle a été prise brusque-

ment de douleurs extrêmement violentes dans l'abdomen, et lorsque le lendemain matin la malade fut apportée à l'hôpital, on trouva un état de collapsus très accusé avec une température de 35°4, un pouls filiforme, une cyanose et une pâleur du téguments. Le ventre était rétracté, mou, douloureux surtout au niveau de la région épigastrique. L'urine ne contenait pas d'albumine mais 1,4 p. 100 de sucre. La malade succomba le lendemain avec une température de 39°.

On a pensé au début à une péritonite généralisée, mais les caractères des douleurs et la présence de sucre dans l'urine firent diagnostiquer une nécrose du pancréas.

A l'autopsie on trouva une apoplexie du pancréas avec gangrène partielle du parenchyme et une nécrose typique du péritoine.

Dans le second cas il s'agit d'un homme de 33 ans qui avait reçu dans la soirée une balle de revolver qui a pénétré au bord gauche du sternum entre les 6e et 7e côtes. Le lendemain matin le malade fut apporté à l'hôpital dans un état de collapsus avec tous les signes d'une hémorrhagie interne et un température de 35°. La laparotomie faite séance tenante a permis de constater que le péritoine était rempli de caillots et de sang. Une ligature placée sur le mésentère arrêta l'hémorrhagie. Le malade succomba au bout de 48 heures.

A l'autopsie on trouva que la balle après avoir traversé le diaphragme, avait déchiré le pancréas, ouvert la veine liénale et était venue se loger dans le rein. Mais la véritable surprise fut de constater une nécrose du tissu adipeux du péritoine qu'on n'avait pas aperçue au cours de l'opération.

D'après M. Simmonds cette observation montre que la nécrose du tissu adipeux du péritoine s'était développée à la suite de la lésion du pancréas. On peut donc en conclure que dans les cas d'origine non traumatique la nécrose du péritoine relève de la pancréatite hémorrhagique qui existe toujours en même temps.

M. E. Fränkel ne trouve pas très démonstrative la seconde observation de M. Simmonds. Les lésions de nécrose du péritoine se sont développées trop rapidement après le traumatisme.

M. Wiesinger, qui a opéré ce malade, peut confirmer qu'au moment de l'opération il n'existait pas de nécrose du péritoine, trouvée plus tard à l'autopsie. Du reste il existe actuellement un nombre respectable de faits relatifs à la formation des plaques gangréneuses sur le péritoine au voisinage des foyers traumatiques du pancréas. D'un autre côté Hildebrand et Körte sont parvenue à provoquer une nécrose aiguë du péritoine par des traumatismes variés du pancréas.

M. Conitzer communique un cas de nécrose graisseuse du pancréas qui a évolué avec les symptômes d'ileus. Il ne pense pas que cette lésion aurait pu échapper à M. Wiesinger au cours de l'opération.

Tuberculose du péricarde.

M. Simmonds a communiqué l'observation d'un cardiaque hydropique de 63 ans qui a succombé à un érysipèle intercurrent.

A l'autopsie on trouva un hydrothorax double et du liquide hémorrhagique dans le péricarde. Le péricarde avait l'aspect classique de langue de chat, mais l'examen microscopique montra qu'il ne s'agissait pas d'une péricardite fibrineuse simple. En effet les dépôts de fibrine était parsemés de tubercules. Il s'agissait donc d'une péricardite tuberculeuse.

D'autres lésions tuberculeuses furent encore trouvées dans les parties voisines de la plèvre costale et pulmonaire; quelques nodules cicatrisés existaient encore dans les sommets et dans les ganglions bronchiques. Un seul ganglion était caséeux, et ce ganglion se trouvait accolé au péricarde. Il est donc possible que c'est de ce ganglion qu'était partie l'infection tuberculeuse du péricarde.

Ces cas de tuberculose locale ou presque locale du péricarde ne sont pas très rares, surtout chez le vieillard. Récemment encore M. Simmonds a trouvé une péricardite tuberculeuse chez une femme âgée, qui a succombé au diabète. La péricardite tuberculeuse se présentant comme une péricardite fibrineuse s'observe aussi chez les jeunes gens.

ANGLETERRE

MEDICAL INSTITUTION OF LIVERPOOL

Séance du 17 Février 1897.

Traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique.

M. N. Raw a communiqué l'observation d'une femme amenée 15 jours après son accouchement, avec une fièvre dépassant 40° et tous les signes d'une infection généralisée à streptocoques. Il s'agissait évidemment d'une rétention des membranes, diagnostic confirmé par le curetage de l'utérus destiné à débarrasser la cavité utérine des caillots et des masses placentaires putréfiés qu'elle renfermait.

L'opération n'a présenté rien de particulier; et, pour parer aux effets de l'infection streptococcique déclarée, on a cru utile de faire plusieurs injections de sérum de Marmorek. La malade guérit après avoir présenté une phlébite et de la pyélo-néphrite.

Comme ces complications se sont déclarées après la dernière injection de sérum, on a eu l'idée de faire l'examen bactériologique du liquide. Cet examen montra que le sérum renfermait des streptocoques vivants.

M. Raw est convaincu que sa malade a retiré un bénéfice des injections de sérum; seulement il désirerait qu'on fournisse un sérum stérile.

M. Hill, qui a fait l'examen bactériologique du sérum de Marmorek, a encore trouvé des streptocoques vivants dans le sang et l'urine de la malade de M. Raw.

M. Davis estime que le curetage et le lavage de l'utérus auraient suffi à amener la guérison même sans les injections de sérum qu'il considère comme un moyen thérapeutique dangereux.

M. Abram fait observer que, dans les cas où les injections de sérum antistreptococcique avaient échoué, l'infection n'était pas d'origine streptococcique.

LEEDS AND WEST RIDING MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 14 Janvier 1898.

Transmission héréditaire des maladies.

M. Charton a communiqué plusieurs cas tendant à montrer que la transmission héréditaire des maladies a lieu de telle façon que les enfants qui ont une ressemblance physique avec un de leurs parents héritent aussi de la tare pathologique de ce parent.

C'est ainsi qu'il a observé un homme de 63 ans qui, depuis quelque temps, présentait un cancer de l'œsophage; ce malade ressemblait physiquement à sa mère qui est morte à l'âge de 63 ans d'un cancer de l'estomac; son père, par contre, a succombé à 78 ans à une apoplexie cérébrale.

Dans un autre cas observé par M. Charton, il s'agit d'un homme de 37 ans atteint de diabète et dont la mère, à laquelle il ressemblait, est morte de diabète à l'âge de 40 ans. Tous ses autres frères et sœurs qui ressemblent au père sont bien portants.

Dans le troisième cas il s'agit d'une femme sujette aux névroses variables. Elle avait 10 frères et sœurs; tous ceux qui ressemblent à leur mère sont encore vivants et bien portants; tous ceux des enfants qui ressemblaient à leur père, qui était d'une constitution faible, sont morts, à l'exception de la malade qui, elle aussi, ressemble physiquement au père.

Tumeur du cervelet.

M. Selby a communiqué l'observation d'un garçon de 7 ans chez lequel l'affection débuta par des maux de tête, des vertiges et des vomissements. Au bout de 8 jours survint une parésie des membres, si bien que l'enfant ne pouvait marcher ni se tenir debout.

Lorsque l'enfant fut amené à l'hôpital, on trouva une parésie avec ataxie des membres inférieurs; les membres supérieurs

étaient intacts. Il n'y avait pas de rigidité ni de tremblement musculaire, la sensibilité est restée normale, les sphincters n'étaient pas paralysés. Du côté des yeux on trouvait du nystagmus et une dilatation des pupilles qui réagissaient mal à la lumière et à l'accommodation.

Dans la suite on nota le développement progressif d'un état comateux, de l'amaigrissement et d'une névrite optique double; la température tomba au-dessous de la normale, le ralentissement du pouls s'accentua et l'enfant succomba 2 mois après le début de l'affection, après avoir présenté des convulsions généralisées et une paralysie partielle du facial droit.

A l'autopsie on trouva un sarcome à cellules rondes au centre du lobe moyen du cervelet. La tumeur, des dimensions d'une grosse noix, était recouverte par le processus vermiforme et les hémisphères cérébelleux

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 11 Février 1898.

Imperméabilité des membranes organiques aux bactéries.

M. Freund a communiqué les expériences qu'il a faites pour déterminer si la turgescence des cellules organiques s'oppose à la pénétration des bacilles.

A cet effet il s'est servi de petits sacs en papier parcheminé, remplis de colle et d'agar et solidement ficelés, qui devenaient fortement turgescents lorsqu'on les plongeait dans un liquide. D'autres petits sacs remplis des mêmes substances, mais aménagés de façon à n'opposer aucune résistance au gonflement de leur contenu servaient de moyen de contrôle. Tous ces sacs étaient placés soit dans une culture de bacillus prodigiosus, soit dans une culture de bacille pyocyanique. Dans les sacs de contrôle on peut dès le lendemain constater la présence des bacilles, tandis que les enveloppes devenues turgescentes ne contenaient aucun microbe même après être restées 14 jours dans la culture.

Pour établir que ce n'est pas la pression à l'intérieur des sacs parcheminés qui a empêché le développement des microbes, M. Freund inocula le contenu d'une de ces enveloppes avec le bacille pyocyanique et y constata, après gonflement par immersion dans un liquide, une multiplication de microbes.

L'obstacle à la pénétration des bactéries doit donc être cherché dans l'état de tension de la membrane limitante.

Ces expériences semblent dont montrer que l'état de turgescence dans lequel se trouvent normalement les cellules vivantes constitue pour ces éléments un moyen de défense contre les invasions microbiennes.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séances des 21 Janvier et 18 février 1898.

Acrânie et anencéphalie.

M. Ghyselinck. — J'ai observé un monstre du sexe féminin, présentant les caractères de l'acrânie et de l'anencéphalie.

Il n'existe dans la famille aucun cas analogue; la mère, âgée de 18 ans, jouit d'une santé robuste. A son entrée à la maternité, on ne put poser le diagnostic de la présentation et de la position. Ce n'est qu'au moment de l'expulsion qu'on put diagnostiquer O. I. G. A. L'acrânie était cause de l'impossibilité du diagnostic.

L'enfant, né à terme, vécut vingt minutes. A part l'anomalie cérébrale, il était normalement constitué. En même temps que l'acranie existait une exopthalmie double.

M. Ghyselinck attribue l'anomalie à un traumatisme et une frayeur éprouvés par la mère au deuxième mois de la gestation.

M. Gratin. — Le monstre n'est pas à proprement parler un anencéphale, puisque, outre les os de la base, il existe un morceau d'os frontal et une partie de l'occipital.

Tumeur de la base du crâne.

M. Boisson. — Une malade a succombé après une maladie de deux années. Les symptômes avaient été céphalalgie intense, syncopes, exagération du réflexe patellaire à droite, difficulté de la marche, déviation de la bouche à droite, vomissements. A l'autopsie, la corne sphénoïdale droite est fortement déprimée par une tumeur grisâtre du volume d'un œuf de poule, intimement adhérente à la dure-mère dont elle semble faire partie intégrante. L'os sous-jacent ne paraît pas altéré. L'examen microscopique établit qu'il s'agissait d'un psammome ou sarcome angiolithique.

Leptoméningite suppurée. Thrombose abcédée du cœur droit.

MM. Boisson et Vandervelde. — A l'autopsie d'un enfant de 7 ans, nous avons trouvé que la pie-mère était recouverte d'un exsudat fibrino-purulent localisé surtout à la surface de l'hémisphère gauche et dans toute l'étendue de la face supérieure du cervelet. En même temps existait dans le ventricule droit du cœur un volumineux caillot abcédé.

Toutes ces altérations ont pour point de départ une otite scarlatineuse remontant aux premiers jours de décembre.

Il existait une carie du rocher droit. L'exsudat méningé, très abondant à ce niveau, se reportait vers le rocher gauche pour s'étendre sur toute la surface de l'hémisphère gauche, tandis que le droit paraissait intact. Il s'agissait donc d'une otite primitive avec méningite consécutive.

Carcinomes de l'utérus et du vagin.

M. Heger (M.). — M. Depage a enlevé la matrice d'une femme de 45 ans, souffrant de métrorrhagies abondantes et portant des fongosités ulcérées de la muqueuse vaginale. Le fond de l'utérus est recouvert de villosités saillantes et ulcérées. D'après l'examen microscopique, il s'agit d'une production carcinomateuse.

M. Vandervelde. — Il est fort probable que la tumeur du vagin représente une greffe de fragments détachés de la néoplasie utérine.

Néphrite et périnéphrite tuberculeuses avec abcès sous-pleural.

MM. Vandersmissen et Lavisé. — On a enlevé, il y a trois semaines, à un individu dont la miction était normale et dont l'urine ne renfermait pas de pus, un rein caséeux, augmenté de volume, fortement lobulé. La loge du rein était très dure, sclérosée, fongueuse. L'abcès tuberculeux périnéphritique correspondait avec un autre sous-pleural de même nature. L'uretère du côté malade était complètement oblitéré. Depuis l'opération, l'autre rein fonctionne bien et le malade émet quotidiennement 1800 grammes d'urine.

Il s'agit ici d'une périnéphrite phlegmoneuse consécutive à une affection du rein ou du bassinet. La périnéphrite, de nature tuberculeuse, tend à la formation de fongosités plutôt que de pus.

Carcinome primitif de l'estomac. Métastases dans le péritoine, le rein et le péricarde.

M. Boisson présente les organes d'un homme âgé de 53 ans, décédé dans le service de M. le professeur Destrée. La durée totale des accidents cancéreux peut être évaluée à 4 mois. Il y avait chez cet individu des altérations tuberculeuses anciennes des deux sommets.

A l'autopsie, on trouve l'estomac adhérent aux viscères voisins, par des masses blanchâtres, molles, friables, d'aspect carcinomateux. L'organe est dilaté; la muqueuse est recouverte de fongosités saillantes, friables, ulcérées, localisées surtout au

niveau de l'orifice pylorique, qui est complètement obstrué. On trouve dans le mésentère, les épiploons et à la surface du gros intestin une série de tumeurs blanchâtres, analogues à celles décrites à la surface péritonéale de l'estomac. On rencontre enfin de petites nodosités identiques dans le feuillet viscéral du péricarde et à la surface des reins, ainsi qu'une tumeur du volume d'une bille sous la muqueuse du bassinet gauche.

L'examen microscopique de la tumeur a été pratiqué par M. Vandervelde.

Sur une coupe perpendiculaire à la muqueuse gastrique, on voit que la néoplasie est formée d'un stroma de tissu conjonctif délimitant des alvéoles. Certaines de ces alvéoles sont tapissées d'un revêtement d'épithélium cylindrique à une couche, encore régulier.

Dans d'autres alvéoles, plus nombreuses, l'épithélium devient stratifié et il en est plusieurs complètement remplies de cellules polymorphes par pression réciproque. Beaucoup de cellules épithéliales ont subi des transformations régressives; elles sont gonflées; leur noyau est pâle, mais coloré; elles sont frappées de dégénérescence muqueuse. D'autres cellules enfin sont désagrégées, et, à leur niveau, le centre des alvéoles est occupé par une masse granuleuse, renfermant çà et là des débris de noyaux. Il s'agit donc d'un carcinome glandulaire avec transformation muqueuse des cellules épithéliales.

L'intérêt de l'observation réside surtout dans la rapidité d'évolution du cas et dans la coexistence du cancer avec des lésions tuberculeuses anciennes guéries.

M. Vandervelde. — Un autre point paraît digne d'attention : c'est la limitation des foyers métastatiques aux séreuses péritonéale et péricardique. En dehors de la petite tumeur du bassinet, il n'existe aucune néoplasie dans les parenchymes viscéraux.

Je me demande s'il n'y a pas lieu de rattacher l'observation signalée par M. Boisson à la maladie décrite sous le nom de « carcinose aiguë ». Au Congrès belge de chirurgie (1896), M. Debaisieux a appelé l'attention sur cette modalité du cancer. On voit en pareil cas, au cours de l'évolution d'un cancer quelconque, se produire brusquement des symptômes aigus de fièvre, de céphalalgie. L'aspect du sujet rappelle celui des maladies infectieuses aiguës; la mort survient après peu de semaines, et à l'autopsie on trouve une véritable éruption de petites tumeurs cancéreuses, analogues à celles que M. Boisson nous a présentées.

M. Jacobs a observé un cas de carcinose aiguë chez une jeune femme de 22 ans, présentant une tumeur primitive du col utérin. La durée totale des accidents aigus n'a pas dépassé 7 semaines. Cette malade avait une hérédité des plus lourdes. Le père, la mère et une tante avaient succombé à des tumeurs cancéreuses.

M. Crocq a constaté le développement d'un gigantesque cancer encéphaloïde dans l'espace de 6 semaines, mais la tumeur n'a pas donné lieu à des foyers métastatiques.

M. Gratia. — L'évolution rapide des encéphaloïdes peut déterminer de la fièvre, alors même qu'il ne se produit pas de métastases.

Tumeurs multiples de l'utérus.

M. M. Heger montre un utérus enlevé par M. Rouffart à une femme de 47 ans, souffrant de métrorrhagies abondantes, de céphalalgie et de rachialgie, et portant plusieurs tumeurs fibromateuses du corps utérin.

La matrice enlevée présente à sa face postérieure deux noyaux fibreux : l'un, de la grosseur d'une noix, est situé vers la corne gauche; l'autre, plus volumineux, s'étend vers la droite. Le corps utérin est en outre farci de petits fibromes dont plusieurs sont en voie de dégénérescence.

Dans le col utérin se trouve un polype muqueux faisant hernie dans le vagin.

L'examen microscopique de ces tumeurs sera ultérieurement pratiqué.

Favus généralisé.

M. Bayet présente un enfant atteint depuis 3 ans d'accidents de favus, généralisé à tout le corps. Au niveau de la tête, les lésions sont celles du favus ordinaire; mais sur le tronc et les membres, la maladie se montre sous forme de végétations de champignons, en tous points comparables à celles qui se développent sur des troncs d'arbres. Ces champignons sont insérés dans des amas jaunâtres, crétacés; la peau du voisinage est irritée, érythémateuse. L'état avancé des lésions est imputable au manque absolu de soins et à un état de malpropreté extrême.

Fibrome utérin avec dégénérescence muqueuse.

M. M. Heger montre un volumineux fibrome utérin (2 500 gr.) enlevé par M. Rouffart à une jeune fille, vierge, âgée de 38 ans. Le ventre, fortement augmenté de volume, donnait l'illusion d'une grossesse à terme; la palpation abdominale décelait un corps dur à noyaux multiples : l'un d'eux, bien délimité, occupait la ligne médiane, un autre s'étendait vers la région iliaque droite. Au toucher vaginal, on sentait des battements artériels faisant prévoir une anomalie circulatoire.

D'après l'examen microscopique, pratiqué par M. Vandervelde, il s'agit d'un fibromyome avec foyers disséminés de dégénérescence muqueuse.

Carcinome utérin étendu au vagin et à la vessie.

M. M. Heger présente un carcinome utérin ayant envahi le vagin, la paroi vésicale et un certain nombre de ganglions abdominaux. La maladie a évolué en surface plutôt qu'en profondeur. M. Rouffart ne décida la laparo-hystérectomie que sur la demande de la malade. Celle-ci souffrait de vives douleurs lancinantes dans les régions rénale et dorsale, le flanc gauche et l'hypogastre, et se plaignait de métrorrhagies abondantes. La miction était douloureuse; les selles étaient difficiles et irrégulières. L'étendue des lésions nécessita la résection de toute la paroi vaginale et d'une partie de la vessie. Actuellement l'état général est satisfaisant, mais, un fil de la suture vésicale ayant cédé, il s'est formé une petite fistule vésicale.

Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Ulcère de l'estomac.

M. Pierre montre l'intestin d'un individu qui a succombé à la tuberculose pulmonaire chronique dans le service de M. le professeur Destrée. Cet intestin présente des ulcérations nombreuses, et, fait exceptionnel, le grand diamètre des ulcérations est parallèle au grand axe de l'intestin.

L'estomac est petit, sa muqueuse est anémiée, bosselée. La paroi est épaissie, et cet épaississement est d'autant plus marqué que l'on s'approche davantage de l'orifice pylorique. D'après l'examen microscopique, pratiqué par M. Vandervelde, la zone épaissie ne présente aucune trace de néoplasie carcinomateuse, mais les diverses tuniques de l'organe, depuis la muqueuse jusqu'à la séreuse, ont subi la transformation fibreuse. Étant donné l'épaississement fibreux de la paroi et la diminution de calibre de l'organe, nous croyons avoir affaire à une linitis plastique de Brinton à la période de début.

A peu de distance du pylore existe une petite ulcération hexagonale à bords nets, à fond injecté. Un examen microscopique ultérieur permettra de reconnaître s'il s'agit d'un ulcère rond banal ou d'une lésion de nature tuberculeuse.

M. Stiénon. — L'ulcère rond est un accident assez fréquent chez les tuberculeux, et c'est bien un à ulcère rond que nous avons affaire ici. Le milieu acide de l'estomac est peu favorable au développement des lésions tuberculeuses, et, en outre, on ne trouve pas dans l'ulcère présenté par M. Pierre l'indice de néoformation spécifique.

Cystite purulente, pyélonéphrite, péritonite généralisée.

M. Uyttenhoef relate l'histoire d'un individu qui a succombé à l'âge de 33 ans dans le service de M. le professeur Crocq. Les principaux symptômes relevés à l'examen clinique sont des frissons, douleurs vives à l'abdomen, s'exagérant par

la pression, oppression intense, constipation prolongée, amaigrissement, soif ardente, envies fréquentes d'uriner. Les urines renferment une quantité considérable de pus contenant des streptocoques et quelques pneumocoques.

A l'autopsie, on trouve les lésions de péritonite exsudative sans suppuration. Le bassinet droit est rempli de pus et la substance rénale est creusée de cavernes également remplies de ce liquide. Le rein gauche est simplement scléro-kystique.

La muqueuse vésicale est infectée, épaissie, recouverte de pus et de plaques d'exsudat.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 19 Février 1898.

De la résorption des adhérences péritonéales.

M. E. Lambotte revient sur la discussion qui s'est élevée dans la dernière séance à propos du sort des adhérences péritonéales. Il croit qu'il y a lieu de les distinguer d'abord suivant leur nature et aussi d'après l'organe dans lequel elles se sont développées. Les adhérences intestinales auront évidemment une tendance à disparaître, grâce aux mouvements péristaltiques; mais il n'en est pas de même des adhérences de la matrice, par exemple, qui est un organe peu mobile.

Dans certains cas, la formation des adhérences constitue en quelque sorte une fonction du péritoine : telles sont les adhérences qui avoisinent un foyer inflammatoire. Celles-ci sont facilement résorbables. Mais, à côté de celles-ci, il en est d'autres qui se forment là où le péritoine a disparu ; il s'agit là de véritables cicatrices solides, très tenaces et qui ne se résorbent que très difficilement.

M. Lavisé. — La disparition des adhérences dépend surtout de la mobilité de l'organe intéressé; mais il faut tenir compte aussi de leur degré d'organisation. Les adhérences cicatricielles de l'hystéropexie sont organisées et par là même sont tenaces; si de pareilles adhérences se forment sur l'intestin, elles ne disparaîtront pas davantage.

M. Depage rappelle que dans la séance précédente il a déjà insisté sur l'influence que la mobilité de l'organe possède relativement à la disparition des adhérences; il partage l'avis de M. Lambotte quant au rôle physiologique de celle-ci.

Mais il n'est pas tout à fait d'accord avec lui relativement à la structure de ces néoformations; les adhérences peuvent disparaître complètement à la longue, qu'elles soient organisées ou non, à moins qu'elles ne soient entretenues par une irritation continue, ainsi qu'il l'a déjà fait remarquer.

M. Venneman croit aussi que les adhérences intestinales sont appelées à disparaître, alors même qu'elles se présentent sous forme de tractus fibreux ; mais le degré de vascularisation exerce ici une certaine influence; des cicatrices bien nourries ne disparaîtront que très difficilement.

M. Lambotte résume la question de la façon suivante : il y a 1° des adhérences purement séreuses, susceptibles d'une résorption rapide; 2° des adhérences cicatricielles soumises à des tractions, ne disparaissant qu'à la longue; 3° des adhérences fibreuses, vascularisées, non résorbables.

De la ligature préventive de la carotide externe.

M. Depage estime que la ligature de cette artère est facile et trouve le procédé de Lauwers une excellente méthode. Quand il pratique la ligature classique de la carotide externe, il suit une technique à peu près semblable à celle de son collègue : incision de 5 à 6 centimètres commençant en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire suivant une direction parallèle au sterno-cléido mastoïdien et s'étendant au delà du bord supérieur du cartilage thyroïde. Incision des différentes couches. Section du réseau thyroïdien, lingual et facial entre deux ligatures en masse de ces vaisseaux. Mise à nu de la carotide au niveau de sa bifurcation et ligature de sa branche externe.

Contrairement à l'opinion de M. Lauwers, qui pratique la ligature de la carotide externe en suivant toujours la même méthode pour toutes les opérations graves sur la cavité bucco-naso-pharyngienne. M. Depage la considère comme rarement indiquée, et voici comment il procède dans les différents cas :

1° *Cancer de la langue.* — Quand il s'agit d'un cancer de la langue qu'il se propose d'enlever par la voie buccale, il se contente de la ligature d'une ou des deux linguales par le procédé de Pirogoff ou tout autre. S'il s'agit d'un cancer nécessitant l'extirpation de la moitié de l'organe par la voie transmaxillaire, il lie la thyroïdienne supérieure, la linguale et la faciale, lesquelles sont mises à nu par l'incision de l'opération principale. Dans les cas d'extirpation de la totalité de la langue, il agit de même des deux côtés. Enfin, pour les cancers de la base de la langue, il fait la ligature des deux linguales par l'incision de la pharyngotomie sous-hyoïdienne.

2° *Cancer du pharynx.* — Dans les cas de cancer de la partie supérieure du pharynx, M. Depage pratique la ligature de la carotide externe, mais il se sert, pour cette ligature, de l'incision faite pour la pharyngectomie.

3° *Résection de la mâchoire et extirpation des polypes naso-pharyngiens.* — M. Depage estime que, dans les opérations de ce genre, la ligature de la carotide externe rend bien peu de services; il ne pense pas, comme M. Lauwers, que cette opération préalable soit capable de diminuer dans une forte mesure l'écoulement du sang au fond de la plaie. Il y a là, en effet, des anastomoses avec l'ophthalmique et les artères du côté opposé et, d'autre part, l'hémorrhagie est en grande partie veineuse. Dans les différents cas où M. Depage a pratiqué cette ligature, celle-ci lui a rendu bien peu de services, et il préfère dans ces conditions, si, bien entendu, l'opération est grave, faire faire la compression de la carotide primitive par un aide ou recourir à la ligature provisoire de cette artère.

Un autre point de la communication de M. Lauwers que M. Depage tient à discuter, c'est l'utilité de la trachéotomie préventive dans les opérations dont nous venons de parler plus haut. D'après M. Lauwers, la ligature de la carotide externe pourrait dispenser de la trachéotomie préventive, parce que, dit-il, l'opération peut alors se faire d'une façon à peu près exsangue. M. Depage n'est pas de cet avis, et il estime, ainsi qu'il l'a déjà dit dans un travail publié dans ce journal, que dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures, la trachéotomie préventive jointe au tamponnement du conduit laryngo-trachéal et au placement d'une sonde œsophagienne, rend les plus grands services et est même indispensable dans un grand nombre de cas. En effet :

1° Cette opération permet une narcose parfaite et elle laisse le chirurgien entièrement libre dans ses manœuvres;

2° Elle prévient les dangers d'une hémorrhagie en permettant le tamponnement de la cavité naso-pharyngienne, et supprime ainsi les accidents asphyxiques immédiats;

3° Ultérieurement, la trachéotomie préventive empêche l'asphyxie provoquée par l'œdème de la glotte que l'on observe à la suite de certaines opérations, notamment de celles qui intéressent l'ouverture supérieure du larynx ;

4° Elle diminue dans une grande proportion, grâce au tamponnement laryngo-trachéal, la fréquence de la pneumonie en empêchant les matières septiques et alimentaires de passer dans les bronches.

Mais pour que la trachéotomie préventive remplisse bien ses indications, il faut que le tamponnement du conduit laryngo-trachéal soit bien fait et qu'il soit prolongé d'une façon suffisante.

M. Depage ne se sert plus ni de la canule de Trendelenburg, ni de celle de Hahn, ni de celle de Michaël; il place par la plaie trachéale un tampon de gaze dans le segment supérieur de la trachée et, immédiatement après, introduit une canule ordinaire; le cas échéant, il joint à cette méthode le tamponnement de la cavité bucco-pharyngienne, comme le conseille Kocher.

Il renouvelle le tampon tous les jours et laisse à demeure la sonde œsophagienne jusqu'à ce que le malade soit arrivé à déglutir d'une façon régulière, que les parties nécrosées de la plaie soient éliminées et que les matières septiques ne passent plus dans la trachée.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Tuberculose primitive des organes génitaux (trompes et utérus) chez une enfant de 13 ans. Granulie aiguë généralisée secondaire.

Par M. Pierre Audion,

Interne des hôpitaux.

Le 9 septembre entre à la salle Blache, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Josias, alors remplacé par M. le docteur Barbier, une enfant de 13 ans, Alice B..., qui est malade chez elle depuis 3 jours.

Depuis 2 semaines, elle a perdu l'appétit et souffre de douleurs lombaires et rachidiennes intenses : elle marche courbée en avant.

Il y a 4 jours, elle s'est promenée avec sa famille, ne paraissant pas malade, mais se plaignant de douleurs le long de la colonne vertébrale plus vives qu'à l'ordinaire. Il y a 2 jours, elle s'est alitée avec de la fièvre, elle était constipée, elle toussait : un médecin, appelé le lendemain, pense à une congestion pulmonaire, purge la malade.

La nuit l'enfant est agitée, a du délire, se plaint continuellement.

Le *9 septembre*, à l'entrée, elle a l'aspect typhique et le teint d'une addisonnienne. Couchée sur le côté droit, elle est immobile, ne se plaint pas. Quand on l'interroge elle dit souffrir de la tête et, si on cherche à l'asseoir, on constate une raideur douloureuse de la nuque et de toute la colonne vertébrale, l'enfant résiste et les douleurs lombaires lui arrachent des cris.

La langue est blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords, mais humide. Il n'y a pas eu de selle depuis 24 heures, pas de vomissements.

La matité splénique est peu étendue, il n'y a pas de taches rosées, il n'y a pas eu d'épistaxis.

Le pouls est petit, dépressible, peu fréquent.

Les battements du cœur n'ont rien d'anormal; un peu de dyspnée d'origine pulmonaire, respiration fréquente. Exploration pulmonaire : à la percussion, à droite matité à la base, submatité dans les deux tiers supérieurs, en avant et en arrière.

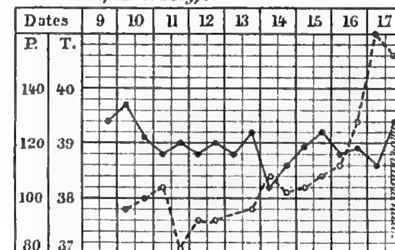
A l'auscultation : à gauche, en avant et en arrière, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles sibilants et sous-crépitants; à droite, en avant, mêmes signes qu'à gauche, en arrière râles sous-crépitants plus nombreux, à timbre humide, râles sibilants surajoutés, mais pas de murmure vésiculaire; bronchophonie à la base.

De ces signes on conclut qu'il doit exister une *congestion pulmonaire intense à droite avec bronchite généralisée* des deux côtés. Quelques réserves sont faites au point de vue de la *possibilité d'une tuberculose aiguë, en raison de la gravité des phénomènes généraux.*

Traitement : régime lacté, limonade vineuse, lavages de la langue avec de la glycérine boratée, — ventouses sèches en arrière du thorax. Quatre bains tièdes à 30° dans les 24 heures. Injections sous-cutanées de caféine et d'éther.

10 septembre. Le lendemain, l'enfant a encore l'air anxieux et se plaint de la tête. Elle a eu du délire la nuit, délire tranquille mais continu. L'incontinence d'urine nous prive de l'examen des urines.

En même temps *quelques troubles digestifs éveillent l'idée d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique* : un vomissement alimentaire ce matin, une selle liquide hier, douleur à la palpation dans les deux fosses iliaques. Cependant la dyspnée est plus accentuée qu'hier, on note une teinte légèrement cyanique des téguments et les mêmes signes à l'auscultation des poumons. La raideur douloureuse de la colonne vertébrale persiste très marquée.



L'enfant continue à délirer la nuit; mais la matité splénique est peu étendue, pas de taches rosées, une selle moulée le 11 au matin. Le soir, ralentissement du pouls à 80, injection sous-cutanée de caféine de 10 centigrammes.

Les urines sont rares, foncées, contiennent des traces d'albumine.

Le *12, le diagnostic est encore indécis* et on continue les bains, mais *celui de fièvre typhoïde semble devoir être abandonné* : la température ne dépasse guère 39°, il n'y a plus de troubles digestifs, mais seulement de la prostration avec faiblesse et lenteur du pouls, une rachialgie intense qui se manifeste sur toute la hauteur de la colonne vertébrale et arrache des cris à la malade quand on veut l'asseoir.

D'ailleurs un essai de séro-diagnostic, fait le 13 septembre, reste incertain : 10 minutes après le mélange du sérum et de la culture il n'y a pas d'agglutination nette.

Le *14 septembre*, vingt heures plus tard, on trouve quelques amas de bacilles agglutinés mais petits et peu nombreux. Ce matin la malade est dans le même état de prostration avec rachialgie et incontinence des matières et des urines. Selles normales.

La nuit, agitation, délire, cris aigus.

L'auscultation des poumons révèle une amélioration notable : le murmure vésiculaire est de nouveau perçu, mais dans les grandes inspirations on entend encore quelques râles sous-crépitants à la base droite. Cette amélioration de l'état pulmonaire n'est pas en faveur de l'hypothèse d'une granulie que nous avions faite au début. De plus l'abdomen se creuse en bateau, la circulation veineuse sous-cutanée est très développée sur la

paroi abdominale antérieure. Les douleurs lombaires persistent, et la pression au niveau du flanc droit est douloureuse : on pense à la possibilité d'une périhépatite et d'une périnéphrite, mais la palpation bi-manuelle du rein droit et l'exploration de la région hépatique, très douloureuses, ne permettent pas de sentir d'empâtement ni de tumeur.

Le diagnostic de granulie est donc repris et il est confirmé le lendemain et les jours suivants.

En même temps que le pouls et la température ont une marche dissociée, on note une légère inégalité pupillaire : la pupille droite étant un peu plus dilatée que la gauche. La malade est constipée, l'état général s'aggrave. Collapsus (le 16 septembre); à l'auscultation des poumons on n'entend plus guère qu'un peu de rudesse de la respiration des deux côtés.

Le *17*, état comateux, regard fixe, mâchonnement, sueurs profuses, pouls très fréquent, petit : une selle normale ce matin.

Le *soir*, coma, pouls petit, incomptable. On fait une injection intraveineuse de sérum artificiel de 500 c-c. Pas de modifications du pouls. Grincements de dents.

Mort dans la nuit du 17 au 18 septembre.

Autopsie. — A l'autopsie que nous avons pratiquée le 19 septembre, avec notre ami le docteur Tollemer, nous avons trouvé *une granulie aigüe généralisée et une tuberculose caséeuse de l'utérus et des trompes.*

Le péricarde contenait un peu de liquide séreux, pas de granulations sur la séreuse, au cœur rien d'anormal.

Plèvres : non épaissies, encore celluleuses; adhérences interlobaires très fortes, pas de granulations tuberculeuses. A droite quelques adhérences à la plèvre costale, et, dans la scissure interlobaire inférieure, on trouve un peu de liquide séreux enkysté.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont augmentés de volume et rouges.

Les poumons sont rouges, violacés, denses, crépitent mal; farcis de granulations tuberculeuses, ils ne présentent pas de traces de caverne ancienne ou en évolution.

Péritoine : quelques adhérences lâches d'anse à anse, le grand épiploon est rétracté.

Sur toute la surface de la séreuse on voit une véritable grêle de granulations tuberculeuses qui font saillie dans la cavité péritonéale. Elles sont de couleur gris ardoise et entourées d'arborisations vasculaires. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de chènevis ; quand elles s'agglomèrent en groupe, elles forment des verrues grises qui ont jusqu'à un centimètre de diamètre.

On rencontre ces granulations sur le péritoine pariétal et sur le péritoine viscéral : les anses de l'intestin grêle en sont couvertes.

La séreuse qui recouvre l'iléon présente en outre des placards ecchymotiques qui correspondent à des ulcérations de la muqueuse de l'intestin :

L'intestin, iléon et cæcum, porte en effet des ulcérations : les unes sont petites et lenticulaires, les autres sont plus grandes, allongées dans le sens perpendiculaire à la longueur de l'intestin, à tendance circulaire dans l'intestin grêle, elles ne siègent pas toutes au niveau des plaques de Peyer; leurs bords sont tuméfiés, décollés, leur fond est sanieux. Aucune n'a amené de perforation intestinale.

Les ganglions mésentériques sont volumineux : les uns sont noirâtres et durs, les autres sont caséeux et jaunes.

Les ganglions lombaires, placés juste au-devant de la colonne vertébrale, sont plus volumineux et caséeux en plus grand nombre, leur dégénérescence paraît plus ancienne que celle des ganglions mésentériques.

La rate, peu augmentée de volume, dure et non diffluente, nous a paru présenter aussi un semis de granulations tuberculeuses.

Le foie ne présente pas de lésions tuberculeuses, il a l'aspect muscade.

Les reins au contraire sont farcis de granulations (substances médullaire et corticale). On en voit de très nombreuses faire saillie sous la capsule fibreuse qui, d'ailleurs, est peu adhérente et se laisse facilement décortiquer.

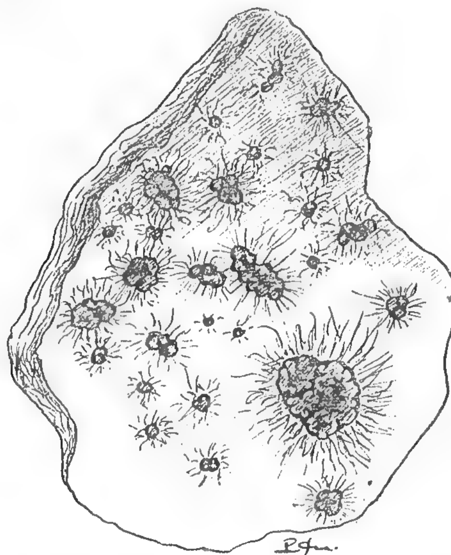
Les capsules surrénales sont normales.

L'examen du petit bassin était rendu très difficile par des adhérences intestinales dues à la périmétro-salpingite avec exsudats pseudo-membraneux ; néanmoins nous pensons avoir trouvé là des lésions tuberculeuses plus anciennes que les précédentes.

Les ganglions latéraux du petit bassin, collés contre la paroi pelvienne, à la bifurcation des artères iliaques primitives, sont caséeux, mais il est difficile de les distinguer dans la masse informe qui englobe l'utérus et qui est constituée par *les trompes*, en état de dégénérescence caséeuse, dilatées, méconnaissables, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, les ganglions et les troncs lymphatiques qui occupent le bord supérieur du ligament large.

Les ovaires englobés dans cette masse nous ont paru sains : indemnes de granulations grises, ils présentaient, quoique l'enfant ne fût pas encore réglée, quelques taches ressemblant à des corps jaunes.

L'utérus est lourd, atteint en volume celui d'une femme



adulte nullipare, l'augmentation de volume porte surtout et presque exclusivement sur le corps : la cavité du corps est dilatée, elle est entièrement occupée par un magma caséeux blanc jaunâtre grumeleux adhérent à la paroi, dans lequel nous avons pu colorer des bacilles de Koch. La muqueuse du corps a disparu et on ne trouve plus que l'infiltration tuberculeuse, quand on gratte la surface interne de l'organe, qui est jaune avec quelques débris filamenteux.

Les parois du corps de l'utérus sont épaissies, mais, en l'absence d'examen histologique, nous ne pouvons pas dire s'il y avait des follicules tuberculeux dans les plans musculaires.

Le col est à peu près sain, son orifice n'est pas oblitéré. La muqueuse cervicale est pâle, livide, on n'y trouve pas de granulations, l'arbre de vie est visible; la cavité du col est occupée par des mucosités glaireuses, louches, mais ne contient pas de matière caséeuse.

La vulve, le vagin ne présentaient pas de traces de tuberculose — l'enfant était vierge.

Cerveau, méninges : à l'ouverture de la boîte crânienne, on trouve les méninges congestionnées. Il y a des tubercules isolés sur la surface externe des deux hémisphères, dans l'épaisseur de la pie-mère.

A la base, les granulations sont extrêmement abondantes, le long du tronc basilaire, au niveau du chiasma et surtout le long de la sylvienne : la scissure est entièrement fermée par des adhérences pie-mériennes qu'on ne peut pas dissocier.

Les ventricules sont un peu dilatés et contiennent quelques grammes de sérosité.

On note même un tubercule jaune et dur dans la partie antérieure de la couche optique.

En présence de cette découverte d'autopsie (tuberculose géni-

tale chez une enfant de 13 ans) nous avons pris de nouveaux renseignements sur le passé de la petite malade.

Nous n'avions trouvé nulle part la trace d'un foyer de tuberculose ancien et éteint, aucune cicatrice sur la peau, rien du côté des os ni des articulations, pas d'écoulement d'oreille.

L'enfant n'avait jamais été malade, et d'autre part, dans les antécédents héréditaires, rien n'attire l'attention : la mère est morte jeune d'une péritonite (?) elle avait une maladie de cœur.

Le père est bien portant, il a trois autres enfants bien portants.

Un seul renseignement, recueilli tardivement, a pour nous de la valeur : l'an dernier la petite B... a eu des malaises vagues, avec changement de caractère, faiblesse générale, douleurs le long de la colonne vertébrale et surtout un écoulement purulent verdâtre (?) assez abondant au niveau de la vulve ; y a-t-il eu là une leucorrhée plus ou moins persistante ou une simple vulvite, nous ne savons pas, on nous a dit seulement que l'affection avait été mise par un médecin sur le compte de l'onanisme (masturbation depuis plusieurs années, d'une façon telle que l'entourage n'attribuait pas à une autre cause l'affaiblissement, le manque d'appétit, les douleurs lombaires dont se plaignait l'enfant depuis plusieurs années déjà). Au moment où elle est tombée malade l'enfant n'avait pas de leucorrhée, elle était taciturne et se plaignait davantage de douleurs dans les jambes et dans les reins.

Enfin à défaut d'examen anatomo-pathologique, nous avons complété l'observation par quelques préparations bactériologiques.

Quelques lamelles faites avec du mucus bronchique et du suc pulmonaire, obtenus par grattage, nous ont montré quelques rares bacilles de Koch.

La matière caséeuse que contenait l'utérus, écrasée entre deux lamelles et colorée par les méthodes ordinairement employées dans la recherche des bacilles tuberculeux nous a donné des bacilles nombreux et souvent groupés.

Ces préparations ont été vues et contrôlées par M. le docteur Tollemer, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau, qui a bien voulu les examiner avec nous.

Il nous a été impossible, au contraire, de découvrir un seul bacille dans plusieurs lamelles faites avec la matière caséeuse que contenaient les trompes ou en écrasant des granulations tuberculeuses du péritoine, de la rate.

Réflexions. — En face de ce bilan d'autopsie, inutile de poser la question : « de quoi est morte notre malade? » *elle a évidemment succombé à une tuberculose miliaire aiguë généralisée.*

La présence de quelques ulcérations intestinales au niveau des plaques de Peyer éveille l'idée d'une fièvre typhoïde concomitante : l'hypothèse est peu vraisemblable, en raison de la forme du plus grand nombre des ulcérations, qui ont une tendance à tourner autour de l'intestin, caractère des ulcérations tuberculeuses dites annulaires; en raison de la brusquerie du début des accidents graves, de l'absence de taches rosées, de la marche de la température et du pouls, dont les courbes se croisent, de l'absence de séro-réaction, enfin des caractères de la rate qui était dure et peu volumineuse et des caractères des selles qui étaient normales.

Quoi qu'il en soit, ce cas vérifie la loi de Buhl qui veut que chez un individu tué par une granulose miliaire aiguë pulmonaire ou diffuse, on trouve toujours, si ce n'est dans les poumons, du moins dans les ganglions lympathiques, dans les séreuses, des foyers caséeux anciens. *Il s'agit sûrement ici d'une phthisie aiguë granulique* secondaire.

Nous avons vu en effet des ulcérations intestinales déjà assez avancées, des ganglions mésentériques et lombaires caséeux, l'utérus et les trompes dont la muqueuse a subi la dégénérescence caséeuse également (tuberculose chronique ulcéreuse de l'utérus et des trompes).

Quel a été le premier atteint de ces organes? La granulie a-t-elle eu un point de départ abdominal, *intestinal*, ou un point de départ pelvien, *génital?*

Dans le premier cas il faudrait supposer que les bacilles ont, de l'intestin ulcéré, gagné l'utérus par la circulation, ou même (Jani, Pinner) ont atteint le pavillon des trompes après avoir traversé les parois intestinales et être tombés dans la cavité péritonéale.

La propagation de l'infection en sens inverse, de l'utérus et des trompes à l'intestin, est plus aisée à concevoir, soit par les lymphatiques, soit par suite de la péri-métro-salpingite et des adhérences directes de l'intestin au bord supérieur du ligament large. De plus, dans cette seconde hypothèse, les ulcérations intestinales étaient déjà l'annonce, le début même de la généralisation, peut-être étaient-elles dues à de petites embolies septiques.

Les ulcérations iléo-cæcales étaient manifestement moins anciennes que le magma caséeux informe que constituaient l'utérus, ses annexes, et la réaction péritonéale environnante. Enfin les ganglions lombaires, dont sont tributaires les lymphatiques tubo-ovariens et les lymphatiques du corps de l'utérus, étaient plus volumineux et en état de dégénérescence caséeuse plus avancée que les ganglions mésentériques, dont quelques-uns seulement étaient remplis de la matière jaunâtre granuleuse caractéristique.

Au point de vue clinique, l'histoire de cette tuberculose intestinale est nulle avant l'entrée de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire plus de quinze jours avant la mort (nous avons même remarqué déjà que les selles n'ont que rarement présenté des caractères anormaux pendant la maladie) ; pas de diarrhée, pas de sang dans les selles, pas de douleurs de ventre.

Au contraire, si nous admettons que l'écoulement vulvaire dont nous avons parlé et qui remonte à plusieurs mois a pu être d'abord une vaginite simple, puis une leucorrhée tuberculeuse, nous le rapprochons des douleurs dorso-lombaires, de la gêne pendant la marche, de l'affaiblissement croissant de l'enfant, de son manque d'appétit, de ses phénomènes neurasthéniques, et il nous est permis de penser aux signes, d'ailleurs souvent vagues, par lesquels se traduit la tuberculose utéro-salpingienne.

Le point de départ génital étant admissible de l'utérus et de ses annexes, lequel a été le premier atteint?

α) La salpingite tuberculeuse primitive est plus fréquente que la métrite tuberculeuse primitive, surtout chez les vierges. « On a observé des lésions tubaires dans la plupart des cas d'endométrite tuberculeuse et ce sont elles sans doute qui sont alors la source primitive de l'infection. » (Pozzi, *Tr. de gynécol.*)

β) Il y avait des bacilles de Koch dans le deliquium caséeux qui remplissait l'utérus, nous n'en avons pas trouvé dans les trompes, dont la dégénérescence paraissait plus ancienne.

Pour ces deux raisons on peut admettre que les annexes ont reçu la première inoculation ou plutôt ont été les premières victimes de l'auto-infection. En effet ici *la porte d'entrée est bien difficile à trouver.* Y a-t-il eu inoculation directe des bacilles tuberculeux dans le vagin et de là dans l'utérus, isolés ou accompagnés d'autres germes infectieux, à la faveur de la malpropreté, d'une vulvite, de la masturbation? L'écoulement vaginal, au lieu d'avoir été le premier symptôme de la maladie, en deviendrait alors la cause occasionnelle. Wiedow (cité par Derville, th. Paris, 1887) admettait cette pathogénie : pour lui la vaginite commune peut, dans certains cas, ne reconnaître ni l'onanisme ni le coït pour cause initiale, mais simplement la contamination par un objet malpropre, et il est

probable que les bacilles tuberculeux peuvent atteindre de la même façon les organes génitaux, soit seuls, soit en compagnie de germes infectieux divers.

Mais nous n'avons pas constaté de lésions tuberculeuses du vagin ni du museau de tanche; en ces points, il est vrai, la muqueuse est revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié qui la protège, et, chez l'adulte, le vagin est le plus souvent intact alors que l'utérus est tuberculeux, même dans les cas où la contamination s'est faite par la voie vaginale. Cependant la protection de cet épithélium est, pensons-nous, moins efficace chez l'enfant que chez l'adulte, si on en juge par la fréquence de la vaginite chez la petite fille qui est moins exposée à l'infection. Il nous semble donc que les muqueuses vaginale et cervicale auraient gardé la trace de leur passage si les bacilles avaient suivi cette voie pour gagner l'utérus

Ainsi l'utérus n'a pas dû être atteint le premier n. directement.

A fortiori il n'a pas dû se produire non plus une inoculation directe et primitive des trompes, l'utérus dans ce cas ayant seulement servi de voie de pénétration aux bacilles : déposés dans le vagin, à la faveur de la masturlation, puis ayant envahi tous les organes génitaux, ils auraient trouvé sur les trompes déjà légèrement enflammées par l'installation de la fonction menstruelle un terrain plus propice à leur pullulation. Ultérieurement, l'utérus, d'abord respecté, eût subi l'infection bacillaire, d'une façon en quelque sorte rétrograde. *Bien plus vraisemblable, chez une fille vierge, est l'hypothèse de l'auto-infection primitive des trompes*, en vertu même de la prédisposition dont nous venons de parler.

Des bacilles avaient pu pénétrer dans la circulation lymphatique et sanguine par différentes voies.

α) Par l'inoculation cutanée, bien que nous n'ayons trouvé ni tubercule anatomique ni cicatrice ancienne.

β) Par les poumons : infection par inhalation, « le poumon étant la porte d'entrée par excellence du virus tuberculeux » (Netter *in Tr. de médecine*, IV).

γ) Par l'intestin (infection par ingestion dans les voies digestives).

L'une et l'autre de ces deux dernières voies peuvent être suivies chez l'enfant par les bacilles sans que ceux-ci produisent de lésion des organes qui servent de porte d'entrée : « Ils peuvent traverser la muqueuse respiratoire sans y déterminer de tubercules » (Netter, *ibid.*); chez d'autres « l'ingestion de lait virulent peut déterminer la tuberculose sans que l'intestin soit lésé » (*idem*).

A quelle époque s'est faite la pénétration des bacilles de Koch dans la circulation par l'une des voies ci-dessus énumérées? Cette pénétration des bacilles ainsi que leur localisation peuvent être fort anciennes; en effet, la « tuberculose génitale primitive, dans les deux sexes, peut rester longtemps, ou même indéfiniment, latente et méconnue, par suite de son exacte séquestration due aux fausses membranes et à l'inspissation du pus. C'est ce qu'on observe notamment dans les trompes, et il peut même être alors impossible de retrouver les bacilles qui se sont sans doute détruits à la longue, quoique la nature tuberculeuse du foyer soit clairement démontrée après l'opération par l'explosion d'une éruption miliaire aiguë soit dans les poumons soit dans les méninges. » (Pozzi, *loco citato.*)

Il se peut également qu'après être entrés dans la circulation les bacilles soient restés inoffensifs plus ou moins longtemps, et qu'à la faveur de certaines conditions qui ont mis l'appareil génital en état de moindre résistance ils aient, en vertu d'une prédilection spéciale et à une époque relativement récente, déterminé des foyers de tuberculose primitive au niveau des trompes, puis de l'utérus.

Parmi les causes qui ont déterminé la localisation de cette auto-infection, on peut citer : 1° des poussées congestives en rapport avec l'établissement des règles, 2° des phénomènes d'hyperémie qu'a provoqués aussi, du côté des trompes, la masturbation; 3° le retentissement sur les voies génitales supérieures d'une infection banale des muqueuses vaginale et vulvaire (écoulement vaginal de nature indéterminée survenu il y a plusieurs mois), retentissement qui s'est traduit en favorisant la pullulation des bacilles tuberculeux apportés par la circulation sanguine ou lymphatique.

En résumé :

Tuberculose primitive de l'une ou des deux trompes, puis de l'utérus, due à une auto-infection qui remonte assez loin dans le passé chez une enfant de treize ans.

Tuberculose de l'intestin plus récente.

Puis, sous une influence inconnue, les bacilles repassent en grande quantité dans la circulation sanguine et dans les vaisseaux lymphatiques, et, à la faveur d'un affaiblissement momentané des forces de résistance de la malade, éclate une phthisie aiguë granulique généralisée au péritoine, aux reins, à la rate, aux poumons et aux méninges, et la mort survient rapidement.

Les cas de tuberculose primitive des organes génitaux chez les enfants sont moins rares qu'il ne semble, et récemment notre collègue et ami M. Constensoux a présenté à la Société anatomique les trompes utérines d'une petite fille d'un an lesquelles étaient caséifiées et avaient été le point de départ d'une généralisation du processus tuberculeux à tout le péritoine.

Là, sans aucun doute, il y a eu auto-infection primitive des trompes et tuberculose génitale primitive; dans notre cas, la pathogénie est moins claire à cause de la concomitance des lésions tubaires et utérines et des ulcérations intestinales; ce fait joint, à la présence des bacilles de Koch dans les préparations microscopiques que nous avons faites, nous a paru rendre l'observation intéressante, malgré l'obscurité de l'histoire clinique de la malade.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Plaie transversale de la région dorsale du poignet. Section des trois derniers tendons de l'extenseur commun des doigts. Suture des tendons coupés au tendon de l'extenseur propre de l'indicateur. Guérison.

Par Mr Paul-Marcel Delamare

Médecin-major de 1re classe au 17e régiment d'artillerie.

Gasser, jeune soldat au 17e d'artillerie, se présente à la visite dès son arrivée au corps, le 16 novembre 1896, étant atteint depuis 3 semaines d'une plaie transversale du poignet.

Nous portons le diagnostic de coupure de 3 tendons internes de l'extenseur commun des doigts de la main droite, au niveau du carpe, produite par une vitre cassée, tombée de 2 mètres de hauteur. Le blessé ne pouvait relever ni l'annulaire ni le médium et avait même de la difficulté à mettre la main dans l'extension.

Le malade fut soigné d'abord à l'infirmerie régimentaire pendant une quinzaine de jours sans aucun résultat. Quelques

jours après son entrée à l'hôpital (9 décembre 1896), nous nous sommes décidé à faire l'opération suivante, assisté de MM. Dénommé et Velten, aides-majors de la garnison.

Après avoir préalablement ordonné un bain de bras phéniqué et avoir pris toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses, nous avons pratiqué une incision parallèle au tendon de l'extenseur propre de l'indicateur, partant du poignet et allant jusqu'au milieu de la face dorsale du métacarpe. Une bande d'Esmarch fut roulée sur l'avant-bras, en allant du coude au poignet, de façon à refouler les muscles vers la main et faciliter les recherches du bout central des tendons sectionnés. Ces derniers ne purent être retrouvés malgré cet artifice et malgré l'incision prolongée en haut sur le ligament dorsal du carpe; il ne fallait pas songer à pousser plus loin la recherche des tendons qui étaient, comme il arrive le plus souvent dans ce genre de lésions, remontés très haut.

Après avoir alors réuni en faisceau le bout périphérique des 3 tendons coupés, nous les avons attachés par deux points de suture (soie stérilisée) au tendon le plus interne de l'extenseur resté intact.

Enfin, pour que ce dernier tendon n'eût pas un trop grand effort à supporter, nous crûmes devoir le renforcer en le suturant lui-même au tendon adjacent de l'extenseur propre de

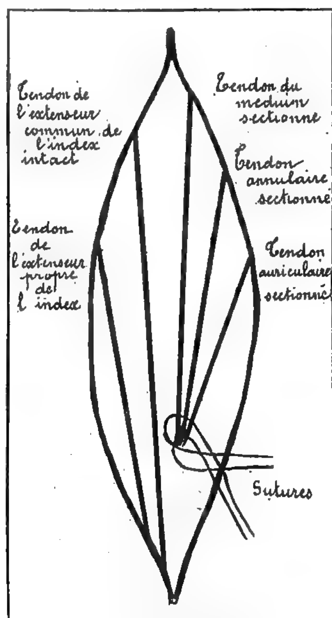


Fig. 1. — Réunion en un seul faisceau des bouts périphériques des 3 tendons coupés.

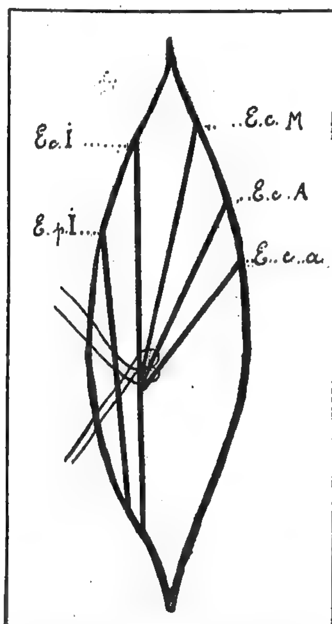


Fig. 2. — Réunion du faisceau au tendon de l'extenseur commun de l'index resté intact. 2 sutures.

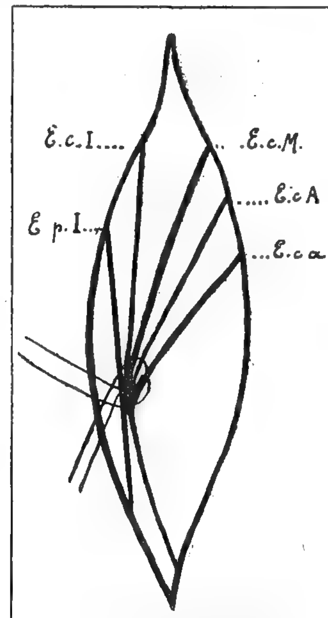


Fig. 3. — Réunion des 4 tendons au tendon de l'extenseur propre de l'index. 2 sutures.

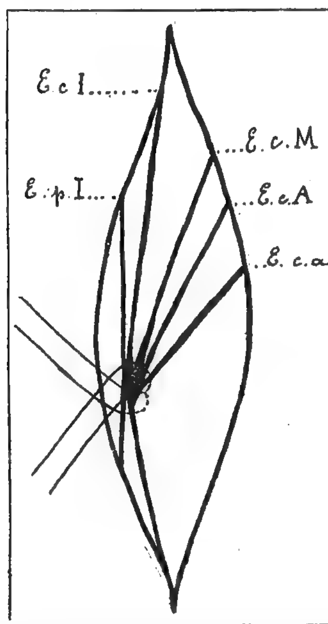


Fig. 4. — 2 points de suture de sûreté formant une ligature en masse sur le faisceau commun obtenu. Ces 2 derniers fils (traversant tous les tendons) espacés d'environ 1 centimètre,

l'indicateur contre lequel il est accolé (sutures de la plaie, pansement sec iodoformé). La main fut ensuite immobilisée pendant un mois sur une palette dans la position relevée à l'aide d'une grosse bande roulée placée entre la paume de la main et la palette.

A la vérité, nous ne comptions guère sur un bon résultat et grande fut notre surprise quand six semaines après l'opération nous vîmes notre blessé, relever tous ses doigts et se servir de sa main presque comme auparavant.

Gasser sortit de l'hôpital le 5 février 1897 avec une convalescence d'un mois.

Aussitôt après cette convalescence, le blessé a repris son service comme ses camarades, ne ressentant aucune douleur, mais, pour employer son expression, « du tiraillement » sur le tendon de l'indicateur, quand il fait un violent effort avec la main dans l'extension forcée. On sent une légère nodosité cicatricielle à l'endroit où les tendons ont été suturés.

On a cité des cas de suture d'un ou deux tendons au tendon voisin; nous ne connaissons pas d'observation de trois tendons divisés et anastomosés par leur bout périphérique sur un seul tendon. C'est pourquoi nous avons relaté ce cas qui nous a paru digne de quelque intérêt.

M. le professeur agrégé Lejars, qui s'est occupé tout particulièrement des sutures tendineuses (*Traité de Chirurgie*, tome I, 2e édition), ne connaît pas d'exemple de triple anastomose et a bien voulu présenter notre malade à la Société de chirurgie et faire un rapport au sujet de cette observation (séance du 22 décembre 1897).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Segelman (B.). *Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal.* N° 91. (H. Jouve.)

M. Demirleau (A.). *Les procédés modernes de cure radicale de la hernie crurale et le nouveau procédé du Dr H. Delagenière.* N° 70. (P. Delmar.)

M. Fleury. *Contribution à l'étude des hernies épigastriques.* N° 90. (H. Jouve.)

M. Lambert (Art.). *Etude critique de la sérothérapie dans la syphilis.* N° 121. (Steinheil.)

M. Mavo (A.). *Contribution à l'étude des hernies par glissement du gros intestin (hernies inguinales).* N° 76. (Ch. Noblet.)

M. Drouin (Henri). *Quelques cas de sclérodermie localisée à distribution métamérique.* N° 155. (G. Steinheil.)

M. Bargy (Fr.). *De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement.* N° 111. (G. Carré et C. Naud.)

M. Rodiet (Antony). *L'alcoolisme chez l'enfant, ses causes et ses effets en pathologie mentale.* N° 110. (G. Carré et C. Naud.)

L'appendice iléo-cæcal accompagne, d'après M. Segelman, le plus souvent le cæcum dans ses déplacements; la hernie de l'appendice iléo-cæcal seul s'observe moins fréquemment, mais cependant n'est pas un fait exceptionnel; cette hernie se complique parfois d'appendicite. La présence de l'appendice dans le sac d'une hernie peut être reconnue et devenir ainsi un excellent élément de diagnostic. Toutes les fois que dans une cure radicale ou dans une kélotomie d'urgence on trouvera l'appendice, celui-ci devra être réséqué et non réduit. Malgré la précaution, qui aura été prise, de découvrir la surface de section de l'appendice de son méso, en lui formant une sorte de capuchon, il sera toujours plus sage de fixer le pédicule ainsi formé à la paroi abdominale.

Pour obtenir une bonne cure radicale de hernie crurale il faut, d'après M. Demirleau : 1° disséquer le sac de la hernie dans sa totalité; 2° le fermer très haut; 3° Supprimer la rigidité de l'arcade de Fallope pour qu'il soit possible de suturer efficacement l'anneau.

Les procédés opératoires ont tous le tort de chercher à suturer un orifice fibreux et rigide et de laisser subsister l'arcade de Fallope. Tous, à l'exception de ceux de Fabricius et de Ruggi, agissant sous l'arcade pour disséquer et réséquer le sac, ne permettent pas de réséquer le sac assez haut.

Le procédé du Dr Delagenière a pour principes :

Inciser l'arcade de Fallope en haut. Ne pas reconstituer l'arcade mais l'affaisser et la suturer au ligament de Cooper et au périoste de la branche horizontale du pubis.

Les hernies épigastriques sont divisées par M. Fleury en hernies graisseuses simples avec sac péritonéal inhabité, épiploïque sans lipome pré-herniaire. Ces hernies sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Au point de vue clinique on peut distinguer deux formes : 1° les petites hernies avec troubles digestifs très accentués; 2° les grosses hernies, souvent bien moins douloureuses.

Le pronostic est en général assez bénin; pourtant l'étranglement est possible et alors il est très grave à cause de la rapidité du sphacèle.

Le traitement de choix est la cure radicale, le bandage doit être réservé par pour les seuls cas où le malade est trop âgé, trop affaibli pour supporter une intervention.

Trois procédés sérothérapiques ont été mis en œuvre dans le traitement de la syphilis.

1° L'injection de sérum naturel d'animaux normaux.

2° L'injection de sérum provenant de syphilitiques arrivés à une période plus ou moins avancée de leur affection.

3° L'injection de sérum provenant d'animaux chez lesquels on avait tenté préalablement de développer des antitoxines en leur inoculant du sang de syphilitique à la période secondaire ou des lésions nettement contagieuses telles que le chancre, les papilles.

Les deux premiers procédés n'ont aucune valeur au point de vue de la guérison réelle d'une maladie infectieuse quelconque. Le 3e procédé seul a fait ses épreuves, et c'est de lui seul qu'on peut attendre et espérer un sérum véritablement antisyphilitique.

Les faits publiés jusqu'ici démontrent qu'on ne possède pas encore ce sérum. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, la sérothérapie de la syphilis n'existe donc pas à l'heure actuelle.

M. Lambert pense que la méthode, fût-elle démontrée efficace, ne sera pratiquement applicable que du jour où l'on connaîtra le microbe de cette affection et les moyens de le cultiver, c'est-à-dire que du jour où l'on pourra injecter facilement aux animaux fournisseurs de sérum de grandes quantités de microbes et de toxines syphilitiques pour conférer à leurs humeurs un réel pouvoir immunisateur et curatif.

Dans les hernies par glissement, le gros intestin se comporte, à l'égard du sac, qui ne le revêt qu'incomplètement, comme le côlon descendant à l'égard du péritoine abdominal.

C'est le péritoine qui, d'après M. Mavo, entraîne l'intestin, à la face antérieure duquel il adhère intimement, comme nous l'apprend l'anatomie.

On les observe plus spécialement à gauche.

Le gros intestin peut n'être représenté que par une faible portion, mais on peut également rencontrer 30 et 40 centimètres; dans ce cas, il affecte la forme d'un fer à cheval.

Il occupe toujours les parties postérieure et latérales de la hernie, laissant, en avant de lui et sur la ligne médiane, le sac herniaire proprement dit.

Le diagnostic est difficile : on tiendra compte du volume de la tumeur, des sensations précédant la défécation et de quel-

ques signes particuliers pouvant être fournis par les injections ano-rectales.

Ces hernies sont irréductibles, ne peuvent être contenues, tendent sans cesse à augmenter, peuvent se compliquer d'étranglement.

Comme irréductibles, elles relèvent de la cure radicale, sauf indications spéciales,

Comme hernie partiellement dépourvue de sac, elle nécessite une technique opératoire spéciale.

De l'étude de huit observations dont plusieurs recueillies dans le service de M. Thibierge M. Drouin croit pouvoir déduire que s'il est des cas de sclérodermie localisée dont les lésions correspondent à des trajets ou à des départements anatomiques connus, ou encore à un territoire de nerf radiculaire (cas de S. West), il en est d'autres dont la topographie ne répond ni à ces territoires nerveux ni à la répartition du système vasculaire normal.

La théorie métamérique qu'il résume d'après M. Brissaud permet d'interpréter ces faits, et rend compte de la localisation de ces lésions. Ces cas relèvent très probablement d'une altération matérielle ou d'un trouble permanent limités à tel ou tel métamère, soit du grand sympathique, soit de l'axe médullaire.

Il faudrait, selon M. Bargy, pour lutter avantageusement contre l'alcoolisme :

1° En tant que maladie sociale,

Augmenter considérablement le prix actuel des boissons distillées, soit par une augmentation énorme de l'impôt sur ces boissons, soit à l'aide du monopole, mais avec garantie de diminution de production d'alcool, et fixer au débitant un prix de vente maximum ne lui laissant qu'un bénéfice minime sur ces produits;

Diminuer les droits sur les boissons dites hygiéniques, et les produits servant à leur fabrication;

Limiter le nombre des cabarets et les réglementer sévèrement;

Faire respecter les lois existant déjà au sujet de ces cabarets;

Punir l'ivrogne et surtout ses complices;

Traiter l'alcoolique;

Faire de la propagande anti-alcoolique.

2° En tant que maladie individuelle,

Dans les cas bénins, moraliser le malade;

Dans les cas plus graves, l'interner dans un asile spécial pour y être *traité* et non *séquestré*;

Et s'il y a récidive, l'envoyer dans un asile de rigueur;

Enfin comme complément de ces divers traitements, instituer une Société de patronage pratique, pour anciens alcooliques, qui leur procurera une situation lors de la sortie d'un asile et leur fournira les *moyens* de ne pas retomber dans leurs anciennes passions.

Non seulement l'ivresse et l'alcoolisme chronique existent chez les enfants, mais encore, c'est une maladie qui s'observe plus fréquemment qu'on ne se l'imagine, comme le montre M. Rodiet dans sa thèse.

La plupart du temps, la cause déterminante de l'alcoolisme dans l'enfance c'est l'hérédité, qu'elle soit l'hérédité de l'alcoolisme proprement dit, ou bien celle des vésanies.

Mais, pour venir en aide à cette prédisposition morbide, il y a des causes occasionnelles très nombreuses qui peuvent, dans des cas plus rares, produire l'alcoolisme chez un enfant exempt de toute tare héréditaire.

Ces causes sont multiples et s'unissent en général les unes aux autres, ce sont : l'éducation, aussi bien celle des parents que celle des patrons, le milieu, et là intervient l'exemple du père ou des frères, la pauvreté, l'entraînement des camarades à l'atelier, l'excitation à la débauche par les jeunes gens plus âgés, enfin le métier et le surmenage, conséquence souvent des professions auxquelles s'emploient les enfants du peuple.

Dans des exemples plus rares, il faudra incriminer des causes physiologiques telles que l'établissement de la puberté chez le jeune homme et surtout chez la fillette, l'influence de la thérapeutique et le passage de l'alcool ingéré par la nourrice dans le lait bu par le nourrisson.

Quant aux effets, il résulte des observations de l'auteur que l'ivresse aussi bien que l'alcoolisme chronique se présente chez l'enfant sous les mêmes formes et avec les mêmes symptômes que chez l'adulte.

Les hallucinations, les troubles de la sensibilité et de la motilité sont les phénomènes que l'on observe le plus fréquemment.

Le pronostic est très grave, s'il y a de l'hérédité, ainsi qu'on le constate dans la majorité des cas. Il est plus réservé, lorsque l'alcoolisme ne s'est produit que par accident.

Le traitement sera curatif, prophylactique et préventif surtout.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Barot (Louis-Joseph). *Aperçus historiques de quelques époques médicales.* N° 9.

M. Legros (Gaston). *De l'arthrotomie pour la réduction des luxations antéro-internes de l'épaule.* N° 1.

M. Barbe (Etienne-Joseph-Victor). *Physiologie du ligament de Bertin.* N° 28.

M. Barot nous montre l'évolution de la médecine chez les différents peuples. Pendant la période égyptienne, la thérapeutique est portée à un haut degré de perfectionnement et les malades sont déjà hospitalisés.

Plus tard, les médecins grecs cherchent à pénétrer l'anatomie et la physiologie et, avec Asclépiade, la thérapeutique, d'empirique, devient raisonnée. L'hydrothérapie, l'hygiène, la pathologie, sont déjà bien connues.

Mais, au moyen âge, la médecine subit de nouveau l'influence vague et mystique de la religion et l'hospitalisation des malades devient charitable. Les médecins apportent dans l'exercice de leur art une gravité presque sacerdotale. L'enseignement se méthodise et les facultés se fondent. Il y a, dès cette époque, des femmes-médecins, professeurs même, des médecins militaires, etc., institutions qu'on croit généralement plus modernes. Puis, aux xvie et xviie siècles, la médecine s'oriente vers l'expérimentation et reste telle jusqu'à nos jours.

« Notre drapeau, c'est notre histoire », dit M. Barot; aussi demande-t-il la création, dans chaque faculté, d'un cours d'histoire de la médecine et de déontologie, où les jeunes pourront apprendre : la fierté du métier, le désintéressement et surtout le respect de la souffrance. Il réclame aussi qu'on rétablisse la vieille licence en médecine et que l'étudiant, ayant obtenu ce brevet devant la Faculté, exerce pendant 2 ans au moins, pendant lesquels il serait soumis au contrôle d'un syndicat médical, ou mieux encore, un conseil départemental de l'ordre des médecins qui, l'ayant vu à l'œuvre comme praticien et comme confrère, l'admettra à soutenir la thèse, qui serait alors sérieuse, travaillée et d'autant plus approfondie que le temps ne lui aurait pas fait défaut.

De tous les procédés d'arthrotomie pour luxations irréductibles de l'épaule, ceux à incision transversale méritent seuls d'être conseillés, d'après M. Legros. Parmi ces méthodes, les unes résèquent l'acromion (Severeanu-Duplay); les autres, au contraire, respectent le squelette et se contentent de sectionner transversalement le deltoïde près de ses insertions pour atteindre plus facilement l'articulation par en haut. Ce dernier procédé, appliqué pour la première fois par le professeur Demons, a donné un excellent résultat. Voici le manuel opératoire :

Incision de la peau du milieu du bord externe de l'acromion à la coracoïde;

Section du deltoïde au même niveau;

Suppression des obstacles à la réduction, qu'on a sous les yeux;

Dégagement de la cavité glénoïde obstruée par l'ancienne capsule déshabitée et pliée en bourse;

Dégagement de la tête humérale;

Reposition de la tête dans la cavité glénoïde avec un levier d'acier ou mieux avec la cuiller recommandée par Severeanu.

Quelquefois, il sera nécessaire d'y joindre la résection de la coracoïde.

Il résulte, de l'étude que M. Barde a faite du ligament de Bertin, que ce trousseau fibreux sert réellement à limiter l'extension de la cuisse sur le bassin. Si le fémur ne décrit aucun mouvement de rotation qui relâche le ligament, cette extension est de 125°; mais, dans le cas contraire, l'extension forcée atteint 135°.

Dans l'attitude debout, il joue un rôle important, en empêchant le tronc de basculer en arrière.

Dans la marche, il fixe la hanche et permet aux forces de propulsion du corps en avant de fournir leur effet maximum.

Comme déductions pathologiques, il est juste de dire, ainsi que l'a démontré Bigelow, que les variétés de luxations de la hanche sont fonctions du ligament de Bertin.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude des échanges organiques chez les épileptiques, par Urbano Alesci (*Riforma medica*, 7 févr. 1898, vol. I, n° 30, p. 351). — Après l'accès il y a augmentation du taux de l'acide urique dans l'urine des épileptiques. Pour interpréter le fait on peut soulever deux hypothèses : ou bien les mouvements musculaires ont été la cause d'une plus grande production d'acide urique, ou bien l'acide urique s'accumule lentement dans l'organisme pour n'être éliminé qu'après l'accès.

La première opinion ne s'appuie sur aucune donnée précise, et il y a augmentation d'acide urique après des accès de petit mal sans convulsions. La seconde est très vraisemblable, d'autant plus que la quantité d'acide urique est notablement audessous de la moyenne journalière dans les deux jours qui précèdent l'attaque, chez un sujet qui n'a pas des accès très fréquents.

Cas de trophonévrose généralisée, par Bombarda (*A medicina contemporanea*, 2 janv. 1898, p. 5). — Homme de 39 ans de la taille d'un enfant de 12 ans ; apparence d'un vieillard amaigri. Peau tendue, collée aux muscles atrophiés. Des cheveux et des cils, pas d'autres poils sur tout le corps. Pénis et testicules atrophiés. Coude gauche immobile ; d'autres articulations ont leurs mouvements réduits.

[Cas à comparer avec l'homme-momie de Grasset, *Iconog. Salpêt*, 1897.]

Sur la maladie des tics, par Sciamanna (*Rivista quind. di psicologia, psichiat., neurop.*, vol. I, fasc. 16 et 17, déc. 1897 et janv. 1898). — Les *tics moteurs* résultent d'images motrices fixées dans la conscience, évoquées d'une façon réitérée par imitation, suggestion, besoin professionnel, etc., ou excitées par une sensation (mouvements de défense contre une sensation désagréable, etc.) ou par leur association étroite à des images diverses ou à des idées qui réapparaissent dans la conscience (mouvements destinés plus ou moins inconsciemment à procurer une sensation agréable, à atteindre un but déterminé).

Les *tics psychiques* sont des impulsions motrices ou des états émotifs pénibles qui se répètent rhythmiquement et sont en rapport avec des idées fixes. Les représentations peuvent dans ces cas acquérir pour un instant le caractère de véritables hallucinations motrices et donner naissance à de faux souvenirs. Suivant l'intensité du trouble mental et le degré du défaut originaire de critique, le sujet peut s'en tenir au simple état psycho-asthénique ou tomber dans la paranoïa.

CHIRURGIE

Fracture isolée du condyle de l'humérus (Eine isolirte Fraktur der Eminentia capitata im Ellbogengelenk), par Steinthal (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 1, p. 17). — Dans ce cas le diagnostic clinique de fracture de la petite tête de l'humérus a été confirmé par la radiographie et par l'opération faite pour remédier à la flexion et l'extension incomplète du coude constatée après la guérison de la fracture. La petite tête de l'humérus se trouvait déplacée en haut et en avant du condyle externe, englobée dans un cal volumineux. Résection du cal volumineux. Résection du cal et de la petite tête du radius afin d'éviter une ankylose osseuse. Résultats fonctionnels satisfaisants.

Avant de venir à l'hôpital, le malade a été soigné par un médecin qui avait diagnostiqué une fracture de la tête du radius. La même erreur diagnostique a été faite dans un cas de Hahn, où l'autopsie faite quatre ans plus tard montra qu'il s'agissait d'une fracture du condyle de l'humérus et non d'une fracture de la tête du radius.

Extraction d'une balle du cerveau après radiographie (Kugelextraktion aus dem Gehirn mit Hilfe der Röntgenverfahrens, par E. Braatz). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de 16 ans 1/2 qui s'était tiré une balle de revolver dans la région temporale droite. Le malade guérit et les symptômes qui suivirent le traumatisme (troubles de la parole, paralysie du facial et de l'hypoglosse) se dissipèrent complètement, lorsque six mois après il fut pris de maux de tête violents, surtout à gauche, avec impossibilité de tenir la tête droite. La radiographie montra que la balle se trouvait à la hauteur de l'os malaire, un peu en avant de l'oreille gauche. La trépanation faite suivant ces indications ne permit pourtant pas de retrouver le projectile. Comme cette opération n'amena aucune amélioration, on fit au bout de quelques semaines une nouvelle radiographie avec des points de repère disposés sur le crâne du malade. La nouvelle épreuve montra que la balle se trouvait plus en avant. Nouvelle trépanation qui permit cette fois d'extraire la balle située dans la substance cérébrale à une profondeur de 5 centimètre. Le malade guérit.

MÉDECINE

L'alcoolisme chronique, par le professeur Joffroy (*Revue scientifique*, 15 janvier 1898, p. 65). — L'étude expérimentale de l'alcoolisme chronique présente de grandes difficultés. Il faut tenir compte, en effet, de facteurs multiples et variables. L'intoxication chronique ne consiste nullement dans le développement graduel et plus lent de l'intoxication aiguë ; elle se manifeste par des effets différents. D'autre part les boissons alcooliques qui déterminent l'intoxication chronique contiennent des substances variées de toxicité variable et produisant aussi des effets variables. Enfin l'organisme intoxiqué est susceptible de réagir diversement à l'égard du même poison. Il est donc nécessaire de procéder avec beaucoup de méthode.

Les expériences sur des chiens à qui l'alcool était administré par ingestion ont montré à M. Joffroy que l'alcool éthylique est toxique, qu'il détermine des modifications du caractère, des phénomènes paralytiques, des lésions de l'estomac et de l'intestin, des lésions du foie et parfois des reins, et qu'il peut amener la mort assez rapidement. Les anciennes expériences de Beaumetz et Audigé, qui semblaient montrer que l'alcool éthylique est incapable de produire la cirrhose, ne sont pas probantes, parce que ces auteurs donnaient à leurs animaux une dose insuffisante. Les lésions hépatiques consistaient en cirrhose périportale comme celle qu'ont obtenue dans leurs expériences Straus et Blocq, Laffitte, Martens.

Il est d'ailleurs vraisemblable que les substances capables de produire la cirrhose sont multiples : l'alcool éthylique est incontestablement au nombre de ces substances ; il faut y ajouter aussi

les sels de potasse (d'après M. Lanceraux), les sels de plomb, le chloroforme, etc.

Les lésions rénales consistent en une glomérulo-néphrite au début, ce qui paraît apporter une confirmation à l'opinion de Bright et de Magnus Huss qui considèrent l'alcoolisme comme une des causes les plus fréquentes de la néphrite chronique.

L'alcool méthylique, sous le rapport de l'intoxication chronique, a une action analogue à celle de l'alcool éthylique et se traduit peut-être par des symptômes plus accusés. Les lésions viscérales semblent être les mêmes que celles produites par l'alcool éthylique.

L'alcool amylique serait mieux toléré qu'on ne l'aurait pensé *a priori*, en considérant seulement l'intoxication aiguë.

L'aldéhyde, au contraire, donné à des doses suffisantes et à un degré élevé, déterminerait en peu de temps des lésions de tout le tube digestif ainsi que des modifications profondes et rapidement mortelles de la fonction urinaire.

Enfin le furfurol, si actif dans l'intoxication aiguë, paraît l'être beaucoup moins dans l'intoxication chronique.

Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques, par G. Carrière (*Presse médicale*, 26 janvier 1898, p. 50). — Dans 14 cas de congestion pulmonaire du type Woillez, l'auteur a trouvé, soit dans les crachats, soit dans le liquide retiré par ponction exploratrice du poumon, des microbes variés : le plus souvent le pneumocoque, moins fréquemment les streptocoques et staphylocoques. Dans un cas de spléno-pneumonie (type Grancher) et dans un cas de congestion pleuro-pulmonaire (type Potain), c'est le pneumocoque qui a été isolé.

Ainsi le pneumocoque est capable de produire, seul ou associé, chez l'homme, diverses formes de congestion pulmonaire. Dans tous ces cas, d'ailleurs, la virulence des microbes était notablement atténuée.

Le refroidissement, le traumatisme n'agissent n'agissent qu'à titre de causes prédisposantes, facilitant la pénétration et la pullulation des microbes normaux de nos cavités naturelles.

Action de la neurine sur les muscles et les nerfs, par M[lle] J. Joteyko (*Arch. internat. de pharmacodynamie*, 1898, vol. IV, p. 195). — La neurine, dérivée des lécithines et protagons, possède des propriétés toxiques analogues à celles du curare. C'est ce que démontre l'auteur en répétant les expériences de Cl. Bernard sur le curare et à l'aide de tracés enregistrant la fatigue musculaire.

La neurine respecte les neurones sensitifs et porte son action d'une façon élective sur les neurones moteurs. Mais dans ces neurones moteurs, elle respecte le prolongement cylindraxile. L'abolition des réflexes qu'elle détermine est due à l'interruption de l'influx nerveux moteur en deux points bien distincts : 1° l'arborisation terminale du cylindre-axe (comme le curare) et 2° un point situé dans les centres nerveux (corps de la cellule et prolongements protoplasmiques).

Les substances organiques d'origine animale qui possèdent une action sur les terminaisons motrices sont encore très peu nombreuses. Outre la neurine, on n'en connaît jusqu'à présent que 4 : les produits toxiques résultant de la suppression des capsules surrénales (Supino, Abelous et Langlois, Albanese, Boinet), les produits toxiques de la fatigue (Waller, Abelous), la chorée (Boehm), et un poison de l'urine humaine (Bocci, Abelous).

Processus leucocytaire dans la malaria, par H. Vincent (*Ann. de l'Institut Pasteur*, décembre 1897). — Dans la fièvre quotidienne régulière, la fièvre tierce et la fièvre quarte, il existe le plus souvent, au début même de l'accès, une leucocytose considérable, mais passagère, à laquelle fait suite une hypoleucocytose. Celle-ci peut acquérir un très haut degré, de telle sorte que le nombre des globules blancs peut être réduit à la moitié et au tiers de ce qu'il était avant l'accès. Cette leucocytose initiale est à rapprocher de celle qu'on observe dans d'autres maladies infectieuses.

Contrairement à ce qu'on observe dans les infections bactériennes, la leucocytose du début porte peu sur les leucocytes uninucléaires ; ce sont surtout les lymphocytes et les cellules éosinophiles qui se multiplient.

Les cellules à noyau unique possèdent presque exclusivement la faculté d'englober l'hématozoaire à l'état amœboïde. Il est rare de voir des corps segmentés dans les globules blancs. La phagocytose s'exerce non sur les parasites morts mais sur les parasites vivants et mobiles.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la péritonite septique généralisée,

D'après M. le D[r] Mc Cosh (1).

Depuis qu'il traite systématiquement la péritonite septique par une injection intra-intestinale de sulfate de magnésie M. Mc Cosh (1) obtient des résultats tellement supérieurs à ceux qu'il avait antérieurement que, bien qu'il ait modifié sa technique opératoire, il attache la plus grande importance à ce qu'il regarde comme un complément indispensable du traitement.

Dans le cours de l'année dernière il a opéré huit cas de péritonite septique généralisée. Un opéré mourut des conséquences directes de la péritonite, un autre mourut 5 semaines après l'intervention, de complications pulmonaires ; 5 guérirent et le dernier est en convalescence. Deux autres malades, moribonds, ne furent pas opérés.

Des 8 cas ci-dessus, 6 fois l'appendice, 1 fois la perforation d'un ulcère gastrique, 1 fois un utérus septique étaient la cause de la péritonite.

Voici quel est le manuel opératoire de M. Mc Cosh ;

1° Anesthésie chloroformique.

2° Incision de 5 ou 6 pouces au niveau de l'organe primitivement malade.

3° Si les anses intestinales font issue hors de l'abdomen, elles sont recueillies dans des serviettes chaudes ; mais si le cœur est très faible, on s'efforce de les maintenir dans l'abdomen ; si leur distension est considérable, masque le champ opératoire, ou empêche leur réintégration, on ponctionne, on incise l'iléon, pour faire sortir les fèces et les gaz ; l'incision est fermée par des sutures de Lembert.

Dans aucun cas on ne fait d'anus abdominal.

4° La cause de la péritonite est reconnue et traitée ; si l'appendice est en cause, on en fait l'ablation, si c'est une perforation, on en fait la suture.

5° Les intestins et la cavité abdominale sont irrigués avec une solution chaude de sel (110 à 112 F.).

Une quantité assez forte de solution est laissée dans la cavité pour stimuler le cœur et favoriser le drainage.

6° Une solution saturée de sulfate de magnésie est, au moyen d'une aiguille creuse, injectée dans l'intestin grêle en un point aussi élevé que possible du jéjunum ou de l'iléon. L'ouverture faite par l'aiguille est fermée par une suture de Lembert.

7° La cavité péritonéale est soigneusement drainée par plusieurs mèches de gaze stérilisée introduites dans différentes directions.

8° Fermeture partielle de la plaie abdominale par des sutures. Les lèvres sont seulement rapprochées. Entre elles est placée une compresse de gaze, une plaie quelque peu entr'ouverte offre une issue plus libre aux sécrétions du péritoine.

Effets du massage dans le prurigo,

D'après la méthode de M. le D[r] Murray.

Le D[r] Murray (de Stockholm) ayant obtenu un bon résultat par le massage dans un cas de prurigo rebelle chez un enfant de 7 ans, et fait disparaître ainsi les démangeaisons intenses

(1) *Annals of surgery*, juin 1897.

dont il était accompagné, Hatscek (*Arch. f. Derm. u. Syph.*) essaya la méthode dans 11 cas (7 de prurigo ferox, 4 de prurigo mitis), chez de jeunes sujets et chez un homme de 62 ans. 9 furent traités exclusivement par le massage; 2 prirent en outre des pilules d'acide phénique. Pour supprimer toute cause d'erreur, on fit l'effleurement sec; il était fait modérément ferme, et dans la direction centripète. Les séances, d'abord de 15 minutes, étaient réduites à 5, puis à 3 minutes.

Dans tous les cas, les démangeaisons furent apaisées d'une façon très marquée, quelquefois après 2 ou 3 séances, d'autres fois seulement après plusieurs semaines.

Le traitement est plus efficace si la vaseline est employée. Il ne s'adresse pas directement à la maladie; mais il est à noter que les nodules qui se développent pendant que le malade est soumis au traitement occasionnent moins de démangeaisons que ceux développés antérieurement, et qu'ils disparaissent plus rapidement. Dans quelques cas, il y eut récidive du prurit. Pour obvier à cette éventualité, le massage doit être continué pendant toute la vie du sujet.

Le thymol comme vermifuge,

D'après M. le Dr Sandwith.

On sait que le thymol est le meilleur vermifuge dans les cas d'anchylostomiasie. Plusieurs doses sont néanmoins souvent nécessaires pour venir à bout des parasites. Comme M. Thornhill l'a fait remarquer, 3 gr. 75 à 4 grammes en 3 doses répétées à une semaine d'intervalle, sont en général nécessaires pour un adulte.

Puisque l'efficacité du thymol a été mise en doute, il n'est pas inutile de rappeler la méthode qui est suivie à Ceylan pour l'administration de ce médicament et qui donne un succès complet. On débute par de fortes doses; on donne une première dose de 2 grammes environ, et 2 heures après une dose équivalente. Le thymol doit être finement pulvérisé avec une quantité égale de sucre de lait; la première dose est donnée dans de l'eau le matin de bonne heure ou lorsque l'estomac est à l'état de vacuité. L'alcool, qui dissout le thymol, doit être évité toute la journée. Si l'on le juge utile, on peut employer concurremment l'extrait éthéré de fougère mâle, à la dose de 6 à 8 grammes; il est favorable de préparer l'intestin la veille au soir par un purgatif huileux.

Les selles seront examinées pendant les trois jours suivants; dans le but de les rechercher, au huitième jour on y recherchera les œufs au microscope. Tant qu'il restera des œufs dans les fèces on répétera le traitement au thymol de huit en huit jours.

Traitement de la vulvo-vaginite chez les petites filles,

D'après M. le Dr Malcolm Storer (1).

Le Dr M. Storer a obtenu le meilleur résultat des injections de solutions titrées de permanganate de potasse. Un aide tient l'enfant dans la position de la taille et une sonde de Nélaton n° 10 est introduite dans le vagin aussi loin que possible; le savon est employé comme lubrifiant, parce que l'huile peut empêcher le permanganate de prendre contact avec les tissus. L'anus sera protégé par un peu de vaseline. Il sera nécessaire, surtout dans les premiers temps de cure, d'exécuter un badigeonnage préalable de cocaïne à 5 p. 100 pour permettre l'introduction de la sonde; mais bientôt l'enfant, qui a la sensation du bien-être que lui procure l'injection, apprend à ne plus la redouter. Le vagin est complètement lavé avec une solution assez chaude de permanganate de potasse venant d'un bock modérément élevé; puis cette douche est suivie d'un bain de la vulve à l'eau boriquée chaude. Les injections, d'un 1/2 litre chacune, sont faites 2 fois par jour. M. Storer part de la dose de 6 centigrammes par litre (sol. à 1/16 000) et augmente de 6 centigrammes tous les 3 jours. Au 10e jour, il arrive au titre de 1/4 000; il continue à augmenter la dose progressivement jusqu'à 1 p. 800 et s'y maintient généralement, sans craindre d'aller plus loin et d'employer, par exemple, la solution à 1/500.

Si au bout d'un mois l'écoulement persiste et s'il y a encore des gonocoques, il injecte, 3 fois par semaine, 7 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 en alternant avec des injections fortes de permanganate de potasse.

Il est très important d'instituer concurremment avec le traitement local un régime tonique. Les guérisons sont obtenues, en général, en 6 ou 8 semaines et il y a bien peu de complications. M. Storer n'a jamais vu avorter de gonorrhée par ce traitement; il ne croit pas que cela puisse arriver chez les enfants, qu'on ne voit d'ailleurs que lorsque les tissus profonds sont déjà envahis.

Quoique ce traitement ait donné des résultats très satisfaisants, il y aurait peut-être lieu de substituer au permanganate un nouveau sel d'argent, *l'argonine*; c'est un albuminate d'argent qui est un microbicide puissant et qui a l'avantage de ne point coaguler l'albumine ni d'être irritant.

M. Storer l'a employé chez une fillette de 4 ans qui, depuis quelques jours, avait un écoulement teinté de sang (vulvite légère, vaginite gonococcique intense, pas d'uréthrite). Il pratiqua à l'enfant des injections d'argonine d'abord à 5 p. 100, puis, à partir du 10e jour, à 10 p. 100. Après la première injection, il n'y eut déjà plus de sang dans l'écoulement, et l'amélioration alla très rapidement si l'on considère la gravité de l'état du début. Au bout de 3 semaines, les gonocoques avaient complètement disparu; au bout d'un mois, on ne fit plus que les injections de nitrate d'argent 2 fois par semaine et maintenant l'enfant est tout à fait guérie.

1. *Boston medical and surgical Journal*, 20 janvier 1898.

La moutarde comme antiseptique,

D'après M. le Dr Roswell Park.

Il n'est pas de maison où l'on ne puisse aisément se procurer de la moutarde. M. Roswell Park l'emploie comme antiseptique. Il se frotte les mains avec un mélange de savon vert, de farine de blé et de farine de moutarde, pendant cinq minutes, et ayant soin de nettoyer soigneusement les ongles; les mains seraient stérilisées. On pourrait passer sans crainte de la salle d'autopsies à la chambre d'opération après avoir fait subir aux mains ce nettoyage à la moutarde.

Employée de cette façon, la moutarde ne donne pas de sensation désagréable; en même temps qu'elle produit la rubéfaction de la peau, l'huile essentielle accomplit son travail d'antisepsie. M. Park a abandonné depuis plusieurs années tous les autres moyens de nettoyage des mains et aucun fait ne lui a permis de douter de l'efficacité de son procédé. La moutarde a en outre l'avantage d'être un admirable désodorisant qui fait disparaître des mains les odeurs si désagréables, provenant des manipulations des cadavres ou des pansements à l'iodoforme.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Spartéine. Oxyspartéine.

Définition. — La spartéine est un alcaloïde liquide retiré par Stenhouse du *sarothamnus scoparius*, ou *genêt à balais*; c'est une base énergique qui forme avec les acides des sels cristallisés.

L'oxyspartéine, corps obtenu par Ahrens, est de la spartéine avec une molécule d'oxygène en plus; elle forme également, avec les acides, des sels cristallisés.

Solubilité. — La spartéine est insoluble dans l'eau; elle est soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles fixes et grasses. Peu usitée en clinique où l'on préfère les sels cristallisés, *le sulfate de spartéine* et *le chlorhydrate d'oxyspartéine*, qui sont solubles dans l'eau en toutes proportions.

Propriétés thérapeutiques. — De tous les médicaments toniques du cœur, la spartéine est l'un des plus maniables : car il est à la fois très actif et peu toxique, et ne présente guère de contre-indications. Aussi doit-il figurer, en bonne place, dans le formulaire usuel du praticien, à côté de la caféine et de la digitaline, auxquelles, d'après G. Sée, il devra même être souvent préféré.

L'action cardiotonique de la spartéine a été étudiée expérimentalement par Laborde dans un important mémoire communiqué en 1885 à la *Société de biologie*, et par Legris, Fick, Garaud, Masius, etc.; et cliniquement par G. Sée, Clarke, Pavinski. Nous-même dans une série de publications faites pour la plupart en collaboration avec P. Langlois, nous avons fait connaître les effets favorables de la spartéine chez les tuberculeux et chez les chloroformisés. Nous reviendrons plus tard sur ces recherches, mais nous devons tout d'abord examiner, avec quelque détail, l'action de la spartéine sur le cœur.

D'après Pavinski, la spartéine a incontestablement la propriété de *renforcer* et de *régulariser* les contractions d'un cœur affaibli et arhythmique, en même temps qu'elle ralentit le pouls, si celui-ci était accéléré. Les mouvements respiratoires deviennent, sous son influence, plus lents et plus réguliers. Elle agit rapidement sur le cœur : 15 minutes suffisent à produire des effets thérapeutiques. Grâce à cette rapidité d'action, la spartéine est utile dans les *affaiblissements aigus de l'activité cardiaque*, comme on en observe dans le cours des différentes maladies infectieuses. De plus, ces effets persistent même quelques jours après la suppression de l'alcaloïde.

D'autre part, comme l'atropine, mais à un plus faible degré, elle diminue l'excitabilité des pneumogastriques, fait qui a été le point de départ de la méthode d'anesthésie mixte que nous avons préconisée avec P. Langlois. Enfin, elle élève la pression artérielle lorsqu'elle est abaissée, et la maintient aux environs de la normale, et contribue par suite à augmenter la diurèse. Avec la spartéine, d'après M. Lépine, on obtient les effets fondamentaux de renforcement de l'amplitude des contractions cardiaques sans que la pression sanguine soit augmentée.

D'autre part, les recherches de Hurtle (de Breslau) démontrent nettement l'action énergique exercée par l'oxyspartéine sur la pression sanguine et essentiellement sur le cœur lui-même. Malgré le ralentissement cardiaque observé dans certains cas, le travail du cœur est augmenté.

Telles sont les données expérimentales et cliniques sur les quelles ont été basées les nombreuses applications de la spartéine en thérapeutique. Nous les résumerons brièvement.

Tout d'abord l'action tonique directe sur la fibre musculaire cardiaque en fait un médicament utile dans toutes les lésions valvulaires, lorsque le myocarde est en imminence de fatigue ou qu'il y a de l'arhythmie. Cette action dynamogénique est particulièrement remarquable dans les dilatations du cœur quelque en soit l'origine. Il va sans dire que lorsqu'il y a de l'anasarque ou des œdèmes périphériques, la digitaline garde ses indications.

La spartéine trouve encore son application chez les malades qui ont des troubles de l'appareil d'innervation du cœur, chez ceux qui sont atteints d'asthme cardiaque, de dyspnée cardiaque, qui ont des manifestations douloureuses (sternalgie, etc.); dans les petites crises angineuses des artério-scléreux, dans les troubles fonctionnels du cœur (arhythmie essentielle, palpitations); dans les tachycardies essentielles ou celles qui ont pour origine une intoxication générale de l'organisme. A ce titre, elle a été employée avec succès dans la chlorose et la maladie de Basedow. Enfin, nous avons vu dernièrement que M. le professeur Grasset recommandait la spartéine dans le traitement de l'apoplexie.

Nous avons dit ici même tout le bénéfice que nous avions retiré dans notre pratique, chez les tuberculeux, de l'association de la spartéine au gaïacol. Sous son influence, les battements du cœur diminuent de fréquence et se régularisent, la contraction ventriculaire devient plus énergique, l'état général des malades se relève. On observe les mêmes résultats favorables dans la plupart des maladies infectieuses. Quelques cliniciens se sont servis de la spartéine dans le traitement de la congestion pulmonaire, de l'asthme vrai, et contre les quintes de toux des bronchiteux chroniques.

On a vanté les heureux effets de ce même médicament chez les morphinomanes. D'abord, en associant la spartéine à la morphine, on évite un grand nombre des inconvénients inhérents à l'usage de cet alcaloïde. On peut, grâce à la présence de la spartéine dans la solution, déshabituer graduellement les morphinomanes. Mais c'est surtout au moment de la suppression brusque de la morphine que les propriétés toni-cardiaques de la spartéine constituent pour le médecin un adjuvant précieux capable de prévenir les accidents de la démorphinisation. Elle est également indiquée dans le cocaïnisme, l'éthéromanie, l'alcoolisme, où l'on lui associera avec avantage la strychnine. Dans ces cas, elle agit à la fois contre l'hypotension artérielle et contre les phénomènes douloureux que cause la privation rapide de la morphine.

Nous avons vu que la spartéine diminuait légèrement l'excitabilité des pneumogastriques et que, par conséquent, elle combattait efficacement la cardio-atonie déterminée par l'action des vagues. C'est cette cardio-atonie que provoque le chloroforme par excitation des nerfs d'arrêt que nous avons tenté, avec P. Langlois, de prévenir en administrant, avant l'anesthésie, la spartéine en injection sous-cutanée. Nous avons étudié expérimentalement et cliniquement, dans une série de mémoires (1), cette méthode d'anesthésie mixte, dont nous avons communiqué les premiers résultats en 1896 à la Société de chirurgie. Aujourd'hui que notre expérience repose sur plus d'un millier de cas, et sans préjuger des conclusions de M. Segond, notre rapporteur à la Société de chirurgie, nous pouvons dire que notre procédé, établi sur des bases physiologiques dont le professeur Schiff avait reconnu la valeur, nous est demeuré constamment fidèle dans ses applications cliniques et nous paraît, par conséquent, mériter l'attention de tous ceux qui pratiquent l'anesthésie.

Nous nous sommes servi jusqu'ici exclusivement du chloroforme pour obtenir l'anesthésie. Mais nous ne voyons aucun inconvénient théorique à ce que notre procédé soit combiné à l'emploi de l'éther ou du bromure d'éthyle.

Voici en quoi il consiste.

Nous injectons, 10 à 40 minutes avant l'intervention, 1 centimètre cube d'une solution contenant 5 centigrammss de sulfate de spartéine et 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le temps minimum qui doit s'écouler entre l'injection et le commencement de l'anesthésie doit être de 30 minutes, car les résultats sont d'autant plus nets que la piqûre a été faite plus longtemps avant le début de la narcose.

Dans tous les cas on n'a *jamais eu à aucun moment d'alerte cardiaque* quels qu'aient été :

a) La gravité des lésions ou de la maladie contre laquelle était dirigée l'intervention (fibromes volumineux, pyo-pneumothorax, péritonite tuberculeuse, accidents urinaires infectieux, hernie étranglée, traumatisme grave de l'abdomen, etc.).

b) La gravité de l'opération (laparotomie, hystérectomie, néphrectomie, laparotomie suivant immédiatement une hystérectomie, etc.) ou sa durée.

c) L'âge des sujets (vieillards de 61, 62, 67, 73, 78 ans).

d) Leur état antérieur (tuberculeux, hémorrhagiques, albuminuriques, convalescent de fièvre typhoïde, pyémiques, cardiaques, etc.).

L'anesthésie a été obtenue facilement. Bien que le chloroforme ait toujours été donné par la méthode des gouttes, la moyenne du temps nécessaire pour arriver à la résolution n'a pas été supérieure à 8 minutes. La période d'excitation a manqué dans le plus grand nombre de cas; lorsqu'elle s'est produite elle a été de courte durée. Mais, dans plus de la moitié des cas, la narcose avait été commencée presque immédiatement après l'injection.

Tous les cas dans lesquels la piqûre avait été faite 40 minutes ou 1 heure avant l'anesthésie ont été sans période d'excitation. Cette remarque nous a conduit à modifier notre procédé. Comme nous le disions plus haut, dans la majorité des cas un quart d'heure de période préanesthésique est insuffisant pour assurer tous les bénéfices de l'anesthésie mixte. Il faut, en règle générale, 30 minutes et plus.

Les *vomissements* au cours de la chloroformisation ont été exceptionnellement observés.

Leur fréquence *après* l'opération n'a pas paru sensiblement

1. P. Langlois et G. Maurange, De l'infection de sulfate de spartéine avant la chloroformisation (*Soc. biol.*, 7 juillet 1894); — De l'utilité des injections d'oxyspartéine avant l'anesthésie chloroformique (note à l'Acad. des sciences, 29 juillet 1895); — Etude expérimentale de l'action de la spartéine et de l'oxyspartéine dans l'anesthésie chloroformique (*Arch. de physiologie*, octobre 1895, p. 692-700, *Soc. de chir.*, 1896); — Contribution à l'étude des anesthésies mixtes (*Arch. de pharmacodynamie*, 1896, t. II, fasc. III, p. 209-233).

diminuée. Ils ont été nuls dans la moitié des cas à peu près, peu abondants dans l'autre moitié et répétés dans quelques-uns, indépendamment de toute complication opératoire. Bien que cette question des vomissements post-opératoires ne nous ait occupés que très secondairement, nous avons cherché si la spartéine dont l'action est si remarquable à ce point de vue pendant la narcose, pouvait dans une certaine mesure les prévenir ou les modérer. Nous avons, dans ce but, pratiqué chez quelques-uns de nos malades une injection supplémentaire de 0 gr. 05 de sulfate de spartéine, dès le début des vomissements, c'est-à-dire de 1 à 6 heures après l'intervention. Ceux-ci ont paru être calmés : mais nous ne pouvons donner à cet égard aucune conclusion certaine, en raison du trop petit nombre de malades observés, de la possibilité d'une série heureuse et aussi des conditions défectueuses de l'expérience.

L'état du pouls mérite de nous arrêter davantage. En général il y a une accélération assez marquée au début de l'anesthésie. Nous avons noté jusqu'à 130 pulsations dans le premier quart d'heure (moyenne 110). Puis la résolution obtenue, le pouls se ralentit, tombe à 80, 76, 72 et, sauf le cas d'hémorrhagie abondante, *se maintient* à cette fréquence pendant toute la durée de l'opération. C'est là un fait constant dans nos observations.

En outre la pulsation est régulière, le choc de l'ondée sanguine est plein, bien frappé, comme renforcé. Tous les chirurgiens qui ont employé le procédé ont remarqué cette *qualité*, ce *volume* du pouls qui persistent un temps variable après l'opération. Cet état du pouls n'est influencé que par la *durée* de l'intervention : dans ce cas il suffit, dès qu'il faiblit et augmente de fréquence, de faire au cours de la narcose une nouvelle injection de spartéine pure (3 à 5 centigr.) pour le voir de nouveau se relever et reprendre bientôt son rhythme et sa tenue antérieure.

La présence de la morphine dans l'injection contribue à ralentir la respiration. Quelquefois même, elle est faible quoique régulière. C'est là une condition favorable pour prévenir le danger de la syncope tertiaire toxique et réduire au minimum la quantité de chloroforme absorbé.

Mais un aide inexpérimenté pourra se méprendre et craindre l'imminence d'un arrêt respiratoire. Cet arrêt est exceptionnel lorsque le sujet est dans une position telle que *l'expiration* soit facile. Il est en tous cas remédiable par les moyens ordinaires, tractions rhythmées de la langue, respiration artificielle, et on sera rassuré sur ses conséquences en constatant l'état du pouls qui est demeuré plein et régulier.

Cette *diminution* de la respiration sous l'influence de la morphine en a fait rejeter l'emploi par quelques auteurs (Poncet, François Franck, Lucas Championnière, etc.) qui ont condamné pour cette raison le procédé d'anesthésie mixte préconisé par Claude Bernard et Nussbaum. Et cependant cet alcaloïde supprime la période d'excitation, facilite singulièrement la narcose et permet de la prolonger avec le minimum de chloroforme. Ce sont là des avantages qui ne sont pas négligeables et qu'on peut s'assurer sans péril avec la spartéine. Nous avons en effet, démontré expérimentalement que 7, 8 et même 10 minutes après l'arrêt respiratoire, le cœur chez les animaux spartéinés donnait encore des contractions utiles. Le chirurgien a donc devant lui tout le temps de remédier à un inconvénient qui, nous le répétons, est exceptionnel.

La *quantité* d'anesthésique employée est très inférieure, comme on le prévoit à celle qui est ordinairement nécessaire. Elle a varié de 10 à 80 grammes; cette dernière dose n'a jamais été dépassée, même lorsque la narcose a duré 2 heures et demie. La dose moyenne a été de 25 à 30 grammes. Ce résultat est dû à la morphine et avait été déjà noté depuis Nussbaum et Cl. Bernard. Aussi l'avons-nous maintenu dans la formule de notre injection préliminaire.

Ce que nous avons dit de l'état de la circulation et du pouls répond également aux craintes exprimées par Poncet relativement à la tendance à l'hypothermie que présenteraient les sujets morphinés.

En fait, on ne note pas, dans nos observations, de température plus basse que chez la moyenne des chloroformisés. Au contraire l'activité de la circulation périphérique a permis à des opérés ayant subi de graves traumatismes de surmonter le shok et de récupérer rapidement leur chaleur normale.

Les malades en effet reprennent connaissance promptement : mais il n'est pas rare de les voir, quelques minutes après, se rendormir paisiblement pendant une heure ou deux. Les vomissements, lorsqu'ils se produisent, commencent généralement après cette période de sommeil. A ce moment-là la température moyenne est de 36°6 à 36°8.

Il nous reste à dire un mot de l'état général des opérés. Lorsque, sur notre demande, M. Sébileau a bien voulu expérimenter dans le service de M. Quénu à l'hôpital Cochin, notre méthode d'anesthésie mixte, il a été frappé par la différence considérable qui séparait les malades ayant reçu l'injection préalable, de ceux endormis avec le chloroforme seul. Le lendemain les premiers avaient repris leur aspect normal. Les laparotomisés ne présentaient pas ce faciès spécial qui dénonce à un œil exercé toute ouverture du ventre, si aseptique qu'elle ait été. Le pouls était bon, peu fréquent; la respiration régulière : on retrouve ces signes notés dans la plupart de nos observations. Et ce n'est pas là l'un des caractères le moins remarquable de l'action tonique et régulatrice de la spartéine sur la circulation.

Dose usuelle. — 1° *Spartéine.* — *Chez l'enfant* : de 5 à 15 ans, 1 à 3 centigrammes par injection et par 24 heures. — *Chez l'adulte* : 3 à 10 et même 15 centigrammes en 24 heures. En général ne pas dépasser 5 centigrammes par injection.

Ces doses peuvent être mal tolérées chez les angineux et en général chez tous ceux qui ont des troubles de la régulation nerveuse du cœur : il sera nécessaire, chez ces malades, de commencer par la dose la plus faible, 2 à 3 centigrammes, et de n'atteindre que progressivement des doses plus élevées.

2° *Oxyspartéine.* — L'oxyspartéine étant plus active que la spartéine paraît devoir être employée à des doses plus faibles de 2 à 5 centigrammes par 24 heures.

Effets de l'injection.

a) Immédiats. Un peu plus douloureuse qu'une injection de morphine : la cuisson disparaît cependant très rapidement.

b) Eloignés. Au bout de 8 à 10 minutes on observe une légère diminution de l'excitabilité des pneumogastriques, un relèvement de la pression artérielle jusqu'aux environs de la normale, le renforcement et la régularisation du pouls.

FORMULES

Sulfate de spartéine	0 gr. 50
Eau stérilisée q. s. p.	10 cent. cubes

1 à 2 centimètres cubes.

Associations. — La spartéine est associée à la morphine pour prévenir la syncope cardiaque au cours de la chloroformisation (méthode d'anesthésie mixte).

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01
Sulfate neutre de spartéine.	0 gr. 05
Eau stérilisée q. s. p.	1 cent. cube

ou bien :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 01
Chlorhydrate d'oxyspartéine. . . .	0 gr. 03
Eau stérilisée q. s. p..	1 cent. cube

Une injection une demi-heure avant l'anesthésie.

(P. Langlois et G. Maurange.)

Avec le gaïacol chez les tuberculeux :

Spartéine pure.	0 gr. 40
Gaïacol cristallisé	8 gr.
Huile d'olives stérilisée q. s. p. . .	100 cent. cubes

5 à 10 centimètres cubes.

(G. Maurange.)

Avec la strychnine contre l'alcoolisme et dans diverses formules de sérum artificiel.

G. Maurange.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Pseudarthrose congénitale de l'extrémité inférieure de la jambe gauche,

(*Anatomie pathologique des extrémités osseuses étudiée par la radiographie*),

Par M. le Dr Louis Mencière.

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Si nous en croyons nos recherches, la pseudarthrose congénitale est extrêmement rare; nulle mention n'en est faite dans nos auteurs classiques; les traités sont muets à ce sujet, et pour ne citer que l'article de M. Ricard, dans le *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus, cet auteur, en faisant l'étiologie de la pseudorthrose, n'indique pas la possibilité d'une pseudarthrose congénitale.

Nous avons cru utile de publier un cas de pseudarthrose congénitale d'autant plus que la radiographie nous a permis de faire une véritable dissection sur le vivant et de donner à notre observation la valeur d'un examen clinique contrôlé par une autopsie.

Le 10 septembre 1897 nous avons eu l'occasion d'examiner une fillette de 5 ans, que M. Broca avait vue à la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu et qu'il nous a conseillé d'étudier minutieusement.

L'enfant est née à terme; elle a eu la coqueluche à 6 mois et la rougeole à 1 an.

Le père et la mère sont bien portants. La grossesse a été normale, la mère ne se souvient pas d'avoir reçu un traumatisme; elle portait un corset, mais peu serré, dit-elle. L'accouchement a nécessité une application de forceps; mais l'enfant se présentait par l'extrémité céphalique; le forceps avait laissé des traces au niveau des pariétaux, indiquant ainsi son point d'application.

Rien de particulier pendant l'accouchement, aucune manœuvre ne pouvant amener des lésions traumatiques quelconques. L'enfant est placée dans son berceau; le lendemain seulement on s'aperçoit que l'extrémité inférieure de sa jambe gauche est très



mobile. Depuis la veille, aucun traumatisme n'a eu lieu. L'accoucheur conclut à une fracture intra-utérine encore non consolidée et place le membre dans une gouttière plâtrée.

L'enfant reste ainsi 2 mois sans aucun résultat. A l'âge de 3 mois la mère porte son enfant à l'hôpital Saint-Antoine où de nouvelles tentatives sont essayées; l'enfant est remis dans un appareil plâtré; la mère l'enlève elle-même avec précaution au bout de 7 mois, aucun résultat.

Actuellement nous constatons sur la jambe gauche, à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole interne, une mobilité anormale très grande; l'extrémité inférieure du membre peut être placée dans toutes les positions, elle est nettement indépendante de l'extrémité supérieure. La crépitation, même voilée, est peu appréciable; ces manœuvres ne sont pas douloureuses.

L'enfant porte actuellement un appareil de soutien pendant la marche. Dans son ensemble, tout le membre inférieur gauche est atrophié, ce que montre non seulement la palpation des muscles, mais la seule inspection en faisant la comparaison avec le membre droit. Nous trouvons un raccourcissement de 10 centimètres. Le pied gauche en particulier, dans toutes ses dimensions, a un volume moitié moindre que le pied droit. Par la palpation profonde, l'exploration n'étant pas douloureuse, nous cherchons à nous rendre compte de l'état des extrémités osseuses; il est inutile de dire que cette recherche est en partie infructueuse; nous sentons cependant que le fragment inférieur a de la tendance à se renverser, son extrémité supérieure portée en avant.

La main, le bras gauches nous paraissent moins bien développés que du côté droit, mais la différence est à peine sensible.

Dans la région temporale, immédiatement au-dessus de l'oreille gauche, nous trouvons une tumeur présentant la forme et le volume d'une poire coupée par le milieu. Cette tumeur est assez mobile sur le plan profond, la peau est mobile sur la tumeur. La palpation révèle des paquets de grosse ficelle nouée. Cette grosseur est irréductible; l'auscultation n'a malheureusement pas été pratiquée. La mère, interrogée à ce sujet, raconte qu'à l'âge de 2 mois, son enfant, qu'elle portait dans ses bras, est tombée dans un escalier. Aucune remarque ne fut faite alors; un mois seulement après cette chute, on aperçut une grosseur du volume d'un petit œuf, qui depuis, augmentant peu à peu, est arrivée au volume actuel. Aucune douleur spontanée, la pression seule est douloureuse. Mais la mère refuse énergiquement les soins pour cette dernière affection; elle amène son enfant, dit-elle, pour qu'on s'occupe seulement de sa jambe.

Nous avons pensé qu'avant de décider une opération, il était raisonnable d'explorer le squelette par la radiographie. On verra plus loin comment cet examen nous a amené à conclure à la non-intervention et au port d'un appareil de soutien.

Cette jeune malade a été radiographiée par M. Vaillant le 12 septembre 1897 à la clinique Baudelocque.

L'épiphyse du tibia présente une hauteur de 13 millimètres, son diamètre antéro-postérieur, seul visible sur l'épreuve, parce que la jambe a été radiographiée la face interne appliquée sur la plaque et la face externe regardant l'ampoule, mesure 33 millimètres. Le cartilage de conjugaison nous apparait sur le cliché sous forme d'une bande noire ayant une hauteur d'un peu plus d'un millimètre, et séparant l'épiphyse de la diaphyse. Au-dessous, la diaphyse ne se laissant pas traverser par les rayons Röntgen est reproduite en blanc. On voit une solution de continuité à l'union de ses trois quarts supérieurs avec son quart inférieur; à ce niveau, du reste, le péroné est également fracturé. Epiphyse et diaphyse comprises, le fragment supérieur mesure 11 centimètres et demi, le fragment inférieur 2 centimètres et demi. A sa partie moyenne, la diaphyse du tibia atteint à peine 1 centimètre dans son diamètre antéro-postérieur, qui est seul visible, par le fait de la position suivant laquelle a été radiographiée la malade. Le péroné dans son fragment supérieur, duquel seul nous apercevons la trace, mesure 23 millimètres. Il est grêle et n'atteint que 4 millimètres de diamètre antéro-postérieur pris à la partie moyenne.

Mais ce qui est de la plus haute importance, c'est l'anatomie pathologique des extrémités des fragments osseux. Non seulement le tibia et le péroné sont atrophiés dans leur ensemble, mais les extrémités de leurs fragments supérieurs sont grêles, atrophiées et se terminent en pointe. Nous avons affaire à ces pseudarthroses dites flottantes, où l'intervention n'a pas sa raison d'être; le tissu osseux dégénéré est incapable de toute réparation. Le fragment inférieur du tibia se termine également par une extrémité atrophiée et, détail déjà constaté à la palpation, il a subi dans son ensemble un mouvement de bascule qui a porté son extrémité supérieure d'arrière en avant.

La pratique, que nous avons suivie pour cette pseudarthrose congénitale nous parait devoir être imitée dans tous les cas de pseudarthrose. Elle permettra, sans faire souffrir le malade, de décider s'il y a lieu de recourir ou non à une intervention, et, dans les cas d'atrophie des extrémités osseuses, de porter un pronostic, dont on connaît la gravité, au point de vue du rétablissement des fonctions du membre.

Nous n'insisterons pas sur les motifs qui nous ont fait porter le diagnostic de pseudarthrose congénitale. Les circonstances mêmes dans lesquelles s'est produit l'accouchement, le forceps ayant été appliqué sur l'extrémité céphalique et non ailleurs, le diagnostic de fracture intra-utérine, alors porté, le traitement immédiat de cette fracture par un appareil convenable, sa non-réparation à deux reprises différentes, chose exceptionnelle eu égard au jeune âge du sujet, tout cela nous permet de conclure qu'il y avait non pas fracture au moment de l'accouchement, mais déjà pseudarthrose. Si nous en croyons aujourd'hui les signes que nous a révélés la radiographie, on était en présence d'un de ces cas de pseudarthroses flottantes à extrémités osseuses effilées et atrophiées, contre lesquelles l'intervention sanglante elle-même ne peut rien.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances du 14 et du 21 Février 1898.

Production d'oxyde de carbone dans le sang par les inhalations de chloroforme.

M. L. de Saint-Martin. — Dans une récente communication MM. Desgrez et Nicloux ont annoncé que le sang de chiens longtemps maintenus sous le chloroforme, traité par l'acide acétique, dégage de l'oxyde de carbone dans la proportion de 5 centimètres cubes environ par litre. Ils ont conclu de ce fait à l'existence de ce gaz dans le sang des sujets anesthésiés et ont attribué sa formation à la décomposition du chloroforme par les liquides alcalins de l'organisme.

J'ai repris les essais de ces expérimenteurs, en substituant à la méthode indirecte du grisoumètre l'emploi du spectroscope et le dosage direct de l'oxyde de carbone au moyen du chlorure cuivreux. J'ai ainsi constaté que le sang *normal*, de même que le sang des animaux *soumis aux inhalations du chloroforme*, dégage, lorsqu'on le traite dans le vide à 40° par un acide organique, de petites quantités d'oxyde de carbone, lequel prendrait naissance, à mon avis, par l'action de l'acide sur une substance contenue dans le sang, et cela par un mécanisme analogue à celui qui produit aussi des traces d'oxyde de carbone lors du dosage de l'oxygène au moyen des pyrogallates alcalins.

Si donc l'expérience de MM. Desgrez et Nicloux est parfaitement exacte en elle-même, il ne me paraît pas qu'on puisse accepter la conclusion qu'ils en tirent, et attribuer au chloroforme la singulière propriété de donner naissance, dans le sang, à de l'oxyde de carbone.

Les parasites du cancer et du sarcome.

M. F.-J. Bosc, en s'appuyant sur l'examen de très nombreuses tumeurs malignes, et en particulier de 32 cas très étudiés, conclut qu'il existe dans ces tumeurs des formations anormales étrangères à nos tissus pouvant se grouper 5 types morphologiques : 1° formes micrococciques ou microbiennes; 2° granulations; 3° formes cellulaires de volume très variable, parmi lesquelles des formes pseudopodiques; 4° formes enkystées; 5° formes sarcodiques.

Toutes ces formes existent dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. Cependant, les sarcomes contiennent surtout des formes microbiennes et des granulations; dans certains, même, on ne trouve que ces dernières formes.

Ces 5 types d'éléments ont leur siège soit dans le protoplasma de la cellule cancéreuse, soit dans le noyau (rare), soit dans l'intérieur de cellules conjonctives et de cellules géantes typiques, pour lesquelles on ne pourrait pas invoquer la coexistence d'une lésion tuberculeuse. Ces éléments peuvent exister dans les mailles du tissu conjonctif; c'est ce qui a lieu surtout pour les sarcomes.

Tuberculose et pseudo-tuberculoses.

MM. Bataillon et **Terre** ont décrit l'année dernière chez l'animal à sang froid une forme spéciale de tuberculose évoluant dans de larges limites de température; puis ils ont indiqué que la tuberculose humaine ou aviaire, après passage sur la grenouille ou sur la carpe, fournit des cultures analogues. Ils appellent A le type bacillaire de Koch et B la forme qui s'adapte aux températures basses.

Une troisième forme a été tirée de l'humaine, après un passage de 3 jours sur la grenouille : c'est un bacille ayant la réaction Koch-Ehrlich et se distinguant nettement du type B par les trois points suivants : les cultures ont un aspect tout différent; elles se développent facilement aux températures élevées; elles troublent le bouillon ordinaire. Des cultures de ce bacille, inoculées à des cobayes, nous ont fourni des séries d'animaux tuberculeux ne renfermant pas le bacille de Koch, mais une forme rappelant certains germes de pseudo-tuberculose. Des lapins ayant également reçu ces cultures sont morts sans tuberculisation des viscères, mais le bacille existait en abondance dans le sang et les organes.

Dans une autre série d'expériences, ils ont fait ingérer à des lapins de grandes quantités de leurs anciennes cultures B. L'un d'eux a succombé au bout de 3 mois et demi, avec quelques granulations dans le foie; dans la veine cave dilatée, au niveau des reins, nageaient de véritables édifications lardacées intra-vasculaires; dans le sang, dans les tubercules, il existait des myriades de bacilles ressemblant à première vue à ceux que nous venons de décrire, mais pas un seul bacille de Koch. Le sang de ce lapin, inoculé à des cobayes, a amené la mort de ces animaux en moins de 5 jours, sans édification, avec les mêmes germes dans le sang, le foie, etc.

C'est donc un deuxième groupe de pseudo-tuberculose ayant une origine autre que celle du premier groupe : c'était primitivement un bacille aussi bien et même mieux caractérisé que le précédent comme bacille de Koch. Ces deux types de pseudo-tuberculose ont leur origine dans deux étapes distinctes et bien définies du cycle dont nous poursuivons l'étude. Entre les animaux qui les ont fournies il n'y a jamais eu contact. Il faut encore signaler le polymorphisme assez accentué du premier type, et qui fait penser que bien des cas de pseudo-tuberculose sont des tuberculoses vraies, ayant pour agent l'une des nombreuses formes du bacille de Koch.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 Mars 1898.

Méningite tuberculeuse expérimentale.

M. Louis Martin. — On peut produire la méningite tuberculeuse chez le cobaye et le lapin en injectant des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien.

Les cobayes mourant du 9ᵉ au 10ᵉ jour, la mort peut être retardée si les cultures sont très diluées. Les premiers jours, l'animal a de la fièvre, puis surviennent l'amaigrissement et les paralysies; l'animal meurt en hypothermie.

Chez les lapins, moins sensibles à la tuberculose, la marche de la maladie est moins rapide, l'amaigrissement et les paralysies ne se montrent que vers la troisième semaine ou même plus tard; les lapins meurent après cinq semaines ou deux mois.

Avec du liquide céphalo-rachidien d'un enfant mort de méningite on peut tuer le cobaye en moins de dix jours et constater la présence du bacille tuberculeux. Il faut un temps plus long pour tuer le cobaye lorsqu'on opère avec du liquide céphalo-rachidien retiré pendant la vie par ponction lombaire.

Infection à streptocoques avant l'accouchement transmise de la mère au fœtus.

MM. F. Widal et Wallich. — Une femme ayant présenté des symptômes d'infection avant son accouchement, qui se termina sans incidents, mourut le quatrième jour des suites de couches. L'autopsie démontra une infection streptococcique généralisée. L'enfant, mort 2 jours après sa naissance, présentait aussi une infection streptococcique : au niveau du rein les capillaires étaient injectés de microbes, uniquement cantonnés dans le système vasculaire et qui n'avaient entraîné aucune lésion cellulaire :

Ce fait présente un double intérêt :

1° C'est un exemple d'infection à streptocoques dont il est difficile de déterminer la porte d'entrée, étant donné que cette infection a été manifestement antérieure à l'accouchement ainsi que semblent le prouver, d'une part, les symptômes signalés aussi bien avant le travail qu'immédiatement après l'accouchement, et, d'autre part, la transmission de l'infection dans le sang du fœtus.

2° Il est à noter que l'infection du fœtus n'a pas entraîné chez lui de lésions cellulaires, et qu'elle ne saurait être assimilée aux cas à infection venue du dehors, dans l'œuf ouvert, au cours d'un travail prolongé, observés par MM. Legry et Dubrisay. Notre cas est un exemple de passage du streptocoque de la mère au fœtus, pouvant être rapproché des faits expérimentaux de MM. Chambrelent et Sabrazès et des observations cliniques de M. Auché sur des enfants nés de mère varioleuse.

Lésions rénales et infection.

M. Riche. — Polacci, Pernice, Fischer, etc. ont montré que si on s'oppose au fonctionnement du rein, on favorise, on aggrave l'infection. Or, j'ai pu observer, dans le service de M. Charrin, un fait qui reproduit en clinique ces données de l'expérimentation.

Une légère épidémie de rougeole a frappé les nouveau-nés de ce service. Une seule personne parmi les adultes, dont plusieurs n'on , d'après leurs souvenirs, jamais eu cette maladie, a été atteinte; c'est une femme ayant déjà eu la rougeole, atteinte depuis longtemps d'une néphrite intense, avec albuminurie oscillant entre 3 et 12 grammes, avec accidents urémiques respiratoires, ayant nécessité la saignée.

Chez cette femme, moins exposée que d'autres, non seulement le mal s'est développé, mais il a été très grave, il a frappé spécialement le poumon; les deux processus, infectieux et autotoxique, se sont associés pour détériorer cet organe qu'ils frappent souvent isolément, pour déterminer un œdème suraigu, calmé par une nouvelle saignée, en dépit de la débilité du sujet.

L'éclosion de l'infection, sa gravité, sa localisation paraissent bien dépendre, pour une part au moins, de l'état du terrain.

M. Charrin. — Cette observation, qui met en évidence si clairement le rôle de l'organisme, réalise en pathologie les expériences classiques montrant l'influence des lésions rénales sur l'infection. Pourtant, certains brightiques résistent assez bien à quelques virus. La dépréciation locale du poumon a amené la localisation, comme la dépréciation générale a causé le développement de la pyrexie.

En dépit des poisons organiques ou bactériens, le sérum a toujours une toxicité modérée, tuant un kilogramme entre 12 et 16 centimètres cubes. Il ne faut pas être trop simpliste; le rapport entre les accidents toxiques et cette toxicité humorale ne semble pas toujours direct; peut-être les poisons sont-ils retenus dans les tissus ou le lapin est-il insensible, etc.

D'ailleurs, dans ce cas, l'élimination se poursuit assez bien; la toxicité des urinaires atteint 55, dose qui tue mille grammes de matières vivante, comme l'a vu M. Mavrojanis, qui a, de plus, vérifié que le bleu de méthylène s'échappe sans retard sensible.

Cette question de l'élimination de ce bleu est, du reste, complexe. En particulier, M. Mavrojanis a reconnu, avec Cavaz-

zani, que le foie retient cette couleur. S'agit-il du retard de la dilutions, portant sur les éléments introduits dans la veine porte, ou d'une fixation, d'une réduction, d'une action spéciale? on l'ignore. Néanmoins, dans l'appréciation de ce phénomène, peut-être faut-il compter avec l'état du foie, comme aussi avec le degré d'activité de réduction des différents tissus.

J'ajoute que, sous l'influence d'un staphylocoque, grâce à l'abaissement de la résistance, une kérato-conjonctive s'est développée chez l'animal; la chose n'est pas inouïe.

J'ajoute aussi que l'urine de cette malade teintée en vert à la sortie, après l'injection, se décolore sauf à la surface, phénomène assez fréquent, connu depuis longtemps pour les cultures pyocyaniques.

Cette action est attribuable à un bacille isolé; quelques gouttes de sa culture ajoutées à une urine colorée, la décolorent d'abord lentement; puis, le phénomène produit, si on ramène la couleur par agitation à l'air, cette décoloration se manifeste de nouveau, mais rapidement : le bacille a créé un élément favorable à la réduction.

Il y a lieu de chercher ce qui peut intervenir dans le mécanisme intime de ce phénomène (hydrogène, composé ammoniacal, produit microbien ou, simplement et probablement, suivant Achard, oxygène, etc.).

Le chloroforme se décompose-t-il dans l'organisme avec production d'oxyde de carbone?

M. Desgrez. — L'analyse comparative des gaz extraits du sang d'un même animal, avant et après anesthésie par le chloroforme, nous a permis, à M. Nicloux et à moi, de constater la production de faibles proportions d'un gaz combustible à la suite de cette anesthésie. Nous avons considéré ce gaz comme formé d'oxyde de carbone, en nous basant sur ce fait, précédemment établi par l'un de nous, que la décomposition du chloroforme, *in vitro*, en milieu alcalin aqueux, donne naissance à ce composé. Dans une note récente, M. de Saint Martin reconnaît « l'exactitude » de nos expériences mais ajoute que nos conclusions lui paraissent infirmées par cette circonstance que le sang normal lui a fourni de l'oxyde de carbone, de même que celui recueilli après anesthésie. Il suppose, dans les deux cas, la méthode analytique justiciable de ce résultat, l'oxyde de carbone pouvant, d'après lui, provenir de l'action de l'acide acétique sur le sang. Nous appelons l'attention sur les trois points suivants, en réponse à la critique de M. de Saint-Martin : 1° Si l'acide organique dégageait de l'oxyde de carbone par réaction sur le sang, la proportion de gaz produite devrait être sensiblement égale, dans des conditions d'expériences comparables. Elle ne varierait pas du simple au double, ou même du simple au quadruple, ainsi que le montrent les expériences publiées. 2° Rien ne s'oppose, théoriquement, à ce que le gaz combustible du sang contienne normalement de l'oxyde de carbone. Les expériences nouvelles que nous apportons démontrent même cette manière de voir tout en confirmant nos premières conclusions. Si elles établissent que le sang contient normalement de l'oxyde de carbone, elles montrent aussi que la proportion de ce gaz toxique peut doubler, tripler ou même quadrupler, dans un même sang, après anesthésie par le chloroforme. 3° Les expériences de M. de Saint-Martin confirment d'ailleurs notre opinion.

Voici ses résultats :

	Sang normal.	Sang de chien anesthésié.
Oxyde de carbone par litre de sang.	0 c.c. 8	1 c.c. 82
	1 c.c. 2	2 c.c. 4

En appliquant la méthode de dosage de l'oxyde de carbone que M. Nicloux vient de présenter à la Société, nous avons pu reconnaître, après M. de Saint-Martin, la présence de ce gaz dans le sang normal. Nos expériences établissent que si la quantité d'oxyde de carbone oscille, normalement, entre 1 c.c. 45 et 1 c.c. 88 par litre, elle augmente toujours sous l'influence de l'anesthésie chloroformique et peut atteindre jusqu'à 7 c.c. par litre de sang. Sur le conseil de M. Gréhant, nous avons recherché si l'anesthésie par l'éther produit une variation de la quantité des gaz combustibles du sang. Les expériences que nous avons faites, soit à l'aide du grisoumètre, soit avec la méthode à l'acide iodique, nous ont montré que l'éther tendrait plutôt à diminuer la quantité de ces gaz.

M. Œchsner de Coninck montre qu'à l'état de santé le soufre s'oxyde mieux que dans le cas de rachitisme.

M. Nicloux fait une communication sur le dosage chimique de l'oxyde de carbone.

M. Yvon communique une note de **M. Delinoy** sur le dosage de l'acidité urinaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 Mars 1898.

Transformation maligne de certaines tumeurs du sein.

M. Monod. — J'ai opéré en juillet 1889 une malade atteinte d'une tumeur du sein qui avait un énorme volume. Cette tumeur pesait 5 kilog. et demi, mesurait 74 centimètres de circonférence et avait la structure histologique des sarcomes. Tout alla bien jusqu'en mars 1890 où je fus obligé de faire une deuxième intervention; en octobre 1890, en avril 1891, nouvelles interventions et enfin mort en 1896. Ce qui est intéressant dans ce cas c'est que la malade avait un noyau adénomateux du sein depuis 15 ans et c'est seulement en 1890 que s'est opérée la transformation maligne.

M. Bazy. — J'ai opéré l'année dernière une malade chez laquelle Broca père avait diagnostiqué en 1879 une tumeur du sein. Gosselin en 1880 avait fait une ponction et ramené du liquide; et, lorsque je l'opérai, la tumeur était manifestement cancéreuse.

Canal omphalo-mésentérique persistant jusqu'à l'ombilic.

M. Hartmann. — J'ai opéré un cas curieux d'occlusion intestinale. Après ouverture du ventre, je tombai sur un intestin à trois branches d'égal diamètre. Descendant la branche verticale du T, je la vis se couder sur l'intestin et l'étrangler; puis au delà se continuer par un tractus fibreux jusqu'à l'ombilic. Je fis la résection. Il s'agissait d'un diverticule en massue et le cordon fibreux qui le continuait était constitué par des fibres musculaires concentriques.

M. Kirmisson. — Le cas que vient de nous rapporter M. Hartmann est particulièrement intéressant. Il est intermédiaire aux cas de canal omphalo-mésentérique vrai, perméable jusqu'à l'ombilic et à ces petits adénomes diverticulaires de l'ombilic.

Traitement des luxations anciennes de l'épaule.

M. Ricard. — Le rapport de notre collègue Nélaton, sur l'observation de M. Delagenière (de Tours), a fort nettement mis au point les indications de l'intervention chirurgicale sur les luxations irréductibles de l'épaule, suivant leurs variétés.

Lors de la discussion de 1895, j'avais déjà, avec notre collègue, émis l'opinion que l'arthrotomie était le traitement de choix dans les luxations immédiatement irréductibles. L'irréductibilité immédiate est, en effet, une anomalie dans les luxations récentes. Et lorsqu'une luxation a résisté aux efforts méthodiquement combinés de réduction, c'est qu'il existe une lésion spéciale, une interposition capsulaire, tendineuse ou osseuse, qui s'oppose à la réduction par les procédés usuels. Or, s'il existe une lésion anormale, en réalité inconnue, est-il logique de recourir aux grandes violences d'extension par les appareils : traction aveugle et brutale, parfois périlleuse et souvent compromettante pour l'intégrité fonctionnelle de l'articulation? Pour ma part, avec nombre de mes collègues, je n'hésite pas à recourir à l'arthrotomie large immédiate, et mes résultats, dans les 2 cas que j'ai rappelés en 1895, ont été excellents.

Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue,

et qu'on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient, non pas à des particularités dans les désordres articulaires, mais à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire et à des adhérences néoformées, il est légitime d'essayer de rompre ces adhérences par des mouvements brusques de rotation imprimés à la tête sous une traction énergique. Mais si l'on ne réussit pas assez facilement, c'est encore à l'arthrotomie large qu'il convient d'avoir recours. Telle est la conduite que j'ai tenue dans le cas suivant, dont voici l'observation résumée :

Le nommé P... (Auguste), âgé de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1891, pour une impotence douloureuse du bras droit, remontant à une chute de voiture datant de 6 semaines. Il est facile de voir qu'il existe une luxation intra-coracoïdienne, presque sous-claviculaire. Les tractions les plus énergiques, soit avec des aides, soit avec des moufles, faites sous le chloroforme, d'après les différents procédés classiques, ne peuvent déloger la tête qui reste très haut sous la clavicule.

Le 5 mai, le malade est chloroformé à nouveau, et après avoir, par une incision angulaire, désinséré le deltoïde dans un vaste lambeau, je découvre l'humérus profondément caché au milieu de tissus que les tractions avaient rendus ecchymotiques, la tête humérale était presque inaccessible; cependant, elle descend quelque peu sous l'influence des tractions que je fais exercer. J'incise progressivement toutes les brides fibreuses tendues qui paraissent s'opposer à la progression de la tête. Malgré une ouverture large et une désinsertion presque complète de la capsule sur la tête, il m'est impossible de lui faire réintégrer la cavité glénoïde. C'est qu'en arrière et en dedans, à 5 ou 6 centimètres au-dessous, existait une forte bride tendue, s'insérant sur une saillie osseuse irrégulière, qui paraissait être formée par le cal d'une fracture. Est-ce la grosse tubérosité détachée par le traumatisme et consolidée vicieusement? Je n'ai, on le comprend, fait aucune recherche à cet égard. Mais, détachant cette saillie à l'aide du ciseau de Maceven, j'eus la satisfaction de voir la tête réintégrer aussitôt la cavité glénoïde.

Quinze jours après le malade quittait l'hôpital.

Je le revis en juillet, c'est-à-dire 2 mois après l'opération : le fonctionnement de l'articulation était presque parfait, mais non complètement cependant. Les mouvements d'abduction et de flexion en arrière étaient encore limités.

En octobre, l'opéré pouvait être considéré comme complètement guéri et jouissait de l'intégralité de ses mouvements.

Cette observation est non seulement intéressante par le résultat thérapeutique qu'elle a permis d'obtenir, mais elle montre combien il eût été illogique de s'obstiner dans les manœuvres forcées d'extension; car l'obstacle à la réduction consistait dans la consolidation vicieuse d'un fragment osseux arraché lors du traumatisme.

M. Chaput. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Nélaton pour les luxations très anciennes, il faut restreindre la résection. Lorsqu'on examiné un malade réséqué quelque temps auparavant, les mouvements passifs sont très étendus, mais les mouvements actifs fort réduits. Et pour un malade d'hôpital ayant surtout besoin de force, altérer la solidité de son épaule est lui rendre un mauvais service.

Je ne fais la résection que lorsque les mouvements sont limités ou douloureux, ou qu'il y a des phénomènes de compression ou encore luxation récidivante.

M. Lucas-Championnière. — Je partage sur presque tous ces points l'avis de M. Nélaton. La résection est une opération très simple et qui donne de bons résultats. Mais il faut pour cela une éducation du membre qui demande beaucoup de soin et de patience.

M. Picqué lit un second travail sur les psychoses post-opératoires.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 Mars 1897.

Lésions corticales et médullaires dans un cas de psychose polynévritique.

M. Gilbert Ballet a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une malade qui avait présenté les symptômes de l'affection décrite par Korsakoff, sous le nom de psychose polynévritique. Il s'agit d'une femme âgée de trente ans, tuberculeuse et alcoolique, chez laquelle existait une dégénérescence graisseuse très accusée du foie. Les nerfs, particulièrement ceux des membres inférieurs, et aussi, quoique à un moindre degré, ceux du membre supérieur, présentaient des lésions névritiques très marquées. Les cellules des cornes antérieures de la moelle, surtout à la région lombaire, sont très altérées : on y constate une chromatolyse centrale avec projection du noyau à la périphérie. L'uniformité des lésions, leur localisation aux cellules, l'absence d'altération des vaisseaux ou de la gangue conjonctive, la prédominance des modifications cellulaires au niveau des régions correspondant à l'origine des nerfs les plus lésés, autorisaient à penser qu'on avait affaire non à des altérations primitives de la moelle, mais à des lésions secondaires, consécutives à celles des nerfs et de la nature de celles qui ont été observées après la résection expérimentale des troncs nerveux ou déjà dans d'autres cas de polynévrite.

L'intérêt de la communication de M. G. Ballet réside surtout dans la constatation de lésions cérébrales expliquant la confusion mentale dont la malade était affectée. L'examen des coupes de l'écorce, colorées par la méthode de Pal, n'a révélé aucune altération des fibres nerveuses à myéline : les fibres tangentielles, notamment, étaient remarquablement bien conservées. Il y avait de la congestion de la substance grise, mais sans lésions artéritiques, sans diapédèse, sans prolifération des éléments nucléaires des parois des vaisseaux. Les altérations portaient exclusivement sur les cellules nerveuses, et elles y étaient très marquées. Elles étaient surtout apparentes au niveau des grandes cellules pyramidales et des cellules géantes de Betz. Il y avait une cellule très altérée sur quatre ou cinq environ qui l'étaient moins ou ne l'étaient pas; l'élément avait perdu sa forme triangulaire, ses contours étaient arrondis par suite d'une sorte de tuméfaction, les prolongements étaient moins nets qu'à l'état normal. La chromatolyse était très accusée, surtout au centre de l'élément, et le noyau, manifestement excentrique, tendait, sur quelques cellules, à faire hernie.

La saccharosurie alimentaire.

MM. Achard et E. Weil. — On emploie habituellemnt, en France, le sucre de canne ou saccharose. Mais, comme le sucre s'élimine en partie par l'urine, sans modification, il importe de chercher dans quelles conditions se produit la saccharosurie, et si elle peut fausser les résultats de l'épreuve de la glyosurie alimentaire.

Nous avons administré systématiquement du saccharose à trente-sept sujets, soit par ingestion, soit par lavement, à la dose de 100 grammes ordinairement. Dans 17 cas, nous avons obtenu de la glycosurie; toujours il existait alors des troubles hépatiques; chez quelques sujets, atteints de ce que nous appelons le diabète fruste, il y avait tout au moins une insuffisance glycolytique du foie. Dans plusieurs de ces cas, la sacchurosurie a pu être nettement constatée, outre la glycosurie.

Chez vingt sujets, nous n'avons obtenu que de la saccharosurie sans glycosurie. Pourtant, six d'entre eux avaient manifestement des troubles hépatiques, et, dans quatre autopsies, nous avons trouvé le foie malade. Par conséquent, la saccharosurie alimentaire est indépendante de l'état du foie.

L'étude physiologique du saccharose permet de saisir les conditions de la saccharosurie. Le sucre de canne subit dans l'intestin l'interversion qui le dédouble en glycose et lévulose, c'est-à-dire en sucres assimilables. La salive et le suc gastrique n'ont presque pas de pouvoir inversif. C'est aussi ce que nous avons vu *in vitro* avec ces liquides, recueillis chez l'homme, et, *in vivo*, avec les vomissements renfermant le sucre ingéré. Le contenu du gros intestin a des propriétés inversives déjà plus accentuées. Mais, c'est surtout dans l'intestin grêle qu'a lieu l'interversion. Si l'absorption du sucre commence dans l'estomac, on conçoit donc qu'il puisse passer en nature dans l'urine, s'il n'est pas arrêté ou transformé dans son trajet de l'estomac aux reins.

L'absorption des sucres se faisant presque exclusivement par les reins, le saccharose passe nécessairement par le foie. Ce der-

nier organe, d'après Cl. Bernard et Dastre, est capable de l'intervertir, fait qui est contesté par F. Voit. Mais cette interversion hépatique est certainement minime dans les conditions où se fait l'épreuve de l'ingestion de sucre de canne, puisque, chez des sujets parfaitement sains, le saccharose se retrouve en partie dans l'urine, d'une façon à peu près constante. Quant à l'action des autres tissus sur le saccharose, elle est nulle; ils sont incapables de le fixer et de l'assimiler.

On voit donc que la saccharosurie dépend bien plutôt de conditions ayant trait aux phénomènes digestifs que de l'état des fonctions hépatiques. Cela explique pourquoi la rapidité de l'absorption facilite la saccharosurie : par exemple, le sucre passe plus sûrement dans l'urine lorsqu'il est ingéré à jeun, que lorsque l'estomac est déjà rempli d'aliments. Chez un sujet ayant un rétrécissement sous-pylorique, l'ingestion de saccharose ne provoque que la saccharosurie, alors que l'intervention de ce sucre dans le rectum donne lieu à de la glycosurie; c'est sans doute parce que l'obstacle à l'évacuation du contenu gastrique avait empêché l'interversion intestinale.

Il résulte de ces faits que l'épreuve de la glycosurie alimentaire, lorsqu'elle est faite avec la saccharose, est trop influencée par les phénomènes digestifs. Il y a donc lieu de substituer, pour cette épreuve, le glycose pur au saccharose. Chez des sujets ayant des troubles hépatiques vérifiés quatre fois à l'autopsie, nous avons vu la glycosurie se produire par l'ingestion de glycose, alors que l'ingestion de saccharose n'avait donné lieu qu'à de la saccharosurie, et, par conséquent, avait donné un résultat négatif pour l'exploration des fonctions du foie. La dose de glycose pur qu'il convient d'employer pour l'épreuve est de 150 grammes.

Nous avons essayé aussi le sucre interverti artificiellement et le mélange de saccharose et de glycose, mais les résultats sont inférieurs à ceux que nous a donnés le glycose pur.

Dextrocardie congénitale.

MM. André Petit et Ravaut. — La dextrocardie fut reconnue pour la première fois à l'âge de treize ans; depuis, ce malade fit plusieurs séjours dans les hôpitaux, tant à Lyon qu'à Paris, et fut présenté déjà à la Société des Hôpitaux par M. Gingeot, en juin 1895, qui en fit également une lésion congénitale. La pointe du cœur est située dans le 4e espace intercostal droit sous le mamelon, les bruits y sont normaux, à la base les bruits sont sourds; l'auscultation dans le dos fait entendre que les bruits aortiques sont plus nets à droite qu'à gauche; les tracés cardiographiques sont normaux; enfin, la radiographie montre une ombre très nette à droite et absolument rien à gauche.

M. Bianchi a bien voulu explorer le cœur par la phonendoscopie et a montré que le cœur était en totalité situé à droite, que son axe était oblique de haut en bas et de gauche à droite, qu'en arrière, l'aorte passait au-dessus de la bronche droite. Étant donnés tous ces faits, à savoir : constatation de l'absence du cœur dans la moitié gauche du thorax par la radiographie, par la phonendoscopie et l'auscultation; de la direction de l'axe du cœur en sens inverse du cœur normal; de la situation de l'aorte au-dessus de la bronche droite; étant donnés les antécédents, qui montrent que la lésion a été reconnue à l'âge de treize ans et qu'avant la malade n'eut jamais de lésion pulmonaire; l'absence de tout accident grave du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire; les tracés de chaque moitié de la cavité thoracique montrant qu'elles se dilatent également, qu'il n'y a pas de rétraction thoracique : on est en droit de conclure à l'origine congénitale de l'affection.

Des ruptures de la valvule mitrale et de la luxation de la grande valve.

MM. Huchard et Deguy. — Dans l'histoire clinique du malade qui fait l'objet de cette communication, on ne relève aucun traumatisme, aucune cause déterminante de rupture valvulaire; cette rupture eut un début latent, elle est restée toujours latente, et rien dans l'histoire clinique ne permettait de la supposer. Le malade devait avoir depuis longtemps de l'insuffisance avec rétrécissement de la valvule mitrale. Le seul fait important que cette rupture des tendons ait amené, ce fut de rendre la cardiopathie absolument rebelle à toute thérapeutique. La rupture s'est produite par le fait de la calcification complète d'un tendon.

Lancette à curseur.

MM. Achard et Bensaude présentent un instrument destiné à prendre du sang par piqûre de la pulpe du doigt. Cet instrument a sur la lancette ordinaire un double avantage : il permet de régler la profondeur de la plaie; de plus, grâce à un ressort, la piqûre se fait avec une rapidité telle qu'elle est à à peine douloureuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Février 1898.

Rachitisme avec déformation très accusée du crâne et staphylome de l'œil gauche.

M. Lagrange communique l'observation d'un garçon sans antécédents héréditaires mais qui a été chétif et constamment souffrant pendant les premières années de sa vie.

A son entrée on trouve des signes de rachitisme évidents, notamment une déviation caractéristique du sternum. Les jambes, les bras et la colonne vertébrale paraissent régulièrement développés; mais du côté du crâne se trouvent des déformations encore plus caractéristiques que du côté du sternum. La mère affirme que les deux fontanelles antérieure et postérieure ne se sont soudées qu'à l'âge de 3 ans. Enorme prédominance des os frontaux. Voûte palatine très ogivale. Les dents sont un peu cariées, mais ne présentent pas les déformations particulières de la dent d'Hutchinson.

L'œil gauche a commencé à être malade il y a 3 mois environ. Il a été soigné à l'hôpital Saint-André par la pommade iodoformée et des collyres appropriés. Aujourd'hui, cet œil, dont la vision est complètement abolie, présente les traces d'une kératite suppurée, terminée par un leucome très épais où l'iris s'enclave en deux endroits. Effacement complet de la chambre antérieure. Il y a 3 semaines, l'œil droit a été atteint d'une kérato-blépharo-conjonctivite, en voie d'amélioration sous l'influence du traitement iodoformé.

L'enfant revint 10 mois plus tard. L'œil gauche, dont la cornée a presque tout entière disparu, présente une énorme saillie staphylomateuse formée par l'iris granuleux et bourgeonnant. M. Lagrange lui a pratiqué l'amputation de l'hémisphère antérieur par le procédé de Wecker (suture en bourse). Le résultat définitif a été excellent, et rien ne sera plus facile de coiffer l'hémisphère postérieur, bien recouvert en avant par la conjonctive, d'une pièce artificielle d'une mobilité et d'une forme parfaites.

Hernie inguinale.

M. Chavoix. — A eu l'occasion ces jours-ci de constater une hernie inguinale étranglée chez une fillette de six mois, jumelle, née à six mois et élevée pendant 4 mois dans une couveuse. Il s'agissait d'une hernie congénitale sortant malgré les appareils employés, mais rentrant habituellement d'elle-même. La mère supprima alors le bandage. Après l'échec du taxis la kélotomie a été faite sans accident par M. Villar.

Ce cas est intéressant à signaler, en raison du jeune âge de l'enfant et du succès opératoire chez un sujet affaibli depuis sa naissance et ayant eu six nourrices.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 22 Décembre 1897.

Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate.

M. Gross. — Il s'agit d'une femme de 27 ans, journalière,

mariée, mère de 3 enfants, sans tare héréditaire ni autre, et qui, il y a 8 ans, fut opérée par son médecin pour une épulis de la partie gauche du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. La néoplasie se reproduisit il y a 2 ans et, après avoir progressé lentement, s'accrut plus rapidement depuis quelques mois. A son entrée à la clinique, M. Gross reconnut une tumeur de la grosseur d'une mandarine, occupant le rebord alvéolaire inférieur gauche depuis l'incisive latérale jusqu'en arrière contre le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, gagnant ensuite la face externe de l'os jusqu'à son bord inférieur qu'elle épaissit. La tumeur est molle dans sa partie intrabuccale, plus ferme, même dure, sur le bord du maxillaire. Elle présente dans la bouche une ulcération profonde, anfractueuse, de mauvaise nature. On diagnostique une récidive de fibro-sarcome.

L'indication était formelle: réséquer la partie malade du maxillaire inférieur, et, pour éviter tous les inconvénients de la déviation consécutive de la partie restante de l'os, il fallait faire bénéficier l'opérée des avantages de la prothèse immédiate.

Une complication se présentait. La femme était enceinte de 6 mois. Fallait-il opérer quand même? Ne risquait-on pas un avortement, ou bien valait-il mieux remettre l'opération après les couches? L'accroissement plus rapide du néoplasme dans les derniers mois, qui pouvait être attribué à l'influence même de la grossesse, était une indication à intervenir le plus tôt possible. M. Gross se décida pour l'opération, mais il chercha par tous les moyens à diminuer les causes d'ébranlement de l'organisme afin d'éviter un retentissement fâcheux sur la marche de la grossesse. Il résolut, dans ce but, de pratiquer la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, opération exigeant un temps moindre que la résection avec conservation de l'extrémité supérieure de la branche montante. S'adressant ensuite au Dr R. Rosenthal pour la prothèse immédiate, il pria son confrère de prendre toute mesure afin d'abréger autant que possible la durée de l'application de son appareil. M. Rosenthal réussit en tous points en remplaçant l'ancien procédé de fixation par vissage dans la partie restante du maxillaire, par un procédé nouveau de fixation de l'appareil de prothèse sur un moule adapté la veille sur les arcades dentaires.

Perforation du diaphragme par gangrène au cours de la fièvre typhoïde.

M. G. Etienne. — Pendant les vacances, un homme âgé de 28 ans, arrivant au décours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, fut pris subitement d'accidents de péritonisme, sans modification de la couche thermique; le ventre se ballonne, et le malade succombe en quelques heures.

A l'ouverture du thorax, M. Etienne trouva une masse dure faisant hernie dans la cavité thoracique à travers le diaphragme perforé; il constata qu'il s'agissait de la *rate*, refoulée par le tympanisme abdominal, et dont une bonne portion était ainsi en train de s'énucléer. Le diaphragme était perforé sur une étendue d'environ 6 centimètres et, tout autour de l'orifice, était érodé, aminci réduit à une simple lamelle.

Pas trace de pus dans le péritoine; pas de perforation.

Enfant né avant terme à sept mois et demi, mort à deux mois de tuberculose miliaire.

M. Haushalter. — Les lésions tuberculeuses prédominent dans les poumons, dans les ganglions prétrachéaux et dans la rate qui est énorme; dans le foie, les granulations très nombreuses sont à peine visibles à l'œil nu. L'intestin est indemne. La mère de cet enfant est saine; le père est atteint depuis plusieurs années de tuberculose pulmonaire. La rareté de la tuberculose dans les premiers mois, démontrée par les statistiques, la prédominance, chez l'enfant en question, des lésions dans le poumon et les ganglions péritrachéobronchiques, le contact d'un père phthisique, démontrent qu'il s'agit dans ce cas, comme dans l'immense majorité des cas de tuberculose du nouveau-né, de tuberculose acquise par contagion après la naissance.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 Février 1898.

Des infections tuberculeuses secondaires.

M. A. Fränkel revient sur la communication de M. Hansemann pour soutenir qu'il ne faut pas exagérer l'importance de l'infection mixte. L'étude de plusieurs cas de pyopneumothorax tuberculeux lui a permis de constater qu'une fois sur deux, au moins, on ne trouvait que des bacilles de la tuberculose sans microbes de la suppuration. Dans la pleurésie sérofibrineuse (tuberculeuse), on ne rencontre que des bacilles de Koch, ce qui montre bien le rôle de ces microbes dans la pathogénie des phlegmasies aiguës. Sans nier la possibilité de la transformation caséeuse de foyers de pneumonie fibrineuse par suite d'une invasion secondaire de bacilles de la tuberculose, il considère ces faits comme extrêmement rares. Enfin, il pense que les bacilles trouvés par M. Hansemann dans le pus des cavernes bronchectasiques pouvaient être des pseudo-bacilles de la tuberculose.

M. Senator considère également comme très rare la transformation tuberculeuse d'une pneumonie franche; selon lui, l'influenza, la bronchite, sont plus souvent susceptibles de favoriser le développement de la tuberculose.

M. Krönig pense que, pour éviter les infections tuberculeuses secondaires, on ne devrait jamais placer de tuberculeux dans la même salle que des typhiques ou des pneumoniques.

Tuberculose du canal thoracique et granulie aiguë.

M. Benda montre des préparations microscopiques relatives à 7 cas de tuberculose du canal thoracique, un cas de tuberculose de la valvule mitrale et 2 cas d'inflammation caséeuse des valvules aortiques.

Dans tous ces cas sauf un, le nombre des bacilles est parfaitement suffisant pour expliquer la production d'une tuberculose miliaire aiguë sans qu'il soit besoin d'admettre une prolifération des bacilles dans le sang. Ces observations confirment donc la théorie de Weigert, d'après laquelle les bacilles trouvés dans les différentes parties du corps proviennent tous de la lésion primaire.

Il va de soi que c'est surtout lorsque cette lésion primaire siège au niveau du cœur au du canal thoracique qu'il faut le plus redouter l'apparition d'une tuberculose généralisée.

Sclérose cérébro-spinale disséminée.

M. Jürgens a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant mort à l'âge de 6 mois et qui avait été atteint à diverses reprises depuis de convulsions, puis de paralysie du bras droit.

A l'autopsie, on constata d'abord que le cerveau, le cervelet, le bulbe et la moelle étaient le siège de foyers disséminés de sclérose, mais on nota, en outre, au niveau du cœur, une série de lésions particulières. L'examen histologique des fibres cardiaques montra qu'elles étaient sclérosées et contenaient des corpuscules pourvus d'un noyau. Ces corpuscules n'étaient autre chose que de petits kystes renfermant un protozoaire. Quelques-uns de ces kystes avaient leurs parois rompues et leur contenu était devenu libre, de sorte que plusieurs de ces protozoaires se rencontraient également dans les interstices des fibres musculaires.

Dans le cerveau, on trouva une sorte de sclérose cellulaire analogue à celle des cellules du cœur, et en tout cas de même nature. En effet, en triturant une portion de substance cérébrale dans un mortier avec de l'eau distillée, on vit qu'elle se divisait en deux parties : une qui se déposait au fond du mor-

tier et l'autre qui surnageait, cette dernière était exclusivement composée de protozoaires.

En inoculant cette substance à des lapins, on les tua en 6 jours, et à l'autopsie de ces animaux, on s'aperçut que le muscle cardiaque présentait les mêmes altérations que celles du cœur de l'enfant. Il n'y a donc aucun doute que les lésions du cœur et du cerveau chez ce dernier fussent de même origine.

Cancer de la capsule surrénale.

M. Israel a montré un carcinome de la capsule surrénale gauche trouvé chez une femme qui a succombé à des accidents d'urémie. Cette néoplasie s'était propagée au diaphragme et avait déterminé la production d'un épanchement pleurétique. Le poumon et le foie contenaient des tumeurs métastatiques. et il existait en outre une thrombose de la veine cave inférieure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Février 1898.

Cholélithiase chronique.

M. Albu a montré une fille de 16 ans atteinte d'un ictère intense avec hypertrophie considérable du foie dont le bord libre est un peu inégal. C'est la 4e fois que la malade présente de l'ictère : la première crise a eu lieu à l'âge de 6 ans et a duré 4 mois; la 2e à 13 ans et a persisté 8 mois, la 3e, survenue 2 années plus tard, a duré 6 mois.

Il n'y a ni douleurs ni ascite et il ne saurait être question d'une cirrhose, pas plus que d'une hépatite syphilitique. Comme il existe des signes d'occlusion du canal cholédoque, caractérisés par la décoloration des matières fécales, il faut admettre qu'il s'agit d'une cholélithiase chronique, peut-être par rétrécissement congénital du canal cholédoque.

Lésions du système nerveux central.

MM. Goldscheider et **Flatau** ont montré un certain nombre de préparations microscopiques du système nerveux central, dont quelques-unes proviennent de la moelle d'un amputé, mort 2 à 3 mois après l'opération. Les cellules des cornes antérieures sont agrandies. Les corpuscules de Nissl sont transformés en fines granulations, de sorte que le corps de la cellule semble recouvert d'une fine poussière. Le noyau est rejeté au voisinage de la paroi cellulaire, au niveau de laquelle il produit parfois une espèce de saillie.

Ce sont des altérations qu'on trouve aussi expérimentalement chez des animaux ayant subi la section de certains nerfs moteurs ou sensitifs.

D'autres préparations mettent en évidence les altérations des cellules consécutives à l'intoxication par la strychnine. Les corpuscules de Nissl sont disposés concentriquement autour du noyau, mais ils sont tuméfiés et le nucléole se présente comme boursouflé.

Ces mêmes lésions se manifestent encore à la suite d'une injection de toxine tétanique.

Toutefois, chez un homme mort du tétanos avec une température de 39°3, on n'a constaté que des altérations légères des cellules nerveuses, altérations qui sont le fait de l'élévation de la température et ne ressemblent pas à celles que l'on rencontre chez les animaux intoxiqués avec la toxine tétanique, car ici le corps cellulaire est homogène, le noyau et le nucléole sont normaux. Par contre, chez un ouvrier ayant également succombé au tétanos et dont la température n'avait pas dépassé 38°,5, les cellules présentent les mêmes altérations que celles des animaux intoxiqués avec de la toxine tétanique : leur nucléole est boursouflé, les corpuscules de Nissl sont tuméfiés. C'est le premier cas de tétanos humain dans lequel on ait réussi à déceler les mêmes altérations que chez les animaux.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 14 Février 1898.

Chirurgie du tube digestif.

M. Lindner a présenté une malade à laquelle il avait fait en septembre 1897 une gastrostomie, d'après le procédé de Witzel pour un rétrécissement serré de l'œsophage. La fistule est parfaitement continente et ne laisse sortir aucun liquide. La malade peut encore avaler les liquides, mais les aliments solides lui sont introduits directement dans l'estomac.

La seconde malade présentée par M. Lindner est une femme de 30 ans souffrant déjà depuis quelque temps de l'estomac et qui, depuis 15 jours, vomissait presque tout ce qu'elle prenait; par moments ses vomissements se composaient presque exclusivement d'acide chlorhydrique. Dans la région épigastrique on trouvait une tumeur assez volumineuse, dure et douloureuse, que M. Lindner crut formée par des adhérences consécutives à un ulcère.

La laparotomie montra en effet l'existence d'une périgastrite adhésive avec adhérences entre l'estomac et le foie. La séparation de ces deux organes n'a pas été facile; on constata alors l'existence, au milieu de ces adhérences, d'une cavité communiquant avec la cavité stomacale et produite probablement par un ulcère perforé de l'estomac. M. Lindner réséqua les parties malades de l'estomac, réunit la section par une série de sutures. La malade guérit et est actuellement débarrassé de ses troubles.

M. Lindner présente ensuite quatre autres malades auxquels il a fait également la résection partielle de l'estomac. Chez tous les quatre on avait soupçonné un cancer de l'estomac et chez tous les quatre on trouva une tumeur mobile du pylore. Dans deux de ces cas il a été impossible de se prononcer, même au cours de l'opération, sur la nature de la tumeur qu'on avait sous les yeux.

L'examen microscopique montra plus tard que dans aucun de ces cas il ne s'agissait de cancer.

Ces 9 cas montrent d'après, M. Lindner, que, dans les interventions sur l'estomac, la laparotomie doit être tout d'abord exploratrice c'est-à-dire qu'elle doit permettre aux chirurgiens de se décider pour telle ou telle intervention *après* l'inspection des parties malades. Mais comme cette inspection ne permet pas toujours de dire si l'on se trouve en face d'une tumeur maligne ou d'une bénigne, il faut renoncer à la pyloroplastie, qui ne donne pas de dilatation suffisante du pylore et à laquelle il est préférable de substituer, surtout en cas de cancer, la gastro-entérostomie ou quand c'est possible la pylorectomie.

M. Sonnenburg confirme les difficultés du diagnostic clinique surtout quand il s'agit de dire si la tumeur est maligne ou non. Dans un cas où l'on sentait une toute petite tumeur, on pratiqua la radiographie qui donna une grande ombre au niveau de l'estomac. On fit la laparotomie sans trouver trace de tumeur dans l'estomac. Le malade fut pourtant complètement débarrassé de ses troubles.

Ostéomyélite aiguë des vertèbres.

M. Riese a communiqué l'observation d'un garçon de 17 ans qui, à la suite d'un effort, fut pris d'un accès de fièvre avec troubles généraux et rétention d'urine. Lorsque le malade entra quelques jours plus tard à l'hôpital, les symptômes n'avaient pas changé et il existait en outre une douleur localisée à la région lombaire. Au niveau de celle-ci existait une tuméfaction œdémateuse et inflammatoire, et, bien que la ponction faite assez profondément fût négative, M. Riese incisa et trouva du pus typique de l'ostéomyélite lorsqu'il mit à nu l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire. Il réséqua alors les arcs postérieurs des 3e et 4e vertèbres lombaires et ayant trouvé encore du pus dans le sac dure-mérien, incisa celui-ci, vida une seconde collection et tamponna la plaie. Le malade guérit après éliminations de plusieurs séquestres.

C'est la quatrième fois que M. Riese intervient pour ostéomyélite diffuse des vertèbres. Comme intervention, il faut toujours s'attaquer au foyer osseux. Le diagnostic doit s'appuyer sur la tuméfaction locale, et l'existence des symptômes médul-

laires et la douleur locale à la pression, tandis que la compression de la colonne vertébrale dans le sens vertical n'est pas douloureuse, contrairement à ce qu'on observe dans la carie des vertèbres.

M. Israel a eu l'occasion d'intervenir chez une femme qui, un jour, fut prise brusquement de douleurs dans la région lombaire. Localement on ne trouvait rien de particulier, mais lorsque M. Israel vit la malade, 5 semaines après le début des accidents, il existait un état typhique très accusé et une tuméfaction de la région sacro-lombaire droite. Une incision le conduisit dans une cavité remplie de tissu musculaire gangrené et s'étendant par un trajet contourné jusqu'aux 9e et 10e côtes dont la résection mit à jour une péri-pleurite suppurée. Malgré cette intervention l'état resta grave et dans la suite il y a eu formation d'une série d'abcès métastatiques. L'incision d'un de ces abcès qui se trouvait à gauche de la colonne vertébrale montra que les corps des 9e et 10e vertèbres dorsales étaient dénudés, mais, comme il n'existait pas de phénomènes de compression de la moelle, M. Israel ne toucha pas aux vertèbres. Contre toute attente la malade guérit avec une gibbosité occupant la région dorsale inférieure, et après avoir eu une cinquantaine d'abcès pyohémiques. Quelque temps après sa guérison la malade vit se développer une maladie de Basedow.

Côte cervicale.

M. Nasse communique l'observation d'une femme de 57 ans qui, depuis quelque temps, avait constaté le développement, dans la fosse sus-claviculaire, d'une tumeur dure qui occasionnait des douleurs dans le bras droit et dans les parties innervées par le nerf radial.

L'examen et la radiographie ayant montré qu'il s'agissait d'une côte cervicale comprimant le plexus, M. Nasse réséqua la côte, et les douleurs disparurent.

M. Lindner a eu l'occasion d'opérer avec le même résultat un cas tout à fait analogue.

ANGLETERRE

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 28 Février 1898.

De la laparotomie dans les affections non chirurgicales de la cavité abdominale.

M. Treves a fait une communication sur les services et l'effet curatif de la laparotomie souvent purement exploratrice dans des affections dites non chirurgicales. A l'appui de cette thèse il a cité un certain nombre de cas dont l'interprétation est des plus difficiles.

C'est ainsi que dans un cas il a eu l'occasion d'intervenir chez un homme encore jeune qui était atteint de pérityphlite chronique d'origine probablement tuberculeuse. Le malade se trouvait dans un état de cachexie extrême et l'opération n'a été faite que pour céder au désir du malade dont la mort ne paraissait être qu'une question de jours. La laparotomie montra la fosse iliaque droite remplie d'adhérences qui englobaient des anses intestinales à tel point qu'il ne fallait pas songer à aller chercher l'appendice; le péritoine voisin était couvert de tubercules et de masses tuberculeuses. On se contenta donc de fermer simplement le ventre. Contre toute attente le malade guérit et cela d'une façon définitive, si bien que quelques mois plus tard il pouvait reprendre ses occupations de commis de magasin.

Dans un autre cas il s'agissait d'une fillette de 15 ans qui, au cours de la convalescence d'une pérityphlite, fut prise de symptômes de pyléphlébite suppurée avec suppuration. Pour apporter quelque soulagement à la malade M. Treves fit la laparotomie, trouva le foie farci d'abcès et déclara que la malade ne pouvait tarder à succomber. Contre toute attente, elle guérit, se rétablit et aujourd'hui se porte aussi bien que possible.

Dans un troisième cas où l'on avait porté le diagnostic de cancer du pylore, la laparotomie montra l'existence de lésions tellement avancées que, vu l'état d'affaiblissement du malade, on ne crut même pas pouvoir faire la gastro-entérostomie. On se contenta donc de fermer le ventre, et ici encore on assista après l'opération à la disparition progressive de tous les symptômes et de la tumeur. Le malade guérit et a pu reprendre au bout de quelque temps ses occupations.

Deux fois M. Treves a eu l'occasion d'intervenir chez des femmes qui, à des intervalles irréguliers, présentaient tous les symptômes d'appendicite aiguë avec douleurs intolérables dans l'abdomen. Ces malades étaient confinées au lit, arrivées à un état de cachexie extrême. Pourtant l'examen montrait que leur ventre était souple, que dans les fosses iliaques il n'y avait rien d'anormal et que la douleur intolérable dont elles se plaignaient était une hyperesthasie cutanée. Mais lorsque tous les traitements furent épuisés sans succès, M. Treves fit la laparotomie et trouva dans les deux cas une cavité abdominale et des viscères absolument normaux. Chez les deux il enleva pourtant l'appendice dont l'examen histologique montra un état d'intégrité parfaite. Les deux malades furent définitivement débarrassées de leur pseudo-appendicite.

Plus curieux encore est un troisième cas se rapprochant à certains points de vue des deux précédents. Il s'agissait dans ce cas d'une hystérique de 25 ans qui, de temps en temps, présentait le syndrome complet de l'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes. La première fois, lorsque la malade vint à l'hôpital on fit la laparotomie, mais on ne trouva rien. Dans un autre hôpital on soupçonna l'existence d'une communication anormale entre l'estomac et le gros intestin. On fit une seconde laparotomie, on ouvrit même l'estomac, mais on ne trouva rien d'anormal. A quelque temps de là la malade entra dans le service de M. Treves. Pour se rendre compte de la nature des vomissements fécaloïdes et des vomissements alimentaires que présentait la malade M. Treves lui fit donner à plusieurs reprises des lavements colorés ou des lavements d'huile de ricin : dix minutes après la malade rendait par la bouche le lavement introduit dans le rectum. Comme la malade ne mangeait plus et rendait par la bouche les lavements alimentaires, M. Treves fit à son tour la laparotomie, explora méthodiquement tous les viscères, mais ne trouva absolument rien. La malade quitta peu de temps après l'hôpital.

La laparotomie réussit ordinairement dans les cas de ce genre et dans ceux qu'on désigne sous le nom de névralgie abdominale. Mais il y a aussi des cas où la laparotomie simple échoue. C'est ce qui a eu lieu dans un cas opéré par M. Treves, où, à côté des douleurs intolérables principalement à gauche de l'ombilic, il existait de la constipation, des vomissements et une anorexie absolue ayant amené un état d'émaciation extrême. La laparotomie, en tous points négative, n'amena aucune amélioration et la malade succomba peu de temps après.

On est encore amené quelquefois à faire la laparotomie dans des cas qu'on peut désigner sous le nom d'hypochondrie intestinale. Les malades ont ordinairement de la colite avec constipation rebelle qui les occupe à tel point que leur état mental en souffre. Quand tout a échoué on fait, en désespoir de cause, la laparotomie et on trouve tantôt une anse oméga énorme remplissant presque tout l'abdomen, tantôt un côlon transverse allongé en forme de V dont la pointe descend jusque dans le petit bassin. Dans certains cas le micro-côlon est épaissi, opaque, atteint de péritonite déformante; dans d'autres encore le micro-côlon est surchargé de graisse et ceci sans qu'il s'agisse d'individus corpulents ni qu'il y ait de graisse dans le péritoine.

Une complication qu'on observe en pareil cas est une cellulite pelvienne qui se présente à la suite d'une poussée aiguë ou même au cours de cette colite et qui revêt la forme d'une carcinomatose diffuse du bassin. Dans deux cas observés par M. Treves, c'est ce diagnostic qui fut porté, et on n'intervint pas parce qu'on crut la situation trop compromise. Or ces deux malades guérirent spontanément et la tumeur diffuse qu'on sentait dans l'abdomen se dissipa peu à peu.

Certaines dilatations idiopathiques de divers segments du tube digestif peuvent commander l'intervention surtout quand le tableau clinique est celui d'une péritonite. Personnellement M. Treves est intervenu dans un cas de dilatation congénitale du gros intestin chez une fillette de 5 ans. Ayant trouvé un rétrécissement du rectum et de l'S iliaque, il les enleva et

aboucha le gros intestin hypertrophié avec l'anus. L'enfant guérit.

M. Treves a encore eu l'occasion d'intervenir chez une fille de 17 ans atteinte *depuis sa naissance* d'ictère avec acholie complète des selles. L'opération montra que le canal cystique libre s'abouchait avec le canal hépatique, mais que le cholédoque se terminait en cul-de-sac près de l'ampoule de Vater. Une cholécystentérostomie mit fin à l'ictère.

Dans deux autres cas où les symptômes présentés par les malades étaient ceux d'une tumeur inflammatoire du foie, M. Treves trouva que la tumeur était formée par le lobule de Riedel qui descendait jusqu'à la crête iliaque; dans un de ces cas il existait encore des adhérences qui avaient soudé le foie, le rein et le gros intestin.

M. Lauder Brunton a communiqué le cas d'une phthisique avec cavernes pulmonaires qui, depuis quelque temps, avait des douleurs très vives dans l'abdomen. On fit la laparotomie qui montra l'existence d'une tuberculose discrète du péritoine. Mais ce qui est curieux à noter, c'est qu'à la suite de cette laparotomie, les lésions pulmonaires rétrocédèrent, et aujourd'hui la malade est complètement guérie de sa tuberculose pulmonaire.

Quant à expliquer ce cas, M. Treves se demande si l'entrée de l'air dans la cavité abdominale ne donne pas lieu à la production abondante d'antitoxine aux dépens des substances albuminoïdes contenues dans le péritoine.

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 25 Février 1898.

Paraplégie par compression traitée par la laminectomie.

M. Hutchinson a montré une fille de 12 ans qu'il a eu à soigner en 1895 pour une paraplégie d'origine pottique datant de 18 mois. Lorsque la malade entra dans son service elle présentait une paralysie complète des deux membres inférieurs, avec clonus du pied, anesthésie, exagération considérable des réflexes rotuliens et plantaires, paralysie de la vessie.

Attribuant ces symptômes à une compression de la moelle épinière, M. Hutchinson pratiqua en décembre 1895 la laminectomie des 4 premières vertèbres dorsales. L'opération n'eut pas sur le moment de grands succès en ce sens qu'en février 1896 la malade quitta l'hôpital avec sa paraplégie qui ne fut en rien modifiée. Ce n'est que 9 mois plus tard que les mouvements et la sensibilité revinrent peu à peu dans les membres paralysés, et aujourd'hui la malade marche aussi bien que possible avec une colonne vertébrale presque droite.

M. Hutchinson pense que si l'amélioration ne s'est pas manifestée immédiatement après l'opération, cela tenait aux lésions anatomiques qui s'étaient développées dans la moelle sous l'influence de la compression et qui n'ont disparu que progressivement.

M. Wallis est intervenu par la laminectomie chez un homme de 38 ans qui entra à l'hôpital avec une paraplégie douloureuse mais sans anesthésie ni troubles de la vessie, et une gibbosité occupant les 2 dernières vertèbres dorsales. 10 jours après l'opération les douleurs disparurent et 3 semaines après le malade commença à mouvoir ses jambes.

Achondroplasie chez un enfant.

M. Garrod a montré une fille de 6 ans présentant le tableau classique du rachitisme fœtal : dépression profonde de la racine du nez, lordose de la colonne vertébrale, brièveté et déformation des quatre membres et surtout des bras. Le traitement thyroïdien continué dans ce cas pendant plusieurs mois n'a donné aucun résultat.

D'après M. Garrod, le processus anatomique dans le rachitisme fœtal serait des cellules de cartilage ayant pour résultat une dystrophie et un arrêt de développement du tissu osseux. Tandis que l'ossification par les fonctions du périoste continue à s'effectuer régulièrement, le fonctionnement du cartilage fait défaut aussi, les os ne s'accroissent pas en longueur mais deviennent denses et épais.

M. Drysdale a observé du rachitisme fœtal chez 3 sœurs, tandis que les 3 frères n'avaient rien de pareil. Dans ces cas le traitement thyroïdien a donné un résultat appréciable.

Redressement forcé de la gibbosité pottique.

M. Cotterell a montré un enfant de 5 ans auquel il a fait le redressement forcé de la gibbosité pottique compliquée de paraplégie contre laquelle avait échoué les moyens ordinairement employés.

Huit jours après le malade commença à mouvoir un peu ses jambes; peu à peu les mouvements revinrent dans les membres paralysés, et lorsque 8 mois plus tard l'appareil plâtré fut enlevé, le malade marchait et courait avec la plus grande facilité.

Dans ce cas l'opération a été faite moins pour redresser la colonne vertébrale que pour faire disparaître la paraplégie.

M. Jackson Clarke communique un autre cas où le redressement forcé de la gibbosité pottique a fait disparaître la paraplégie.

Rupture du ligament rotulien.

M. Watson Cheyne a eu l'occasion d'intervenir chez un homme qui est entré à l'hôpital pour une rupture du ligament rotulien datant de 4 semaines.

Une incision n'ayant pas permis de retrouver les deux bouts des ligaments, M. Cheynes passa un fil d'argent à travers la rotule et le tibia, rapprocha les deux os et sutura par-dessus les tissus fibreux dont il pouvait encore disposer. Le résultat fonctionnel a été très satisfaisant.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 Janvier 1897.

Traitement des infections puerpérales par le sérum antistreptococcique.

M. Hubert a eu récemment recours aux injections de sérum antistreptococcique dans un cas d'infection puerpérale extrêmement grave dans lequel la température avait atteint 40°, le pouls étant à 150. Il injectait donc 150 centimètres cubes de ce sérum dans le tissu cellulaire ; 24 heures plus tard, l'aspect général de la maladie avait totalement changé, et 14 jours après la malade sortait de l'hôpital complètement guérie. Or, avant l'injection, la malade pouvait être considérée comme irrémédiablement perdue.

Sur la structure intime des cellules des ganglions cérébro-spinaux.

MM. Van Gehuchten et Nelis. — Les ganglions cérébro-spinaux du lapin, colorés par le bleu de méthylène, se montrent constitués par un grand nombre de types cellulaires parfaitement distincts. A côté des éléments chromatophiles ou *cellules obscures* généralement très petites, on trouve un grand nombre d'éléments chromophiles ou *cellules claires* beaucoup plus volumineuses. Celles-ci comprennent pour le moins 6 types cellulaires différents l'un de l'autre par la forme, la disposition et la richesse des éléments chromatophiles. On ignore encore la valeur physiologique de ces divergences dans la structure anatomique.

Parmi ces types cellulaires, il y en a un qui est caractérisé par la présence d'une large zone périphérique de protoplasma complètement dépourvu de granulations chromatiques. Ces cellules se prêtent admirablement à l'étude de la structure intime de la partie achromatique du protoplasma cellulaire. Cette partie achromatique offre une structure nettement réticulée,

tout à fait différente de celle qu'ont décrite et figurée Flemming et Lugaro.

Quelques types cellulaires permettent aussi d'étudier la structure du cône d'origine de l'axone. Ce cône n'est pas homogène; il ne présente pas non plus une structure fibrillaire aussi grossière que celle qu'ont signalée Flemming, Lugaro et Marinesco. Les fibrilles qui le constituent sont excessivement fines; elles sont, de plus, granuleuses comme si elles étaient formées par des séries régulières de fines granulations.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 25 Février 1898.

Kératoses arsenicales.

M. Ullmann a présenté une femme de 34 ans qui, en 7 années, avait pris 6 grammes d'arsenic pour une acné chronique. Au cours de ce traitement, elle remarqua que la peau de la paume des mains et de la plante des pieds s'épaississait et devenait le siège d'une hyperhidrose abondante. Dans ces dernières années, l'affection s'améliora, mais l'épaississement de la peau et la tendance à la formation de rhagades persista. En 1896; la malade fut atteinte d'un épithélioma de la face, qui fut extirpé. L'année dernière, un nouvel épithélioma se développa à la base d'une rhagade du talon et nécessita également l'extirpation. Chez cette femme, la kératose est certainement due à l'usage de l'arsenic.

Sur 26 cas de kératose arsenicale, 4 fois on a constaté de l'hyperhidrose. Souvent la kératose est associée à la mélanose. Dans une observation, la kératose est survenue après 2 mois seulement de traitement arsenical.

M. von Hebra fait remarquer que, dans le cas relaté par M. Ullmann, la kératose n'a été améliorée qu'à la suite de la suppression du traitement arsenical. Lui-même a été atteint d'une kératose très douloureuse de la surface plantaire, mais sans hyperhidrose, après avoir pris de l'arsenic pendant 3 mois.

M. Lang dit qu'on ne peut plus douter de l'existence de la kératose d'origine arsenicale, mais il nie tout rapport entre la kératose arsenicale et l'hyperhidrose.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1896-1897.

M. Ruais (G.). *Révulsion et vésicatoire en thérapeutique infantile. Etude historique et clinique.* N° 430. (H. Jouve.)

M. Génévrier (A.). *Le phosphate de gaïacol. Etude de ses propriétés chimiques et thérapeutiques.* N° 588. (Ollier-Henry.)

M. Gires (P.). *L'holocaïne. Contribution à l'étude de son action physiologique, de son emploi comme anesthésique en ophthalmologie et en stomatologie.* N° 441. (Paul Lemaire.)

M. Hörmann (E.). *L'eau froide et les injections de sérum en chirurgie.* N° 609. (H. Jouve.)

La révulsion est une méthode thérapeutique aussi vieille que la médecine elle-même. Employée tantôt d'une façon raisonnée, tantôt d'une façon empirique, elle a résisté à toutes les attaques et, malgré les dangers sans nombre auxquels elle expose les enfants surtout, elle jouit encore à l'heure actuelle d'une vogue extraordinaire.

Tous les révulsifs ont été employés chez l'enfant et, si quelques-uns présentent quelques avantages, ils ont bien aussi leurs inconvénients.

Une exception est à faire en faveur des enveloppements froids qui agissent à la fois comme révulsifs et comme antithermiques.

L'agent révulsif le plus employé est le vésicatoire sous toutes ses formes et surtout le vésicatoire cantharidé que l'on ne devrait jamais employer en médecine infantile à cause des désordres qu'il a occasionnés.

Cependant, remarque M. Ruais, le vésicatoire est maintenant rarement indiqué en thérapeutique infantile. Au-dessous de 2 ans, il ne l'est jamais ou presque jamais, et après cet âge, lorsqu'on a recours à ce moyen thérapeutique, il faut avoir présents à l'esprit les dangers auxquels on expose son malade. De plus, certaines maladies contre-indiquent l'emploi du vésicatoire. On ne s'en servira pas chez un enfant avant de s'être assuré de l'intégrité de la fonction rénale; on s'en abstiendra dans le cours ou dans la convalescence des maladies infectieuses et en particulier dans la rougeole, la scarlatine, la diphthérie, dans le faux croup et les laryngites suspectes, on l'évitera dans la broncho-pneumonie, dans la pneumonie et la bronchite, car son action est à peu près nulle et en tous cas très incertaine. On s'en abstiendra également chez les enfants nerveux, épuisés, cachectiques.

Malgré les précautions prises dans l'application du vésicatoire, il peut survenir des complications : alors que faudrait-il faire? L'indication thérapeutique dépend évidemment de la nature des complications et il est impossible de donner une règle générale.

Lorsque la composition de la créosote fut connue, avec Salhi (de Berne), la faveur médicale s'était portée sur le gaïacol liquide ; l'inconstance de sa composition a fait qu'il a cédé la place au gaïacol synthétique cristallisé de Béhal et Choay. Maintenant la chimie a donné tous les éthers du gaïacol, dont le phosphate, qui fait le sujet de l'étude de M. Génévrier, est un corps nettement défini, sans saveur ni odeur et qui s'absorbe facilement.

Son élimination est rapide et se fait surtout par les urines.

Sur le gaïacol il présente les avantages d'être moins toxique, plus maniable, moins caustique.

Sur les différents éthers du gaïacol, il a l'avantage d'introduire dans l'économie, outre le gaïacol un radical phosphore utile dont la proportion atteint 17 p. 100 de son poids en anhydride phosphorique au lieu de corps indifférents, comme l'acide carbonique du carbonate de gaïacol ou dangereux à hautes doses comme l'acide salicylique du salicylate.

Le phosphate de gaïacol paraît jouir des mêmes propriétés thérapeutiques que le gaïacol, son emploi est indiqué dans le traitement de la bronchite chronique et de la tuberculose pulmonaire.

La dose thérapeutique varie entre 0 gr. 50 et 1 gramme et peut être largement dépassée sans inconvénients.

L'eucaïne A, l'eucaïne B, l'holocaïne s'efforcent de prendre place à côté de la cocaïne. M. Gires a constaté que l'holocaïne est un bon anesthésique local et que son pouvoir anesthésique local est égal à celui de la cocaïne.

Mais la toxicité de l'holocaïne n'étant point moindre que celle de la cocaïne, mais paraissant au contraire supérieure, son emploi doit être restreint à de petites opérations.

L'holocaïne paraît toutefois présenter des avantages réels pour certaines opérations ophthalmologiques, et en stomatologie son emploi nous paraît présenter des avantages assez sérieux pour la préférer à la cocaïne.

La zone de diffusion étant supérieure à celle de la cocaïne son emploi paraît indiqué pour l'extraction de plusieurs dents voisines.

Des observations qu'a pu réunir M. Hormann, il résulte que les injections de solutions minéralisées sont un précieux moyen thérapeutique à opposer aux infections générales en chirurgie ; la voie veineuse est préférable dans la majorité des cas à la voie sous-cutanée, à cause de la rapidité d'action des injections intra-veineuses, et de la possibilité de faire des injections abon-

dantes dans un court espace de temps, et à plusieurs reprises, si on le juge nécessaire; l'injection intra-veineuse est facile à réaliser, et avec les moyens actuels elle peut se faire sans dangers si l'on y apporte quelque attention.

A l'injection de solution minéralisée, il est souvent indiqué d'associer la balnéation froide, ou l'enveloppement dans le drap mouillé. Cette méthode peut donner dans les infections généralisées d'ordre chirurgical, d'aussi précieux résultats que dans les infections médicales et obstétricales. Les chirurgiens pourront donc en faire souvent l'emploi : ils en retireront certainement autant d'avantages que les médecins et les accoucheurs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte.

La 7e chambre de la Cour de Paris, présidée par M. Pottier, a rendu son jugement dans l'affaire Laporte. Le premier jugement a été infirmé.

Le Dr Laporte a accompli son devoir professionnel dans les conditions les plus ingrates, il ne mérite aucun reproche : voilà ce qui ressort de l'arrêt de la Cour.

Voici la plupart des considérants du jugement rendu par la Cour.

Considérant, que le professeur agrégé Maygrier, adjoint après l'autopsie par M. le juge d'instruction au Dr Socquet, a également constaté les lésions de l'utérus et de la vessie, découvertes à l'autopsie et évidentes sur les pièces enlevées, consistant en deux perforations, dont l'une occupait la face antérieure du col de l'utérus et la face postérieure de la vessie et dont l'autre, intéressant la partie latérale droite de la vessie, faisait communiquer cet organe avec le péritoine, amenant l'écoulement de l'urine dans le ventre;

Considérant, qu'en présence des constatations décisives des experts, confirmées par les déclarations mêmes du prévenu, on ne saurait mettre en doute que le Dr Laporte ait, par des lésions faites au cours de l'opération de la craniotomie, involontairement causé la mort de la femme Fresquet, mais que, pour statuer sur la prévention relevée contre lui, il faut, en outre, rechercher si ce fait établi constitue à sa charge, dans les circonstances où il s'est produit, une faute lourde caractérisant le délit d'homicide par imprudence ou maladresse, puni par l'article 319 du Code pénal, visé par la poursuite;

Considérant, que, pour arriver à une appréciation équitable de la responsabilité engagée par le résultat funeste de l'opération, il faut tout d'abord mettre en relief qu'au point de vue de l'indication clinique de cette opération, des experts concluent expressément qu'en commençant par appliquer le forceps, et en se décidant, après les applications infructueuses du forceps, à recourir à la craniotomie, le Dr Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation, et a observé, en ce point, toutes les règles de l'art de l'accoucheur;

Ils déclarent même qu'en raison de la nécessité urgente de l'intervention, il était autorisé, comme bien des praticiens l'ont déjà fait avant lui, et comme le rappellent, à ce sujet, les traités classiques d'obstétrique, à recourir à tout instrument quelconque approprié qui se trouvait sous sa main, justifiant ainsi l'emploi de l'aiguille à matelas qui a causé les lésions mortelles;

Considérant que le défaut d'aseptisation des différents instruments employés n'étant pas reconnu comme une des causes de la mort de la femme Fresquet, cette négligence reprochée à Laporte doit être écartée du débat;

Considérant que le jugement retient contre le prévenu un premier grief que n'avait pas relevé le réquisitoire du ministère public, en lui reprochant, comme une faute grave, de n'avoir pas cherché à s'assurer avant de procéder à une opération difficile, qu'il tentait, pour la première fois, le concours d'un autre médecin;

Mais considérant que les experts constatent, dans leur rapport, que la longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement;

Qu'appelé tardivement, en médecin du service de nuit, dont le règlement ne prévoit pas dans son texte l'appel au concours du second médecin auprès d'une femme qui avait manifesté sa volonté de faire ses couches chez elle et qui d'ailleurs, à ce moment, n'était pas transportable sans sérieux danger, Laporte se trouvait, selon l'expression de M. le docteur Maygrier à l'audience, acculé, après les applications infructueuses de forceps, à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'opération et la femme succombait, ou faire, dans des conditions particulièrement difficiles, l'opération, qui offrait la seule chance de salut pour la parturiente;

Que ces considérations dégagent pleinement, de ce chef, la responsabilité de Laporte, que les experts approuvent de n'avoir pas hésité à accepté ainsi la mission pénible de délivrer seul cette femme chez elle, dans les conditions les plus défavorables.

Considérant que le jugement retient contre l'appelant une seconde faute commise au cours de l'opération, faute qui aurait consisté à introduire directement l'aiguille dans les organes génitaux, en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire, au lieu de prendre les précautions indispensables, d'assurer la direction voulue de l'instrument, en le guidant profondément sur les doigts, de manière à amener sûrement, sans déviation dangereuse, la pointe en contact avec le crâne fœtal, qu'il cherchait à perforer;

Mais, considérant que le seul examen des lésions ne permet pas aux experts de reconnaître si elles sont le résultat d'un accident opératoire ou d'une faute opératoire;

Qu'ils déclarent, en effet, que ces mêmes lésions utérines ou vésicales pourraient avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé avec tous les soins nécessaires, par la main de l'opérateur;

Qu'elles peuvent, dès lors, ne révéler qu'un accident opératoire qui n'est pas sans exemple dans la science.

Que les experts font d'ailleurs observer que ces lésions étaient difficiles à éviter, avec un instrument tel que l'aiguille à matelas, etc., etc.;

Qu'il résulte de ce qui précède que c'est en dehors des constatations techniques des experts et seulement dans les témoignages des assistants et les déclarations du prévenu, que peut être recherchée la preuve judiciaire de la faute opératoire imputée à celui-ci;

Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait opposer à Laporte, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un aveu résultant de sa déclaration dans l'information;

Concluons enfin qu'il faut s'attacher à ce motif péremptoire que les experts, même en tenant pour constantes les affirmations ci-dessus écartées par la Cour des témoignages reçus dans l'information dont ils avaient eu communication, et qu'il ne leur appartenait pas de discuter, sont arrivés à des conclusions indiquées en ces termes dans leur rapport écrit :

Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables.

Or, les experts ont tenu à préciser le sens et la portée de ces conclusions, en faisant ressortir l'ensemble des circonstances atténuant, à leur avis, dans la plus large mesure, la responsabilité du médecin qu'ils reconnaissaient comme engagée, dans les conditions et les termes qui viennent d'être rappelés par l'issue fatale de l'opération.

. . . .

Considérant qu'il suffit de mettre les termes de ces conclusions des experts en regard du texte de l'art. 319 du Code pénal pour reconnaître qu'il n'est pas rapporté, à la charge de l'appelant, la preuve suffisante d'un fait de nature à engager sa responsabilité pénale dans les termes de l'article sus-visé.

Par ces motifs :

Infirme le jugement dont appel; décharge l'appelant des condamnations prononcées contre lui, et renvoie Laporte des fins de la poursuite sans dépens.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage,

Par M. le Dr E. Villard,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

A l'heure actuelle le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage est limité à deux méthodes générales : la première, méthode de choix, la dilatation progressive, est de beaucoup la plus souvent employée ; la seconde, la gastrostomie, qui cherche à créer une voie d'alimentation détournée par la création d'une bouche stomacale, est réservée aux cas exceptionnels, à ceux dans lesquels toute tentative d'alimentation par la voie œsophagienne est devenue inutile et où le cathétérisme est également absolument impossible.

La gastrostomie semble donc être une méthode d'exception que l'on ne doit utiliser que dans des cas tout à fait spéciaux et où il n'y a rien autre à faire. « La gastrostomie n'est en effet, dit Terrillon (1) qu'une opération palliative voisine de l'anus contre nature ou de la trachéotomie mais laissant une véritable infirmité. »

Nous ne pensons point qu'il faille considérer la création d'une bouche stomacale comme une intervention devant être pratiquée seulement *in extremis*.

De la lecture de nombreuses observations publiées et de deux cas que nous avons eu l'occasion d'examiner, l'un appartenant à M. Jaboulay, l'autre nous étant personnel, nous croyons que la gastrostomie ne doit être envisagée que comme une opération temporaire permettant d'attendre en soutenant les forces du malade par une alimentation détournée et alors que des tentatives sont faites pour rétablir le calibre œsophagien et rendre l'ingestion des aliments possible par les voies naturelles.

En effet, depuis longtemps déjà, les opérateurs ont remarqué que dans certains cas, à la suite de gastrostomies pratiquées pour des rétrécissements cicatriciels, on voyait au bout d'un temps variable l'œsophage redevenir à nouveau perméable et cela sans que souvent il ait été nécessaire de tenter des manœuvres de cathétérisme. Ce sont des observations semblables qui sont rapportées dans la thèse de Cohen (1), à la Société de chirurgie par Terillon, Segond, etc.

M. Lefort, dans un rapport fait à l'Académie de médecine en 1889, a groupé tous ces cas et il a pu réunir ainsi 16 observations où le rétablissement de la fonction œsophagienne s'était effectué au bout d'un temps variable. Dans 6 cas dus à Colley, Bryant, Herf, Jones, Segond, la perméabilité de l'œsophage revint spontanément ; dans 9 autres cas dus à Albert, Schattauer, Terrillon, Hyort, Schede, Bergman, Staton, Socin, des manœuvres chirurgicales furent nécessaires pour arriver à ce résultat.

Depuis le travail de M. Lefort nous n'avons pas trouvé d'observation analogue à celle qu'il rapporte, mais, en 1895, M. Jaboulay faisait publier dans la thèse de son élève Diétrich (2) une observation très intéressante que nous reproduisons plus loin et dans laquelle une gastrostomie pratiquée *in extremis* a non seulement sauvé la malade d'une mort prochaine, mais encore a permis de faire des tentatives de cathétérisme qui après plusieurs essais infructueux ont fini par réussir.

La dilatation œsophagienne dès lors régulièrement suivie a rétabli le cours normal des aliments, et à l'heure actuelle cette jeune fille s'alimente exclusivement par la bouche, la fistule gastrique étant définitivement oblitérée.

Au mois de juillet 1896 nous avons eu occasion d'opérer dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, une malade atteinte elle aussi de rétrécissement cicatriciel infranchissable et chez laquelle la gastrostomie pratiquée d'urgence a, comme dans le cas précédent, permis le rétablissement des fonctions œsophagiennes et l'oblitération secondaire de la bouche stomacale.

Voici du reste les détails de ces deux observations.

Observation I (due à la bienveillance de M. le Dr Jaboulay). — *Rétrécissement cicatriciel imperméable. Gastrostomie. Dilatation progressive temporaire. Rétablissement de la voie alimentaire normale.*

Mlle V... avale par mégarde, le 1er septembre 1894, une bonne gorgée de solution de potasse. Cet accident provoque un vomissement de sang et une douleur tellement vive qu'elle occasionne une syncope.

Appelé immédiatement, M. le Dr Chapuis (de Lons-le-Saunier) ne constate qu'un peu de rougeur du pharynx. Il fait le traitement approprié et arrive à calmer la malade, qui souffrait atrocement, en lui faisant sucer de la glace.

Pendant les jours suivants, rien de caractéristique : la malade se met à boire, à manger même, mais la déglutition est assez douloureuse.

Pendant un certain temps, on croit à de l'œsophagisme ; tantôt, en effet, la malade peut avaler, tantôt, au contraire, rien ne passe. Le cathétérisme est tenté, mais on est arrêté par une contracture du pharynx et des vomissements ; on réussit enfin à introduire une bougie qui franchit aisément deux rétrécissements situés l'un en haut, l'autre à moitié de l'œsophage, mais vient buter sur un troisième, imperméable celui-là, et situé à

1. *Bulletin de thérapeutique*, 1885, p. 173.

1. Th. Paris, 1885.
2. *Trait. des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage* (th. Lyon, 1895).

35 centimètres des arcades dentaires, c'est-à-dire au voisinage du cardia.

Malgré tous les procédés employés : bougies fines, bougies uréthrales montées sur un fil de fer, cet obstacle ne peut être franchi.

Trois semaines après l'accident, aucun aliment solide ne peut plus pénétrer dans l'estomac. La déglutition de la salive, d'abord gênée, devient bientôt impossible; enfin c'est au tour des liquides de ne pouvoir franchir l'obstacle.

Aux souffrances de la faim, viennent alors s'ajouter les tortures plus cruelles d'une soif que rien ne peut calmer. Des vomissements presque incessants rejettent hors de l'œsophage de la malade de la salive mélangée à du mucus et aux liquides alimentaires qu'on tente toujours en vain d'introduire. Les lavements alimentaires auxquels on a recours n'amènent pas d'amélioration.

L'inanition est extrême. Mlle V..., qui pesait 55 kilos au moment de son accident, n'en pèse plus que 40 : tout le monde la condamne à bref délai.

C'est dans cet état — désespéré — que M. le Dr Jaboulay gastrostomise d'urgence la malade, le 26 octobre.

La gastropexie est d'abord pratiquée après la laparotomie médiane, et l'incision de l'estomac, effectuée 36 heures après cette première opération, reçoit une sonde n° 14 par laquelle une injection d'un demi-litre de bouillon est immédiatement pratiquée.

Les suites de l'opération sont très satisfaisantes : 8 jours après, la malade peut se lever. La fistule stomacale ne donne lieu à aucun suintement, les injections alimentaires sont très bien tolérées, les forces de la malade reviennent.

M. le Dr Jaboulay tente alors l'introduction d'un cathéter dans l'œsophage; il subit 3 insuccès, mais enfin, le 13 novembre, il parvient en la dirigeant contre la paroi postérieure de l'œsophage à passer une sonde de 3 millimètres de diamètre (n° 2).

Le cathétérisme échoue de nouveau le lendemain, mais le 15 novembre et les jours suivants, le rétrécissement est franchi et admet à la fin du mois un n° 8. Ce n'est qu'à partir de cette époque que Mlle V... peut déglutir des liquides : toutefois la salive ne passe toujours pas. Le jour, elle s'écoule en abondance hors de la bouche de la malade et est rejetée la nuit par des regurgitations.

L'alimentation par la sonde stomacale est encore continuée quelque temps.

Pendant le cours du mois de décembre, la dilatation progressive temporaire est régulièrement pratiquée et la malade contribue pour une large part à ses bons résultats en se faisant elle-même des séances de dilatation pendant 1 à 2 heures consécutives chaque jour.

On gagne environ un numéro tous les deux jours et la malade augmente à peu près régulièrement de 800 grammes chaque semaine. La salive passe quand on a réussi à franchir le rétrécissement avec un n° 14.

A partir du n° 18 les soupes et les viandes blanches peuvent entrer dans l'alimentation de la malade.

Enfin, le 8 janvier, le n° 24 est introduit dans le rétrécissement et la malade peut avaler de petits morceaux de bœuf.

26 janvier 1895. Le n° 24 passe très facilement et reste en place pendant une heure. Le n° 25 est également introduit mais ne peut être toléré que quelques instants.

Mlle V... a engraissé de 400 grammes dans la semaine.

2 février. Le n° 27 est aisément introduit et bien supporté. La sonde stomacale est obstruée. La malade a augmenté de 600 grammes.

19 février. Le n° 28 a été passé cinq fois avec succès, le numéro 30 est également introduit mais fait horriblement souffrir la malade et ne peut être laissé en place que cinq minutes.

La sonde stomacale est remplacée par une autre de même calibre dont l'introduction est assez difficile.

9 mars. Le n° 30 passe aisément et peut être toléré pendant une heure consécutive. Le n° 31 n'est pas encore entré entièrement. La malade mange bien plus facilement et à peu près de tout : elle a encore engraissé de 600 grammes elle pèse alors 50 kilos 300 grammes. Quelques bourgeons charnus qui s'étaient développés au pourtour de la fistule stomacale sont cautérisés.

13 mars. Depuis deux jours le n° 33 est introduit, mais fait tellement souffrir la malade qu'elle est obligée de l'enlever immédiatement. Mlle V... a encore augmenté de 400 grammes en huit jours.

19 mars. Le spasme œsophagien a augmenté et rend très douloureuse l'introduction des sondes.

Le passage n° 33, sans présenter de difficultés, est horriblement pénible pour la malade qui devient rouge et supplie qu'on la débarrasse. Le n° 30 lui-même, qu'elle gardait une heure, est mal toléré.

L'état général de Mlle V... est bon; elle mange facilement, mais est très affectée depuis quelques jours par la maladie d'un membre de sa famille.

25 mars. Le n° 33 est introduit assez facilement et bien toléré. La sonde est définitivement retirée de la fistule stomacale.

2 avril. Le n° 33 passe. Les numéros supérieurs pénètrent facilement jusqu'à une profondeur de 34 à 35 centimètres, mais ne peuvent aller plus loin. Mlle V... pèse actuellement 52 kilos.

4 avril. Etat stationnaire. On introduit l'instrument de Bennett. Une olive de 8 millimètres passe avec la plus grande facilité, mais à partir de 11 millimètres les olives ne peuvent franchir le rétrécissement inférieur et ne pénètrent qu'à une profondeur de 29 centimètres.

5 avril. Le n° 34 a réussi à franchir l'obstacle.

Depuis cette époque la malade a quitté la maison de santé, l'alimentation se fait exclusivement par la bouche et enfin la fistule stomacale s'est spontanément oblitérée.

Obs. II. — *Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage* (acide sulfurique). *Gastrostomie temporaire. Dilatation œsophagienne secondaire. Guérison.* (Personnelle.)

Le 1er juillet 1896, la nommée O. J..., âgée de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 16, pour des accidents de rétrécissements de l'œsophage infranchissables.

Il y a 4 ans cette malade était déjà entrée dans le service de M. le professeur Léon Tripier pour des brûlures œsophagiennes étendues occasionnées par l'ingestion volontaire d'acide sulfurique. Le caustique avait déterminé chez elle une œsophagite intense qui avait pourtant cédé à quinze jours d'un traitement médical symptomatique. Rentrée chez elle, elle put déglutir sans gêne apparente et pendant 2 mois à peu près tous les aliments. Au bout de ce temps, des signes de sténose œsophagienne avaient commencé à apparaître caractérisés par une gêne rapide et croissante de la déglutition des aliments. Elle dut revenir de nouveau à l'Hôtel-Dieu où un cathetérisme dilatateur régulièrement pratiqué permit au bout de quelques séances le rétablissement relatif du calibre œsophagien.

Depuis cette époque l'alimentation a été à peu près régulière à la condition que la malade mâche soigneusement les solides et avale lentement. De temps en temps pourtant, tous les mois, tous les 2 mois survenaient des accidents de sténose, mais la patiente, qui en connaissait le traitement, passait elle-même une bougie œsophagienne de moyen calibre qui lui procurait quelques semaines de répit.

Il y a deux mois environ le cathéter en gomme dont elle se servait habituellement s'étant un peu éraillé par l'usage elle ressentit au passage de l'instrument une sensation de râclement, de déchirure qui fut suivie d'une sténose spasmodique de 2 ou 3 jours : celle-ci rétrocéda spontanément mais d'une façon incomplète.

Enfin, il y a 15 jours, au cours d'un nouveau cathétérisme avec la même bougie, nouveau traumatisme, celui-là plus douloureux et qui eut les mêmes suites. La malade fut pourtant encore capable de déglutir de petites quantités de liquide pendant 4 ou 5 jours. Au bout de ce temps toute ingestion œsophagienne devint impossible et à l'heure actuelle depuis 10 jours on peut considérer que cette malade n'a rien avalé.

A son entrée on constate que cette femme est très amaigrie, très anémiée ; le faciès est terreux mais sans présenter pourtant la teinte cachectique des néoplasiques. Son poids est de 39 kilogs; la soif est vive, les urines sont rares, un léger subdelirium. Une tentative de cathetérisme faite avec une bougie n° 15 à 18 est infructueuse, celle-ci est arrêtée à 20 centimètres

environ des arcades dentaires. On n'insiste pas par crainte de créer une fausse route.

La gastrostomie est décidée mais elle est repoussée d'une façon très énergique par la malade qui ne s'y résout que le 4 juillet, devant la déperdition croissante et rapide de ses forces.

4 juillet. M. Villard pratique la gastrostomie en deux temps, c'est-à-dire qu'il se contente de faire la gastropexie sur une assez large étendue.

Incision cutanée latérale de 8 centimètres environ à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes gauches et parallèlement à lui. L'estomac facilement découvert sous le lobe gauche du foie est amené dans la plaie et fixé par deux plans de suture : 7 à 8 sutures séro-musculaires au catgut, autant de sutures séro-cutanées à la soie. Opération simple.

5 juillet. A la suite de l'interventation de la veille l'amélioration du spasme œsophagien que l'on aurait pu espérer grâce à la gastropexie ne s'étant pas produite et la malade ayant présenté au contraire des régurgitations salivaires plus abondantes, l'ouverture de l'estomac est décidée. TR = 37°6. Ponction très étroite de l'estomac au travers de laquelle on introduit profondément à frottement une sonde de Nélaton n° 20. Celle-ci est fixée aux lèvres de la plaie stomacale par un point de suture métallique.

Immédiatement, vu l'état grave de la malade, on injecte au moyen d'une seringue 60 grammes de lait : aucun reflux au dehors ne se produit.

Toutes les heures, administration d'une égale quantité de lait : dès le soir, cette femme se trouve mieux; elle est moins énervée, elle n'a pas la sensation de faim et peut facilement apaiser sa soif en se gargarisant.

6 juillet. L'alimentation est continuée régulièrement par l'ingestion de lait, de vin et de bouillon. Aucun reflux des liquides au dehors, état général meilleur, pas de réaction fébrile.

11 juillet. La malade reprend progressivement ses forces : l'alimentation se fait régulièrement, un peu de suintement des liquides stomacaux le long de la sonde. Celle-ci est remplacée par une autre d'un calibre un peu plus fort : il semble que les regurgitations salivaires par la bouche soient considérablement diminuées et que la malade puisse, dans une certaine mesure, avaler sa salive.

13 juillet. Aujourd'hui notre malade a pu avaler quelques gouttes de liquide par la bouche : l'imperméabilité de l'œsophage s'est donc rétablie. La fistule gastrique s'est légèrement agrandie : on enlève la sonde et celle-ci n'est replacée qu'au moment de l'introduction des aliments : Les bords de la fistule sont recouverts d'une couche de poudre de bicarbonate de soude destinée à neutraliser l'acidité du suc gastrique.

16 juillet. L'acidité du suc gastrique a déterminé tout au pourtour de l'orifice fistuleux une zone enflammée et ulcérée. Le bicarbonate de soude ne semble pas donner de résultat. Il est remplacé par une épaisse couche isolante de vaseline boriquée. Un point de suture qui avait été placé pour rétrécir l'orifice n'a pas donné de résultat. La perméabilité œsophagienne continue à se rétablir pour les aliments liquides, mais nous n'avons tenté encore aucun cathétérisme.

1er août. Le cathétérisme de l'œsophage a été pratiqué et la dilatation du conduit est poursuivie régulièrement.

La malade s'alimente exclusivement par la voie buccale au moyen de liquides et de potages. La fistule gastrique persiste, mais les phénomènes d'ulcération ont été enrayés très rapidement grâce à l'emploi de la vaseline.

Etat général excellent : la malade a engraissé d'une façon notable.

5 septembre. L'alimentation œsophagienne permettant les solides tels que de petits morceaux de viande et de pain. la malade demande à être débarrassée de sa fistule gastrique. M. Villard a pratiqué aujourd'hui dans ce but une suture à trois étages (muqueuse, séreuse, musculo-cutanée).

25 septembre. L'autoplastie a à peu près complètement réussi : il ne reste plus qu'une petite fistulette insignifiante.

Décembre 1896. Nous avons revu la malade : elle a engraissé de 15 kilogs, la fistule gastrique est oblitérée : l'alimentation œsophagienne se fait bien : son médecin pratique de temps en temps le cathétérisme pour maintenir la perméabilité du conduit.

Les deux observations que nous venons de rapporter sont particulièrement concluantes. Comme on a pu le voir, elles démontrent clairement ce fait qu'au bout d'un laps de temps relativement court l'œsophage a de nouveau laissé passer des aliments ou une sonde. C'est à la suite de tentatives multiples successivement répétées que dans notre première observation le cathétérisme a pu être effectué, alors qu'au contraire c'est spontanément que dans le deuxième cas la déglutition s'est rétablie. Il s'est passé là en somme ce qu'avaient déjà signalé Lefort et Terrillon. La gastrostomie semble avoir eu une influence particulièrement heureuse sur la stricture œsophagienne et il nous semble qu'il est facile de comprendre le mécanisme et la pathogénie de l'amélioration constatée.

L'anatomie pathologique des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage montre en effet qu'il est exceptionnel de trouver des strictures absolument complètes du conduit alimentaire. Il existe toujours un pertuis plus ou moins étroit, un trajet plus ou moins sinueux, au travers duquel on pourra insinuer un fin stylet. Ce qui, durant la vie du malade, donne les allures cliniques d'une sténose absolue, ce sont probablement, d'une part, la viscosité des sécrétions œsophagiennes et de la salive, qui, par leur adhérence aux parois, forment bouchon, et, d'autre part, fait qui joue indubitablement le rôle le plus considérable, le spasme musculaire réflexe.

Ce spasme est constaté en clinique par les alternatives d'amélioration et d'aggravation que l'on observe chez les malades. Il est très vraisemblablement sous la dépendance des irritations locales produites par le développement du rétrécissement. Il existe en effet un certain degré d'inflammation chronique tout au voisinage du point rétréci, inflammation en rapport avec la stagnation des liquides et des aliments au-dessus de la stricture.

Dans d'autres circonstances ce seront des manœuvres de cathétérisme faites d'une façon trop brutale ou maladroite qui irriteront les parois œsophagiennes en provoquant un redoublement des phénomènes spasmodiques.

Notre deuxième observation démontre tout à fait ce mécanisme. La malade se cathétérise avec une sonde en mauvais état; elle le fait avec violence parce qu'elle voit la gêne à la déglutition augmenter et au bout de peu de jours plus rien ne passe, la salive est regurgitée, le spasme a transformé le rétrécissement en une sténose complète.

Ces considérations de physiologie pathologique nous permettent de comprendre le rôle utile de la gastrostomie. En effet celle-ci met au repos complet l'œsophage : plus de stagnation de matières alimentaires au-dessus du point rétrocessé, plus d'irritations produites par les tentatives de cathétérisme et partant autant de raisons de moins au développement du spasme. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que l'on observe au niveau de la vessie où chez les rétentionnistes on voit brusquement la miction reparaître normale à la suite d'une simple ponction vésicale. Pourtant cette mise au repos de l'œsophage n'explique pas tout. Il faut adjoindre certains réflexes mal définis qui, partis de l'estomac, viendraient inhiber le spasme musculaire. On connaît dans cet ordre d'idée les cas où une simple gastropexie a suffi pour rétablir la perméabilité œsophagienne force est alors d'admettre le rôle utile des phénomènes nerveux que nous venons de signaler.

Quoi qu'il en soit du mécanisme intime qui préside à la rétrocession des contractures musculaires, le fait existe, il est indubitable et nous croyons, comme nous le disions

déjà au début de ce travail, qu'on doit en tenir la plus grande importance dans l'avenir des gastrostomisés.

On ne doit plus considérer la gastrostomie que comme une opération temporaire destinée à lutter momentanément contre l'inanition jusqu'à ce que le cathétérisme de l'œsophage soit redevenu possible.

Ceci étant posé, comment devra-t-on pratiquer la gastrostomie et comment faudra-t-il se comporter pour rétablir l'alimentation normale.

Hormis les cas où l'on est pressé par une inanition imminente et menaçante nous croyons qu'il vaut mieux pratiquer la gastrostomie suivant le manuel opératoire qui a été préconisé par le professeur Poncet et par son élève Tillier, c'est-à-dire la gastropexie d'abord et ultérieurement l'ouverture de l'estomac au bout d'un temps variable généralement assez long. Cette manière de faire nous semble présenter deux avantages. Le premier, c'est de donner au malade le bénéfice de ces améliorations réflexes du spasme œsophagien que l'on voit survenir à la suite d'une simple gastropexie; le second, c'est de créer un canal profond menant à l'estomac et bien disposé pour la rétention des liquides gastriques.

Dans les cas où, au contraire, on sera pressé par un état de faiblesse considérable des malades, force sera de pratiquer la gastrostomie en un temps, ou en deux temps séparés seulement par 24 heures d'intervalle comme nous avons été obligé de le faire dans nos deux observations.

Contre le rétrécissement œsophagien proprement dit, la conduite qu'il faudra d'abord tenir, c'est l'expectation. Nous avons vu que souvent la perméabilité œsophagienne revenait d'elle-même, et c'est ainsi que les choses se sont passées dans des observations de Colley, de Bryant, de Herf, de Jones et chez une de nos malades. On pourra donc espérer ce résultat spontané. D'autre part il ne faut point se hâter, car toute tentative de cathétérisme intempestive risquerait de réveiller les phénomènes spasmodiques et en tout cas iraient à l'encontre de la mise au repos de l'œsophage que l'on doit rechercher.

Si pourtant, aucune amélioration ne se produit spontanément, on devra au bout de 10 à 15 jours tenter des manœuvres qui seront de diverses sortes. Les chirurgiens ont eu recours à des artifices opératoires multiples : c'est ainsi que Bergman utilisa le cathétérisme forcé, que Schede pratiqua l'œsophagotomie, que Hyort se servit de l'électrolyse. Socin eut même recours dans un cas de sténose incomplète à l'ingénieuse manœuvre suivante. Il fit déglutir par la bouche un fil dont il atteignit l'extrémité inférieure au travers de la bouche stomacale et par des tractions exercées sur ce fil il parvint à engager des bougies dans la lumière du rétrécissement qu'il réussit enfin à dilater par ce moyen. D'autres chirurgiens ont eu recours au cathétérisme rétrograde. Toutes ces manœuvres sont des procédés d'exception; la méthode de choix, celle à laquelle ont eu recours la plupart des auteurs, c'est la dilatation par bougies introduites par la voie buccale.

Ce seront d'abord des bougies filiformes que l'on aura la bonne fortune de voir franchir l'obstacle et alors il faudra laisser la bougie en place pendant plusieurs heures, plusieurs jours, pour que par un travail latent elle agisse sur le rétrécissement en le ramollissant et en le dilatant.

Puis, on passera des bougies de plus en plus volumineuses jusqu'à rétablissement du calibre normal. C'est encore dans ces circonstances que l'on pourra utiliser la sonde pneumatique imaginée par M. Jaboulay, qui, introduite vide au travers de la stricture viendra dilater celle-ci d'une façon douce et progressive lorsqu'on insufflera sous pression, de l'air à son intérieur. On a pu voir dans notre première observation le bénéfice retiré par cette manière de faire.

Lorsque la dilatation œsophagienne aura été réalisée, comment faudra-t-il se comporter vis-à-vis de la fistule gastrique. Certains chirurgiens s'appuyant sur les récidives fréquentes du rétrécissement ont pensé qu'il fallait conserver cette fistule comme une soupape de sûreté précieuse pour le jour où l'alimentation buccale deviendrait de nouveau impossible.

Il faut bien considérer pourtant que la présence de cette fistule abdominale par laquelle viennent suinter les liquides gastriques ou s'échapper des parcelles alimentaires est une infirmité très pénible pour les malades. Des phénomènes d'excoriation, des ulcérations cutanées, des poussées érythémateuses se produisent sans cesse au pourtour de l'orifice entretenues par l'action irritante des liquides de l'estomac, constamment les malades sont obligés de porter un pansement, des linges qu'ils doivent changer quelquefois à plusieurs reprises dans la journée; toutes conditions très gênantes dans la vie ordinaire et mettant les gens qui en sont affligés dans des conditions d'infériorité marquées vis-à-vis de leurs semblables. Aussi, voyons-nous les malades qui, s'alimentant exclusivement par la bouche ne comprennent pas l'utilité de cette fistule qui les incommode, réclamer avec énergie sa disparition.

Nous croyons qu'on ne doit point refuser le bénéfice d'une intervention curatrice de la bouche stomacale mais dans certaines conditions seulement.

Il faudra attendre un laps de temps suffisant, plusieurs mois, pour être sûr qu'on n'est pas exposé à un retour du rétrécissement et d'autre part il sera nécessaire que le cathétérisme de celui-ci ait permis d'obtenir une très forte dilatation, et qu'une phase d'observation suffisamment prolongée ait démontré la persistance du résultat obtenu.

C'est entouré de ces garanties que l'on devra tenter l'oblitération de la fistule que l'on réalisera par une suture à trois étages, comprenant un plan muqueux, un autre séreux et un dernier musculo-cutané.

Cette suture devra être faite très minutieusement car on est exposé à des insuccès tout au moins partiels qui nécessiteront, s'ils se produisaient, une réintervention.

Nous formulerons en terminant les conclusions suivantes :

Dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, entre la dilatation, méthode de choix, et la gastrostomie, méthode d'exception se place une intervention mixte, la gastrostomie temporaire.

La gastrostomie temporaire s'adresse aux malades qui, atteints de rétrécissements infranchissables se trouvent dans une situation très grave en rapport avec l'inanition.

Cette opération a pour but de soutenir momentanément les forces du malade en l'alimentant par la voie gastrique, de mettre au repos l'œsophage, de lutter contre les phénomènes de spasme et de permettre ultérieurement le rétablissement de la perméabilité du conduit alimentaire, soit que ce rétablissement se produise spontanément, soit que le fait ait lieu sous l'influence du cathétérisme.

On pourra tenter l'oblitération définitive de la fistule gastrique lorsqu'on aura poussé suffisamment loin la dilatation œsophagienne et qu'une longue période l'observation aura démontré l'absence de récidive.

La possibilité de pratiquer une gastrostomie tempo-

raire devra moins faire redouter aux chirurgiens la création d'une bouche stomacale, car ils sauront qu'il s'agit là d'une infirmité momentanée et non définitive.

En conséquence, il ne faudra point trop tarder pour pratiquer cette intervention; il vaudra mieux s'adresser à des malades encore suffisamment résistants et avoir recours aux procédés de gastrostomie en deux temps préconisés par M. Poncet (de Lyon) qui permettra de retirer le bénéfice que pourrait donner une gastropexie.

Résection du foie pour kyste hydatique.

Communication à la *Société belge de chirurgie*

Par M. Depage (de Bruxelles).

J'ai l'honneur de vous présenter un kyste du foie enlevé à une jeune fille de 22 ans.

L'affection actuelle a débuté il y a 5 ans par des troubles gastriques vagues.

Il y a 2 ans, ces phénomènes se sont accentués et il est survenu des syncopes assez fréquentes et, par moments, la température s'est élevée au delà de 40°.

Le Dr Rendu, de Paris, consulté, crut à un abcès du foie; une ponction donna issue à un liquide opalescent et démontra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. La ponction fut suivie d'une injection de sublimé.

A la suite de ce traitement, il y eut un mieux sensible dans l'état général, les forces revinrent aussitôt, mais le foie resta volumineux. Croyant à l'existence d'autres kystes, le Dr Rendu fit plusieurs ponctions exploratrices, qui donnèrent un résultat négatif.

Il y a 1 an apparurent de nouveaux symptômes du côté du foie.

L'amaigrissement devint rapide et la patiente fut prise de vomissements fréquents. Elle n'a jamais eu d'ictère; la constipation est habituelle. Dans ces conditions on proposa une intervention chirurgicale qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée le 20 juillet 1897, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse. Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane, partant de l'appendice xyphoïde et contournant l'ombilic. A l'ouverture de la cavité péritonéale apparait une tumeur du volume du poing, arrondie, lisse, recouverte par une mince couche de tissu hépatique qui s'étale à la surface. La tumeur est fluctuante et s'est développée dans le lobe carré de la glande, c'est-à-dire entre le ligament falciforme et la vésicule biliaire. En introduisant la main dans le ventre, on constate trois autres tumeurs de même volume et de même caractère dans le lobe gauche du foie, et le développement de celles-ci est tel que le tissu hépatique s'est notablement raréfié à leur niveau.

Devant une telle situation, il n'était pas question d'employer la méthode préconisée habituellement dans le traitement des kystes hydatiques, c'est-à-dire l'ouverture du kyste après suture préalable de ce dernier à la paroi abdominale. L'énucléation était également dangereuse à pratiquer, en raison de la multiplicité des kystes et de leur adhérence intime avec le tissu hépatique. Je me décidai donc à réséquer d'abord la partie de la glande contenant les trois tumeurs du côté gauche. A cet effet, perpendiculairement à la première incision, j'en pratiquai une seconde, dirigée à gauche et, divisant le muscle droit, je sectionnai entre deux pinces le ligament falciforme et la partie gauche du ligament suspenseur. Je parvins alors, en exerçant des tractions légères sur le foie et en détruisant peu à peu les adhérences que la tumeur avait contractées avec l'estomac et le diaphragme, à faire basculer l'organe de façon à faire sortir le lobe gauche par la plaie abdominale. J'entamai ensuite le tissu hépatique au thermocautère en contournant la masse kystique, et j'enlevai celle-ci sans provoquer d'hémorrhagie notable.

Il eût été plus périlleux de réséquer la partie du foie correspondant au kyste développé dans le lobe carré, à cause du voisinage d'organes importants; j'eus donc recours ici à l'énucléation.

Pendant cette manœuvre, la paroi du kyste céda en un point, mais les quelques grammes de liquide qui s'échappèrent, furent recueillis sur les compresses isolant la masse intestinale.

Une légère hémorrhagie eut lieu; ne parvenant à l'arrêter ni par le thermocautère, ni par la forcipressure, ni par des ligatures, je fis le tamponnement à la gaze aseptique, en ayant soin de placer un drain à l'intérieur de celle-ci.

Suture de la paroi abdominale en plusieurs plans; pansement compressif.

Durée de l'opération : deux heures.

Les suites de l'opération furent tout d'abord peu satisfaisantes. On combattit la dépression par des injections de sérum. Le pansement fait deux jours après est trouvé imprégné d'une grande quantité de bile. L'ensemencement du liquide souillant le pansement donne quelques colonies de staphylocoques et un assez grand nombre de coli-bacilles. Les jours suivants, les compresses sont imprégnées de bile. L'analyse bactériologique du liquide imbibant le tampon démontre l'existence du coli-bacille en culture pure, mais le suintement diminue chaque jour.

Les selles diarrhéiques sont peu colorées jusqu'au 8e jour.

Le neuvième jour, la malade se lève et à partir de ce moment la situation s'améliore progressivement. Le pouls revient peu à peu à la normale, et le 4 août la malade sort de l'Institut. Il ne persiste qu'une petite fistule qui s'est cicatrisée depuis.

La malade est à présent comptètement rétablie; elle s'est mariée récemment.

Les observations de résection du foie sont aujourd'hui assez nombreuses, mais je ne pense pas qu'on ait rapporté beaucoup d'exemples d'hépatectomie pratiquée sur une aussi vaste étendue. J'estime toutefois que, dans le cas présent, le mode opératoire que j'ai suivi était parfaitement indiqué, et cela pour les raisons que j'ai détaillées plus haut.

Quand le kyste est unique, logé dans des parties de la glande d'un accès peu aisé et que cette condition en rend l'énucléation difficile, il est prudent, me semble-t-il, de s'en tenir à la ponction ou à l'incision avec résection d'une partie plus ou moins large de la paroi kystique. C'est, du reste, la conduite que j'ai suivie chez un enfant de 8 ans dont j'ai présenté l'observation, il y a quelques années, à la Société de chirurgie.

Je tiens cependant à faire observer que le moyen thérapeutique donne des résultats inconstants, que la guérison est toujours lente à se produire, malgré les injections modificatrices et antiseptiques employées comme adjuvants.

Il n'est pas rare de voir, dans ces conditions, une poche communiquant avec l'extérieur par une fistule, persister pendant des mois, des années, et constituer par là même une menace permanente d'infection.

Quand il s'agit de kystes plus facilement accessibles et peu volumineux, l'énucléation me paraît la méthode de choix si, bien entendu, la séparation de la paroi du kyste ne rencontre pas de difficulté trop considérables; dans ces cas, en effet, il est indiqué d'être très prudent pour éviter la dilacération du tissu hépatique.

Lorsque les kystes sont pédiculés, on peut, à l'exemple de Terrier, enlever la tumeur en sectionnant le pédicule.

Dans d'autres cas, plus compliqués, exceptionnels il est vrai, la néoplasie étant constituée par des masses de petits kystes agglomérés, comme Terrillon et Loreta en ont observé des exemples, ou par des poches multiples plus volumineuses, comme dans notre observation, la méthode qui me paraît avoir le plus de chances de succès, c'est l'hépatectomie.

En somme, lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique du foie et que, le traitement médical étant resté infructueux, on se décide à intervenir chirurgicalement, il faut savoir se laisser guider par les circonstances, et je ne pense pas qu'une méthode unique puisse être prônée dans tous les cas et à l'exclusion de tout autre.

Il est un point sur lequel je voudrais insister : c'est la suppression de l'émission de la bile pendant les quelques jours qui suivirent l'opération. Ce fait me paraît d'autant plus intéressant à signaler que, au dire de la malade, le Dr Rendu aurait observé le même phénomène lors la ponction qu'il avait pratiquée un an auparavant. Sans vouloir émettre ici autre chose qu'une hypothèse, je dois noter que les faits se sont passés absolument comme s'il s'était agi d'une stupeur momentanée des appareils

sécréteurs ou de filets nerveux sympathiques présidant à la sécrétion biliaire.

Enfin, avant de terminer, je voudrais attirer votre attention sur l'état présenté par la malade durant les premiers jours qui ont suivi mon intervention.

Il y a quelques années, les auteurs étaient d'accord pour dénommer ce complexus morbide « shock post-opératoire »; mais aujourd'hui un revirement s'est produit, et bon nombre de chirurgiens ne veulent plus voir dans ce phénomène qu'une conséquence de la septicémie. Je ne puis, pour ma part, me ranger à cette manière de voir, et je tiens à revenir ici sur les idées que j'ai déjà exposées au sein de la Société de chirurgie.

La section des nerfs splanchniques provoque la dilatation des vaisseaux abdominaux et détourne ainsi vers l'abdomen une grande partie de la masse sanguine, d'où forte diminution de la pression dans la carotide. Cette expérience est bien connue en physiologie et le shock péritonéal ne me paraît être rien autre que sa reproduction dans le domaine de la pathologie. L'irritation intense du péritoine provoquée par une laparotomie grave, de longue durée, par une hernie étranglée, par un épanchement brusque du liquide provenant de la rupture d'un kyste, peut produire, par action directe sur les ramifications nerveuses dépendant du plexus solaire, une paralysie des vaso-moteurs abdominaux et, par la suite, une pléthore abdominale. Le sang a, dans ce réseau, une tendance à la stagnation; il s'accumule en quantité considérable dans les branches d'origine du système porte; l'anémie périphérique, la syncope se produiront alors par un mécanisme comparable à celui d'une hémorragie abdominale.

Aucune autre théorie ne me paraît expliquer aussi bien les phénomènes de dépression observés chez notre malade; aucune autre théorie ne se rapproche autant des données physiologiques. Je ne puis admettre ici l'existence d'une septicémie suraiguë. S'il en avait été ainsi, il est évident que la malade n'aurait pas guéri et que les injections de sérum n'auraient pu avoir un effet aussi salutaire.

Quant aux colibacilles et aux staphylocoques retrouvés dans le liquide qui imprégnait le pansement, je ne pense pas qu'on puisse invoquer leur présence pour argumenter contre cette manière de voir. Mais il n'en est pas moins vrai que ces microbes constituaient une menace pour le péritoine affaibli. Le shock, en réalité, diminue la résistance vitale du péritoine et le place dans des conditions favorables à l'infection.

Les injections d'eau salée ont pour effet de remplir le système vasculaire, de permettre au cœur de fonctionner utilement, de rétablir, en un mot, une circulation relativement normale, et de mettre ainsi l'organisme en état de défense contre l'invasion microbienne imminente.

M. Lavisé, après avoir constaté que les bons résultats obtenus par M. Depage doivent engager les praticiens à ne plus négliger la chirurgie du foie autant qu'ils l'ont fait jusqu'ici, demande quelques renseignements sur l'hémostase et le traitement de la plaie hépatique.

M. Depage répond en démontrant combien la compression légère lui a rendu de grands services, dans le cas actuel, en aidant à arrêter l'hémorrhagie et en déterminant ainsi un drainage excellent et continu à travers l'ouverture laissée dans la paroi abdominale.

M. Stiénon demande si les phénomènes observés par M. Depage concernant la sécrétion biliaire ne peuvent pas être expliqués par le fait que, la section du tissu hépatique ayant ouvert les canaux biliaires, la pression dans le système de ces conduits était donc très diminuée. Or l'écoulement de la bile dans l'intestin exige une certaine pression. Si elle vient à manquer, le liquide de sécrétion passera par la plaie faite à l'organe. M. Stiénon trouve un argument sérieux en faveur de cette explication dans l'observation faite par M. Depage chez son opérée : la bile s'est déversée à nouveau dans l'intestin le lendemain du jour où le pansement abdominal n'était plus imbibé de liquide biliaire.

M. Depage croit qu'il y a eu pendant un jour un arrêt complet de la sécrétion biliaire; il rattache ce phénomène à une paralysie du grand sympathique et il le considère, au même titre que la fréquence et la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, le manque de résistance du péritoine à l'infection, comme un symptôme de l'état de shock. Le shock n'est point, à son avis, un état infectieux au début, il est essentiellement un état nerveux spécial, extrêmement favorable au développement de l'infection.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Etable (H.). *Des injections massives de solution saline dans l'infection.* N° 500. (Soc. d'édit. scient.)

M. Lemichez (A.) *De l'hématocèle para-vaginale (Variété de l'hématome extra-vaginal des auteurs).* N° 208. (L. Danel.)

M. Audouin. *Du traitement de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale.* N° 523.

Les injections massives de solutions minéralisées, dans les infections et les intoxications expérimentales chez les animaux, ont été infructueuses ou ont hâté la mort. Au cours des maladies infectieuses chez l'homme, constate M. Estable, il en est tout différemment : la tension sanguine est relevée, la température est abaissée, la diurèse favorisée, le système nerveux excité.

La solution à injecter est l'eau salée à 7 p. 100. On emploiera indifféremment l'injection intra-veineuse et l'injection sous-cutanée; toutefois, dans les cas pressants, c'est à la voie veineuse qu'il faut recourir.

La saignée-transfusion semble indiquée dans les infections graves, à condition toutefois qu'on prenne garde au bon fonctionnement du cœur, des poumons et des reins, et qu'on injecte alors des quantités de solution *suffisantes* et *suffisamment* répétées. Il ne faudrait pas néanmoins négliger l'emploi, concomitant des moyens thérapeutiques ordinaires, tant médicaux que chirurgicaux.

L'indication capitale qui se pose dans toute maladie infectieuse reste entièrement debout : Tarir, si faire se peut, la source même de l'infection.

M. Lemichez a eu l'occasion d'observer un cas d'épanchement sanguin des bourses, consécutif à une ponction d'hydrocèle. L'accident remontait à 24 heures environ. Le développement exagéré des bourses, leur forme spéciale, leur coloration noirâtre et les renseignements donnés par le malade, lui firent immédiatement penser qu'il n'était pas en présence d'un hématome ordinaire.

L'évolution clinique et l'intervention chirurgicale qui fut faite plus tard confirmèrent le diagnostic d'hématocèle extra-vaginale, développée en avant de la séreuse.

L'étude de ce cas et d'autres analogues a montré à M. Lemichez que l'hématocèle para-vaginale dépend rarement d'une cause générale; quelquefois elle succède à un coup, à un effort, mais le plus souvent elle est consécutive à une ponction d'hydrocèle, et due soit à la blessure du testicule, soit à la déchirure d'un vaisseau situé immédiatement en dehors de la séreuse.

Ses symptômes sont ceux de tout épanchement sanguin des bourses, auxquels s'ajoutent quelques signes spéciaux : tumeur piriforme, à base inférieure, recouvrant en partie le testicule qui en reste indépendant, et présente un prolongement qui remonte le long du cordon à une hauteur variable, atteint quelquefois l'orifice externe du canal inguinal et le dépasse exceptionnellement.

Elle a peu de tendance à la résorption spontanée; le plus souvent, elle s'enkyste et sa marche clinique est celle de l'hématocèle vaginale.

Au début, on en cherchera la disparition par le repos, les bourses relevées et comprimées dans la mesure du possible. On mettra à contribution les applications résolutives, et on saura attendre.

Si ce traitement est insuffisant, on appliquera celui de l'hé-

matocèle vaginale. Suivant les cas on aura recours à la ponction ou à l'incision suivie de drainage, à la décortication, à l'excision ou à la castration.

M. Audoin s'est proposé de faire une étude critique des méthodes le plus généralement suivies dans le traitement de l'hydrocèle vaginale. c'est-à-dire :

La ponction suivie de l'injection iodée.

L'ouverture de la poche kystique suivie de la résection plus ou moins complète du feuillet pariétal de la vaginale; de comparer leurs résultats à ceux obtenus par des lavages de la cavité vaginale :

Après une simple ponction; après incision de la tumeur.

D'après cette étude comparative il pense qu'en présence d'une hydrocèle qui paraît simple, chez un sujet jeune et bien portant, on fera une ponction — 1° au trocart si l'hydrocèle est volumineuse et si on a bien déterminé la position du testicule — 2° avec l'aiguille d'un aspirateur si la tumeur ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule ou si le diagnostic n'est pas ferme, ponction qui, d'exploratrice, deviendra curative.

Après évacuation du liquide de l'hydrocèle, la vaginale sera lavée abondamment avec la solution phéniquée à 3 p. 100, jusqu'à ce que le liquide ressorte parfaitement clair et transparent; repos et suspensoir.

Si le sujet a atteint la cinquantaine ou si l'hydrocèle est récidivante, on doit faire une intervention plus complète : incision de la tumeur, puis toilette de la vaginale avec brossage énergique de la membrane épithéliale au contact d'une solution phéniquée forte à 5 ou 7 p. 100; 2 plans de sutures et drain — pansement et repos.

Enfin, si tous les moyens de traitement ont échoué, plutôt que de faire la castration, on est autorisé, après incision et toilette de la vaginale, à bourrer la cavité de gaze iodoformée et à attendre l'oblitération de cette cavité par bourgeonnement. Il faut seulement une asepsie très rigoureuse.

La symphyse testiculaire est complète, mais l'inconvénient n'est pas grand, puisqu'on sait aujourd'hui que ces adhérences ne « découragent pas la spermatogénèse ».

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-98.

M. Briau (E.). *L'innervation du corps thyroïde. Recherches anatomiques et physiologiques.* (Baillière.)

L'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'innervation du corps thyroïde conduit M. Briau au résultat que 1° les nerfs thyroïdiens proviennent surtout du tronc sympathique cervical s'en détachant à la hauteur du deuxième nerf cardiaque et du ganglion cervical moyen. Le laryngé supérieur et le récurrent envoient aussi deux ou trois filets chacun à la glande.

2° Dans l'innervation de la glande il faut distinguer les nerfs vasculaires et les nerfs glandulaires.

3° L'étude des phénomènes pléthismographiques a montré que de tous les nerfs du cou seul le grand sympathique produit des effets vaso-moteurs dans la glande thyroïde, vaso-constriction au-dessus et vaso-dilatation au-dessous du ganglion cervical inférieur. Cette influence du sympathique justifie d'après M. Briau la sympathicotomie préconisée par M. Jaboulay comme traitement du goître exophthalmique.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Chabaneix (Antoine-Paul). *Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs.* N° 25.

M. Guillemet (Eugène). *Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette.* N° 31.

M. Gassion (Jean-Robert). *Contributions à l'étude de l'influence de quelques lésions cérébrales sur la gestation.* N° 5.

M. Bernard (Jean-Arthur). *De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur.* N° 4.

M. Ulry (Emile). *Recherches sur la nutrition de l'œil et la cataracte naphtalinique.* N° 32.

L'état subconscient peut se manifester dans les œuvres de l'esprit de plusieurs façons, pour M. Chabaneix :

1° Un auteur s'endort après avoir réfléchi longuement à son œuvre; le lendemain un travail subconscient s'étant fait en rêve, les idées se présentent plus claires que la veille et l'œuvre est créée.

2° D'autres fois, ce travail se fait pendant la période hypnagogique ou même sous forme de rêve-travail, le subconscient étant objectivé pendant le sommeil.

3° L'hallucination franchit les limites du sommeil nocturne et apparaît à l'état de veille, prolongeant le rêve en pleine réalité.

4° Le subconscient peut se manifester à l'état de veille, vivant à côté du moi conscient dans le phénomène de l'inspiration ou se substituant à lui dans le somnambulisme à l'état de veille.

L'auteur rapproche de ces faits les phénomènes de subconscience psychique observés dans les intoxications : alcoolisme, psychoses infectieuses, auto-intoxication, etc.

Le fonctionnement cérébral ne favorise-t-il pas l'intoxication des centres nerveux?

Plus un organe travaille, plus il se développe et plus il est susceptible aussi de maladie.

Le subconscient est le résultat des acquisitions antérieures de l'esprit que le cerveau a conservées et qu'il rend automatiquement; s'il contribue à créer une œuvre, c'est qu'il fait bien partie de la cérébralité du créateur.

L'usage de la bicyclette, nous dit M. Guillemet, met en jeu la presque totalité des muscles de l'organisme. Après un exercice prolongé, lorsque la température extérieure est élevée (28 à 29°), la température rectale atteint 40°, mais s'abaisse très rapidement après une demi-heure de repos.

Lorsque la course a une certaine durée, la pression dynamométrique révèle une augmentation de force.

Pour bien courir, il faut savoir bien respirer, d'où le type cirtométrique de la respiration pulmonaire des grands coureurs vélocipédiques et le développement régulier de leur cage thoracique. Leur capacité vitale augmente en raison du développement thoracique. L'action de la bicyclette sur le cœur peut être très violente. Elle produit l'augmentation des pulsations, des phénomènes congestifs, l'intermittence cardiaque, l'atonie du myocarde. Les courses de vitesse réclament du coureur une structure anatomique particulière et un entraînement spécial.

Les courses de fond produisent une diminution de poids due à l'évaporation pulmonaire et à la sueur, même si la course a été de peu de durée.

Pendant l'entraînement, on alimentera les coureurs avec des aliments protéiques et hydrocarbonés en quantité suffisante pour subvenir aux dépenses. Les excito-moteurs ne seront donnés qu'avec ménagement, car ils n'empêchent pas les dépenses protéiques, hydrocarbonées et nerveuses et provoquent d'autant mieux la fatigue qu'ils donnent au sujet l'illusion de la résistance. Telle est la kola qui n'empêche pas la fatigue; mais on supprime la sensation.

La bicyclette peut provoquer des troubles psychiques tels que : automatisme, hallucinations, amnésie, dédoublement de la personnalité, etc.

Chaque sujet ayant un potentiel nerveux différent, variable par l'entraînement, l'exercice de la bicyclette sera mesuré d'après le pouvoir de réparation zomatique et psychique.

Il résulte de faits cliniques et d'expériences imaginées par M. Gassion qu'une femelle pleine, dont l'écorce cérébrale aura été atteinte, pourra conduire à terme sa grossesse et mettre bas normalement des fœtus vivants et bien conformés. Si une hémorrhagie ou une embolie cérébrale se produit pendant la gestation, la marche de celle-ci dépendra de l'importance de la lésion; si l'ictus cérébral ne cause pas la mort de la mère, les fœtus naîtront vivants et à terme; mais, si la mort de la mère survient, la mort des fœtus arrive avant celle de la mère et il y aura avortement.

Un abcès du cerveau, chez une femelle pleine, n'occasionnera ni l'avortement, ni la mort du fœtus, car il n'y a pas ici la soudaineté de l'ictus de l'hémorrhagie ou de l'embolie, qui cause seule les accidents indiqués plus haut.

Les commotions cérébrales et les traumatismes cérébraux ne nuisent pas à l'évolution de la grossesse, pas plus qu'à la vie des petits.

Donc, chez une parturiente atteinte de lésion cérébrale mortelle à brève échéance, on provoquera l'accouchement, si la grossesse est suffisamment avancée, et cette intervention sera d'autant plus prompte que la mère sera plus sérieusement frappée. Mais, si la survie de la mère est évidente, l'expectation est la conduite préconisée par l'auteur.

L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, qu'étudie M. Bernard, est une affection souvent très grave par sa localisation, par sa marche rapide et par ses complications.

Il en existe deux formes. L'une, la plus fréquente, frappe le point épiphysaire qui forme la tête fémorale; l'autre, le grand trochanter.

Dans la première forme, les signes locaux peuvent être peu nets, au début, et rendre le diagnostic hésitant, si l'exploration n'est pas faite avec grand soin. Le pronostic est grave. Chez les jeunes enfants, malgré une arthrite suppurée, les mouvements du membre souvent ne sont pas compromis. Par contre, chez ces derniers, les complications viscérales, surtout la bronchopneumonie, sont fréquentes.

Comme traitement, l'auteur rejette d'une part la trépanation simple comme souvent insuffisante, la résection du col, comme trop radicale et propose surtout l'arthrotomie avec tunnellisation du trochanter, du col et de la tête, qui assure le drainage jusqu'à l'articulation, qu'il permet d'explorer, tout en conservant le maximum de mouvement et de longueur du membre.

Le travail fait par M. Ulry au laboratoire des cliniques, démontre que l'humeur aqueuse et la partie liquide du corps vitré sont sécrétés au niveau des procès ciliaires. L'humeur aqueuse s'échappe en avant par l'angle irido-cornéen et gagne d'une part le canal de Schlemm et les veines ciliaires et d'autre part les espaces lymphatiques de la supra-choroïde.

L'humeur vitrée arrive en arrière, au niveau de la papille optique, en suivant les gaines des vaisseaux centraux et les cloisons conjonctives du nerf optique.

La section du nerf optique n'amène de troubles objectifs ni dans le cristallin ni dans le corps vitré. Les expériences faites avec la naphtaline ne démontrent pas que la nutrition du cristallin soit sous la dépendance de la rétine, puisque la naphtaline passe dans le sang; car, introduite dans le tube digestif, elle est éliminée par les urines. Donc elle agit à la fois sur la rétine et sur le cristallin. Si l'on administre de la naphtaline, après section du nerf optique d'un seul côté, on voit se produire une cataracte double, évoluant symétriquement, alors que la rétinite a été à peine marquée d'un côté.

Thèses de la Faculté de Montpellier.

Année 1897-98.

M. Aviérinos (Denis). *Contribution à l'étude clinique du salicylate de méthyle*. N° 1.

M. Fuster (Louis). *De la cœliotomie vaginale*. N° 6.

M. Casse (Elisée). *Contribution à la suture des veines*. N° 4.

M. Carayron (Paul). *Contribution à l'étude des petits fibromyomes utérins à forme hémorrhagique*. N° 13.

D'après M. Aviérinos, le salicylate de méthyle doit être réservé aux arthropathies du rhumatisme subaigu ou chronique et est d'action douteuse dans les manifestations articulaires de la goutte et dans les arthrites infectieuses. La dose à employer variera de 60 à 80 gouttes, quoique, d'après l'auteur, les effets toxiques du salicylate de méthyle ne s'observent que quand la dose employée en frictions dépasse 12 grammes. Les résultats ne seront d'ailleurs satisfaisants que si on a le soin de recouvrir l'articulation d'un pansement imperméable.

La thèse de M. Fuster est une excellente revue générale où sont passées en revue les indications de la cœliotomie vaginale. L'auteur les étudie suivant les différentes affections utéro-ovariennes. Pour lui, la cœliotomie vaginale est peu dangereuse et offre des avantages considérables dans les cas de collections pelviennes suppurées ou non, les affections salpingo-ovariennes avec adhérences, « le pyosalpinx » que l'on abordera par la voie vaginale postérieure. Dans les corps fibreux de petit volume, la cœliotomie devient la méthode de choix. Enfin, on pourra en retirer de grands avantages, dans les grossesses tubaires des premiers mois, ou encore pour libérer de ses adhérences un utérus dévié, et le fixer en bonne position.

C'est à la suture que M. Cane donne la préférence comme procédé d'hémostase veineuse. Elle sera la méthode de choix toutes les fois que la solution de continuité dépassera 5 millimètres. On réunira les bords de la plaie veineuse par un surjet à la soie fine, exécuté avec des aiguilles courbes à section circulaire. La forcipressure latérale sera réservée aux cas où la suture sera rendue impossible, par exemple, dans les plaies profondes; mais elle a l'inconvénient d'exiger pour être efficace, des pinces à demeure si nuisibles à l'asepsie du pansement. Quant à la ligature, on doit l'abandonner à cause des désordres considérables dont on l'a vue suivie dans quelques cas; il en est de même de la ligature latérale qui ne donne que peu de sécurité à l'opérateur. L'auteur réunit dans son travail 22 cas de suture veineuse, qui confirment pleinement ses conclusions.

D'après M. Carayron, il faut toujours songer à la présence de petits nodules fibromyomateux bourrant l'utérus dans les cas de ménorrhagies ou de métrorrhagies survenant sans cause apparente.

Leur présence est difficile à constater, et le cathétérisme utérin est dans ce cas d'un précieux secours. Si minimes soient-ils, leur existence explique les hémorrhagies abondantes. Celles-ci jointes aux obstacles qu'apportent ces petites tumeurs à la fécondation et à l'accouchement, font le plus souvent qu'un traitement s'impose. Il sera surtout conservateur.

Le curetage pourra suffire chez les femmes arrivant à la ménopause ou dans les cas de petits myomes sous-muqueux. C'est à l'extirpation de l'utérus et des annexes qu'il faudra se résoudre, dans les cas où le traitement palliatif sera complètement insuffisant.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude des dégénérations secondaires consécutives aux lésions cérébrales, par William Spiller (*Journ. of nervous and mental disease*, janvier 1898, p. 1). — La lésion (oblitération de la sylvienne gauche), était survenue chez cet enfant à l'âge de 2 ans; néanmoins, dans la suite, malgré que la totalité des fibres motrices étaient détruites (fait démontré par l'examen microscopique), la marche, bien qu'imparfaite, était possible. Par contre, le membre supérieur droit n'était d'aucun usage.

Il convient donc d'admettre que le membre inférieur peut recevoir quelque motilité de fibres venues de l'hémisphère homologue, d'autant plus que l'on connaît plusieurs cas comparables de marche relativement conservée malgré l'absence complète d'une pyramide.

Syphilis du système nerveux central, par Sydney Kuh (*Alienist and Neurologist*, octobre 1897). — Dans ce travail, il convient de relever une observation d'un intérêt tout particulier : c'est un cas de syndrome de Brown-Séquard pur (hémiparaplégie à droite, anesthésie du membre inférieur gauche,

ceinture d'hyperesthésie formant la limite de l'expérience de l'anesthésie et de la paralysie au niveau de la racine des cuisses).

Cette syphilis spinale survint 26 ans après le chancre, 1 an après un traumatisme de la région lombaire. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les injections de solutions alcalines chez les épileptiques, par Charon et Briche (*Archives de neurologie*, décembre 1897, p. 465). — Dans le cours de chaque révolution quotidienne, le degré de l'alcalescence subit des variations constantes en rapport avec les conditions du travail digestif. Les accès présentent des variations numériques également constantes, en rapport avec les variations de l'alcalescence du sang.

Les injections de solutions alcalines ne modifient que d'une façon très fugace le degré d'alcalescence du sang; elles diminuent le nombre des attaques isolées, mais provoquent leur rassemblement en séries. Elles augmentent plutôt le nombre total des attaques, et aggravent les troubles psychiques.

Une observation de manie aiguë chez une acromégalique, par S. Garnier et Santenoise (*Archives de neurologie*, décembre 1897, p. 486). — Contrairement à ce qu'on observe chez les acromégaliques, dont l'intelligence garde son intégrité à toutes les périodes de la maladie, cette femme a été prise d'un accès subit de folie. Mais il ne s'agit là vraisemblablement que d'un simple épisode dû à la dégénérescence héréditaire, indépendante par conséquent de l'acromégalie.

CHIRURGIE

Transplantations des ovaires. Accouchement au terme normal après transplantation des ovaires, chez des lapines, par Knauer (*Centralb. f. Gynäkologie*, 26 février 1898, p. 201). — En mai 1896. C. A. avait déjà entrepris des recherches sur cette question et il avait montré :

1° Que chez les lapines, on peut transplanter de leur situation normale dans un autre endroit les ovaires.

2° Qu'on peut les inclure aussi bien dans le péritoine que dans les muscles, etc.

5° Que les ovaires ainsi transplantés non seulement continuent à vivre mais peuvent fonctionner, c'est-à-dire produire des ovules susceptibles d'être fécondés.

Depuis, l'auteur a pu confirmer ces premières recherches et dans un cas où il avait extirpé les deux ovaires pour les transplanter dans le feuillet postérieur du péritoine utérin, de façon à les placer dans une sorte de repli péritonéal à ouverture supérieure 13 mois après l'opération, l'animal fut fécondé et la grossesse suivit son cours normal. Entre l'accouchement et la transplantation des ovaires il s'était écoulé 16 mois.

Les fonctions utéro-ovariennes dans leurs rapports avec les phénomènes qui accompaguent les menstruations chez la femme, par J. Fedorow (*Schournal Akonscherstwa i Chenskich bolesnej*, 1897). — La muqueuse de l'utérus sécrète, d'après M. Fedorow, une certaine substance chimique qui influe considérablement sur la pression sanguine et en général sur les échanges nutritifs de l'organisme. En injectant à des lapins les produits de sécrétion recueillis pendant la menstruation, on observe une diminution de la pression sanguine et une accélération du cœur. Au contraire le produit de sécrétion des ovaires augmente la pression du sang et ralentit le cœur. Les troubles de diverses sortes observés chez les femmes à l'époque des menstruations seraient dus à l'influence successive de ces deux sortes de substance.

L'exploration digitale de l'utérus considérée au point de vue thérapeutique (Uber Erweiterung und Austastung der Uterus als Vorakt der Behandlung), par Sænger (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1898, n° 7, p. 169). — L'auteur met en principe qu'avant toute intervention sur l'utérus et surtout sur la cavité utérine il est nécessaire de procéder à l'exploration digitale de la cavité utérine après dilatation préalable du col par la laminaire. Les renseignements qu'on obtient ainsi sont précieux, non seulement au point de vue du traitement, mais évitent encore souvent des erreurs graves de diagnostic.

L'exploration digitale de la cavité utérine avant toute intervention doit, suivant l'auteur, être de rigueur : 1° dans la rétention des membranes après l'avortement; on sait alors ce qui reste, ce qu'on peut enlever avec le doigt et ce qui doit être réservé à la curette; 2° dans les myomes du corps de l'utérus, pour se rendre compte de la forme de la cavité utérine, du siège des myomes sous-muqueux ou intra-pariétaux ; 3° dans l'hypertrophie simple de l'utérus, ce qui permet souvent d'élucider la cause de cette hypertrophie; 4° dans les cas où le curetage répété n'a donné aucun résultat; souvent, à la place de l'endométrite simple, on trouvera, après examen des parcelles ramenées avec le doigt, une lésion cancéreuse.

Grossesse dans une corne utérine rudimentaire, par Th. Cullen et G. L. Wilkins (*The John Hopkin's Hosp. Reports*, 1897, v. VI, p. 113). — Une femme de 29 ans, ayant eu déjà un enfant, mourut au 4e mois de la grossesse, avec les signes d'une hémorrhagie interne.

A l'autopsie on trouve 4 litres de sang dans l'abdomen. La corne utérine gauche, rudimentaire, était reliée par un tractus musculaire à l'utérus et à la corne droite; elle était rompue. L'utérus renfermait une caduque typique. La trompe droite contenait les restes du placenta. Dans le pédicule reliant les deux cornes, se trouvait un canal tapissé d'épithélium cylindrique et clos à ses deux extrémités, de sorte qu'il n'y avait point de communication entre les deux utérus. Le corps jaune siégeait à droite et la migration de l'ovule et du spermatozoïde avait eu lieu vraisemblablement par la voie de la cavité abdominale.

MÉDECINE

Mycosis fongoïde, par Leredde et Emile Weil (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1898, p. 124). — Le mycosis fongoïde a été considéré pendant longtemps comme une forme de lymphadénie cutanée. Pour d'autres auteurs, c'est une sarcomatose cutanée, un granulome fongoïde, une ententité morbide spéciale voisine des sarcomes et des granulomes.

De l'étude de 3 cas, les auteurs concluent que le mycosis peut s'accompagner de lésions ganglionnaires et viscérales et qu'on observe entre le mycosis et la lymphadénie, et entre le mycosis et la leucémie, des associations qui autorisent à en faire une forme de lymphadénie cutanée.

Toutefois il n'est pas encore possible de démontrer histologiquement l'identité du mycosis et de la lymphadénie, parce qu'on ne possède pas de notions suffisantes sur les formes cellulaires rencontrés dans les 2 cas. On ne connaît pas non plus la cause de la lymphadénie, pas plus que celle du mycosis, ce qui retarde encore la solution du problème.

Endocardite dans la tuberculose, par G. Etienne (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1898, p. 146). — On peut rencontrer chez les tuberculeux des endocardites banales, à microbes vulgaires, à titre de manifestation d'une infection secondaire.

Mais le bacille de Koch peut aussi produire à lui seul une endocardite, tantôt avec la lésion scpécifique du tubercule caséeux, tantôt sous la forme de la lésion végétante banale. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent 2 observations de ce travail.

Il faut remarquer combien sont frustes cliniquement ces endocardites. C'est qu'en effet elles surviennent aux périodes ultimes de la tuberculose, alors que la cachexie masque les phénomènes généraux de l'endocardite et que la dyspnée et les bruits extra-cardiaque empêchent de percevoir les modifications des bruits cardiaques. Ces dernières sont d'ailleurs légères, car les valvules conservent ordinairement une souplesse assez grande.

Structure de la névroglie humaine, par E. W. Taylor (*The Journ. of experim. medicine*, New-York, novembre 1897, p. 611). — D'après l'auteur, les moyens de recherches dont nous disposons actuellement ne permettent pas de déterminer d'une façon nette les relations des cellules et des fibres névrogliques.

Il n'y a pas de critérium pour établir une distinction fondamentale entre le gliome et le sarcome (Stroebe), ni entre le gliome et ce qu'on appelle la gliose (Weigert). Il faut rejeter le terme de glio-sarcome.

Foyers de nécrose produits par le bacille de la tuberculose, par E. R. Le Count (*The Journ. of experim. medicine*, novembre 1897, p. 657). — Dans trois cas de tuberculose, l'auteur a trouvé dans la rate des foyers de nécrose renfermant le bacille tuberculeux et comparables aux foyers nécrotiques produits par l'abrine et la ricine, la toxine diphthérique, le sérum de l'éclampsie, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la morve. Il admet, outre l'action des microbes, une diminution de la résistance locale.

MÉDECINE PRATIQUE

Indications et technique du lavage de l'estomac dans les affections gastro-intestinales des nourrissons,

D'après M. le Dr Olimpio Cozzolino (1).

M. Olimpio Cozzolino a eu l'occasion de pratiquer avec succès le lavage de l'estomac chez des nourrissons atteints de formes variées de gastro-entérites. L'appareil dont il se sert communément se compose d'une sonde de Nélaton n° 18 à laquelle il adapte un tube de verre qui est relié à un petit entonnoir par un tube de caoutchouc de 45 centimètres environ. On a préalablement agrandi l'œil de la sonde. Trois personnes sont nécessaires pour faire le lavage, une pour placer et maintenir la sonde, l'autre pour remplir, élever et abaisser l'entonnoir, la troisième pour tenir l'enfant. Celui-ci sera dévêtu, afin que rien ne gêne sa respiration. Il n'y a pas d'obstacle sérieux à l'introduction et au maintien de la sonde. On fait passer chaque fois environ 30 centimètres cubes de liquide.

C'est dans les troubles gastro-intestinaux des nourrissons dus à l'hyperalimentation ou à des causes infectieuses que le lavage de l'estomac donne les améliorations les plus promptes; il fait cesser les vomissements et, employé dès le début de la maladie, arrête net la diarrhée.

Dans le choléra infantile, les gastro-entérites aiguës, il est donc indiqué; dans le catarrhe gastro-intestinal, dans les dyspepsies gastro-intestinales, il agira plus rapidement que les autres médications, lavements, potions acides ou alcalines; mais en même temps, on ne négligera pas le traitement étiologique, qui s'adressera à la cause la plus ordinaire de l'affection, qui est une alimentation vicieuse ou exagérée.

Effet de l'extrait surrénal dans le traitement de la mort par narcose chloroformique,

D'après M. le Dr A. Mankowski (2).

M. Mankowski a anesthésié des chiens jusqu'à ce que le cœur et la respiration soient arrêtés. Après 30 secondes, il injectait 1 à 2 centimètres cubes d'extrait surrénal à 1 p. 100. Il a observé que :

1° L'extrait surrénal injecté dans la jugulaire ranime les contractions cardiaques;

2° L'injection d'extrait surrénal est bien plus énergique que les méthodes de Laborde, Schüller, König-Mass;

3° A ces petites doses de 1 à 2 grammes, d'une solution à 1 p. 100, l'extrait exerce une telle influence sur la respiration, la pression sanguine et le cœur qu'il doit être employé avec beaucoup de précaution;

4° L'extrait surrénal doit être fraîchement préparé avant chaque narcose;

5° Les meilleurs résultats sont obtenus par la méthode combinée : injection intraveineuse d'extrait surrénal, massage simultané de la région précordiale, injection sous-cutanée d'eau salée.

1. *La Pediatria*, janvier 1898, p. 1.
2. *Russkii Arch. Patologii*, f. III, IV, 1897.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Strophantus. Strophantine.

Définition. — Le *strophantus hispidus* et le *strophantus kombé*, tous deux plantes de la famille des *Apocynées*, ont été introduites en thérapeutique par Fraser en 1885. Les parties employées sont les graines et les semences qui servent à préparer la teinture de strophantus, ou dont on retire un alcaloïde, la *strophantine*, qui paraît résumer les principes actifs du strophantus kombé.

Solubilité. — La strophantine est peu soluble dans l'eau froide, 1 partie pour 43, et très soluble dans l'alcool.

Propriétés thérapeutiques. — La strophantine augmente l'amplitude de la systole, élève considérablement la pression tout en diminuant le nombre des pulsations cardiaques. Ce ralentissement est dû à l'excitation des pneumogastriques : il s'accompagne d'une vaso-constriction généralisée. En somme la strophantine a une action cardiotonique et diurétique.

Elle est donc indiquée comme succédané de la digitaline dans l'asystolie (Fraser, Van Aubel, G. Sée). Mais c'est un médicament qu'il faut manier avec une grande prudence, car il est d'une **toxicité extrême.**

On l'a préconisée dans le rétrécissement mitral avec ou sans insuffisance (Fraser, Bucquoy), dans la dyspnée ou l'asthme cardiaques (G. Sée, Lemoine, Potain), dans la maladie de Basedow (Eichorst), la forme apoplectique de l'insolation (Fabricius. Elle est contre-indiquée dans le mal de Bright à cause de son action irritante sur le parenchyme rénal et dans l'angine de poitrine (G. Sée) en raison de son action sur les nerfs d'arrêt.

Elle est souvent mal tolérée : les vertiges (Gley), la diarrhée (Lemoine) ne sont pas rares. Enfin on a vu mourir subitement des cardiaques traités par le strophantus, dont rien ne faisait prévoir la mort imminente (Furbringer, Huchard) (1).

Y a-t-il quelques avantages à administrer la strophantine par la voie hypodermique? Malgré les observations favorables de Van Aubel, il ne semble pas que l'injection ait une grande supériorité sur l'ingestion. Au surplus, nous sommes encore si mal fixés sur la posologie hypodermique de ce médicament que nous n'osons guère conseiller au praticien de l'employer autrement que sous la forme pilulaire qui lui est familièrement connue.

Dose usuelle. — La teinture de strophantus au cinquième ne sera pas donnée en injection à une dose supérieure à 3-5 gouttes.

La strophantine sera administrée par dixièmes de milligramme sans dépasser 2 à 3 doses.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats :* Teinture de strophantus, plus irritante que la plupart des teintures alcooliques. Strophantine, très douloureuse et très irritante localement.

b) *Eloignés :* Au bout de quelques minutes à 1 heure 1/2 et quelquefois plus (effets inconstants par la voie sous-cutanée), le pouls se ralentit et se régularise. Augmentation du péristaltisme. Etablissement de la diurèse.

FORMULES

Teinture de strophantus.	1 gr.
Eau stérilisée	20 gr.

1/2 à 1 centim. cube.

(Dujardin-Beaumetz.)

1. Cf. Manquat, *Traité de thérapeutique*, 3e édition, t. II, page 36.

Strophantine	0 gr. 001
Eau stérilisée	10 cm. cubes

1 à 2 centim. cubes.

(Van Aubel.)

Association. — La teinture de strophantus a été associée à la trinitrine et à l'aconit dans le traitement de la forme apoplectique de l'insolation.

Teinture de strophantus	0 gr. 30
Alcoolature de racines d'aconit . .	X gouttes
Nitroglycérine	0 gr. 005
Eau stérilisée q. s. p.	5 cm. cubes

1 centim. cube à répéter au besoin au bout de 2 heures.

(Fabricius.)

G. Maurange.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Mars 1898.

Pleurésie et arthrite purulentes post-pneumoniques.

M. Chauvel lit un rapport sur une note de **M. Letellier**.

Il s'agit d'un jeune soldat qui fut atteint, au mois de février 1897, d'une pneumonie droite bientôt suivie d'un épanchement pleural purulent, d'une arthrite suppurée scapulo-humérale du même côté et de plusieurs abcès en divers points du corps.

L'empyème fut pratiqué le 16 mars et donna issue à 3 litres de pus. L'examen de ce liquide ayant décelé la présence du streptocoque, on ouvrit les foyers purulents y compris l'articulation scapulo-humérale malade, et on pratiqua du 2 au 27 avril des injections quotidiennes sous-cutanées de sérum antistreptococcique de Marmorek. Sous l'influence de ce traitement l'état général ne tarda pas à s'améliorer, la suppuration devint plus rare et moins colorée et le malade se rétablit complètement.

Il faut noter toutefois que quelques accidents, légers du reste, ont suivi toutes les injections de sérum. Malgré les soins pris pour opérer aseptiquement, des œdèmes considérables sont survenus au niveau des points d'inoculation, accompagnés de douleurs, de rougeur et d'élévation de la température, mais ils ont disparu peu à peu au bout de 6 à 8 jours.

Sur l'étiologie de la cirrhose hépatique.

M. Rendu lit un rapport sur une note de **M. Roché** (de Toucy) contraire à l'opinion de M. Lancereaux sur le rôle exclusif du vin. D'autre part, ses propres observations dans le pays où il passe ses vacances depuis une quarantaine d'années concordent avec celles de M. Roché. Il a vu mourir de cirrhose 3 habitants de sa commune où la boisson usuelle est le cidre; tous trois étaient des buveurs déterminés d'eau-de-vie et ne faisaient que rarement usage de vin; ce vin, qui se récolte sur les bords du Loir, n'est presque jamais plâtré et est naturellement acide.

M. A. Britto (de Baïa) proteste également contre l'opinion de M. Lancereaux, car la cirrhose est fréquente au Brésil, pays où l'on consomme beaucoup d'alcool parce qu'il y est très bon marché, et peu de vin parce qu'il y est très cher.

M. Lancereaux. — Cette lettre est en contradiction avec une lettre du Dr Audier (de Port-au-Prince) d'après lequel la cirrhose hépatique est très rare dans ce pays, malgré la consommation excessive d alcool.

Sur le vésicatoire.

M. Hervieux demande à rendre un dernier hommage public à un agent tel que le vésicatoire, qui a sauvé la vie à tant de malades.

N'eût-il pour résultat que de diminuer la douleur et le météorisme, le vésicatoire mérite, à ce double titre, d'être appliqué au traitement de la péritonite puerpérale. L'application extra-médicale du vésicatoire doit être interdite; mais accuser le vésicatoire d'impuissance serait une véritable ingratitude.

M. Lancereaux ne saurait souscrire à l'opinion de M. Huchard et il cite en particulier deux observations :

1° Celle d'un malade atteint d'une pneumonie étendue avec asphyxie imminente qui fut sauvé par l'application d'un large vésicatoire entre les deux épaules; il faut ajouter toutefois que ce malade a succombé par la suite à des accidents diphthériques dus à ce que la plaie du vésicatoire avait été infectée au moment des pansements;

2° Celle d'un homme présentant une néphrite conjonctive avec albuminurie, urémie, crises quotidiennes de dyspnée, épanchement pleural, etc., et qui se rétablit également à la suite de l'application d'un large vésicatoire.

Depuis cette époque il lui est arrivé fréquemment d'avoir recours avec succès aux vésicatoires dans le seul but de réveiller la fonction rénale.

Transmissibilité expérimentale de la rougeole aux animaux.

M. Josias a repris avec M. Nocard les expériences d'inoculation de la rougeole sur le cochon et le singe.

Dans 10 expériences, faites sur de jeunes porcs, l'inoculation du mucus recueilli dans la gorge d'enfants, en pleine éruption, n'a produit aucun résultat.

Dans 8 expériences faites sur des singes macaques et sajous, il a obtenu 3 résultats positifs.

Ces animaux ont été inoculés de deux façons différentes :

1° Du mucus nasal, pharyngé, et conjonctival, était recueilli avec un tampon d'ouate stérilisée chez des enfants au premier ou second jour de l'éruption et servait à badigeonner les fosses nasales et le pharynx des singes;

2° Du sang était recueilli dans la veine des rougeoleux, et inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané des animaux, à la dose de 1 centimètre cube.

Trois de ces singes ont présenté des accidents qui ont débuté 26, 13, et 11 jours après l'inoculation : on a vu survenir un érythème de la face, s'étendent ensuite sur le tronc et les membres, accompagné de fièvre, de soif intense et même de convulsions chez l'un d'eux; la température a atteint dans un cas 40 et 41°.

Après une durée de 4 à 5 jours, l'érythème s'est effacé et la fièvre est tombée. En un mot, ces animaux ont présenté une éruption morbilliforme fébrile.

Les macaques ont été réfractaires à l'inoculation qui a réussi, au contraire, chez les sajous, et particulièrement sur un sajou capucin.

Un singe qui est resté en contact avec des enfants rougeoleux, pendant toute la durée de l'épidémie, n'a pas été atteint de la maladie.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 28 Février 1898.

Deux cas d'ulcère du duodénum.

M. Duplant rapporte l'observation, suivie d'autopsie, de 2 malades du service de M. Lépine.

Le premier cas est celui d'un homme de 60 ans, qui, depuis 7 à 8 ans, souffrait après le repas de brûlures gastriques, sans véritable douleur en broche. Vomissements assez fréquents, où il était possible de retrouver des parcelles alimentaires ingérées 48 heures avant. En décembre dernier, il entra dans le service, après avoir eu, 3 semaines auparavant, une hématémèse considérable avec melæna. A l'entrée, l'anémie et la prostration

étaient profondes, et le malade semblait mourant. L'acidité totale du liquide vomi était de 4,74. Les vomissements persistant d'une manière inquiétante, une intervention fut pratiquée par M. Jaboulay, qui rencontra de nombreuses adhérences périgastriques, et admit un ulcère pylorique. Une amélioration notable se produisit, puis les vomissements reparurent et le malade succomba 2 mois après. Il y avait, à l'autopsie, un ulcère du duodénum large comme une pièce de 5 francs, et s'étendant aussi sur le pylore. Mais il était cicatrisé en ce point, et formait une sténose permettant à peine le passage du petit doigt. Dilatation de l'estomac, adhérences péritonéales nombreuses.

L'autre malade était un homme de 44 ans, qui avait eu, il y a 15 ans, une affection gastrique sur laquelle les renseignements manquaient. Il présenta dans le service une fièvre à grandes oscillations, une légère teinte ictérique, un foie gros, qui atteignit bientôt l'ombilic, de la douleur épigastrique et un peu d'ascite.

Une intervention fut tentée, en raison de la périhépatite évidente et de l'état général. On évacua un abcès du foie de la grosseur d'un marron. Le malade, qui était dans un état d'asthénie profonde, mourut peu après. L'autopsie montra un ancien ulcère de la 2e portion du duodénum cicatrisé avec des modifications importantes dans l'anatomie de la région. Le canal cholédoque avait disparu, le cystique et l'hépatique s'abouchaient côte à côte sur le duodénum. Le foie était farci d'abcès angiocholitiques; il n'y avait pas de pyléphlébite.

Résection du tarse et du plateau tibial.

M. Voron présente un malade auquel M. Jaboulay pratiqua l'an dernier la résection de l'astragale, de la moitié antérieure du calcanéum, celle du cuboïde, du scaphoïde, des cunéiformes, de l'extrémité postérieure des métatarsiens et enfin du plateau tibial pour un traumatisme avec écrasement du pied, datant d'un mois et suivi de suppuration du côté des os enlevés. La moitié postérieure du calcanéum et les métatarsiens qui ont été conservés, se sont rapprochés et réunis sous les os de la jambe. La diminution de longueur du membre n'est que de 3 à 4 centimètres et le résultat est certainement bien supérieur à celui d'une amputation qu'il semblait impossible d'éviter.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 2 Mars 1898.

Monoplégie brachiale hystérique.

M. Gerest présente un malade du service de M. Lépine, qui, occupé à planter des pilotis dans le lac du Bourget, travaillait le corps plongé jusqu'aux aisselles pendant une partie de la journée. Au mois de novembre, il fut pris pendant une nuit de paralysie complète du bras gauche. Il y avait une anesthésie en manchette limitée par une ligne circulaire passant un peu au-dessus du coude. Réflexes et réaction électrique normaux. Des séances quotidiennes de faradisation amenèrent une amélioration notable, mais une particularité remarquable est le retour intégral des mouvements du pouce, coïncidant avec une impotence encore absolue des muscles moteurs des autres doigts. Ce fait ne se voit jamais avec une lésion corticale ; il peut, d'autre part être expliqué par la théorie de M. Lépine sur le mécanisme des paralysies hystériques. Des paralysies plus nettement dissociées que celles provoquées par les lésions corticales peuvent tenir à une insuffisance des contacts entre les neurones préposés aux mouvements de certains doigts, alors que la transmission des excitations motrices s'effectue normalement pour l'exécution des mouvements des autres doigts de la main.

Actinomycose. Traitement ioduré.

M. Bérard présente un malade atteint depuis 6 ans d'actinomycose cervico-faciale chez lequel un traitement ioduré, très sévèrement suivi, n'a pas entravé la marche progressive de l'affection, ce qui vient à l'appui de l'opinion, déjà soutenue par lui, que l'iodure ne saurait constituer un médicament spécifique de l'actinomycose.

Coxa vara.

M. Briau présente une série de fémurs recueillis par M. Jaboulay, et rentrant, pour des causes diverses, dans le cadre de cette déformation que les Allemands décrivent sous le nom nouveau de coxa vara. Pour les Allemands, la déformation n'intéresse que l'épiphyse supérieure ; le col du fémur devient postérieur, par rapport au grand trochanter. Il s'agirait en réalité d'une exagération de la torsion physiologique de la diaphyse.

Jean Lépine.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte.

Laporte est acquitté, comme tous nous nous y attendions, même ceux, sans doute, qui l'ont le plus dissuadé d'aller en appel. Nous l'en félicitons, et surtout nous devons tous le remercier d'avoir obtenu pour nous le jugement important par lequel le président Pottier a fixé d'une manière remarquable la jurisprudence relative à notre responsabilité. Car, malgré tout le respect dû à la chose déjugée, le jugement de première instance nous avait paru extraordinaire.

S'il fallait envoyer en prison tous les chirurgien, saccoucheurs et même médecins qui de leurs dix doigts ont produit une lésion préjudiciable au malade, ou même seulement une lésion mortelle, je ne connais pas un seul de nous qui ne fréquentât point Mazas : et la récidive nous guetterait à peu près tous avant l'année nécessaire à l'action libératrice de la loi Bérenger.

Condamner pour une perforation accidentelle de la vessie conduit en effet, à bien plus juste titre, à condamner par toute faute d'antisepsie. C'est la porte ouverte à l'arbitraire, aux dénonciations calomnieuses. Que nous soyons responsables au civil, dans une certaine mesure, c'est juste. Mais que pour nos erreurs de technique on nous menace, avec le sympathique avocat général qui a requis en première instance, de la « justice répressive », cela dépasse les bornes. Cela ferait bondir, si on n'était immédiatement calmé par une pensée philosophique : l'orateur appartenait à une classe d'hommes d'autant moins indulgents pour les autres qu'ils ont posé en principe que, même au civil, ils ne peuvent être rendus responsables de leurs erreurs les plus avérées. Or, toujours par respect de la chose déjugée, je n'oserais dire ce que je pense des magistrats qui ont trempé dans le crime judiciaire concernant Pierre Vaux si je n'avais lu à ce sujet des appréciations peu flatteuses dans un rapport du conseiller Sevestre.

Tout le monde l'a senti : le triomphe du jugement du président Richard conduisait les médecins, dans beaucoup de cas, à une abstention bien plus dangereuse, en moyenne, que la faute opératoire possible. Aussi est-ce le bons sens qui a triomphé, avec le jugement du président Pottier. L'avocat général lui-même avait requis l'acquittement!

Voilà pourquoi nous sommes particulièrement heureux que le jugement soit parti de ce principe : Laporte a perforé la vessie et le péritoine.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note sur deux observations de luxations rares : luxations métacarpo-phalangiennes en avant de l'index,

Par M. Albert Mouchet,

Ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie des hôpitaux.

Le 10 janvier 1898, un garçon de 7 ans, F... Lucien, nous était amené à l'hôpital Trousseau pour un traumatisme de l'index droit remontant au 4 janvier. L'enfant nous raconte qu'il a été ce jour-là bousculé par des camarades qui l'ont fait tomber à terre. Il s'est relevé seul et quelques minutes après la chute, il a vu son index droit tuméfié et déformé.

Les doigts sont actuellement dans une position moyenne intermédiaire à la flexion et à l'extension; l'index seul n'offre pas la même attitude ; sa première phalange redressée sur le métacarpien correspondant forme avec lui un angle obtus; les deux autres phalanges sont légèrement fléchies. Le doigt est raccourci; le retrait par rapport au médius est environ d'un centimètre plus grand que sur la main opposée. Gonflement des téguments sur la première phalange et la face dorsale du premier métacarpien.

Dans la paume de la main, nous observons entre la commissure du pouce et le pli d'opposition, une saillie arrondie, qui soulève les téguments et qui est constituée manifestement par l'extrémité supérieure de la première phalange de l'index.

La flexion du doigt est impossible; l'extension peut être très légèrement exagérée et on constate en la produisant la mobilité de la saillie palmaire. Légers mouvements de latéralité. Toute cette exploration est douloureuse, d'autant plus que différents médecins du pays ont exercé sur le doigt depuis l'accident des manœuvres destinées à le remettre en situation normale.

Le diagnostic est porté de *luxation métacarpo-phalangienne en avant de l'index droit.*

Séance tenante, nous exerçons sur ce doigt des tractions directes pendant que nous maintenons solidement le premier métacarpien. La réduction est aisée; nous laissons alors tous les doigts de la main, moins le pouce, légèrement fléchis dans la paume sous un pansement ouaté.

L'enfant revient nous voir le 13 janvier; nous supprimons tout pansement. Il persiste un léger gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. La flexion du doigt est aisée et complète; l'extension seule laisse encore un peu à désirer.

Le 25 janvier, *restitutio ad integrum* de tous les mouvements de l'index. Il ne subsiste aucune trace du traumatisme.

Bien différente fut l'évolution de la même sorte de luxation, observée en mai 1897, dans le service de notre maître M. le professeur Le Dentu, par notre ami le Dr Mauclaire, qui a bien voulu nous la communiquer.

Il s'agit cette fois d'un jeune homme de 18 ans qui s'était fait une luxation en avant de la première phalange de l'index en voulant donner un coup de poing. C'est seulement 3 semaines après que Mauclaire eut l'occasion de l'observer. Les signes de la luxation étaient évidents. Séance tenante, Mauclaire tente la réduction, mais en vain. Sous le chloroforme, il n'obtient pas davantage de résultat. Il prend alors le bistouri et, après incision médiane sur la saillie palmaire de l'extrémité supérieure de l'index, il tombe sur l'os sésamoïde qu'il excise. Une légère traction de l'index réduit instantanément la luxation. Suture de la plaie, et pansement des doigts dans la flexion. Mauclaire ne se rappelle plus exactement si l'os sésamoïde n'était pas retourné, la face articulaire en avant. Réunion par première intention. Le malade a été revu amélioré au bout d'un mois.

Nous avons tenu à citer tout au long ces deux observations, parce que les luxations en avant de la première phalange des doigts sont très rares. M. Polaillon, dans son article *Doigt* du *Dictionnaire encyclopédique*, en avait recueilli 9 cas : 3 pour l'index, 2 pour le médius, 1 pour l'annulaire, 1 pour l'auriculaire. L'annulaire et l'auriculaire s'étaient luxés simultanément une fois. Estrada a publié depuis 1 cas de luxation de l'auriculaire (1) en le faisant suivre d'expériences cadavériques intéressantes.

Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de découvrir une seule observation nouvelle. Il n'y avait donc au moment où nous écrivions ces lignes que 10 faits publiés de luxations métacarpo-phalangiennes des doigts en avant, dont 3 pour l'index. A l'heure actuelle, avec le cas de Mauclaire et notre cas personnel, ce chiffre doit être porté à 5.

Le tableau symptomatique dans les deux cas que nous

1. *Clinique française*, février 1891.

publions ici a été classique. Nous n'avons observé ni dans l'un ni dans l'autre la déviation latérale du doigt, signalée dans un cas de Bourguet (1). Les signes de la luxation étaient évidents.

En revanche, le mode de production de la lésion est difficile à préciser. Dans notre cas personnel, l'enfant n'a pu nous fournir aucun renseignement sur la façon dont sa main avait heurté le sol. Il est probable qu'il a dû la porter en avant pour se retenir, lorsque ses camarades l'ont fait tomber; mais ce n'est qu'une hypothèse.

Le malade de Mauclaire est très net dans son affirmation; il a voulu donner un violent coup de poing; il devait avoir les doigts fléchis au moment où la luxation s'est produite. Ce fait viendrait à l'appui des 16 expériences cadavériques, d'où Estrada conclut : « Les luxa- « tions en avant des quatre derniers doigts reconnais- « sent comme un de leurs mécanismes la flexion forcée, « avec ou sans distorsion des doigts, accompagnée de « l'impulsion en avant de la main. »

Nous ferons remarquer en terminant la terminaison bien différente des 2 cas de luxation que nous publions ici.

Chez l'enfant de 7 ans — il est vrai que l'accident datait seulement de 4 jours — la réduction est obtenue très aisément par la traction du doigt luxé. Au bout de 3 jours, la plupart des mouvements ont repris leur intégrité; au bout de 15, il ne reste plus trace de la lésion. Tous les observateurs signalaient la raideur articulaire persistante après la réduction; ici le retour des fonctions a été extrêmement rapide.

Dans le cas de Mauclaire, au contraire, où l'accident date de 3 semaines, il y a tout à la fois difficulté extrême de réduction et lenteur de restauration fonctionnelle. La difficulté de la réduction tient non au long temps écoulé depuis l'accident, mais à un fait particulier que nous n'avons trouvé signalé jusqu'ici dans aucune observation de luxation de la première phalange de l'index en avant: c'est la présence de l'os sésamoïde qui s'était interposé entre les surfaces articulaires. Quelle était son orientation? Mauclaire ne saurait le dire exactement; c'est un point qui mériterait d'être fixé par des recherches cadavériques complémentaires; il est en tous cas fort intéressant à signaler, parce qu'il nous montre la difficulté de réduction toute spéciale que peuvent présenter certaines luxations métacarpo-phalangiennes en avant de l'index.

1. Bourguet, *Rev. méd.-chirurg. de Paris*, 1853, t. 14, p. 89.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Gachet (Jacques Philippe). *Du rôle de la rate dans la digestion pancréatique de l'albumine*. N° 47.

M. Oraison (Joseph-Marc-Gabriel-Jules). *Essai sur la médication par la prostate et par les vésicules séminales dans l'hypertrophie de la prostate*. N° 46.

M. Bernou (Joseph-Edouard-Pierre). *De l'action nuisible des eaux sélénito-magnésiennes du nord de l'Afrique et de leur purification*. N° 43.

M. Bousquet (Paul-Jean-César-Jacques). *Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'hydramnios aiguë*. N° 3.

M. Verdelet (Jean-Baptiste). *Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion du vagin*. N° 2.

M. Djamdjieff (Georges). *La verrue plane juvénile*. N° 50.

M. Lassignardie (Henri). *Essai sur l'état mental dans l'abstinence*. N° 48.

M. Lepinte (Pierre-Alexandre-Anne-René). *De l'arthralgie hystérique du genou*. N° 39.

M. L'Herminier (Pierre-Joseph-Louis-Eugène-Ferdinand). *Etudes pléthysmographiques en psycho-physiologie*. N° 38.

Par une série d'expériences bien conduites, M. Gachet est arrivé à démontrer, *in vivo*, l'existence de la sécrétion interne splénique à fonction pancréatogène, en mettant en lumière le pouvoir trypsogène de l'injection intra-vasculaire de rate congestionnée chez le chien dératé. Il a prouvé également l'action fermentative de cette sécrétion interne splénique.

L'auteur a su reproduire avec certitude les résultats annoncés par Schiff et Herzen, qui avaient été niés par bien des physiologistes.

M. Oraison a expérimenté d'abord les extraits glycérinés de prostate et de vésicule séminale.

Ils sont légèrement toxiques pour les animaux, surtout chez les femelles. Il faut environ 20 cent. cubes par kilog. Encore doit-on tenir compte de la toxicité de la glycérine. Aussi les extraits aqueux et les poudres desséchées ne sont pas nuisibles, même à doses élevées.

Au point de vue physiologique, ces préparations remontent l'état général, augmentent le poids et l'appétit. Il n'y a, même à doses fortes, aucun effet sur les divers appareils.

La quantité d'urine n'est pas influencée, mais il y a élévation légère de l'urée et de l'acide urique et diminution notable de l'acide phosphorique, des chlorures et de l'indican.

Il se produit une congestion plus ou moins intense de l'appareil génito-urinaire avec des traces d'hypersécrétion de la prostate.

Les poudres desséchées, plus commodes à employer que les extraits, sont aussi plus actives.

Leur action thérapeutique est très favorable chez les sujets atteints uniquement de prostatisme.

La douleur se supprime, les mictions nocturnes et diurnes diminuent; la prostate régresse, d'où amélioration notable de la dysurie. L'infection vésicale peut même être modifiée.

Aussi devra-t-on conseiller cette médication en ayant soin de ne pas dépasser comme doses 10 à 15 centim. cubes d'extrait glycériné et 4 à 5 pilules de 0 gr. 10 de poudre desséchée par jour, en ayant soin d'user d'un traitement intermittent.

Après une étude du régime des eaux du nord de l'Afrique, M. Bernou nous fait voir que leur insalubrité tient plus aux sels inorganiques (de chaux et de magnésie) qu'aux matières organiques. A Tunis, par exemple, l'eau des puits, riche en sels, provoque des troubles gastro-intestinaux qui la font rejeter et remplacer par celle des sources de Zaghouan et de Djouggar, plus riches en bactéries (ces dernières contiennent même le bacille virgule), mais peu chargées en sel. Bien plus, de Boghari à Laghouat, les troupes de passage font usage impunément de l'eau des *r'dirs*, sortes de cuvettes où séjournent des eaux pluviales jaunes et sales et souffrent de troubles du tube digestif avec des eaux relativement peu sélénito-magnésiennes.

Celles-ci, chez les sujets bien portants, causent d'abord de la diarrhée, puis un état catarrhal du tube digestif avec dyspepsie prédisposant aux infections (fièvre typhoïde, dysentérie).

Leur épuration peut être faite en les traitant successivement par la chaux et le carbonate de baryte.

L'auteur propose, dans ce but, un appareil simple et pratique réalisant cette opération, sans faire courir aucun danger d'intoxication et rendant potables les eaux sélénito-magnésiennes.

Il est actuellement le seul qui soit applicable grâce à sa simplicité.

Si la grossesse gémellaire coïncide souvent avec l'hydramnios aiguë, rien ne démontre qu'elle en soit la cause; de même, rien n'indique par quel mécanisme elle se produit.

La syphilis, qu'on invoque dans la genèse de l'hydramnios chronique, peut jouer aussi un rôle — secondaire, il est vrai — dans la pathogénie de l'hydramnios aiguë.

Pour M. Bousquet, l'hydramnios aiguë, aussi bien que chronique, reconnaît le plus souvent pour cause un obstacle à la circulation de la veine ombilicale. Cependant l'hydramnios aiguë se produit quelquefois à une période où l'embryon est encore incapable de jouer aucun rôle dans sa genèse. Dans ces cas, il s'agit d'une malformation consistant dans un arrêt de développement de l'embryon.

C'est la technique de son maître, M. Dubourg, pour les cas de fistules vésico-vaginales très étendues, que nous expose M. Verdelet, dans sa thèse. Elle dérive de celle de Jobert.

Le procédé qu'il propose consiste à prendre un lambeau de muqueuse sur la partie postérieure du cul-de-sac vaginal et de le rabattre en avant pour le suturer aux lèvres avivées de la fistule. Il ferme ainsi le vagin, en formant un plan incliné étendu du col utérin vers l'urèthre, d'où facilité plus grande pour l'excrétion de l'urine et l'élimination des règles.

Grâce à cette méthode, nous affirme l'auteur, les accidents infectieux locaux (métrite, salpingite, néphrite) sont diminués, puisque la nouvelle cavité ne forme pas de cul de sac et se vide complètement à chaque miction; par suite aussi il n'y a plus formation de calculs.

De plus, si la fécondation est rendue impossible, il n'en est pas de même des rapports sexuels.

Dans son travail, orné de plusieurs photogravures, M. Djamdjieff nous donne les caractères de la verrue plane juvénile. C'est une petite élevure circulaire de 1 à 5 millimètres de diamètre, peu élevée, ne différant pas comme coloration de la peau voisine. Sa surface est plane, lisse ou finement grenue. Elle diffère encore de la verrue ordinaire par sa structure anatomique et son aspect homogène.

La contagiosité n'est pas démontrée; mais son auto-inoculabilité est infiniment probable.

Elle ne cause aucune démangeaison et n'altère pas l'état général.

Quant au traitement, nombreuses sont les méthodes thérapeutiques proposées. Telle qui a réussi chez celui-ci ne donnera aucun résultat chez celui-là, qui sera, au contraire, guéri par tel autre moyen. Cependant l'arsenic est, d'après l'auteur, le meilleur traitement.

L'abstinence, nous dit M. Lassignardie, crée, dans un premier degré, un développement exagéré des facultés intellectuelles et surtout de l'imagination, lorsqu'elle est peu prolongée, volontaire et habituelle.

A un degré plus marqué, elle amène un changement du moral et du caractère, se traduisant par de l'irascibilité, de l'égoïsme, de la cruauté, etc. En même temps, apparaissent des troubles intellectuels (diminution de la mémoire, de la volonté, tendance aux impulsions irrésistibles, etc.).

Enfin, lorsque l'abstinence arrive à son maximum, on observe des troubles psychiques, d'abord nocturnes : cauchemars, illusions, hallucinations, délires, s'accompagnant d'un mauvais sommeil. Bientôt ces mêmes troubles deviennent diurnes. Le délire est quelquefois aigu. Sous cette dernière influence, le malade peut être amené à faire quelque acte grave, des violences. Dans ce cas, l'appréciation de la responsabilité médico-légale est souvent difficile. Elle est subordonnée à la constatation des autres troubles psychiques plus ou moins sérieux.

L'état mental, dans l'abstinence, présente les plus grandes analogies avec celui des intoxications; il paraît dû lui-même à une auto-intoxication.

M. Lepinte décrit deux formes d'arthralgie hystérique du genou. Dans la première (forme pure) la douleur existe sous forme d'une sensibilité exquise, localisée à la peau et s'accompagne de contracture : mais il n'y a pas de phénomènes locaux réactionnels.

Dans la seconde forme (forme mixte ou hystéro-organique), à l'arthralgie s'associe une affection préexistante de nature inflammatoire.

Dans la forme pure, l'articulation est d'ordinaire indemne de toute altération; cependant, on y rencontre quelquefois des lésions matérielles.

Le diagnostic est souvent très difficile surtout dans la forme mixte. En cas de doute, mieux vaut attendre que de faire, par erreur, des opérations intempestives, comme cela s'est vu.

Le pronostic est sérieux par la ténacité de l'affection et la fréquence des récidives.

Les traitements sont nombreux et ont tous donné des résultats. Le meilleur semble être la suggestion.

Dans sa thèse, M. L'Herminier a étudié les réactions vasomotrices en rapport avec les divers états psychiques. Les réactions vasculaires, dont dépendent les modifications volumétriques des membres enregistrées par la méthode pléthysmographique, peuvent être d'ordre passif (déplétion veineuse, rhythme cardiaque) ou d'ordre actif (réaction sur les vaisseaux artériels ou phénomènes vaso-moteurs proprement dits).

La vaso-constriction sera indiquée par la chute du tracé pléthysmographique et par les caractères du pouls à forte tension (diminution d'amplitude, atténuation du dicrotisme).

La vaso-dilatation se traduira par l'ascension du tracé et les caractères du pouls à faible tension (augmentation d'amplitude, renforcement du dicrotisme).

La respiration influe sur le tracé. L'inspiration s'accompagne d'une ascension et l'expiration d'une chute, ce qui semble dû à l'accélération cardiaque inspiratoire et au ralentissement cardiaque expiratoire.

Les phénomènes intellectuels (attention, mémoire, travail cérébral court, etc.) s'inscrivent tous en vaso-constriction. Ce phénomène est nettement secondaire et consécutif à l'acte cérébral. Le temps perdu, l'intensité et la durée de réaction varie avec les individus.

Le phénomène de volonté est tantôt représenté par une chute de vaso-constriction (si l'acte est purement cérébral), tantôt, au contraire, par une ascension, comme dans l'effort. Les émotions agréables, qu'elles viennent de la volonté ou des sens, donnent lieu à de la vaso-dilatation; les émotions désagréables, au contraire, à de la vaso-constriction; celle-ci peut même, chez certains sujets, s'accompagner de réactions respiratoires.

Mais il existe des états complexes, dans lesquels les phénomènes tiennent à la fois de l'intelligence et de la sensibilité. Ici, le plus souvent, le phénomène intellectuel l'emporte et l'ensemble du tracé donne de la vaso-constriction. Mais le phénomène émotionnel est toujours plus ou moins inscrit, surtout au début du tracé.

Ce travail montre bien l'importance de l'expérimentation dans l'étude des divers états psychiques.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances du 28 Février 1898.

Influence des intermittences de repos et de travail sur la puissance moyenne du muscle.

MM. André Broca et **Charles Richet**, comme suite à leurs travaux sur la puissance maximum des fléchisseurs de l'index en travail permanent continu, présentent diverses observations sur le travail des mêmes muscles avec intermittences de repos.

Le travail de la première minute qui suit un repos présente, sur une minute de travail permanent continu, un excédent capable de compenser à peu près la perte occasionnée par le repos,

de sorte que la totalité du travail obtenu en régime intermittent équivaut à peu près à celui que l'on accomptit en régime continu.

D'autre part, la fatigue diminue et la douleur disparaît, ce qui permet de poursuivre plus longtemps l'effort maximum.

L'influence salutaire des alternatives rhythmées de travail et de repos apparait surtout lorsqu'il s'agit de poids considérables pour le muscle étudié, de sorte que l'on peut donner pour meilleures conditions du travail, dans le cas particulier du fléchisseur :

1° Un poids très fort (1 500 grammes);

2° Une fréquence de contractions très grande (200 par minute);

3° Des intermittences de deux secondes environ de repos, alternant avec deux secondes de travail.

Ces résultats semblent concorder avec les prévisions théoriques : l'alternance des contractions et des repos active, en effet, la circulation dans le muscle et y facilite ainsi les échanges respiratoires et l'élimination des produits nocifs, tandis que l'effort continu hâte la désassimilation sans amener le renouvellement périodique du milieu.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 Mars 1898.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

MM. Mauclaire et Cottet présentent un kyste uniloculaire de l'ovaire droit avec torsion du pédicule enlevé par la voie abdominale. Il y avait des phénomènes hémorrhagiques et des adhérences nombreuses de la paroi du kyste déterminées par la torsion du pédicule, qui datait vraisemblablement de 15 jours, d'après l'histoire clinique de la malade.

Résultat d'une néphropexie.

M. Œlsnitz a fait l'autopsie d'une malade, à laquelle M. Faure pratiqua en août 1897 la néphropexie. Des adhérences solides unissent le rein à la douzième côte; des tractions opérées sur le rein déchirent l'organe mais ne rompent pas le tissu fibreux d'union.

Cancer de la paroi postérieure du rectum.

MM. Mauclaire et Ch. Martin présentent un cancer du rectum, caractérisé cliniquement par des hémorrhagies, remontant à deux ans, de la pesanteur à l'anus, et surtout des pertes glaireuses abondantes et continuelles. La tumeur, très végétante et ulcérée, était remarquable par sa limitation à la paroi postérieure du rectum, son peu d'étendue et sa mobilité. Une simple incision rétro-rectale permit d'aborder et d'enlever le néoplasme, qui, à l'examen histologique, est un épithélioma avec dégénérescence colloïde.

Anévrysme de l'artère iliaque externe avec occlusion intestinale par compression.

MM. Iselin et Estrabaut présentent l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë et opéré d'urgence dans la nuit même (anus cæcal). Il mourut d'une syncope le 3° jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouva les organes très anémiés, et dans l'abdomen une masse rougeâtre, remplissant toute la gouttière costale gauche depuis la 8° côte, la région lombaire gauche et la fosse iliaque du même côté. Le côlon pelvien est refoulé dans la fosse iliaque droite, et c'est sur lui qu'a été pratiqué l'anus artificiel.

Cette masse était formée par des caillots accumulés, et en les évacuant on trouva au niveau de l'origine de l'artère iliaque externe gauche un anévrysme de la grosseur d'un œuf de poule, ouvert dans l'abdomen et cause des accidents d'occlusion présentés par le malade.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Mars 1898.

Action des organes sur les microbes.

M. Roger. — Les microbes introduits par un vaisseau s'arrêtent dans le premier réseau capillaire qu'ils rencontrent : on peut donc, en pratiquant des injections virulentes par les diverses parties du système circulatoire, mettre en évidence le rôle des organes dans les infections. Cette méthode m'a déjà permis de démontrer que le foie est capable de détruire la bactéridie charbonneuse au point d'assimiler une dose 64 fois supérieure à celle qui tue par une veine périphérique. J'ai établi ensuite que le poumon protège contre le streptocoque, tandis que le foie n'a aucune action sur ce microbe.

Poursuivant mes recherches, j'ai constaté que le staphylocoque doré trouve un excellent milieu de culture dans le cerveau, mais qu'il est détruit par le foie; cette glande neutralise 8 doses mortelles.

Loin de protéger contre le colibacille, le foie favorise son développement : les animaux inoculés par la veine porte succombent très rapidement et l'autopsie révèle de profondes altérations du foie qui est jaunâtre, parsemé de taches blanches, décolorées; on conçoit ainsi la fréquence et la gravité des lésions hépatiques d'origine gastro-intestinale.

Pour donner plus d'extension à mes recherches, j'ai étudié encore l'oïdium albicans. Ce parasite, injecté par la carotide, détermine un ramollissement cérébral, rapidement mortel. Le poumon retarde légèrement la marche de l'infection; le foie et le rein arrêtent le végétal, de sorte que les inoculations par la veine porte ou par une artère rénale ne déterminent pas la mort.

Mes expériences, au nombre de 180, démontrent donc que les effets de la lutte engagée entre un microbe et un organisme varient totalement d'un organe à l'autre; le résultat final est donc fort complexe; c'est la somme de résultats partiels différents.

Note sur la maladie de Hanot ou cirrhose hyhertrophique biliaire avec ictère chronique.

M. Boix. — Je voudrais signaler aujourd'hui quelques observations relatives à l'histoire de la cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique, ou maladie de Hanot, observations de nature à en éclairer peut-être la pathogénie. Je les résumerai en quelques propositions que je me réserve de développer prochainement comme elles le méritent en présentant les documents qui leur servent de base.

1° Dans la maladie de Hanot, la rate reste immuablement et également grosse pendant toute la durée de la maladie, quelles que soient les variations de volume du foie, qui sont, on le sait, assez fréquentes et notablas.

2° Cette grosse rate a toujours été constatée en même temps que l'hypertrophie du foie. En réalité elle précède de plus ou moins longtemps le processus hépatique, ou tout au moins les symptômes apparents de la maladie, même au début. Chez un de mes malades, mort à 50 ans environ de cirrhose de Hanot, on avait constaté une grosse rate dès la jeunesse.

3° La cirrhose de Hanot affecte quelquefois l'allure d'une maladie familiale, et dans ces cas les enfants des malades qui, peut-être candidats à la maladie, sont indemnes jusqu'à nouvel ordre, ces enfants ont une grosse rate, d'autorité pour ainsi dire, et rien que cela. Dans la famille d'un de mes malades, il existe un teint très pigmenté non seulement chez les enfants, mais encore chez les collatéraux.

4° La grosse rate est donc la base, la clef de voûte, la condition *sine qua non* de la maladie de Hanot. Je m'empresse d'ajouter que le plus souvent l'impaludisme n'est nullement en cause.

5° Mais si l'agent pathogène de la maladie de Hanot n'est pas celui du paludisme, il est « quelque chose d'analogue » et paraît avoir une origine hydrique, car les sujets de plusieurs de mes observations vivaient sur des terrains à fièvres, ou buvaient de l'eau de puits ou de citernes. Dans certains cas la maladie est

survenue après une fièvre typhoïde dont l'origine hydrique n'est pas douteuse.

Pour ces raisons, il semble bien que la cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique soit, comme l'admettaient Hanot et Kiener, une maladie spécifique ou tout au moins une infection hépato-splénique d'une nature bien spéciale, et non une infection hépatique banale comme l'admettaient récemment MM. Gilbert et Fournier.

Milieu de diagnostic et milieu de conservation du pneumocoque.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon.** — Les milieux usuels (gélose et bouillon) ne conviennent pas à la culture pratique du pneumocoque. L'élément capital de diagnostic, la capsule, fait défaut dans ces cultures, et d'autre part la végétabilité y est faible et la vitalité du microbe y est courte.

On a proposé divers milieux spéciaux : M. Mosny conseille le sérum de lapin ; MM. Gilbert et Fournier le sang défibriné. Ces deux milieux sont excellents pour la culture du pneumocoque, mais répondent à des indications différentes.

Si l'on veut trouver dans une culture les caractères typiques du pneumocoque, si on veut le reconnaître au milieu de plusieurs variétés de germes, le dépister ou l'isoler, il faut recourir au sérum de lapin, non pas de vieux lapin, mais de lapin jeune, véritable milieu de diagnostic du pneumocoque. A défaut du sérum de lapin, on peut faire usage du sérum d'un autre animal, pourvu que celui-ci soit jeune.

S'il s'agit de conserver longtemps dans un laboratoire un pneumocoque vivant et virulent, il faut pratiquer la culture dans le sang des divers animaux; dans ce milieu, le pneumocoque pousse moins, en apparence, que dans le sérum de lapin, mais il y conserve par contre sa vitalité pendant un temps très long, ainsi que sa virulence. Pour avoir du sang non coagulé, on peut, ou bien le défibriner, suivant la pratique préconisée par MM. Gilbert et Fournier, ou bien injecter une solution de protéose dans les veines du chien qu'on se propose de saigner. Pour éviter le desséchement du sang dans les tubes portés à l'étuve, nous y ajoutons une égale partie de sérosité d'ascite ou de pleurésie. Les résultats sont meilleurs encore qu'avec le sang pur. De cette façon, nous avons pu conserver un pneumocoque 4 mois, dans le même tube à 37°, sans transplantation, et actuellement nous possédons plusieurs cultures vieilles de 3 mois qui ne paraissent pas près de périr.

Nous conseillons donc le sang défibriné de lapin ou de chien, ou le sang peptoné de chien, additionné d'une égale partie de sérosité d'ascite, en un mot le sang dilué, comme milieu de conservation du pneumocoque, le sérum de lapin jeune constituant le milieu de diagnostic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1898.

Résection du pylore.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué chez 3 malades la résection du pylore et de la région stomacale avoisinante. Ces 3 malades ont guéri et ont été présentés à la Société.

Il faut bien s'entendre sur le terme résection du pylore : il est certain que les interventions portent rarement sur la région pylorique seule, quand il s'agit de cancer. Tous les néoplasmes du pylore que j'ai opérés par résection ou par gastro-entérostomie avaient dépassé les limites anatomiques du pylore; il y a dans ces cas une infiltration qui se propage assez loin, non pas vers le duodénum, mais de préférence vers l'estomac. Aussi, comme intervention, faut-il faire la résection du pylore et d'une partie plus ou moins large de l'estomac.

La direction et le siège des lésions néoplasiques partant du pylore vers l'estomac ne sont pas indifférents, les infiltrations de la petite courbure contre-indiquent l'intervention radicale beaucoup plus rapidement, nécessitent des délabrements plus considérables et offrent beaucoup plus de difficultés que les lésions limitées à la grande courbure.

Pour pratiquer ces résections, je fais d'abord, comme tous nos collègues, l'hémostase première du grand épiploon et, limitant mon champ opératoire entre deux longues pinces, je résèque aussi loin que possible du siège des lésions. L'important maintenant est de réunir les deux extrémités sectionnées. Pour réunir le duodénum à la portion restante de l'estomac, on peut faire trois choses : *anastomose termino-terminale, anastomose termino-latérale, anastomose latérale.*

Dans l'anastomose termino-terminale, la différence de dimension des deux surfaces oblige à rétrécir l'orifice stomacal, et il en résulte une surface en Y ou en V qui doit être abouchée avec un orifice circulaire. Les sutures sont particulièrement à soigner au niveau de l'angle de l'Y.

L'anastomose me paraît simple et facile. Mais je crois, d'après les expériences que j'ai faites avec mon interne Bonamy au laboratoire de M. Dastre que l'anastomose latérale dans les résections étendues, est le procédé de choix.

M. Quénu. — Je ne suis pas très partisan de la résection du pylore dans les affections néoplasiques de l'estomac. Lorsque le diagnostic est possible, la lésion est trop étendue, l'engorgement ganglionnaire existe et l'on ne peut espérer faire dans ces conditions une ablation totale.

M. Ricard. — Je pense comme M. Tuffier que c'est dans les néoplasmes ayant envahi la petite courbure que l'on rencontre les plus grandes difficultés. En matière de résection stomacale, on fait comme on peut, peu importe le procédé employé; ce qu'il faut avant tout ce sont des sutures aseptiques et immédiatement étanches.

M. Guinard. — Dans la grande majorité des cas, le procédé de choix est la gastro-entérostomie après suture de la portion terminale de l'estomac et de la portion initiale du duodénum.

M. Chaput. — Je donne également la préférence à la gastro-entérostomie complémentaire.

M. Poirier. — Tous ces procédés sont fort ingénieux, très intéressants, mais comme on ne peut agir sur les ganglions, comme il s'agit presque toujours de lésions très étendues, je crois qu'il est préférable de ne pratiquer qu'une opération palliative, la gastro-entérostomie, dont le danger est beaucoup moindre.

M. Hartmann. — J'ai pratiqué 3 gastrectomies partielles et mes 3 malades ont guéri. A l'étranger on fait un grand nombre de ces opérations. Les résultats de la gastrectomie sont plus durables que ceux de la gastro-entérostomie.

M. Tuffier. — J'appuie absolument ce que vient de dire M. Hartmann, au point de vue des résultats consécutifs, de la supériorité de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie.

M. Picqué lit la fin de son mémoire sur les psychoses post-opératoires.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Mars 1898.

Angine diphthéroïde.

M. Vincent donne la description d'une forme particulière d'angine diphthéroïde qu'il a observée chez 14 individus.

Cette angine semble déterminée par un bacille fusiforme particulier qui peut présenter, à l'examen microscopique, quelque ressemblance avec celui de la diphthérie. M. Vincent a essayé, mais sans résultat, de cultiver ce bacille sur divers milieux. Les essais d'inoculation de l'exsudat diphthéroïde sur la conjonctive ou la muqueuse même des animaux n'ont pas davantage abouti.

Dans les cas les plus habituels, cette angine diphthéroïde siège sur l'une des deux amygdales, plus rarement sur les deux. Elle intéresse parfois simultanément une des tonsilles et le pilier voisin. Au début de l'affection, l'amygdale est recouverte d'une tache blanchâtre ou grisâtre, peu épaisse, de consistance molle et pouvant être détachée par le raclage. Elle repose sur une surface érodée et saignant facilement. Les contours de cette tache, le plus souvent irréguliers, s'agrandissent peu à peu et recouvrent parfois une grande partie de l'amygdale; lorsqu'on

détache alors la membrane, on s'aperçoit qu'elle est plus adhérente. Elle s'est reproduite le lendemain.

Dans les cas plus bénins, elle se renouvelle mal ou incomplètement. Lorsque l'affection est plus sérieuse, la membrane diphthéroïde repose sur un véritable ulcère anfractueux, dû à la nécrose superficielle du tissu amygdalien. La lésion s'étend, en effet, plutôt en profondeur qu'en surface.

Vers le 3e ou le 4e jour, la pseudo-membrane est épaisse, molle, presque caséeuse à sa surface, et communique à l'haleine une odeur désagréable. Elle se laisse détacher plus facilement qu'au début. A son voisinage, la muqueuse est œdématiée et érythémateuse. Le malade accuse de la sécheresse du pharynx et de la dysphagie.

Les ganglions sous-maxillaires sont peu tuméfiés dans les cas légers. Il n'en est pas de même lorsque l'affection est plus étendue ou que l'angine n'a pas été soumise à un traitement antiseptique.

Dans les cas qu'il a observés, cette adénite n'a jamais abouti à la suppuration.

L'angine s'accompagne de courbature, d'inappétence, d'état saburral des premières voies et d'un mouvement fébrile, parfois léger, mais constant. La température atteint fréquemment 38°5, parfois 39°. Mais, sous l'influence du traitement local, elle ne tarde pas à descendre au voisinage de la normale, quelquefois dès le 3e jour, alors que, cependant, l'exsudat diphthéroïde ne s'est pas éliminé.

Vers le 6e jour, en général, l'amygdale se nettoie et, dès que les débris pseudo-membraneux qui tapissent encore les anfractuosités de l'ulcère ont été éliminés, la réparation est rapide.

La fausse membrane ne s'étend pas au côté opposé du pharynx, contrairement à ce qu'on observe si souvent dans l'angine diphthérique. C'est, en effet, surtout avec cette dernière affection qu'on pourrait la confondre, car elle ne présente pas les caractères cliniques de certaines autres angines, telles que l'angine pultacée, le muguet, etc.

Le diagnostic de cette forme d'angine diphthéroïde que je viens de décrire se fait surtout par le microscope.

Notes sur les lésions du noyau de l'hypoglosse consécutives à l'arrachement du nerf.

MM. G. Ballet et **C. Marinesco.** — On sait quelles sont les lésions qui se produisent dans le centre d'origine (bulbaire ou médullaire) d'un nerf lorsqu'expérimentalement on pratique une section de ce nerf : on observe tout d'abord des lésions de réaction (tuméfaction de la cellule, chromatolyse centrale, projection du noyau à la périphérie); plus tard, à partir du 20e jour en moyenne, la réparation des altérations commence. Cette phase de réparation dont l'un de nous s'est attaché à mettre en relief les caractères (Marinesco) se traduit par l'accroissement de volume des cellules, par la reconstitution des granulations chromatophiles, c'est-à-dire, suivant la terminologie de Nissl, par la substitution de l'état pycnomorphe à l'état parapycnomorphe.

Lorsqu'au lieu de sectionner un nerf on l'arrache, les résultats sont différents ; on peut aisément le constater en examinant un noyau de l'hypoglosse après arrachement de ce nerf. Voici, en effet, ce que nous avons observé dans ces conditions : 30 jours après l'avulsion de la 12e paire, la partie inférieure du noyau n'est plus constituée que par quelques cellules atrophiées. Quelques-unes de ces dernières sont très pâles, diminuées de volume, sans éléments chromatophiles ou avec quelques rares éléments à leur périphérie ; le noyau et le nucléole sont atrophiés, les prolongements sont amincis, très courts; un certain nombre d'entre eux ont disparu. D'autres cellules, également diminuées de volume, sont plus colorées que les précédentes; elles montrent quelques granulations et leur substance achromatique, au lieu d'être pâle, est foncée.

A mesure que les coupes examinées correspondent à des parties du noyau plus rapprochées de son tiers supérieur, les cellules nerveuses apparaissent de moins en moins altérées : elles sont encore atrophiées dans toutes leurs parties constituantes, mais elles conservent leur configuration générale habituelle.

En résumé, après l'arrachement de l'hypoglosse, on observe une atrophie définitive des cellules du noyau du côté correspondant au nerf arraché, et cette atrophie est d'autant plus accusée qu'on considère des parties plus inférieures du noyau.

On voit donc qu'il y a un contraste frappant entre les lésions consécutives à l'arrachement de l'hypoglosse et celles qui suivent la section du nerf. Au 30e jour, dans le premier cas, il y a hypertrophie des cellules du noyau d'origine, avec état pycnomorphe de ces cellules; dans le second, atrophie et disparition des éléments cellulaires.

Pourquoi une différence aussi tranchée entre les conséquences de deux lésions, en apparence fort analogues? Pour l'expliquer, il nous semble qu'il faut se reporter à la théorie qui a été formulée par l'un de nous (Marinesco), au sujet du rôle que joueraient les modifications des cellules nerveuses dans la régénération des nerfs sectionnés. On pense généralement que cette régénération consiste en un processus tout local, dont le bout central du nerf est le siège. Il ne semble pas que cette manière de voir soit exacte : les phénomènes de dégénérescence ou de régénération, qui intéressent le prolongement cylindraxile du neurone, sont étroitement subordonnés à ceux dont la partie centrale (cellule) de ce neurone est le siège, et, réciproquement, après la section d'un nerf la cellule souffre comme souffre la partie périphérique des tubes nerveux ; quand l'hypertrophie et l'état de pycnomorphie, qui traduisent la réparation, se produisent du côté de la cellule, les tubes nerveux eux-mêmes sont en voie de régénération.

La dépendance étroite qui paraît relier les deux processus et les rattacher intimement l'un à l'autre, nous paraît susceptible d'expliquer l'atrophie du noyau de l'hypoglosse, après l'arrachement du nerf : en effet, cet arrachement rend impossible le travail de régénération, dès lors, l'hypertrophie cellulaire n'a plus de raison d'être; au contraire, la cellule, dont le rôle semble désormais terminé, s'atrophie et s'étiole, comme s'atrophient, après les amputations, certains groupes cellulaires, devenus en quelque sorte inutiles.

Il resterait à nous demander pourquoi, après l'arrachement, les cellules de la partie supérieure du noyau sont moins lésées que celles de la partie inférieure. Peut-être cela tient-il à ce que les filets radiculaires supérieurs du nerf sont proportionnellement plus longs que les inférieurs, ce qui rend moins grave l'arrachement du nerf à leur niveau.

Sarcomes disséminés du squelette.

MM. Le Gendre et **Terrien** rapportent une observation dans laquelle la dissémination des symptômes tint pendant quelque temps le diagnostic en suspens. C'est ainsi que se succédèrent une paraplégie spasmodique douloureuse, des atrophies musculaires à localisations diverses, une rétention d'urine, une paralysie faciale droite, de la dysphonie, puis de l'aphonie. Bref, il fut impossible de rattacher ces symptômes à une cause unique, et on ne savait quel diagnostic porter, quand une exostose apparut sur le frontal, bientôt suivie par d'autres manifestations osseuses.

Il s'agissait donc de sarcomes disséminés du squelette à prédominance vertébro-crânienne, ayant engendré surtout des symptômes d'ordre nerveux. L'autopsie vint confirmer le diagnostic.

Ce fait offre certaines analogies avec d'autres faits cités par M. Jaccoud comme ayant présenté l'aspect d'une « atrophie nerveuse progressive » par suite de l'existence de sarcomes vertébro-crâniens.

MM. Ch. Achard et Léopold Lévi. (Sera publié dans notre numéro de dimanche.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du 9 Mars 1897.

Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail.

M. Budin communique l'observation d'une femme de

42 ans qui a déjà eu 6 grossesses terminées spontanément à terme par la naissance d'enfants vivants. Elle entre en travail le 12 janvier étant à terme et, en l'examinant, on trouve, au palper, le sommet mobile au détroit supérieur et en position gauche. La dilatation étant complète, et l'enfant vivant, on rompt les membranes et l'on recueille 1 150 grammes de liquide. La tête descend alors peu à peu malgré un léger rétrécissement du bassin. Une heure après, M. Budin fut frappé par le volume considérable de l'utérus dont le fond remontait jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde. Les parois utérines étaient toujours très tendues, mais parfaitement régulières, l'état général excellent, la malade n'accusait aucune douleur, son pouls était régulier, sa température normale; les battements du cœur fœtal étant bons, on laissa la femme en repos tout en la faisant surveiller. Une heure après, la sage-femme de garde constata que l'utérus avait changé de forme. Il n'y avait plus une masse unique, globuleuse, mais une sorte de tumeur double, en forme de sablier. La partie inférieure paraissait bien être l'utérus; quant à la partie supérieure, nettement visible sous la peau, elle s'inclinait du côté droit, vers l'hypochondre, sous le foie. La femme n'avait point perdu de sang, son état général était toujours bon, mais les bruits du cœur fœtal devenaient sourds et irréguliers. On fit une application de forceps sous le chloroforme et l'opérateur rencontra une résistance inaccoutumée au moment du dégagement des épaules. La main, placée sur l'utérus, percevait les petits membres de l'enfant qui semblaient très superficiels.

Après la naissance du fœtus, qu'il fut impossible de ranimer, on ne retrouve plus les deux tumeurs précédemment constatées, et l'on sent nettement l'utérus globuleux, qui se contracte sous la main. En introduisant la main dans les organes génitaux pour se rendre compte de ce qui avait pu se produire, M. Budin reconnut à gauche une déchirure du col, qui remontait sur le segment inférieur, vers le ligament large. Le pouce, passant dans la déchirure, touchait le ligament rond et arrivait jusqu'à la trompe. Au-dessus se trouvaient les anses intestinales. Comme traitement une grande injection d'eau bouillie fut faite dans l'utérus d'abord, puis dans la cavité qui correspondait avec la déchirure : on fit passer 2 litres de solution de sublimé très faible, puis plusieurs litres d'eau bouillie. Un double tamponnement à la gaze iodoformée fut pratiqué, l'un dans l'utérus, l'autre dans la cavité de la déchirure. Ce pansement fut renouvelé les jours suivants et la malade guérit sans élévation de température.

Il est évident que, dans ce cas, la rupture de l'utérus s'est produite spontanément au moment où l'organe a changé de forme.

La perméabilité rénale au bleu de méthylène chez la femme enceinte.

MM. Bar, Menu et **Mercier**. — Il y a longtemps que l'on sait que les médicaments passent plus ou moins rapidement dans l'urine, mais, depuis les travaux d'Achard et de Castaigne, on se sert du bleu de méthylène pour reconnaître l'état de perméabilité du rein. M. Potocki a publié dernièrement le résultat de ses recherches sur ce sujet en expérimentant sur les femmes enceintes. Il en conclut que, chez ces dernières, le bleu de méthylène passe très rapidement dans les urines, même quand elles sont éclamptiques, et il met en doute l'influence des lésions rénales sur la production de l'éclampsie. Nous venons exposer les résultats que nous avons obtenus en expérimentant sur des femmes enceintes normales, albuminuriques et éclamptiques.

Dans la première catégorie des cas, nous avons vu que le bleu passe au bout d'une 1/2 heure environ, qu'au bout de 2 heures, le passage est à son maximum et que, 36 heures après l'injection, toute trace de bleu a disparu dans l'urine. Chez les femmes albuminuriques, le passage se fait aussi rapidement que chez les femmes normales, mais ce qu'il y a de particulier dans ces cas, c'est la prolongation du phénomène et surtout son irrégularité.

En recueillant les urines à intervalles réguliers, on voit qu'il existe de grandes oscillations dans le degré de coloration du liquide. La perméabilité du rein n'est donc pas la même pour tous les instants chez les albuminuriques, et ces oscillations dans la filtration rénale, que nous avons observées pour le bleu de méthylène, se rencontrent également pour les autres principes contenus dans l'urine (bile, sels, albumine). Ces derniers résultats sont sensiblement les mêmes quand on expérimente sur les éclamptiques.

Tuberculose méningée et grossesse.

MM. Bonnaire et **Mercier**. — Les cas de tuberculose méningée survenant chez des femmes enceintes sont des faits absolument exceptionnels. L'observation que nous rapportons, rapprochée de celles qui ont été publiées antérieurement, permet d'établir que, dans 40 p. 100 des cas, la tuberculose est le facteur qu'il faut incriminer dans la genèse des méningites apparaissant au cours de la grossesse. La malade dont il s'agit a été observée dans le service de M. Bonnaire. Sa santé était excellente et le seul antécédent pathologique que nous avons pu retrouver est une otite moyenne ancienne.

Les accidents ont débuté brusquement en pleine santé. Ils ont consisté en une céphalalgie intense, des vomissements et un ictus apoplectiforme. On pensa à l'éclampsie, d'autant plus qu'il y avait de l'albumine dans les urines. Le travail s'étant déclaré, l'accouchement fut terminé rapidement par une application de forceps. L'enfant était vivant et pesait 2 600 grammes. La mère mourut et à l'autopsie nous avons trouvé de la méningite tuberculeuse avec examen bactériologique à l'appui. Cette observation doit être considérée comme un cas de tuberculose méningée consécutive à une otite moyenne.

La tare nerveuse constituée par l'hystérie paraît avoir favorisé la localisation de l'infection sur les méninges et cette tuberculose a pris la forme épileptique. Une affection maternelle aussi grave n'a pas entraîné la mort de l'enfant *in utero*, elle a seulement paru déterminer chez lui, après la naissance, un ralentissement dans l'augmentation de poids, puisqu'en dépit de l'allaitement par une nourrice il a mis 30 jours pour récupérer son poids initial de 2 600 grammes.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 Mars 1898.

Dermatose prémycosique.

MM. Du Castel et **Leredde** ont présenté un homme de 68 ans atteint depuis cinq à six ans de lésions cutanées diffuses, rappelant celles du pityrias rubra de Hebra.

Actuellement on constate une modification universelle de la peau, qui est épaissie, présente en de nombreux points l'aspect de la peau d'orange; sur le thorax on trouve outre des taches rouges un peu saillantes des figures érythémateuses en grands placards avec desquamations de la surface eczématoïde.

Les ganglions lymphatiques sont universellement tuméfiés; au point de vue clinique, la maladie se rapproche peu à peu du mycosis fongoïde. Il faut encore signaler deux faits remarquables, l'excessive cryesthésie et l'intensité extraordinaire de la sudation.

Les lésions microscopiques sont celles du mycosis, acanthose, œdème des papilles et du derme, présence dans l'épiderme de cavités comprenant des plasmazellen, dans le derme d'amas formés de cellules fixes prolifères, des plasmazellen et un réticulum. Il n'existe pas de leucocytose (5 500 globules blancs par millimètre cube) mais on constate de la lymphocytose (47 lymphocytes et monocléaires) sur 100 globules blancs, lésion qui peut appartenir au mycosis fongoïde.

Epithélioma de la face traité par la méthode de Cerny.

M. Hermet présente un malade qui en octobre était atteint d'un vaste épithélioma de la face. Il l'a traité avec les badigeonnages d'acide arsénieux en solution (méthode de Cerny), qu'il est allé étudier sur place à Prague.

Ce traitement, qui est basé sur la fixation par l'air de l'acide

arsénieux, et qui nécessite par conséquent l'exposition permanente de la surface ulcérée à l'air libre, a été commencé le 21 octobre 1897, le tissu néoplasique a été complètement détruit le 1er janvier 1898, les bourgeons charnus avaient fait leur apparition ce jour-là, la cicatrisation a été complète le 2 février. La cicatrisation est aujourd'hui indéniable.

Le malade avait déjà été inutilement traité par les applications de chlorate de potasse qui avait même fait notablement augmenter le diamètre de l'ulcération.

M. Hermet estime que cette méthode peut rendre de grands services, et qu'elle doit être appliquée chaque fois que le siège du néoplasme ulcéré permet son contact permanent avec l'air.

La technique de l'application s'apprend facilement et vite. Trois solutions d'acide arsénieux sont nécessaires : une à 1/150, l'autre à 1/100, la troisième à 1/50; parties égales d'eau et d'alcool éthylique. La première est étendue sur la surface ulcérée. La seconde et la troisième sur l'eschare (qui se forme en 2 ou 3 jours). C'est lorsqu'elle est très épaisse qu'on emploie la solution à 1/50.

Les badigeonnages doivent être faits tous les jours, sauf contre-indication (œdème ou inflammation violente). La douleur provoquée par l'application est jusqu'ici instantanément calmée par le contact de l'air. Rarement la piqûre de morphine est nécessaire.

Il faut enlever l'eschare aussitôt qu'on le peut sans déterminer ni douleur, ni hémorrhagie, recommencer le badigeonnage à 1/150 et le continuer comme ci-dessus, jusqu'à apparition des bourgeons charnus, puis panser comme une plaie simple.

Lupus et syphilis.

M. Danlos a montré une femme de 48 ans, d'apparence vigoureuse, mère de 9 enfants, sans antécédents spécifiques reconnus et atteinte depuis dix ans d'une lésion faciale d'aspect lupique. Deux ans auparavant, elle eut une angine ulcéreuse grave qui dura six mois et se termina par guérison, après disparition de la luette et formation d'une large cicatrice d'aspect gaufré sur la paroi postérieure du pharynx. Trois hypothèses sont possibles pour interpréter ce cas :

a) Ou bien il ne s'agit que de bacillose. L'aspect de la lésion faciale est, il est vrai, typique, mais les lésions de la gorge, par leur siège, leur évolution, cadrent mal avec cette idée.

b) Ou bien la lésion faciale est bacillaire; celle de la gorge est syphilitique. Cette supposition semble d'autant plus probable que pendant les deux années qui ont séparé la guérison de l'angine de l'apparition du lupus facial, il y a eu des crises de céphalée violente et rebelle.

c) Cette intervention possible de la syphilis conduit à se demander si la vérole seule ne peut pas tout expliquer. On a cité des syphilides d'aspect bacillaire (Fournier, etc.). Ici toutefois, l'épreuve thérapeutique ne confirme pas cette idée; car le traitement spécifique (frictions, KI) institué depuis trois semaines est resté sans effet, et même a plutôt augmenté la turgescence du lupus.

Cyanose des extrémités avec engelures, chez un hérédo-tuberculeux.

MM. Gastou et **Emery** montrent un garçon de 16 ans, de petite taille, d'aspect infantile avec organes génitaux peu développés, sans un poil, présentant de la cyanose des pieds et des mains et des engelures. Son pouls est petit, microsphygmique, alors que les bruits du cœur son secs, vibrants, comparables aux bruits d'un cœur athéromateux.

On ne relève aucun antécédent morbide personnel, mais sa mère est morte tuberculeuse, un de ses frères a des adénites cervicales traitées à Berck, et une de ses sœurs est morte toute jeune.

MM. Gastou et Emery se demandent si on n'est pas en droit de penser que l'hérédité tuberculeuse crée au même titre que l'hérédité syphilitique des dystrophies, qui peuvent atteindre tous les systèmes organiques et se localiser sur le système artériel sous forme d'aplasie artérielle, et si cette aplasie n'est pas le résultat d'une véritable artérite généralisée, congénitale, syphilitique ou tuberculeuse, dont l'action initiale agirait *in utero* pour produire les malformations et dystrophies constatées dans la suite.

Syphilis héréditaire avec incontinence d'urine.

M. Georges Baudoin a montré une jeune fille de 18 ans, syphilitique héréditaire, qui depuis sa naissance est atteinte d'une incontinence d'urine, laquelle incontinence, après avoir présenté autrefois des intermittences de quelques jours, a augmenté sensiblement dans ces dernières années. Chaque nuit, on est obligé de réveiller la malade pour éviter qu'elle ne souille son lit. Pendant le jour, les envies d'uriner sont fréquentes, impérieuses et demandent à être immédiatement satisfaites.

Or l'incontinence persistante des urines étant considérée comme un stigmate de dégénérescence, on peut se demander si la syphilis héréditaire qui fait des dégénérés ne doit revendiquer une part de sa production, d'autant plus qu'on ne peut invoquer ici l'épilepsie qui d'après les neuropathologistes en serait le facteur étiologique le plus fréquent.

Action curative du calomel en injections intra-musculaires fessières sur les ulcères de jambe.

MM. Gastou et **Anghelovici**. — Des recherches entreprises par nous, il résulte que le calomel en injections intramusculaires fessières a une action curative sur les ulcères phlébitiques variqueux ou trophiques en dehors de la syphilis et de la tuberculose.

Cette action semble être le résultat d'une véritable inflammation toxique produite par le sang mercurialisé, agissant sur les éléments cellulaires des capillaires et des lymphatiques. Cette inflammation substitue à un tissu d'apparence lymphoïde, caverneux et infiltré de leucocytes, un tissu de bourgeons charnus à tendance conjonctive.

Dans ce tissu, les vaisseaux sanguins reprennent leur aspect normal, les lymphatiques et les leucocytes en amas disparaissent, (sauf s'il doit y avoir récidive rapide) et il se fait une prolifération active de cellules fixes du tissu conjonctif, en même temps qu'une diapédèse de cellules polynucléaires spéciales, lesquelles cellules semblent jouer un rôle actif dans la cicatrisation des lésions.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 7 Mars 1898.

Pathogénie et contagion de la pelade.

M. Horand pense, d'après l'observation personnelle d'un grand nombre de peladeux, que la pelade ne saurait être considérée, malgré les travaux récents, comme de nature parasitaire, et que le seul traitement rationnel doit avoir pour but de réveiller les qualités vitales de la papille pileuse.

Pyélonéphrite de la grossesse.

M. Vinay rapporte l'histoire d'une malade de son service, atteinte de pyélonéphrite gravidique. La grossesse était au 6e mois, lorsqu'apparut une douleur vive dans la région rénale droite, s'irradiant dans le flanc jusqu'au pli de l'aine; les mictions étaient rares. Il y avait quelques symptômes généraux : fièvre notable, nausées, vomissements. Le ballottement rénal montrait que le rein droit était augmenté de volume. Il n'y avait pas de cystite. L'urine contenait de l'albumine et du pus, mais celui-ci n'apparut que plusieurs jours après l'entrée. Les symptômes s'amendèrent assez rapidement, et la guérison survint en un mois.

Ce cas correspond absolument au type clinique de la pyélonéphrite gravidique. Le pronostic est, en général, relativement bénin; mais les rechutes sont à craindre. On n'a, dans le cas actuel, trouvé aucun bacille dans l'urine, mais des streptocoques.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 Février 1898.

Vésicatoire.

M. Muselli. — Le vésicatoire a sans doute ses contre-indications : la syphilis dans sa période de virulence, le diabète, l'albuminurie, l'artério-sclérose, la diphthérie sont des affections dans lesquelles on ne doit jamais se permettre l'application d'un vésicatoire. Mais, en revanche, tout le monde a vu aussi une pneumonie, une congestion pulmonaire, une pleurésie, un rhumatisme, une névralgie, une douleur intercostale ou musculaire ne guérir que grâce au vésicatoire.

On peut reprocher au vésicatoire son extrême douleur, les accidents pyohémiques et infectieux, les accidents du côté des reins et de la vessie.

L'élément douleur peut être considérablement amendé si on recouvre le vésicatoire d'un papier de soie huilé, ou si on lève ce petit emplâtre au bout de quelques heures pour le remplacer par un cataplasme de farine de lin qui sera le véritable agent de la vésication, comme cela se fait tous les jours pour les enfants.

Pour les accidents pyohémiques et infectieux, M. Muselli pense, comme Grasset (de Montpellier), qu'avec de la propreté, on n'a jamais à craindre d'accidents infectieux consécutifs à l'application d'un vésicatoire.

Pour ce qui est des reins et de la vessie, M. Muselli a vu surtout pendant la dernière épidémie d'influenza, des cystites cantharidiennes arriver malgré la précaution prise préalablement de recouvrir le vésicatoire d'un papier de soie huilé et malgré l'administration du bicarbonate de soude jusqu'à la dose de 8 grammes pendant le temps de la vésication. Il est donc plus sûr de remplacer la cantharide par une autre substance vésicante. C'est ce qu'il a fait depuis 2 ans environ qu'il emploie des vésicatoires à base de chloral et de menthol toutes les fois que les exigences de la clientèle le permettent. Avec ce nouveau vésicatoire, pas de douleur pendant la vésication, à cause de l'action anesthésique du chloral; aucun accident infectieux à la suite, à cause de l'action antiseptique du menthol; enfin, aucun accident du côté des reins et de la vessie, le chloral et le menthol étant sans influence aucune sur ces organes. Grâce à cette nouvelle manière de produire la vésication, il a pu recourir à la médication vésicante dans tous les cas où cette médication paraissait indiquée, et les résultats ont toujours été aussi brillants qu'avec la vésication cantharidienne. Il a eu même recours à la vésication sur une enfant albuminurique, en pleine anasarque, n'urinant presque plus malgré la digitale et la lactose, et devant fatalement succomber sous peu de jours à cause de la dyspnée provenant de l'envahissement du poumon par l'eau. La vésication a produit ici le résultat le plus heureux à la suite de l'application d'un vésicatoire à base de chloral et de menthol sur le poumon; cet organe s'est dégagé et la respiration est devenue très facile, les urines ont même repris leur cours normal et la petite malade s'est dégonflée progressivement; actuellement, c'est un très bel enfant.

M. Muzelli conclut donc que le vésicatoire est une arme thérapeutique qu'on ne saurait abandonner en vain, et qu'avec le vésicatoire au chloral et au menthol, on se met à l'abri de tous les accidents reprochés à la médication vésicante.

M. Borde a employé souvent le vésicatoire et n'a jamais eu d'accident à déplorer.

M. Venot emploie depuis longtemps le vésicatoire et s'en trouve bien. Il a eu des mécomptes avec lui, mais pas plus qu'avec tout autre agent thérapeutique. Il a vu des vésicatoires faire disparaître des pleurésies à marche lente, surtout chez les enfants, où il devient véritablement héroïque. Dans le rhumatisme, dans l'arthrite, il agit en modifiant essentiellement l'inflammation des séreuses.

M. Davezac rapporte deux exemples montrant la valeur du vésicatoire dans la médecine infantile.

Le premier a trait à une fillette de 3 ans 1/2, troisième enfant, restée seule vivante, de santé débile, qui fut atteinte de pleurésie avec tous les symptômes d'un épanchement. Une ponction resta négative. L'application d'un vésicatoire amenda tous les symptômes dès le 3e jour.

Le deuxième concerne un garçon 7 ans qui fut pris de pleurésie gauche avec épanchement à la suite d'une coqueluche. Cette fois, la thoracentèse ne fut pas jugée nécessaire, le vésicatoire fut suffisant.

M. Davezac croit donc à l'utilité du vésicatoire. Il s'appuie du reste sur les recherches de Robin, qui a démontré que le vésicatoire augmentait l'oxygénation des tissus à l'aide de recherches sur la capacité respiratoire et sur la capacité oxygénante du sang, recherches et mensurations de laboratoire qui viennent confirmer les données de l'observation clinique.

M. Borde avait fait trois ponctions chez un de ses malades atteint d'un épanchement pleurétique considérable. Cet homme fut obligé de quitter Bordeaux. M. Borde écrivit à son médecin le traitement qu'il lui avait fait suivre, mais le confrère traita le malade par différents remèdes sans succès. Le vésicatoire seul provoqua la guérison.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 28 Février 1898.

Action du suc ovarien chez les animaux.

MM. Ferré et **L. Bestion de Camboulas** communiquent le résultat de leurs recherches sur ce point.

Chez le cobaye mâle, le suc ovarien détermine des accidents graves; on observe des lésions locales au point d'injection, de l'hypothermie, de l'hématurie, des tremblements, des phénomènes d'excitation génitale avec turgescence de la verge, écoulement d'un liquide contenant des spermatozoïdes. A des doses suffisantes, la mort se produit à bref délai.

Chez la femelle, pour la même dose, les accidents sont généralement à peine marqués. Des faits semblables se produisent aussi bien avec l'extrait aqueux qu'avec l'extrait glycériné d'ovaire.

La même différence d'action se produit chez le lapin, chez le chien. Cette différence d'action n'existe pas quand on injecte le suc ovarien à des femelles pleines. Les accidents sont alors aussi graves que chez le mâle. Chez la lapine châtrée, la dose du suc ovarien, qui ne produit pas d'accidents chez la femelle de même espèce, mais normale, détermine la mort à la suite de cachexie.

Les auteurs ont étudié les lésions produites par le suc dans les organes, et en particulier dans les centres nerveux, où, chez le mâle, l'injection de ce suc ovarien a produit des phénomènes de parésie et de paralysie. Chez les animaux morts en paralysie, ils ont trouvé des lésions de poliomyélite portant surtout sur les cornes de la moelle dorso-lombaire.

Asystolie cardiaque avec ossification de l'orifice aortique.

MM. Martinet et **Muratet** présentent les pièces provenant d'un malade entré à l'hôpital, en pleine crise d'asystolie. Il présentait un œdème généralisé : jambes très enflées conservant fortement l'empreinte du doigt, œdème des poumons, œdème du cerveau; à l'auscultation, il était impossible de démêler le moindre signe de la lésion causale; le cœur était affolé et présentait de longues et fréquentes intermittences. Dans ses antécédents personnels, impossible de retrouver ni rhumatisme, ni syphilis; seule, sa profession pourrait être incriminée; il voyageait pour une maison d'alcools et présentait d'ailleurs sur ses artères, surtout sa temporale, des signes certains d'athérome.

Le régime lacté absolu fut institué, ainsi que la digitale; les symptômes s'amendèrent, et on put, au bout de 3 à 4 jours, percevoir un souffle systolique au foyer d'auscultation de l'orifice aortique.

Le malade est mort au bout de 15 jours, et l'autopsie, faite le lendemain, fit découvrir les lésions suivantes : faible quantité de liquide séro-fibrineux dans la cavité péritonéale; liquide très abondant dans la plèvre gauche, moins abondant dans la

plèvre droite; enfin, le cœur gauche était fortement hypertrophié; une des valvules de l'orifice aortique avait disparu, et l'orifice était réduit à une simple fente bordée par un cercle très dur et totalement ossifié.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 1er Mars 1898.

Plaie pénétrante du cerveau.

M. Handmann a communiqué l'observation d'un individu qui au cours d'une rixe avait reçu un coup de poinçon dans la tempe. Il présenta de suite une hémiparésie mais put venir à l'hôpital à pied. Comme il n'existait pas de symptômes commandant une intervention, on se contenta de panser antiseptiquement la plaie.

Au 3e jour la température monta, en même temps qu'il se fit par la plaie un écoulement de matière cérébrale. La trépanation suivie d'incision de la dure-mère permit de nettoyer la plaie et d'enlever les cheveux et les esquilles de la lame vitrée qui s'y trouvaient. Cette intervention eut pour résultat de faire disparaître la paralysie faciale, mais l'hémiparésie persista. Quinze jours plus tard se produisit par la plaie une hernie du cerveau dont les parties superficielles, imbibées du sang, se gangrenèrent. Enfin, au 51e jour après la trépanation il survint une rupture des ventricules comme on put le croire d'après l'écoulement d'une grande quantité d'un liquide séreux; suivi d'affaissement du cerveau hernié. Le malade succomba 18 jours plus tard avec les symptômes d'une méningite suppurée.

A l'autopsie on trouva une perforation du lobe temporal avec une perte de substance allant jusqu'aux grands ganglions du cerveau.

Traitement des sarcomes des os longs.

M. Wiesinger a eu l'occasion d'intervenir, dans le courant de ces trois dernières années, dans trois cas de sarcome des os longs, qu'il traita par la résection. Dans ces cas il s'agissait une fois de sarcome de l'extrémité inférieure du fémur : le malade guérit avec un raccourcissement de 20 centimètres; une fois de sarcome du plateau tibial : le malade guérit avec un raccourcissement de 12 centimètres; une fois de sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus : le malade guérit avec un raccourcissement de 15 centimètres.

Dans tous ces cas il y a eu consolidation des fragments; aussi les résultats fonctionnels ont-ils été très satisfaisants.

D'après M. Wiesinger l'amputation ou la désarticulation doivent être réservées aux cas où la tumeur a envahi déjà les vaisseaux ou encore dans les cas où la consolidation après la résection se fait d'une façon défectueuse. En choisissant les cas et en intervenant de bonne heure on se trouve autorisé à faire une résection étendue afin d'éviter la désarticulation à laquelle les malades ne consentent pas toujours.

M. Sick pense que chez les adultes on peut tenter la désarticulation, mais que chez les jeunes gens, chez lesquels ces tumeurs ont une gravité particulière, la désarticulation est préférable. Dans un cas personnel et dans plusieurs cas opérés par Schede il a vu la récidive faire défaut encore au bout de 4 ou 5 ans après l'opération.

M. Kummel a pratiqué depuis 1886 neuf fois la résection pour sarcome des os longs. Cinq sont guéris, 2 ont été perdus de vue, 2 sont encore en traitement.

M. Grisson communique un cas de sarcome périosté traité chez un adolescent, par la résection et qui n'a pas encore récidivé après 11 ans.

M. Krause, cite plusieurs cas où la résection a donné des résultats satisfaisants. Dans un cas il a pu enlever la tumeur qui siégeait sur la diaphyse du fémur, en la sculptant, pour ainsi dire, dans l'épaisseur de la diaphyse. Le malade guérit sans raccourcissement et six mois plus tard le fémur se fractura au niveau des parties amincies par la résection. L'examen microscopique d'une parcelle osseuse prise un des fragments et l'épreuve radiographique du membre montrèrent qu'il n'y avait pas de récidive locale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 14 Janvier 1898.

Embolies graisseuses.

M. Simmonds a constaté qu'à l'autopsie des individus succombant à des traumatismes, on trouve souvent des embolies graisseuses dans les capillaires des poumons. Ces embolies se rencontrent également chez les délirants, quelquefois chez les éclamptiques, assez souvent chez des individus ayant succombé à des phlegmons étendus, quelquefois après l'injection des grandes quantités d'huile. Les cas de mort par embolie graisseuse sont pourtant rares, les cas publiés sous ce titre étant sujets à caution. Personnellement M. Simmonds n'a observé que deux cas de mort par embolie graisseuse.

L'un de ces cas a trait à une femme de 67 ans morte sous le chloroforme au moment où on lui redressait son genou contracturé. A l'autopsie on trouva les vaisseaux pulmonaires obstrués par des quantités énormes de graisse.

Le second cas concerne une fille de 18 ans, chlorotique, à laquelle on a fait sous le chloroforme l'ostéoclasie pour genu valgum double. Elle succomba 20 heures après l'opération avec des symptômes d'affaiblissement progressif du cœur. A l'autopsie des embolies graisseuses multiples dans les poumons, le cerveau, la rate, le foie et les reins.

Pour ce qui est de la mort par embolie graisseuse, M. Simmonds pense qu'il faut examiner l'insuffisance de la pression rétrograde (*vis a tergo*) plutôt que l'obstruction des capillaires pulmonaires.

M. Wiesinger considère l'embolie graisseuse comme un phénomène très fréquent pouvant se produire à la suite des traumatismes insignifiants portant même seulement sur le tissu cellulaire sous-cutané. Quand à la suite d'une fracture on trouve les vaisseaux remplis de graisse il est évident qu'il s'est passé quelque chose de pathologique dans l'os, souvent une dégénérescence graisseuse grâce à laquelle l'os est rempli de graisse.

M. E. Fränkel estime que l'embolie graisseuse doit se produire forcément quand il y a destruction mécanique du tissu adipeux et mise en communication avec le système circulatoire. C'est là la raison pourquoi on trouve toujours, quand on cherche, des embolies graisseuses dans les organes des individus ayant succombé à une fracture. Ces embolies ne sont pas volumineuses et ne peuvent produire la mort.

Cystite interstitielle.

M. Handmann a communiqué l'observation d'un homme de 23 ans qui, à la suite d'une rétention d'urine survenue à la suite d'un rétrécissement gonorrhéique et ayant duré 48 heures, présenta une cystite purulente et de la pyélonéphrite. Malgré la néphrotomie du côté droit et l'incision d'un gros abcès prévésical, le malade succomba au bout de 6 semaines à une pneumonie terminale.

A l'autopsie on trouva une pyélonéphrite double avec uretérite et uréthrite. Les parois de la vessie considérablement dilatée formaient en quelque sorte deux sacs indépendants, réunis seulement au niveau du col. Le sac externe était formé par du tissu conjonctif fibreux et la couche musculaire externe; le sac interne par la couche musculaire interne, la sous-muqueuse et la muqueuse complètement gangrenées et incrustées de sels calcaires.

ANGLETERRE

OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 2 Mars 1898.

Douleurs intermenstruelles.

M. A. W. Addinsell communique 4 cas de douleurs intermenstruelles qu'il a observés chez des femmes de 28 à 33 ans. Dans la plupart de ces cas, M. Addinsell a constaté l'existence d'un écoulement vaginal aqueux et intermittent, paraissant lié à une affection tubaire, notamment à une salpingite qui provoquerait une accumulation de sérosité dans la trompe de Fallope. D'après M. Addinsell les douleurs intermenstruelles représenteraient ainsi une sorte de colique tubaire assez analogue à la colique appendiculaire. Pour expliquer la périodicité de ce phénomène, il admet l'hypothèse d'une décharge nerveuse agissant sur des trompes déjà malades, décharge analogue à celle de la période cataméniale, mais se produisant entre les règles.

M. Herman estime que les douleurs intermenstruelles sont d'origine ovarienne et se rattachent à une ovulation qui ne coïncide pas avec les règles. Il a observé un cas de douleurs utérines spasmodiques indépendantes de la menstruation, qui s'aggravaient sous l'influence de l'ergot de seigle, mais cédaient dans une certaine mesure au bromure de potassium et qui disparurent à la suite de la dilatation artificielle du col. M. Herman doute que l'écoulement aqueux dont a parlé M. Addinsell provienne des trompes de Fallope.

M. Bland Sutton rappelle le cas célèbre de Skene Keith, concernant une femme qui présentait un écoulement vaginal aqueux si abondant que son lit dut être aménagé comme pour une parturiente. On pratiqua une double castration et on trouva les trompes et les ovaires normaux. Cette observation montre combien il est facile de se tromper en attribuant une origine tubaire aux écoulements aqueux qui se produisent par le vagin.

M. Maclane pense que les douleurs intermenstruelles peuvent se rattacher à une menstruation complémentaire avortée.

HARVEIAN SOCIETY OF LONDON

Séance du 3 Mars 1898.

Fausse tumeur abdominale.

M. Sutherland a montré un garçon de 6 ans chez lequel s'est développée il y a 3 ans, après une attaque de rougeole, une tumeur dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur, située au-dessous des fausses côtes gauches, augmente sous l'influence de la toux et de l'effort et atteint les dimensions d'une noix de coco. L'enfant est en outre rachitique et présente des déformations caractéristiques au niveau de la colonne vertébrale et des os des membres.

Pour M. Sutherland il n'y a pas là de tumeur proprement dite. La tuméfaction tient probablement à l'absence congénitale de quelques muscles de la paroi abdominale avec hernie secondaire par effort.

M. Taylor partage cette opinion, mais il estime que la déformation de la colonne vertébrale tient au développement inégal des muscles de deux côtés.

Paralysie ischémique après une fracture.

M. R. Johnson a communiqué l'observation d'un garçon de 8 ans, qui à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, a présenté une contracture du poignet et des doigts du même côté. L'attelle en bois qu'on avait appliquée, a produit une eschare, probablement par compression au niveau de la face antérieure de l'avant-bras. Une incision faite au niveau du foyer de fracture montra qu'il n'y avait pas de compression ni de lésion des nerfs. Il s'agissait donc dans ce cas de l'état désigné par Volkmann sous le nom de paralysie ischémique.

Comme il existait encore un certain degré de contractibilité dans les muscles, M. Johnson réséqua une partie de la diaphyse du radius et du cubitus, afin d'obtenir un relâchement des tendons contractés. Le résultat fonctionnel au point de vue de la contracture des doigts a été satisfaisant; malheureusement la réunion des os réséqués se fit par un cal fibreux.

M. Owen, qui a observé 3 cas de ce genre chez des enfants, considère cette contracture comme incurable. Chez un enfant chez lequel la contracture du poignet et des doigts se développa à la suite d'une fracture de la partie supérieure de l'avant-bras, l'incision montra que le nerf médian était sain, mais que les muscles fléchisseurs étaient atteints de dégénérescence fibreuse. La section des tendons fléchisseurs ne donna ici aucun résultat. La résection d'une partie de la diaphyse, du radius et du cubitus ne peut être plus rationnelle que cette section des tendons.

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 8 Mars 1898.

La microcéphalie et son traitement chirurgical.

M. J. Griffiths relate un cas de microcéphalie pour lequel il a pratiqué la craniectomie. Il s'agissait d'un enfant âgé de 16 mois, dont la tête, aplatie d'avant en arrière, ne mesurait que 42 centim. 5 dans sa plus grande circonférence. Le diamètre fronto-occipital n'atteignait pas 14 centimètres, tandis que le diamètre bipariétal était de 11 centim. 5, c'est-à-dire à peu près normal. L'enfant était incapable de rester assis par suite d'une rigidité spasmodique des membres inférieurs. Les membres supérieurs étaient également rigides, mais à un degré moindre. L'intelligence était très peu développée.

M. Griffiths fit une craniectomie linéaire du côté droit dans le but de créer une sorte de suture lambdoïde artificielle. Cette opération fut suivie d'une diminution notable de la rigidité des membres; en outre, le petit opéré commença à s'intéresser aux choses qui l'entouraient et, pour la première fois de sa vie, il se mit à jouer. Quelques semaines plus tard, M. Griffiths fit une nouvelle craniectomie du côté gauche. Cette fois, la plaie opératoire s'infecta et l'enfant succomba au bout de 5 jours à une méningite septique. L'autopsie montra que le cerveau avait non seulement subi un arrêt de développement, mais qu'il présentait aussi des altérations corticales franchement pathologiques, disposées en plaques symétriques. On ne trouvait au crâne ni synostoses, ni autres lésions.

M. Griffiths passe ensuite en revue les cas de microcéphalie opérés par les chirurgiens anglais, et il conclut de cette étude que les idiots microcéphales peuvent être divisés en 3 groupes : le premier comprend les cas dans lesquels le crâne est petit, mais non déformé, et où le développement du cerveau a été arrêté à une période précoce de la vie embryonnaire; dans le second groupe, auquel appartient l'observation personnelle de M. Griffiths, il s'agit de crânes à la fois petits et déformés, avec lésions corticales en plaques plus ou moins symétriques; enfin, le 3ᵉ groupe comprend les microcéphalies par suite de synostoses prématurées, avec intégrité plus ou moins complète du cerveau, mais l'existence des faits de ce genre est loin d'être prouvée.

Dans tous les cas de microcéphalie, à l'exception de ceux purement hypothétiques, du 3ᵉ groupe, la craniectomie ne peut donner de résultats durables, car l'anomalie primitive réside dans le cerveau et non dans le crâne. Cependant, lorsqu'il existe de la rigidité spasmodique des membres ou d'autres symptômes analogues, dus probablement à l'irritation des centres moteurs de l'écorce cérébrale, l'intervention opératoire (trépanation ou craniectomie) est susceptible d'améliorer les troubles en question; dans certains cas même, cette amélioration peut être essentielle et permanente.

Bien que la mortalité de la craniectomie soit encore très élevée, M. Griffiths croit que par la suite et avec l'expérience, elle est appelée à subir un abaissement notable.

M. Warrington Hard estime que, une fois que la lésion préventive réside dans le cerveau, il est inutile d'opérer

ce cas, même dans les cas où il s'agit de remédier à la rapidité spasmodique concomitante.

M. Cotterell a fait 10 fois la craniectomie chez des enfants présentant une synostose prématurée des os du crâne, et les résultats qu'il a obtenus sont fort satisfaisants. La première opération date de 5 ans et a été faite chez un enfant de 19 mois; aujourd'hui cet enfant est bien développé et fréquente une école.

M. Boyd a eu l'occasion de faire une large craniectomie chez un enfant idiot de 3 ans. Le résultat fonctionnel a été pour ainsi dire nul.

Amputation interscapulo-thoracique pour récidive d'un cancer du sein.

M. Clinton Dent communique l'observation d'une femme de 53 ans qu'il a opérée en décembre 1894 d'un carcinome du sein en enlevant les ganglions lymphatiques de l'aisselle avec la glande mammaire. Deux ans plus tard apparut dans la cicatrice un nodule carcinomateux qui fut extirpé.

En octobre 1897, la malade revint à l'hôpital avec un carcinome ulcéré situé très haut dans l'aisselle, en se plaignant en même temps de douleurs dans le bras qui était très tuméfié. Dans ces conditions, M. Dent crut nécessaire de pratiquer l'amputation interscapulo-thoracique d'après le procédé de Berger en enlevant en même temps les deux tiers externes de la clavicule. L'hémorrhagie n'a pas été abondante, et la malade a pu quitter l'hôpital 26 jours après l'opération.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 4 Mars 1898.

Ostéomyélite aiguë avec pyohémie mortelle.

M. Stiénon présente une enfant de 13 ans, entrée à l'hôpital pour une ostéomyélite aiguë du fémur datant de 10 jours et s'accompagnant d'un état typhoïde grave avec une température de 40°.

A la cuisse gauche, dans toute sa longueur, mais surtout dans le tiers moyen, se remarque un gonflement considérable; la peau est rouge et tendue, la palpation du membre est très douloureuse et donne une fluctuation manifeste. En trois points du corps, savoir à la pulpe des auriculaires droit et gauche et au pourtour de l'ongle du gros orteil gauche se remarquent des phlyctènes contenant un liquide sanieux. La malade succomba le 8 décembre aux progrès de l'asphyxie et de l'affaiblissement cardiaque, malgré l'ouverture du foyer dont le pus contenait des staphylocoques jaunes et des tétragènes.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes :

Le fémur est dénudé dans presque tout son pourtour depuis sa partie moyenne jusqu'un peu en-dessous du col chirurgical; la surface de l'os dénudé est un peu plus rugueuse que normalement; sur une section longitudinale, on constate que le canal médullaire est infiltré de pus depuis le milieu de l'os jusque 4 ou 5 centimètres en-dessous du cartilage épiphysaire; le pus n'est pas encore réuni en foyer, mais disséminé en amas séparés par de la moelle rouge.

Dans le cœur on trouve sur les valvules pulmonaires des végétations d'endocardite; mêmes végétations sur la face auriculaire des valvules mitrales et sur la face ventriculaire des valvules aortiques.

Les poumons, à côté d'une congestion hypostatique intense, présentent des infarctus hémorrhagiques récents, dont plusieurs sont ramollis et purulents dans leur centre.

Le foie offre les caractères de la dégénérescence graisseuse.

La rate est infectieuse et contient deux infarctus anémiques volumineux renfermant des foyers purulents.

Les reins contiennent deux infarctus de même caractères; la substance corticale est pâle, jaunâtre et renferme des kystes.

Dans toute l'étendue du tube digestif depuis l'estomac jusqu'au cæcum, nombreux petits infarctus punctiformes hémorrhagiques; psorentérie de l'intestin grêle.

Dans la protubérance annulaire, tiers inférieur, moitié gauche, un foyer hémorrhagique du volume d'une cerise.

L'examen microscopique des lésions mentionnées a montré dans les poumons, la rate, les reins des thromboses à staphylocoques; l'infection staphylococcique existe aussi sur les valvules enflammées du cœur.

Calcul de l'appendice. Péritonite suppurée.

MM. Hannecart et **Depage** relatent l'histoire d'une malade qui a succombé à une péritonite suppurée. La durée des accidents morbides, qui sont demeurés complètement apyrétiques, s'est élevée à un mois. Le pouls était très rapide; le ventre était gonflé, fluctuant. On sentait par le rectum une tumeur ayant l'aspect d'anses intestinales agglomérées et adhérentes.

M. Depage pratiqua la laparotomie; le ventre était rempli de pus; l'appendice, perforé à sa partie moyenne et à son extrémité, donna issue à un calcul du volume d'une amande, formé de matières fécales agglomérées.

Calcul du col de la vésicule biliaire.

M. Saulmann montre la vésicule biliaire enlevée par M. Thiriar à une femme de 50 ans qui, bien que n'ayant jamais eu d'ictère ni de coliques hépatiques, portait un volumineux calcul enchatonné dans le col de la vésicule.

La vésicule était volumineuse, pyriforme, remplie de liquide citrin. Sa paroi était épaissie et fibreuse.

Kyste développé dans un ovaire prolabé.

M. Lavisé a soigné, avec M. Kufferath, une femme portant une tumeur abdominale allant de l'ombilic jusqu'au petit bassin. C'était une poche diffluente unique, paraissant adhérer à l'utérus. Le prolongement pelvien descendait jusqu'au tiers inférieur du vagin. On pratiqua la laparotomie et on trouva un kyste ovarien énorme, présentant avec la face postérieure de l'utérus des adhérences si étroites que la dissection fut impossible. L'utérus était du reste complètement atrophié.

M. Lavisé pense avoir affaire à un kyste développé dans un ovaire prolabé et adhérent à l'utérus.

Métrite septique.

M. Heger communique l'observation d'une femme entrée à l'hôpital après un avortement avec une température de 40°6. L'utérus remontait à cinq travers de doigt au-dessus du pubis; le ventre était légèrement ballonné et douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite.

Un curetage pratiqué le lendemain amena de nombreux débris placentaires en voie de putréfaction; du côté des annexes droites, on sentait une poche purulente assez vaste. Après le curetage, la température tombe à 38°8, mais pour remonter le lendemain et les jours suivants jusqu'à 39°8. On incisa alors le cul-de-sac de Douglas et on évacua une grande quantité de pus. Le soir, la température fléchit à 37°8, mais elle atteignit 40° le lendemain. Malgré des injections de sérum artificiel et des piqûres d'antipyrine, la malade succomba bientôt au milieu d'une fièvre intense.

A l'autopsie, on constata que la paroi utérine avait son épaisseur normale; la muqueuse était infectée, ulcérée, verdâtre; dans le cul-de-sac de Douglas, le processus gangréneux s'étendait en décollant la lèvre postérieure du col, pour former une poche dont le fond remontait jusqu'à la partie moyenne du corps. Les annexes droites formaient une poche abcédée, gangrenée, verdâtre, adhérente aux anses intestinalec et à l'appendice. Il existait des foyers abcédés métastatiques multiples dans les poumons; le foie et la rate avaient les caractères de la rate et du foie infectieux.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Conservation des réflexes rotuliens dans un cas de tabès avec autopsie,

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux

Par MM. Ch. Achard et Léopold Lévi.

L'abolition des réflexes rotuliens, signalée par Westphal en 1875, est la règle dans le tabes dorsalis et constitue souvent un symptôme précoce. Cependant, les cas cliniques où ce signe a fait défaut sont loin d'être rares, au moins dans la période préataxique. Erb (1), Hamilton (2), Gowers (3), Berger (4) en ont observé des exemples. Thième (5), dans sa thèse faite sous l'inspiration de Charcot, en a rapporté 13 cas, dont 6 inédits. En dehors de ces faits, remontant déjà à quelques années, les exceptions cliniques à la loi de Westphal sont fréquentes. On peut dire qu'il n'est point de neurologiste qui n'en ait observé. Nous-mêmes en avons recueilli 6 observations personnelles.

Quant aux cas où l'autopsie a été pratiquée, ils sont moins nombreux et peuvent se répartir en 2 catégories : Les uns, tels que ceux de Goldflam (6), de Hughlings Jackson (7) et de Taylor, ont trait à la réapparition d'un réflexe patellaire dans le tabès à la suite d'une complication cérébrale. Les autres, plus importants, concernent des observations au cours desquelles les réflexes rotuliens sont restés conservés ou ont disparu seulement quelques semaines avant la mort. Westphal (1) a eu le mérite de préciser la région de la moelle par où passe le réflexe rotulien.

Nous avons eu l'occasion d'examiner la moelle d'un sujet atteint de tuberculose, d'insuffisance aortique, de pyélonéphrite suppurée et de tabes dorsalis. Le diagnostic de tabès avait été porté pendant la vie. La persistance des réflexes, constatée à maintes reprises, avait cependant fait faire quelques réserves. L'étude microscopique a montré qu'il s'agissait d'un tabès légitime absolument authentique et, vérifiant l'opinion de Westphal, a donné la raison anatomique de la conservation du réflexe rotulien.

Observation. — *Tabes dorsalis avec conservation des réflexes. Examen histologique.*

Em...l Louis, âgé de 56 ans, tailleur de pierres, entre le 16 juillet 1897 au n° 22 de la salle Parrot, dans le service du Dr Achard, à l'hôpital Tenon, et meurt le 2 août 1897.

Le malade ne fournit pas de renseignements précis sur ses antécédents : il est vite fatigué des questions qu'on lui pose, et présente parfois du délire. Les antécédents héréditaires sont peu importants.

On ne relève pas de maladie dans son enfance. Il fut soldat, fit un long séjour en Algérie et aurait été en proie pendant 4 ans à la fièvre intermittente. Il aurait contracté un chancre qui siégea sur la verge, dont on ne trouve pas de cicatrice appréciable, et qui ne fut suivi ni de plaques muqueuses ni d'aucune autre manifestation syphilitique.

On peut faire remonter le début de son tabes à une dizaine d'années environ. Car à ce moment il fut pris d'accidents multiples. Il présenta au niveau du gros orteil du pied gauche un *mal perforant*, dont la trace persiste, et qui fut soigné par des pansements dans le service du Dr Polaillon. Vers la même époque, il aurait ressenti dans les membres inférieurs des *douleurs fulgurantes* survenant par crises, l'empêchant de dormir la nuit, et qui depuis ce temps sont revenues à maintes reprises. Enfin, il aurait souffert alors d'une *diplopie* passagère.

Depuis ce temps il a dû s'aliter à différentes époques et faire de fréquents séjours à l'hôpital.

Il fut pris ultérieurement, sans qu'il puisse en préciser la date d'apparition, de douleurs constrictives et de douleurs dans les membres supérieurs.

Dès le début, des *phénomènes vésicaux* sont apparus, très accentués, caractérisés par de la dysurie, de la rétention d'urine, mais aussi, d'après le malade, de l'incontinence d'urine.

D'autres crises viscérales se sont produites : *crises rectales* très douloureuses accompagnées de poussées hémorrhoïdaires, *crises gastriques* pour lesquelles il entra en 1896 dans un service de l'hôpital Tenon. L'attention fut surtout alors attirée sur les troubles de l'estomac.

Le 16 juillet 1897, il entre dans le service du Dr Achard. Le malade est âgé de 56 ans. Il paraît de beaucoup plus âgé. Il présente un arc sénile de la cornée très prononcé. Ses cheveux sont blancs. D'autre part il offre très nettement des nodosités au niveau des deuxièmes phalanges. Les pommettes sont variqueuses. La face a une teinte jaunâtre, le faciès est cachectique et rappelle celui de la cachexie cancéreuse.

Ce dont il se plaint surtout, c'est des troubles vésicaux. Il est obligé de prendre d'habitude les attitudes les plus diverses pour uriner, et souffre en urinant. Actuellement il est en période de

1. Erb. Krankh. d. Rückenmarks, in *Ziemmsen's spec. Path. u Therap.*, 11e vol., p. 178 ; — Zur Pathol. des Tabes dorsalis *(Deutsches Archiv f. klin. Med.*, vol. 28, 1879).

2. Hamilton, Valeur de l'absence du réflexe tendineux comme signe de diagnostic de l'ataxie locomotrice (*The Boston medical and surg. Journal*, vol. XCIX, n° 25).

3. Gowers, 46e Congrès de l'Association médicale britannique (*British medic. Journal*, 31 août 1878).

4. Berger, Ueber Sehnenreflexe (*Centralblatt f. Psych. u. Nervenheilk.*, 1879, n° 4).

5. Thième, Conservation des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice (thèse de Paris, 1881).

6. Goldflam, Sur la réapparition du réflexe tendineux dans le tabes dorsalis (*Berliner klin. Wochensch.*, 1891).

7. Hughlings Jackson et Taylor, Un cas de retour des réflexes patellaires après hémiplégie chez un tabétique (*British med. Journal*, 1891).

1. Westphal, Ueber der Fortdauer des Kniephänom. (*Archiv f. Psych.*, XVII, 2, p. 547).

rétention. La vessie apparaît distendue, mais elle n'a pas sa forme habituelle. Elle ne forme pas un globe arrondi, étalé, mais est principalement développée dans le sens vertical. Le cathétérisme, qui est difficile, ramène une urine trouble et sanguinolente. L'examen histologique y révèle des globules rouges et blancs en grande abondance.

La langue est très sale, un peu sèche. L'appétit est très diminué. Il n'existe pour le moment ni vomissements, ni crises douloureuses de l'estomac. Le malade se plaint, par contre, de ses hémorrhoïdes qui forment un paquet volumineux non réductible. Il existe une diarrhée très fréquente.

Le foie est volumineux. Il déborde de six travers de doigt le rebord des fausses côtes. Sa consistance est égale.

La rate est volumineuse, mais ne déborde pas les côtes gauches.

Le malade tousse et crache, il existe des bacilles tuberculeux dans ses crachats.

A l'auscultation du cœur, on constate un bruit de souffle au deuxième temps à l'aorte, mais le malade n'accuse pas de palpitations.

L'attention est attirée, par suite des troubles vésicaux, sur le système nerveux. On constate le *signe d'A. Robertson*, mais les pupilles s'accommodent mal à la distance.

Le malade se lève avec peine. Quand on le fait marcher, on constate une *démarche tabétique* : il talonne fortement des deux pieds. Il a le *signe de Romberg*. L'incoordination des membres inférieurs est peu marquée dans le lit.

On trouve à la face interne du gros orteil gauche la trace du mal perforant, non complètement cicatrisé.

Aux membres supérieurs, on note une *incoordination motrice* indubitable, quand on fait faire au malade certains exercices les yeux fermés.

L'exploration de la sensibilité est difficile, étant donné le peu d'attention du malade. Souvent le matin on le trouve endormi. La nuit surtout, il a un délire presque continuel, mais peu agité.

Les *réflexes rotuliens*, examinés à différentes reprises, et dans les conditions normales, se sont toujours montrés *conservés*, sans diminution ni exagération. Il n'existe pas de trépidation épileptoïde.

Pendant les quelques jours que le malade a passés dans le service, on ne note aucun phénomène nouveau. Le délire persiste la nuit. La cachexie va en augmentant. L'épreuve du bleu de méthylène montre une imperméabilité rénale très prononcée : le chromogène apparaît 4 heures et le bleu en nature 6 heures après l'injection; le bleu disparaît à la 12e heure et le chromogène à la 46e. Les difficultés du cathétérisme, qui ramène toujours une urine sanglante et purulente, s'accentuent de telle façon que le malade est adressé en chirurgie dans le service du Dr Bazy le 2 août 1897. Il meurt le jour même.

L'*autopsie* est pratiquée 24 heures après la mort.

Les poumons sont adhérents. Il existe de la pleurésie sèche bilatérale. Des deux côtés, on trouve des lésions de tuberculose pulmonaire, allant jusqu'à l'excavation du côté droit; tubercules caséifiés du côté gauche. Le cœur est très volumineux (560 gr.). Il est le siège d'une insuffisance aortique par lésion de l'aorte (maladie de Hogdson). L'aorte est très athéromateuse sur toute son étendue.

Le foie est très volumineux. Il déborde de 10 centimètres le rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire. Il est très congestionné, rougeâtre par places, légèrement gras en quelques endroits. La vésicule biliaire ne renferme pas de calculs. La bile est colorée. On note de la sclérose de l'artère hépatique.

La rate est très volumineuse, sa capsule est épaissie.

Les reins sont très gros et mous. La capsule se décortique bien. A l'ouverture des reins, le bassinet distendu laisse écouler du pus. On constate les caractères d'un pyélonéphrite double.

Il existe trois uretères. L'uretère gauche est dédoublé. Les deux uretères gauches qui partent du rein se rejoignent à 3 centimètres de la vessie.

Cet organe a ses parois épaissies, volumineuses. Son contenu est purulent. La muqueuse, très injectée, est épaissie également.

Le cerveau n'est le siège d'aucune lésion en foyer, ni au niveau de l'écorce, ni au niveau des noyaux gris centraux. On note en l'enlevant un œdème sous-pie-mérien appréciable, diffus.

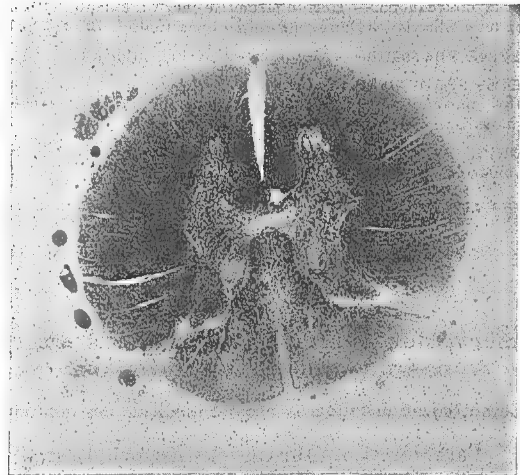
La moelle est diminuée de volume. On constate à l'œil nu une sclérose des cordons postérieurs dans toute leur étendue et une atrophie des racines postérieures qui sont grêles et grisâtres.

Examen histologique. — Les dissociations extemporanées de la moelle fraîche au niveau des cordons postérieurs n'ont pas révélé de corps granuleux.

Une racine postérieure, qui représente environ le 1/4 du volume d'une racine antérieure, est dissociée après passage à l'acide osmique. Chaque fibre considérée isolément ne présente ni boules, ni altération dégénérative d'aucune sorte : il s'agit d'une sorte d'atrophie simple.

Une branche musculaire du tibial postérieur a montré au contraire les altérations de la névrite segmentaire périaxile.

La moelle tout entière a été fixée et durcie dans le formol à 10 p. 100 ainsi que des fragments du cerveau et des différents organes. Nous insisterons peu sur les lésions du foie, qui



Coupe de la moelle au niveau de la 1re lombaire (méthode de Pal) (d'après une photograpie de M. A. Londe).

Les zones de Lissauer, la zone radiculaire moyenne et les colonnes de Clarke sont le siège d'une sclérose peu intense. On remarque la conservation de la zone d'entrée des racines (Westphal) comprise entre la substance gélatineuse de la corne postérieure, la périphérie de la moelle et une ligne virtuelle, parallèle au septième médian postérieur et passant par le point où la substance gélatineuse fait un ressaut en dedans.

montre une légère sclérose périportale, non plus que sur celles des reins, qui sont le siège de petits abcès périvasculaires disséminés dans le labyrinthe et dans les pyramides.

Sur les coupes du cerveau on note de l'épaississement de la pie-mère, de la congestion de la substance grise, des corpuscules amyloïdes, enfin des lésions assez accentuées des vaisseaux (périartérite embryonnaire, caillots dans leur intérieur).

La moelle a fait l'objet d'une étude systématique. Après le formol à 10 p. 100, des rondelles d'un centimètre au niveau de chaque racine ont été placées pendant trois jours dans le mélange : alun de chrome 2 gr., bichromate de potasse 5 gr., eau distillée 100 gr., incluses au collodion et colorées par la méthode de Pal. Un certain nombre de préparations aux différentes régions ont été photographiées et paraîtront dans un travail ultérieur. Des coupes ont été colorées au picrocarmin.

D'une façon générale on peut dire que dans toute l'étendue de la moelle, les racines antérieures, les cordons antéro-latéraux, les cornes antérieures sont absolument intactes. La pie-mère est légèrement épaissie sur toute son étendue, mais sans méningite véritable.

Les lésions essentielles portent sur les racines postérieures et sur les cordons postérieurs. Elles varient suivant les régions, plus marquées au niveau de la région sacrée, de la région lom-

baire inférieure, elles diminuent dans la région lombaire supérieure, pour devenir plus accentuées à la partie supérieure de la région dorsale et à la région cervicale.

1° Région sacrée inférieure (6e, 5e, 4e sacrées). Les lésions sont très accentuées dans les cordons postérieurs. Les altérations portent sur les zones de Lissauer qui sont entièrement sclérosées. Le triangle médian postérieur de Gombault et Philippe est intact, ainsi que la zone qui limite la corne postérieure. Entre ces deux territoires, on note un triangle de sclérose, correspondant à la bandelette externe. Des racines postérieures il ne reste plus que quelques fibres, mais une coupe légèrement oblique entre la 6e et la 5e sacrées montre la pénétration des racines postérieures conservées au niveau des cordons postérieurs. Peu de fibres sillonnent les cornes postérieures.

2° Région sacrée supérieure (1re sacrée). Les lésions existent mais sont relativement moins marquées dans les zones de Lissauer. Un plus grand nombre de racines postérieures pénètrent dans les cordons postérieurs. La coupe des cornes postérieures montre également plus de fibres dans leur intérieur. Trois régions sont essentiellement intactes ou peu touchées : le champ cornu-commissural (endogène ascendant) qui conserve au Pal sa coloration habituelle, le champ postéro-externe, la zone limitante de la corne postérieure. Entre ces différentes zones, à la partie interne du cordon de Burdach, limité en arrière par la périphérie de la moelle qu'il n'atteint pas, en dedans par la commissure postérieure qu'il respecte, se trouve un territoire de sclérose de moyenne intensité.

3° Région lombaire (5e, 4e lombaires). La description ci-dessus s'applique à ces régions : pénétration en quantité moyenne de fibres postérieures au niveau des zones de Lissauer, moyennement dégénérées, triangle de sclérose atteignant la commissure postérieure, s'écartant un peu davantage de la périphérie de la moelle, et limitée par les champs postérieurs intacts : zone cornu-commissurale, zone limitante de la corne postérieure, champ postéro-externe. Le territoire sclérosé à la forme d'un triangle à sommet inférieur.

4° Région lombaire moyenne (3e lombaire). Les racines postérieures pénètrent encore en plus grande quantité. Sur la préparation on les voit se continuer manifestement sur la zone qui limite la corne postérieure. Les mêmes champs sont conservés. Le triangle de sclérose déjà indiqué persiste, mais est un plus postérieur et affecte une forme plutôt quadrangulaire.

5° Au niveau de la 2e lombaire, on aperçoit les colonnes de Clarke dont les fibres blanches ont diminué légèrement de quantité. Les racines postérieures pénètrent en assez grand nombre. La zone de Lissauer est faiblement touchée.

6° 1re lombaire. La moelle à ce niveau est moins sclérosée que dans les régions situées au-dessus et au-dessous. On peut se rendre compte des lésions sur la coupe photographiée annexée à ce travail. On est réellement frappé du peu d'intensité des altérations des cordons postérieurs. La zone de Lissauer est légèrement sclérosée ; des fibres assez nombreuses pénètrent dans la moelle, appartenant surtout au groupe interne des fibres radiculaires postérieures.

La zone de sclérose qui correspond à la bandelette externe, mentionnée jusque-là, est à la fois plus discrète et plus éloignée des cornes. Restent conservés : la zone cornu-commissurale, la zone limitante de la corne postérieure qu'on voit encore se continuer avec les fibres postérieures, une zone en forme d'L qui borde le sillon postérieur et la périphérie de la moelle (bandelette périphérique), enfin un champ postéro-externe comprenant la zone d'entrée des racines de Westphal. Les colonnes de Clarke sont faiblement sclérosées. Dans la corne postérieure, les fibres du faisceau réflexo-moteur, ainsi que les collatérales du centre de la corne sont à peu près intactes.

7° Région dorsale inférieure. On note un léger aplatissement au niveau des cordons postérieurs. Ce sont toujours les mêmes lésions : sclérose des zones de Lissauer, dans lesquelles pénètrent un assez grand nombre de fibres. Les lésions sont en outre disséminées dans la partie moyenne du faisceau de Burdach et dans le cinquième du champ postéro-interne. Légère sclérose des colonnes de Clarke. On trouve intactes : la zone cornu-commissurale, la zone limitante de la corne postérieure, le champ postéro-externe.

8° 2e dorsale. L'aplatissement des cordons postérieurs est notable. La zone d'entrée des racines est atteinte, ses filets radiculaires pénètrent en petit nombre. Il existe des lésions manifestes dans le 7e inférieur du champ postéro-interne.

La zone cornu-commissurale devenue plus externe est bien conservée. Il en est de même d'une partie de la zone radiculaire moyenne (virgule de Schultze). D'une façon générale, à ce niveau, les lésions sont assez peu accentuées.

9° Région cervicale inférieure. Les lésions plus manifestes portent sur la zone de Lissauer, le 1/5 postérieur du cordon de Goll, la bandelette externe, mais la lésion n'atteint pas la périphérie de la moelle ; elle en est séparée par la zone limitante de la corne postérieure. Restent intactes encore la zone cornu-commissurale devenue plus externe, la partie moyenne et interne du faisceau de Burdach (virgule de Schultze), enfin une couche de fibres limitant la périphérie de la moelle, juxtaposée à la région de Goll sclérosée.

On voit nettement certaines fibres des racines postérieures pénétrer d'emblée dans les cordons postérieurs et se continuer avec la zone limitante de la corne postérieure.

En résumé, il s'agit d'un tabes dorsalis remontant à 10 ans environ, caractérisé par un mal perforant plantaire, des troubles oculaires, des crises gastriques, des phénomènes vésicaux, la démarche caractéristique, de l'incoordination des membres supérieurs, mais au cours duquel les réflexes rotuliens sont restés conservés.

L'examen histologique montre une sclérose des cordons postérieurs généralisée à tout l'axe médullaire, mais répartie d'une façon inégale. Les lésions du tabès se rencontrent dans toute la hauteur de la moelle, mais elles ont une prédominance au niveau de la région sacrée et de la région cervicale. Elles sont particulièrement discrètes au niveau de l'union de la moelle lombaire supérieure avec la moelle dorsale.

Le tabès est, par conséquent, légitime, mais il est, en général, atténué. En particulier, les zones endogènes, tant ascendante (zone cornu-commissurale) que descendante (virgule de Schultze, bandelette périphérique, triangle médian postérieur), sont conservées. Il faut remarquer, en outre, que les racines postérieures extra-médullaires présentent, elles aussi, des lésions inégales, le plus souvent assez discrètes.

Comment interpréter la conservation des réflexes rotuliens dans notre cas?

A l'état normal, la voie réflexe sensitivo-motrice (protoneurone centripète, neurone moteur périphérique) est nécessairement étroite, en ce qui concerne le réflexe patellaire ; et si cette voie est interrompue en un point quelconque de son trajet, le signe de Westphal apparaît. Dans le tabes dorsalis, il est la règle. Et, dans cette maladie, les lésions des nerfs périphériques et de leurs terminaisons, des racines postérieures, et aussi des racines antérieures, peuvent être incriminées vraisemblablement, dans une certaine mesure, sans parler même de la moelle. En réalité, c'est aux racines postérieures et à la moelle, siège pour ainsi dire constant des lésions, qu'on s'attache surtout dans le tabès, pour expliquer l'abolition du réflexe. A ce point de vue, il est bon de tenir compte de cas, comme celui de Westphal, où les réflexes rotuliens étaient abolis, et où les racines postérieurs étaient intactes : ce qui permet au moins de conclure que la lésion radiculaire n'est pas la seule cause de la perte du réflexe. Il est possible, d'autre part, que, dans les racines sensitives, certaines fibres soient plus directement affectées à l'acte réflexe. Cette hypothèse s'appuie d'ailleurs sur une base histologique.

On sait, en effet, que Ramon y Cajal (1) a divisé les fibres

1. Ramon y Cajal, Anatomie fine de la moelle épinière (*Atlas der pathol. Hist. des Nerversyst.* de Babes, Berlin, 1895, IV, p. 29).

radiculaires postérieures en deux groupes : groupe externe, groupe interne. De ce dernier groupe, qui donne lieu à des bifurcations, émanent les collatérales du faisceau réflexo-moteur de cet auteur.

Nous venons de voir pourquoi le réflexe rotulien est habituellement absent dans le tabès, voyons maintenant comment on peut interpréter sa présence exceptionnelle.

Dans certains cas de tabès, le réflexe rotulien, d'abord aboli, a reparu du fait d'une complication cérébrale. Il n'en est pas toujours ainsi [Debove (1), Buzzard (2), Fournier (3), etc.]. Pour expliquer cette réapparition, Goldflam (4) admet que l'abolition du réflexe rotulien dans le tabès est d'origine médullaire. Et il suppose que la lésion de la moelle a une influence inhibitrice sur la sur la réflectivité de cet organe. Lorsque survient un processus cérébral qui, annihilant les centres d'arrêt, exalte la réflectivité médullaire, l'action inhibitrice devient insuffisante; le réflexe réapparaît.

Les cas où le réflexe est conservé sans avoir jamais disparu s'appuient sur des données anatomiques qui permettent une interprétation plus précise. Westphal (5) a démontré, en effet, qu'il existe dans la moelle une région dont la lésion détermine l'abolition du réflexe. Placée à l'union des régions lombaire et dorsale, cette zone est limitée : en dedans par une ligne virtuelle, parallèle au septum postérieur et passant par le point où la substance gélatineuse fait un ressaut en dedans; en arrière, par la périphérie de la moelle, en dehors par la substance gélatineuse et le point de pénétration des racines postérieures. Cette zone, dite par Westphal zone d'entrée des racines, est, d'après cet auteur, toujours intéressée dans tous les cas de tabès où le réflexe rotulien a disparu. Elle est d'autant plus intéressée que le réflexe rotulien a disparu depuis plus longtemps. Inversement, dans les cas, comme celui de Lehmann (6), où les réflexes ont été conservés jusqu'à la mort, la zone d'entrée des racines était intacte. L'opinion de Westphal, appuyée sur 4 cas, fut confirmée par Kraus (7). Westphal (8) put fournir une nouvelle observation confirmative, dans laquelle le réflexe rotulien était conservé d'un seul côté, et où la comparaison histologique était facile. La localisation s'est trouvée, de même, vérifiée dans un cas de Minor (9). Le seul symptôme nerveux était l'abolition des réflexes rotuliens; la zone de Westphal était atteinte. Nonne (10) fournit 2 nouveaux cas. Dans le second, le réflexe était absent d'un côté, la zone de Westphal sclérosée de ce côté. Pick (11) a relevé de même un fait d'abolition unilatérale du réflexe rotulien avec lésion unilatérale.

Dans notre cas, on constate que la zone d'entrée des racines est conservée. C'est donc un nouvel exemple qui appuie l'opinion de Westphal.

Reste à expliquer la rareté de cette conservation ?

En réalité, les cas de tabès avec conservation des réflexes, ne sont pas exceptionnels. Mais à mesure que la maladie progresse, les réflexes disparaissent. Chez notre malade, le tabès était assez ancien, cependant la mort est survenue avant que la maladie eût achevé son évolution complète. Il est certain, d'ailleurs, qu'en général le tabès est surtout dorso-lombaire, parfois primitivement lombaire, fait qui, à vrai dire, ne comporte pas d'explication facile. Quant à dire, à propos de la localisation souvent primitive au niveau de la zone de Westphal, que la dégénération du tabès atteint d'une façon prédominante les fibres courtes des racines postérieures, comme le fait Minor, c'est faire une simple constatation histologique, qui ne résout pas la question.

1. Debove, *Progrès médical*, 1881, n°ˢ 52 et 53.
2. Buzzard, *the Lancet*, 1881, VII, p. 541.
3. Fournier, *Revue de méd.*, 1882, p. 492.
4. Goldflam, *loc. cit.*
5. Westphal, *loc. cit.*
6. Lehmann, *Arch. f. Psych.*, XVI, 2 et 3, p. 496 et 778, cité par Westphal.
7. Kraus, *Neurol. Centralbl.*, n° 20, 1886.
8. Westphal, *Arch. f. Psych.*, XVIII, 1887, p. 628.
9. Minor, *Neurol. Centralbl.*, n° 10, 1887.
10. Nonne, *Deutsche med. Wochenchr.*, XV, 1889.
11. Pick, *Arch. f. Psych.*, XX, 3, 1888.

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE

Ambroise Paré redresseur de tors.

En cette fin de siècle, les sciences biologiques ont pris un tel essor qu'elles semblent être arrivées à leur apogée et autoriser toutes les audaces.

En vérité, on croirait qu'il est permis de faire table rase du passé et de dater la découverte du monde de ces dernières années. Cette prétention serait peut-être exagérée, nos prédécesseurs ont du bon. En étudiant les vieux auteurs, on y fait parfois des trouvailles, de véritables pierres précieuses oubliées ou ignorées, notamment dans Ambroise Paré : oyez plutôt.

De la luxation des vertèbres du dos (1).

CHAP. XV.

Quatre sortes des luxations des vertebres du dos. — Les vertebres du dos se peuent luxer en quatre manieres : à sçauoir, anterieure, posterieure, à costé dextre, et senestre. Le signe qu'elles sont luxees en la partie anterieure, est qu'on voit qu'elles sont enfoncees en dedans. Lorsqu'elles sont luxées en la partie postérieure, elles sont trouvées gibbeuses, c'est-à-dire, plus haut elleuees par dehors, qu'elles ne doyuent : quand elles sont luxees aux costez, on y voit une éminence contre nature. Les vertebres deuiennent gibbeuses de cause interne, ou externe, ce qui est cômun à toutes luxations.

Les causes des luxations des vertebres. — La cause interne est une fluxion d'humeurs, enuoyez sur les roüelles de l'espine et sur leurs ligaments, ou de tout le corps, ou de quelque partie : ou l'imbecillité mesme des roüelles, et ligaments qui amassent telles superfluitez, ou douleur qui les y attire. La cause externe est pour tomber de haut sur choses dures, ou par coups orbes, et de se se pâcher et courber sur le deuant : ce qu'on voit aux vignerons, paueurs, et autres manières de gens, qui gaignent leur vie en se fort ployant. Aussi à ceux qui ont une luxation exterieure de l'os femoris, qui n'a pev estre reduit, pour ce qu'en cheminant le malade se panche, et appuye sa main sur la cuisse, il se fait que par une accoustumance les vertebres se courbent.

Pour se pancher fort, il se fait que les vertèbres se courbent — Telle disposition se fait pareillement aux vieux qui se panchent sur le deuant. Or les vertebres ne sont gueres poussees de la partie posterieure à l'anterieure, si ce n'est à grande violence : et encore les ligaments peuuent plustost se rompre que de se tant estendre : et telles luxations sont mortelles, à cause que la mouëlle spinale ezt offensee par la compression : et estans ainsi pressees, les parties sont rendues stupides et insensibles.

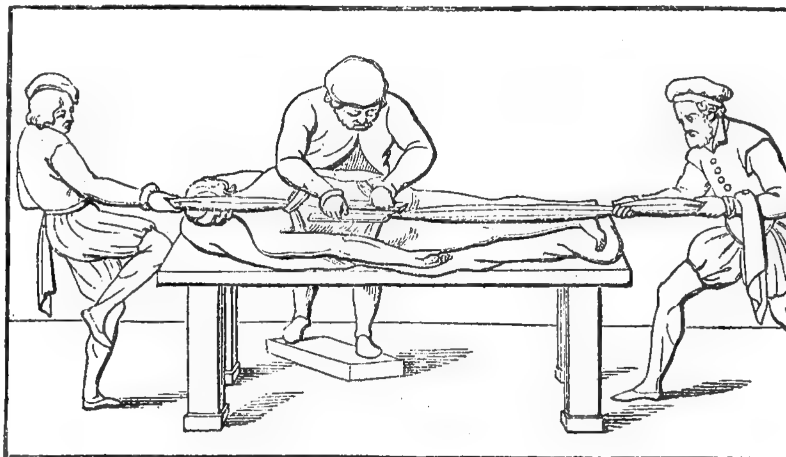
Signes de luxation intérieure des vertèbres. — Donc si les ver-

1. Les œuvres d'Ambroise Paré, Conseiller et premier chirurgien du Roy — diuisees en vingt huict liures — avec figures et portraicts, tant de anatomie, que des instruments de chirurgie, et de plusieurs monstres — reueuës et augmentees par l'autheur — quatrième édition. A Paris chez Gabriel Buon 1585 avec privilege du Roy. Page V° LXX — le seiziesme livre — des luxations.

tebres sont luxees par dedans, la reduction ne se peut iamais faire, pour ce qu'on ne peut les repousser par le ventre pour les reduire en leur lieu. Il suruient aux malades difficulté d'uriner, et ietter les autres excrements du ventre : aussi leur aduient aux cuisses un refroidissement, et abolissement de sentir et mouuoir : et à aucuns l'urine et autres excremens sortent inuolontairement : et aussi quelque fois sont retenus du tout : combien que non seulement tels accidents aduiennent aux luxations, mais aussi par playe et fracture.

Galien sur la Sent. 51 de la 3 lect. du liu. des art. — Or quand l'espine est luxee en la partie antérieure, elle induit les accidents dessusdits, parce que les nerfs qui procedent de la mouëlle, vont et se disseminent plus aux parties interieures qu'extérieures : parquoy ils sont plus pressez : et pareillement la mouëlle spinale, ensemble toutes les parties qui ont connexion et consentement avec elle, s'enflamment : dont la vessie ne peut plus ietter l'urine.

Pourquoi il aduient stupeur. — La stupeur prouient à cause que la faculté animale (pour la compression des nerfs, ensemble de la Dure et Pie mere) ne peut reluire par iceux : dont s'ensuit necessairement difficulté de sentir. Alors la vessie et les intestins ne font plus leur action naturelle, qui est d'ouurir et astreindre : dont la mort s'ensuit.



Quand l'espine est luxee en la partie extérieure, elle ne cause point ces accidents susdits, pour ce qu'elle ne fait point compression à la medulle spinale ny aux nerfs.

La manière de réduire l'espine luxée en la partie extérieure.

CHAP. XVI.

Pourquoy il faut tirer en hault et en bas les spondyles luxées. — Pour réduire les vertebres gibbeuses, c'est-à-dire, luxees en la partie exterieure, faut situer le malade sur une table, le mettant sur le ventre, et le faut estendre au long d'icelle, et le lier commodément pardessous les aiscelles, et audessus des hanches, avec la tierce partie d'une nappe. Pareillement luy faudra lier les cuisses et les pieds : puis sera tiré en haut et en bas, et estendu le plus qu'on pourra, sans toutes fois grande violence : car où telle extension ne se ferait, il serait impossible de réduire et remettre la verterbre luxee, à cause des apophyses, qui sont receuës et reçoyuent pour, entretenir les unes aux autres. Après l'extension deuëment faite, le chirurgien poussera de ses mains en dedans la verterbre qui fera eminence. Et si on ne la peut reduire en ceste maniere, il faut enuelopper avec du linge deux bastons de grosseur d'un doigt, et de longueur de quatre, plus ou moins, et les appliquer aux costez des vertebres luxees, et presser seulement sur icelles, pour les ietter dans leur apophyse articulatoire, ainsi qu'il t'est demonstré par cette figure.

Et ne faut toucher ny presser sur les apophyses qui sont au milieu, de peur qu'on ne les rompe. On cognoistra la vertebre estre réduite, quand elle sera égale aux autres qui luy sont proches. Après la réduction faut lier et presser la partie, et y mettre des astelles ou platines de plomb accomodees à ce faire : lesquelles seront si bien appropriees, qu'elles ne pressent nullement sur l'areste des spondyles, mais seulement aux costez. Aussi faut faire situer le malade sur le dos, et y tenir longuement les astelles, de peur qu'il ne se face reïteration de luxation.

De la luxation des vertebres faite de cause interne.

CHAP. XVII.

Les vertebres se luxent pareillement de cause antecedente, ou corporelle, qui se fait par l'imbecillité naturelle des parties, principalement du ligamêt nerueux, par lequel toutes les vertebres sont liees ensemble. Or ce dit ligament est plein d'une humeur glaireux et glutineux, que nature a engendré autour desdites vertebres, ainsi qu'és autres articles, afin que leur mouuement soit plus libre. Cestuy ligament ne va iusques à la mouëlle de l'espine, et lie seulement les vertebres par dehors : mais il y a un autre, dont la mouëlle de l'espine est tout enuironnee, outre la Pie et Dure mere, afin qu'elle ne soit offensee par les vertebres, quand ils se meuuent, la qu'elle nait du pericrane à l'endroit qu'il est conioint auec la premiere vertebre du col. Or quelquefois il se fait mixtion de grande fluxion d'un autre humeur contre nature, froid, crud, gros, visqueux et glutineux, dont s'engendre une tumeur, qui fait distension des nerfs qui sortent des vertebres, et principalement des ligamens qui les lient. Ie dy principalement des ligamens : car il ne faut pas estimer que les nerfs qui sortent de la mouëlle, puissent tirer auec eux les vertebres, et les luxer, par-ce qu'ils sont si petits et mols, qu'ils ne les peuuent faire.

Raiso pourquoy la luxatio se fait au dedãs ou dehors, a dextre ou senestre. — Or ces ligaments estans fort distendus et tirez vers la tuberosité et tumeur noüeuse, tirent à soy les vertebres, à sçauoir, au dedans au dehors, à dextre ou senestre, et par consequent les luxent. S'il y a des tumeurs ou nodositez au dedans et au dehors, l'espine sera tournee des deux costez, à sçauoir, au dedans et au dehors, et aux costez : et voit-on alors l'espine estre tournée en figure d'arc, ou de S, ou d'autre figure, qui sera selon que les vertebres seront desplacees de leur lieu naturel. Les Grecs ont donné certains noms à telles defloüeures, à sçauoir *cyphosis, lordosis, scoliosis :* qui nous ont esté interpretez par monsieur d'Alechamps en sa chirurgie Françoise. *Cyphosis*, est la bosse releuee en dehors; *lordosis*, est enfonceure baissee en dedans; *scoliosis*, est entorceure, ou bosse non droite : mais tournee et entorcee, c'est à dire iettee à dextre ou à senestre.

Causes qui font desoindre les vertebres. — Les causes qui font ainsi desoindre les vertebres sont cheuttes, contusions, l'habitude de tout le corps trop humide, qui enuoye sur icelles des humeurs glaireux et visqueux, qui les amollissent, lubrifiēt, et relachēt. On voit cecy aduenir aux ieunes enfans, à cause de leur trop grande humidité et tendresse : comme (pour exemple) on voit qu'on plie facilement une verge humide et verde.

Pourquoy souuent les os de la poitrine se iettent au deuant. — Aussi il aduient par la faute de leurs nourrices, qui estreignent aux filles la poitrine, et les costes, à l'intention de leur faire à l'aduenir le corps grelle, et les hâches elleuees; car par telle faute les os de la poitrine sont contraints de se ietter trop en deuant, ou en arriere, dont s'ensuit gibbosité et bosse : et quelquefois une espaule ne croist pas et demeure amaigrie, et l'austre croist et s'engrossist par trop. D'auantage la nourrice peut encores faire faute au coucher de l'enfant, qui le couche plustost sur les costes que sur le dos. Aussi au leuer : car si venans à leuer leurs enfans, elles les prennent seulement par les pieds sans soustenir le dos de l'autre main, à la longue viendra luxa-

tion aux vertebres, à raison de la pesanteur des parties superieures au regard des inferieures; ce qui a principalement lieu aux petits enfans, à raison qu'ils croissent plus en teste qu'en tout le reste du corps.

Prognostic.

CHAP. XVIII.

De la luxation des vertebres qui vient dés l'enfance. — Si en l'aage d'enfance les vertebres du metaphrene sont voutees, les costes ne croissent point, ou peu, en large, mais se forjettent en deuant : et partant la poitrine ou le sternum perd sa largeur conuenable, et s'aiguise en poincte. Par-ce aussi que les costes sont peruerties de leur situation naturelle, les malades deuiennent asthmatiques, ne pouuant auoir librement leur inspiration et expiration naturelle, à cause que les poulmons sont pressez, et les muscles qui seruent à la respiration : et partant sont contraints, pour mieux auoir leur haleine, de tenir le col flechi en arriere : ce qui leur fait monstrer la gorge grosse en deuant : aussi pour l'angustie et stricture de la trachee artere, par la quelle l'air entre et sort és poulmons, ils respirent auec bruit, et en dormant soufflent. Ils sont aussi suiets à defluxions sur les poulmons : et, dit Hippocrates, qu'ils ne viuent pas longues annees (1). Si les vertebres des lumbes sont forjettees en la partie interieure, les malades sont suiets à maladie des reins, de la vessie, et le poil du penil sort plus tard, et en moindre quantité : et sont pareillement moins fertiles à procreer lignee, que si le vice estait à celle du metaphrene. Les gibbositez, qui viennêt des causes exterieures sont aucunes fois curables : mais celles qui sont faites de causes interieures sont incurables, si on n'y pouruoit au commencement par grande methode.

Bosses hereditaires incurables. — Pourquoy les bossus qui viennent de cause hereditaire, c'est à dire de pere et mere bossus, sont du tout incurables. Aussi quand l'espine est gibbeuse en enfance et avant que le corps soit parfaitement creu ou agrandy, elle ne croist plus : mais les bras et les iambes se parfont. Et ne faut s'esmerueiller de cela : car à cause que les veines, arteres et nerfs sont peruertis de leur propre lieu, aussi qu'à grande difficulté les esprits y peuuent reluire, necessairement l'aliment n'y paruient pas en telle quantité qu'il deurait : dont il s'ensuit emaciation, c'est à dire amaigrissement : mais si le corps a acquis ses trois dimensions, c'est à dire qu'il ne croisse plus, les parties de l'espine deuiennent seulement emaciees : mais les parties lointaines, comme les bras et les iambes, sont du tout sans mal. Car les vertebres ainsi viciees ne gastent pas tout le corps, mais seulement les parties qui leur sont prochaines.

Concussion de la mouëlle spinale. — Il nous reste à parler maintenant de la mouëlle de l'espine, la quelle se peut par un grand mouuement esbranler, sans que les vertebres soient luxees. Ce mal se peut appeler commotion ou concussion : le quel se fait quand elle se deprime de son lieu ou elle adhere. Les causes sont pour tomber de quelque lieu haut en bas, ou par quelque grand coup orbe, ou pour auoir eu l'estrapade. Peu reschappent à qui tel accident aduient, pour plusieurs raisons, que le chirurgien dogmatique peut bien excogiter et scauoir. i'ay differé iusques icy un poinct fort considerable pour le prognostic de la luxation des vertebres. C'est que plus il y a de vertebres luxees, moins est dangereuse la luxation : la raison est qu'en tel cas la mouëlle spinale n'est pas si pressee que quand il n'y a luxation que d'une vertebre : à raison que la luxation de pluieurs vertebres faict en la mouëlle un angle obtus, et celle qui n'est que d'une y fait un angle aigu. C'est ce que tant de fois repete Hippocrates en la lect. 3. du liure des artic. que la luxation orbiculaire de l'espine est moins dangereuse que l'angulaire.

Le langage est vieux, les explications surannées, mais les faits sont bien observés, et, habillés au goût du jour, ils feraient encore très bonne figure dans une présentation à une société savante. Le chapitre sur *la luxation des vertèbres faite de cause interne*, ou *il se fait mixition de grande fluxion d'une autre humeur contre nature, froid, crud, gros, visqueux et glutineux dont s'engendre une tumeur* ressemble singulièrement à ce que nous appelons le mal de Pott.

1. Hipp. lect. 3. du liure des art. depuis la Sent. 6.

Sans insister davantage sur ces rapprochements, il est curieux d'étudier la figure qui accompagne le texte.

Vous souvient-il des photographies affichées l'an dernier avenue de l'Opéra ? Changez la tête des acteurs et vous pourrez croire que les susdites photographies et le dessin d'Ambroise Paré ont été faits sur le même cliché. Décidément il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Dr G. Houzel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Capart (Paul). *De l'allaitement pendant la grossesse.* N° 146. (Steinheil.)

M. Jacob (Lucien). *Rapports de la menstruation et de l'allaitement.* N° 159. (Steinheil.)

M. Angelesco (C.). *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus.* N° 69. (Carré et Naud.)

M. Caboche (Paul). *Hystérectomie abdominale totale (procédé de Doyen). Manuel opération et résultats.* N° 102. (Steinheil.)

M. Castillo (Francisco Valle). *De la colpo-cœliotomie sans hystérectomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles. Sa pratique à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.* N° 93. (Maloine.)

M. Planchon (Pierre). *Présentation de l'épaule; étude étiologique.* N° 164. (Jouve.)

M. Brulin (Fernand). *Du bassin à forme double oblique-ovalaire chez les rachitiques.* N° 165. (Jouve.)

M. Capart consacre sa thèse inaugurale à une étude très intéressante de l'allaitement pendant la grossesse.

Les femelles d'animaux domestiques ne présentent aucune modification de la sécrétion lactée au point de vue de la teneur du lait en principes minéraux. La quantité de lait est diminuée à une période un peu avancée de la gestation, le lait concentré contient moins de caséine mais plus de matières grasses et de lactose. Les petits qu'elles allaitent se développent bien, elles-mêmes sont mises au repos et leur alimentation est surveillée.

D'après une analyse personnelle, M. Capart conclut que chez la femme enceinte le lait n'est pas modifié au point de vue chimique, qu'il retourne très exceptionnellement à l'état colostral et que sa diminution quantitative doit être aussi très minime.

Quant à l'enfant allaité, il ne souffre aucunement au point de vue de la santé générale, et ne diminue pas de poids. En outre, l'allaitement par la mère met l'enfant à l'abri de l'allaitement artificiel ou du sevrage prématuré.

Pour faire continuer l'allaitement par la mère enceinte, on se basera sur l'âge de l'enfant et l'époque de l'année : on ne le suspendra jamais si l'enfant a moins de 6 mois, ou si l'on se trouve dans les mauvais mois de l'année, juin, juillet, août, septembre. Si le lait de la mère diminue de quantité, on aura recours à l'allaitement mixte ; s'il est impossible, on prendra une nourrice au sein.

La femme enceinte qui allaite son enfant n'en est nullement incommodée; elle devra naturellement éviter toute fatigue, et l'enfant qu'elle porte se développe normalement.

La question des rapports de la menstruation et de l'allaitement vient d'être reprise par M. Jacob, qui trouve que chez les nour-

rices primipares, les règles reviennent 72 fois p. 100, et surtout dans les 6e, 7e et 9e mois; 63 p. 100 chez les secondipares, principalement dans les 12e et 9e mois; 40 p. 100 chez les tertipares. Les femmes non menstruées se trouvent dans la proportion de 28 p. 100 primipares, 37 p. 100 secondipares, 60 p. 10 tertipares, proportion qui continue à augmenter avec les accouchements. Enfin certaines femmes ont leurs règles après tous leurs accouchements. D'une manière générale, la menstruation ne contre-indique pas l'allaitement.

Une nourrice qui allaite pour la quatrième, cinquième fois, et qui est menstruée d'une façon précoce alors qu'elle ne l'avait pas été aux allaitements antérieurs, est une nourrice usée (Pinard). Dans ce cas l'allaitement est contre-indiqué.

Chez les multipares allaitant pour la première fois, la menstruation se rétablit d'autant plus tardivement que cet allaitement est plus éloigné du premier accouchement.

Si pendant l'allaitement il survient une nouvelle grossesse, il n'y a aucune contre-indication pendant les premiers mois de la gestation. Enfin, si la surveillance attentive de l'enfant prouve que son état général périclite à chaque époque menstruelle de la nourrice, l'allaitement devra également dans ce cas être suspendu.

M. Angelesco rapporte 40 observations d'hystérectomie abdominale totale, qu'il considère comme l'opération de choix pour le traitement des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle est supérieure aux hystérectomies partielles, car en enlevant complètement l'utérus, les accidents si nombreux du pédicule ne sont plus à craindre. La supériorité de l'hystérectomie abdominale est aussi incontestable sur l'hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale, les manœuvres vaginales exposant à l'infection du péritoine. Toutes les statistiques sont en faveur de l'hystérectomie abdominale totale. Elle est plus bénigne que les autres méthodes que nous venons de signaler. Sa technique se perfectionnant et l'asepsie devenant plus parfaite, la mortalité diminue de plus en plus.

Il faut choisir comme procédés d'hystérectomie abdominale totale ceux dont les manœuvres sont purement abdominales, la moindre manœuvre vaginale pouvant compromettre le succès de l'opération. Il faut donc écarter les procédés qui consistent à commencer par la désinsertion du col par le vagin avant de passer à l'abdomen; de même ceux dans lesquels on met des pinces sur les ligaments larges, par le vagin.

Parmi les procédés abdominaux, ceux dans lesquels la cavité utérine n'est pas ouverte doivent être préférés. Ces procédés qui nous semblent les meilleurs sont ceux de Delagenière, Doyen, Kelly-Segond, Ricard et ceux qui en dérivent.

Il faut instituer le drainage vaginal, lorsqu'il y a une grande surface dénudée et que l'on craint la rétention des liquides septiques dans la cavité pelvienne.

S'appuyant sur 30 observations, M. Caboche affirme que l'hystérectomie abdominale, procédé de Doyen, est une opération qui remplit toutes les conditions de simplicité, de rapidité et de sécurité. Elle a pu jusqu'à ce jour être appliquée à tous les cas de fibromes. L'extirpation totale doit être conseillée dans tous les cas. La mortalité, dans le procédé de Doyen n'a été que de 6,6 p. 100 et 4,7 p. 100.

La voie abdominale est la méthode de choix pour tout fibrome dépassant le détroit supérieur.

Malgré les succès sans cesse grandissants de la la laparotomie et les perfectionnements de l'hystérectomie vaginale, la colpocœliotomie sans hystérectomie tend de jour en jour à prendre une large place dans le traitement chirurgical des affections utéro-annexielles. Le manuel opératoire de cette intervention, soigneusement étudié par M. Castillo, est des plus simples et consiste dans ses grandes lignes : à ouvrir, selon les cas, le cul-de-sac antérieur ou postérieur du vagin, à luxer temporairement l'utérus dans le vagin, soit pour mieux explorer la cavité pelvienne, soit pour entraîner avec cet organe la lésion dont on se propose l'ablation. La colpo-cœliotomie est la méthode de choix pour l'extirpation : des kystes de l'ovaire et du ligament large de petit et même de volume moyen; des ovaires prolabés, des salpingo-ovarites unilatérales et bilatérales; de l'hémato-salpinx simple ou hémorrhagique. Elle sera préférée à la laparotomie dans le traitement des salpingo-ovarites compliquées de péritonites enkystées; mais elle pourra dans ces cas ne constituer que le premier temps de l'hystérectomie vaginale. La colpo-cœliotomie sera dans les cas précédents préférable à la laparotomie, car elle a un coefficient traumatique inférieur à celui de la laparotomie; elle paraît moins dangereuse dans les cas de fibromes utérins; elle n'expose pas à l'éventration et ne laisse pas de cicatrice apparente. Elle a de plus comme avantages, sur l'hystérectomie vaginale, de faire courir moins de dangers, de ne pas troubler l'équilibre du plancher pelvien et de ne pas exposer au prolapsus des organes abdominaux.

La colpo-cœliotomie antérieure répond à des indications plus nombreuses que la colpo-cœliotomie postérieure, qui sera réservée aux cas où les lésions sont peu étendues, sans adhérences, ou manifestement prépondérantes dans le cul-de-sac postérieur.

Les anciens accoucheurs expliquaient l'attitude que prend le fœtus dans l'utérus par les mouvements exécutés par l'enfant lui-même : c'est le mouvement de culbute d'Hippocrate, dû à la pesanteur de la tête fœtale. Baudelocque et Dubois combattent cette opinion; et Pajot, confirmant la proposition soutenue par Hergott dans sa thèse, formule le principe de l'accommodation; à savoir que le contenu tend à accommoder sa forme et ses dimensions à la capacité et aux formes du contenant. L'accommodation a-t-elle lieu? on a une présentation fixe; sinon une présentation mobile, pouvant aboutir à une présentation de l'épaule. Une telle présentation comporte un pronostic sérieux et M. Planchon s'efforce d'en établir les causes.

Le relevé des présentations de l'épaule, constatées pendant ces deux dernières années à la clinique Tarnier, permet de conclure que, par ordre de fréquence, ces causes sont :

La *multiparité* par suite de la flaccidité et de l'extensibilité des parois utérines et abdominales et du relâchement des muscles utéro-pelviens. On constate six fois plus de présentations de l'épaule chez la multipare que chez la primipare.

Ensuite l'*hydramnios* gêne ou empêche l'engagement et amène très fréquemment, au moment de la rupture des membranes, la présentation de l'épaule accompagnée de procidences.

Dans la *grossesse gémellaire*, le 2e fœtus se présente très souvent par le tronc; quelquefois le 1er fœtus, exceptionnellement les deux.

La *conformation de l'utérus* influe également sur la présentation de l'enfant, dans les cas de développement transversal de l'utérus et d'utérus incomplètement cloisonné.

Les *ruptures*, les *tumeurs* utérines, le *placenta* dit *prævia* sont également une cause de mauvaise présentation, laquelle est souvent amenée également par une *viciation pelvienne*.

Les présentations par l'épaule se rencontrent souvent dans les cas de petits *fœtus morts* et macérés, et d'autant plus fréquemment que l'on est plus près du début de la grossesse. Enfin on peut citer des cas dus à la brièveté du cordon et à des malformations fœtales.

En dernier lieu, M. Planchon signale comme causes possibles mais douteuses les chutes, secousses, voyages, etc. et enfin la contraction utérine (?).

Sous le nom un peu sujet à la critique de : bassin à forme double oblique ovalaire chez les rachitiques, M. Brulin décrit une nouvelle viciation pelvienne dont il rapporte 31 observations.

Il existe, en effet, une variété de bassin vicié tout à fait particulière et dans laquelle le rétrécissement est exclusivement transversal et porte sur toute la hauteur de la filière pelvienne osseuse. Ce bassin peut être rangé dans la 3e catégorie de la classification de La Torre (bassin antéro-postérieur). Cette lésion paraît être très rare et doit avoir sa cause dans le rachitisme peu accusé et survenant tardivement. Le diagnostic de cette lésion doit être établi d'avec les bassins de Robert qui offrent avec lui de nombreuses analogies; il reposera surtout sur l'état de la symphyse sacro-iliaque : le développement normal des ailerons et l'absence d'ankylose des articulations sacro-iliaques démontreront l'existence de cette nouvelle forme de pelviviciation.

Le pronostic est intimement lié au degré de rétrécissement et varie suivant le mode d'innervention. Le traitement consiste

suivant les cas en : accouchement prématuré provoqué; application de forceps; symphyséotomie; opération césarienne, quand le fœtus est vivant. Si l'enfant est mort, et seulement en ce cas, on aura recours à la basiotripsie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur les altérations des éléments du système nerveux central dans l'insomnie expérimentale, par Lamberto Daddi (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, vol. III, fasc. 1, p. 1, janvier 1898). — Les expériences ont porté sur des chiens. Des lésions cellulaires furent reconnues dans les ganglions intervertébraux, le cervelet, le cerveau (avec prédominance des lésions dans le lobe frontal); au contraire les coupes de moelle et de bulbe n'ont pas présenté d'altérations appréciables.

Les lésions des cellules ont été : la fragmentation de la partie colorable du protoplasma, chromatolyse pouvant aller jusqu'à la disparition totale des grains, le gonflement du corps cellulaire avec vacuolisation du protoplasma, le déplacement du noyau à la périphérie, en dernier lieu la perte de la chromatine du noyau et le gonflement irrégulier du nucléole. L'altération peut aboutir à la disparition complète de la cellule.

Ces lésions cellulaires ne sont pas caractéristiques de l'insomnie, mais leur localisation constante en certaines régions du système nerveux, tandis que d'autres demeurent inaltérées, fait penser qu'elles ne résultent pas des modifications de la nutrition générale.

Sur la pathogénèse de la maladie de Flajani, par Ezio Benvenuti (*Policlinico*, 1er février 1898, An. V, n° 3, p. 77). — Nouveau cas de mort rapide après la thyroïdectomie partielle chez une basedowienne. — A l'examen histologique, centres nerveux, nerfs et sympathique furent trouvés normaux; la thyroïde, le thymus, tout le système lympathique étaient hyperplasiés. L'auteur se rallie à la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow, et considère la thyroïdectomie partielle comme le traitement chirurgical rationnel lorsque les moyens médicaux ont échoué.

Le centre psychomoteur des muscles supérieures de la face, par V. Pugliese (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. III, fasc. 2, p. 49, février 1898). — Un homme de 70 ans, ayant présenté à plusieurs reprises des troubles de la circulation cérébrale, a un ictus; le lendemain, on observe des spasmes cloniques de la moitié gauche du corps, face inférieure comprise : par intervalles le corps se courbe en arc à gauche, la commissure gauche des lèvres est tirée fortement en haut; le surlendemain, le spasme a disparu pour le corps, il s'est accentué à la face, le facial supérieur est pris : *l'œil gauche se ferme périodiquement, le sourcil gauche s'élève, la moitié gauche du front se plisse*, et, fait à noter, la moitié droite du front se plisse aussi, mais moins. Le spasme du facial supérieur persiste en s'affaiblissant, jusqu'à la mort, trois jours après l'ictus.

A l'autopsie, intégrité apparente des circonvolutions; dans les noyaux de la base, kystes anciens, dont l'un, à droite, touche à la capsule interne (parésie gauche ancienne), *athérome* généralisé à toutes les artères cérébrales, y compris les fines branches corticales. Les phénomènes spasmodiques de la moitié gauche du corps, de la face inférieure gauche, étaient sans conteste sous la dépendance de l'anémie de leurs centres corticaux; ceux du facial supérieur ne pouvaient avoir qu'une cause analogue; ce fait démontre l'existence d'un *centre cortical du facial supérieur*.

Mais le muscle frontal droit se contractait aussi; donc ce centre a une action bilatérale; les muscles de la partie supérieure de la face appartiennent à cette catégorie de muscles qui agissent de conserve avec leurs homonymes; cette synergie est parfaite pour les frontaux, moins complète pour les orbiculaires que la volonté réussit à contracter séparément. C'est pourquoi l'irritation corticale droite contractait spasmodiquement orbiculaire et frontal gauches, frontal droit synergique, et n'avait pas d'action sur l'orbiculaire droit, quelque peu indépendant de son homonyme.

CHIRURGIE

Traitement opératoire de la hernie ombilicale congénitale chez le nouveau-né, par K. Hedman (*Finska Läkaresällsk. Handigar*, décembre 1897). — M. Kedman a opéré une hernie ombilicale congénitale d'un nouveau-né. La hernie était de la dimension du petit doigt, et contenait du foie et de l'intestin grêle, qui se pouvaient voir à travers la paroi transparente.

Des tentatives de taxis avaient démontré que la cavité abdominale pouvait contenir les organes herniés. Le petit patient, qui pesait 3600 grammes, fut chloroformé; une aiguille avec un fil de soie fut passée à travers l'élévation cutanée et la soie fut graduellement serrée jusqu'au retour dans l'abdomen du contenu de la hernie. Les vaisseaux ombilicaux dans le sac furent ligaturés à part. La poche herniaire fut alors réséquée et la plaie fermée par des sutures de soie. L'opération, qui dura 1 heure 1/2 eut un plein succès, mais elle fut suivie du développement bilatéral de hernies inguinales.

Hernie étranglée chez un enfant de 10 semaines, par H. Champlain (*Med. Rec.*, New-York, 16 oct. 1897). — M. Champlain rapporte le cas d'un enfant de dix semaines qui n'urinait plus depuis plusieurs heures; à l'examen on trouva, à l'anneau abdominal externe, une tumeur grosse comme le pouce; après une 1/2 heure de taxis, la hernie fut réduite et l'enfant urina. La hernie n'a pas été revue dans la suite.

Traitement de la hernie chez les vieillards, par A. J. Ochsner (*Med. Rec.*, New-York, 23 oct. 1897). — A. J. Ochsner rappelle la tendance à la dégénération et à la débilité musculaire des vieillards, à l'affaiblissement de leur nutrition. Avant d'opérer il sera important de déterminer l'état de la prostate, afin qu'on puisse recourir à la castration, si ceci est indiqué. L'hypertrophie de la prostate décroît rapidement après la castration qui est non seulement justifiée mais aucunement dangereuse.

Robert T. Morris, parlant de la hernie post-opératoire dans l'appendicite dit que peu de hernies sont consécutives à la petite incision qui est habituellement faite et que les hernies sont dues à ce fait que les lignes de la contraction musculaire sont différentes pour les différents muscles. Il pense que l'usage de pelotes ou de bandages après l'opération est cause de la hernie en provoquant la disparition du nouveau tissu connectif. Si l'on n'applique pas de bandage, le malade étant gardé au lit au moins 21 jours après l'opération, on aura de meilleurs résultats. Chaque couche musculaire comme chaque tissu (péritoine), devra être recousue au tissu même dont elle a été séparé, de telle sorte que les lignes de la contraction musculaire ne seront pas troublées.

Deux cent quinze opérations de Bassini pour le traitement de la hernie inguinale, sans cas de mort par De Garmo (*Journ. of am. med. Assoc.*, 2 oct. 1897). — M. De Garmo a modifié en cela seulement l'opération de Bassini que les sutures profondes sont faites au tendon de kanguroo et non à la soie. Le plus jeune opéré avait cinq mois, le plus vieux 80 ans; 93 étaient des cas de hernie scrotale; 55 étaient irréductibles; 17 étaient des hernies étranglées; 55 fois il fallut réséquer de l'épiploon. La plus volumineuse hernie avait 2 pieds de circonférence, s'étendait aux 2/3 de la distance des genoux chez un homme de 53 ans; la guérison fut rapide, et elle se maintient 18 mois après l'opération.

Le succès de l'opération de Bassini est probablement dû à l'éloignement du cordon des structures anormales et à l'emploi de deux couches musculaires à la formation de la nouvelle paroi postérieure.

Dans le canal, avec la hernie, De Garmo trouva un ovaire

3 fois, un testicule 9 fois, des veines dilatées chez nombre d'hommes, des veines dilatées comparables à un varicocèle chez une femme. Il trouva souvent des pelotes de graisse extrapéritonéale, de nombreux kystes, les uns en connexion avec le cordon, les autres pas.

207 cas se fermèrent par première intention, et dans les 55 opérations qui furent faites sur des enfants de moins de 14 ans une seule fois la réunion par première intention fit défaut.

6 cas sur la totalité récidivèrent, dont 3 furent opérés à nouveau avec succès apparent; il reste donc actuellement trois récidives.

L'histoire des 6 insuccès est rapportée, et chaque fois Garamo indique la cause de la récidive.

MÉDECINE PRATIQUE

FAITS CLINIQUES

Volumineux fibrome utérin. Hémorrhagies depuis 2 ans. Traitement par l'extrait thyroïdien et le pansement intra-utérin. Guérison de l'hémorrhagie.

Par M. le Dr J.-L. Audebert,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Mme T..., âgée de 44 ans. Réglée à 15 ans, elle n'a jamais été malade : une grossesse survenue à 27 ans a évolué sans accidents et s'est terminée par la naissance d'une fille bien portante et qui vit encore. En 1891, Mme T... remarqua que ses règles devenaient plus abondantes et duraient plus longtemps; de temps à autre apparaissaient aussi quelques pertes leucorrhéiques. En 1894, elle eut à deux ou trois reprises de véritables métrorrhagies au moment des règles et constata la présence d'une tumeur dans le bas-ventre. Son médecin consulté déclara que cette tumeur était un fibrome de la matrice, et dès les premiers jours de l'année suivante, commença à lui faire des injections sous-cutanées d'ergotine. Cinq injectious furent répétées *quotidiennement* pendant 15 mois, sans que la malade en retirât aucun bénéfice appréciable. Mme T... se refusa en mai 1894 à continuer ce traitement qui était devenu pour elle un supplice incessant et intolérable, et resta 5 mois avant de se décider à tenter une autre médication, craignant par-dessus tout qu'on ne lui proposât une opération. Depuis la fin de l'année 1895, malgré les piqûres répétées d'ergotine, les pertes hémorrhagiques ne cessaient plus et c'est à peine si dans le mois il y avait un intervalle de 8 à 10 jours sans écoulement sanguin.

Quand je la vis, en octobre 1896, je constatai chez elle l'état général suivant malgré un embonpoint assez accentué : anémie profonde, pâleur très accusée de la peau et des muqueuses, souffle extra-cardiaque, essoufflement, palpitations, vertiges, appétit nul, etc. ; de plus une toux paroxystique sans expectoration se produisait tous les matins, et chaque fois que la malade éprouvait une émotion un peu vive. Pas de phénomènes hystériques bien marqués; mais je trouvai Mme T... dans une disposition d'esprit des plus inquiètes, se préoccupant beaucoup de sa santé, se croyant atteinte à la fois de cancer de la matrice et de tuberculose pulmonaire.

A l'examen local, il me fut facile de percevoir par le palper une masse arrondie, volumineuse, régulière, sans bosselure apparente, occupant la région hypogastrique et plongeant dans le petit bassin. Le fond de la tumeur était situé à 12 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, pas de souffle utérin.

Au toucher, je retrouve cette tumeur qui descendait à peine dans l'excavation, qui faisait corps avec l'utérus et lui donnait l'aspect et le volume d'une grossesse de 3 mois. Trompes saines, pas de douleur, dans les culs-de-sac, pas de troubles urinaires.

Le col de l'utérus est gros, ramolli, largement béant, avec un ectropion marqué sur les deux lèvres; l'hystéromètre pénètre de suite à 5 centimètres, puis s'arrête; la cavité cervicale et le museau à gauche renferment des pertes muco-sanguinolentes en grande abondance.

En résumé, mon diagnostic est : fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, ayant déterminé des troubles anémiques et endocervicite catarrhale consécutive.

Malgré l'existence de troubles cardiaques, qui étaient seulement dus à l'anémie, je prescrivis à Mme T..., le 25 octobre, le traitement suivant :

1° Extrait thyroïdien : 1/4 de corps thyroïde à la fois par jour;

2° Traitement anti-anémique ordinaire;

3° Puis, comme traitement local :

Injections vaginales bi-quotidiennes très chaudes avec du sulfate de cuivre, crayon intra-utérin d'ichthyol et de sublimé après un grand lavage de la cavité cervicale.

Le 30 octobre, l'extrait thyroïdien ayant été bien supporté, je double la dose, la moitié d'un corps thyroïde de lapin par jour, et j'introduis dans le col une tige de laminaire n° 17 de la filière Charrière.

Le 31, une fois le laminaire retiré, il m'est impossible de pénétrer dans la grande cavité utérine; je me contente de bourrer le col ainsi profondément que je puis avec de la gaze salolée.

Le 5 novembre, Mme T... est tout étonnée de ne pas voir reparaître ses règles qui ont cessé le 19 octobre. La dernière époque remonte au 19 octobre. Depuis un an, jamais un intervalle aussi long ne s'est écoulé entre deux menstruations. L'état général est meilleur, l'essoufflement a diminué.

Lavage intra-cervical, scarification profonde du col, qui donnent issue à une grande quantité de sang, crayon de sublimé et d'ichthyol.

Je ne puis suivre jour par jour le traitement de Mme T... ; qu'il me suffise de dire que, jusqu'au 15 décembre, les pansements utérins ont été continués régulièrement tous les 5 à 6 jours.

L'usage de l'extrait thyroïdien a été maintenu pendant 3 semaines, puis, après un repos de 3 ou 4 jours, au début des règles, a été repris pendant 3 autres semaines sans interruption.

Voici les résultats de cette thérapeutique :

1° Etat général : les phénomènes anémiques ont presque totalement disparu; l'essoufflement, les troubles cardiaques n'existent plus; la toux, d'origine nerveuse sans doute, a complètement cessé; notons enfin un peu d'amaigrissement.

2° Etat utérin : la tumeur fibreuse semble moins volumineuse (?); les contours sont plus nets, plus limités; les exsudats péri-utérins, qui en augmentaient le volume, paraissent résorbés.

Les règles sont revenues le 14 novembre et *n'ont duré que 6 jours*, le sang est normal comme qualité; mais encore assez abondant; il y a loin cependant des métrorrhagies antérieures.

Les pertes muco-sanguinolentes ont disparu pendant les premiers jours, quelques pertes blanches leur ont succédé, qui elles-mêmes, n'ont pas tardé à s'atténuer très sensiblement.

Le col est moins gros, recouvert d'une muqueuse à peu près saine.

Le 15 décembre, les règles reviennent avec une exactitude parfaite; je conseille à Mme T... de cesser tout traitement pendant une quinzaine de jours, et de revenir au commencement de janvier.

Je ne l'ai revue qu'en août dernier. A cette époque, elle me fit appeler pour une maladie n'ayant aucun rapport avec son affection utérine et, quand je lui demandai pourquoi elle n'était pas revenue, elle me répondit que, depuis le mois de décembre, elle avait été réglée avec la plus exacte régularité, qu'elle n'avait plus ni hémorrhagie, ni pertes blanches, qu'en un mot elle était *guérie*.

Il me paraît superflu d'insister ici sur les résultats si rapides de cette heureuse association thérapeutique : traitement thyroïdien et pansement intra-utérin, qui, au bout de 40 à 50 jours, ont eu raison de ces troubles incessants depuis 2 ans. Le fait est assez éloquent par lui-même et tout commentaire ne pourrait qu'en atténuer la valeur. J'ajouterai simplement que, sans parler de guérison définitive, il ne s'agit pas d'une amélioration passagère, puisque, 7 mois après la cessation de traitement (août 1897), l'état était resté très satisfaisant.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Mars 1898.

Indications du vésicatoire dans la phtisie pulmonaire.

M. Vallin lit une note où **M. Daremberg** déclare que si les vésicatoires doivent être proscrits dans les cas de tuberculose à marche rapide, dans les cas de tuberculose lente mais infectieuse d'emblée, ainsi que dans les cas de broncho-pneumonie tuberculeuse étendue et chez les tuberculeux dont les hémoptysies sont accompagnées d'une forte fièvre, par contre ils rendent de signalés services chez les phtisiques résistants atteints d'une poussée limitée de congestion pleurale, pulmonaire ou bronchique, n'élevant pas la température au delà de 38°5. Dans ces cas, un petit vésicatoire répété 3 ou 4 fois de suite donne les meilleurs résultats.

Le vésicatoire exerce aussi une action très salutaire dans les cas de bronchopneumonies très limitées avec fièvre atteignant 39° ou 40°, sans hémoptysie.

Avant de conseiller un vésicatoire à un phtisique, il importe d'examiner l'urine de l'après-midi, car l'urine du matin contient rarement de l'albumine chez les tuberculeux.

Enfin, on ne prescrira jamais de vésicatoire aux vieillards, cet agent ne se montrant efficace que chez les phtisiques jeunes et adultes.

Sur l'emploi de la radiographie et de la radioscopie dans les établissements hospitaliers.

M. Gariel donne lecture, en réponse à une lettre du ministre de l'Intérieur sur ce sujet, d'un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il convient de recommander aux établissements hospitaliers, dans l'intérêt du traitement des malades pauvres, l'application de la radiographie et de la radioscopie ;

2° Il est à désirer qu'un laboratoire spécial de radiographie et de radioscopie soit fondé à l'Académie de médecine. (Adopté.)

Traitement des otites moyennes purulentes aiguës au moyen des grands lavages faits par la trompe.

M. Menière conseille, en présence d'une inflammation de la caisse, d'injecter immédiatement par la trompe quelques gouttes de vaseline aristolée à 1/20. Si la douleur ne disparaît pas, on devra inciser largement le tympan et pratiquer ensuite chaque jour par la trompe d'Eustache deux grands lavages à l'eau bouillie chaude.

Dans le cas où ce moyen de traitement échouerait, on devrait trépaner pour prévenir les complications cérébrales.

Nécessité d'appliquer l'obligation vaccinale aux colonies françaises.

M. Hervieux. — Les réclamations persistantes de cette obligation, par les médecins militaires chargés du service des vaccinations dans toutes ces colonies, démontrent que la variole règne depuis un temps immémorial et n'a jamais désarmé, et que ce fléau, devenant ainsi une cause de dépopulation, porte une atteinte sérieuse au développement et à la prospérité de nos possessions françaises.

A défaut d'une loi proprement dite de vaccine obligatoire, nous avons en France des lois municipales datant de 1789, 1790 et de 1884 qui investissent les pouvoirs civils du droit et du devoir de prévenir et de faire cesser les maladies épidémiques et contagieuses, sans préjudice de la loi militaire qui impose l'obligation vaccinale aux conscrits, aux réservistes et aux territoriaux, sans compter la loi Roussel et les circulaires ministérielles applicables à la population infantile. L'application des lois existantes a déjà été faite dans plusieurs colonies sans rencontrer le moindre obstacle et avec un succès complet. Une simple circulaire ministérielle rappelant aux pouvoirs civils qu'ils ont le droit d'appliquer aux habitants de nos colonies, aux étrangers et aux fanatiques de la variolisation la vaccine obligatoire résoudrait la question dont nos médecins militaires réclament depuis si longtemps la solution.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte et la Société de médecine légale.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le 25 octobre dernier vous m'avez fait l'honneur de me demander, pour le publier dans le n° 87 de la *Gazette hebdomadaire* (1), « dans un intérêt de vérité et de justice » un article intitulé : « L'affaire Laporte. Le procès verbal d'autopsie. Discussion ».

J'y reproduisais intégralement et j'y commentais les copies des pièces officielles de l'expertise, copies communiquées par la défense à mon maître M. Pinard, et dont voici la liste :

1° Une note de 7 lignes, rapport sommaire du Dr Socquet.

2°, 3°, 4° *Les pièces du débat*, savoir :

Les procès-verbaux d'autopsie de la femme Fresquet et de son enfant avec les conclusions du Dr Socquet (soit 150 lignes), avec commentaires.

Le rapport de MM. Maygrier et Socquet (soit 157 lignes), sans commentaires.

Or, on peut lire dans *le Bulletin médical* du mercredi 16 mars, page 254, 2e colonne, sous la signature de M. Granjux, ceci :

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 mars.

L'affaire Laporte devant la Société de médecine légale.

Lésions traumatiques de la vessie dans un accouchement artificiel, au point de vue médico-légal.

M. Benoit, président. — Avant de donner la parole à MM. Maygrier et Socquet pour leur communication, je demanderai à M. Socquet s'il est exact, comme je l'ai entendu dire, que ses conclusions lors de l'affaire Laporte aient été inexactement reproduites dans un article de la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pædiatrie* que nous avons tous reçu.

M. Socquet. — Il est de règle à la Morgue, après chaque autopsie, de déposer des conclusions sommaires. C'est ainsi que j'ai agi après l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet. Or, dans l'article en question, on a omis de citer mes deux premières conclusions relatives à la mort de la mère et de l'enfant ; quant à la troisième elle a été inexactement reproduite. On m'a fait dire « Laporte, en pratiquant cet accouchement, *a* agi avec imprudence, *maladresse* et inobservation des règles de l'art. » Au lieu de cela j'ai dit : « Laporte, en pratiquant cet accouchement, *paraît* avoir agi avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art.

Je laisse la Société juge du procédé. »

Et la Société de médecine légale, laissée juge du procédé, après avoir ouï une communication de MM. Maygrier et Socquet sur les pièces recueillies à l'autopsie de la

1. 31 octobre 1897, p. 1035-1038. — Paru le même jour dans *la Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie.*

femme Fresquet (j'y reviendrai) vote à l'unanimité, sur la proposition de M. Motet, l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine légale ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, *des documents officiels* et les avoir rapprochés *des documents publiés* à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que *ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique.* »

Vos lecteurs comprendront, Monsieur le Rédacteur, qu'ainsi publiquement accusé d'avoir incomplètement et inexactement rapporté les documents officiels de cette expertise récente et fameuse à plus d'un titre, je leur doive quelques explications. Elles seront aussi brèves que possible.

J'affirme d'abord (et 10 témoins sont prêts à en déposer, pour ceux qui ne me connaissent pas) que j'ai fait imprimer, complètement et exactement, les copies à moi remises comme reproduisant les documents officiels de l'expertise.

Voilà pour ma bonne foi.

Reste maintenant à savoir (et c'est là qu'est toute la question) si les copies étaient, comme on me l'a affirmé à maintes reprises, la reproduction complète et exacte des documents officiels de l'expertise.

Voici la réponse :

I. Les conclusions du procès-verbal officiel d'autopsie signé Socquet sont exactement et complètement celles que j'ai publiées.

Les voici de nouveau :

a) Quant à la mère.

1° La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale).

2° Cette double perforation *a été faite* avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.

3° Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accouchement récent et à terme.

4° Les différentes lésions constatées ci-dessus ont été reconnues exactes par l'inculpé Laporte au cours de notre autopsie.

b) Quant à l'enfant.

1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, arrivé au terme normal de la vie intra-utérine.

2° Il n'a pas respiré.

3° Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit *paraissent avoir été faites* avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).

4° Les blessures constatées par l'inculpé Laporte au cours de l'autopsie *auraient été faites* dans le but de pratiquer la crâniotomie pour faciliter l'accouchement.

5° L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été pratiquée.

Signé : Socquet.

Il suffit pour se convaincre que ces conclusions sont bien signées de la main du Dr Socquet de se reporter, comme j'ai pu fort heureusement le faire moimême grâce à l'obligeance de Me Henri Robert et de son secrétaire, aux cotes 36 et 37 du dossier de l'affaire Laporte.

Je prie le lecteur de remarquer et de retenir que dans ces conclusions, rédigées et signées par le Dr Socquet, à tête et à main reposées, conclusions qui sont celles de son rapport non plus sommaire mais définitif, il y a bien l'affirmation que « la double perforation A ÉTÉ FAITE (et non *paraît avoir été faite*) avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5) ». J'aurai à le rappeler.

Ce n'est que pour les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit de l'enfant, blessures ne comportant pas de sanction pénale, qu'il est dit *paraissent avoir été faites* avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5). Pourtant, relisez le rapport, ce sont les seules qui portent la signature indiscutable de l'aiguille. La méthode en médecine légale n'a évidemment rien de commun avec la méthode scientifique.

Qu'ai-je à ajouter? Que pour tout le reste des procès-verbaux d'autopsie, aussi bien que pour les renseignements fournis à l'hôpital Tenon (en tout, avec les conclusions, 150 lignes), il m'a été impossible de relever plus de 3 fautes du copiste.

Les voici :

1° Là où le copiste a lu et écrit : « L'autre perforation siège sur la *paroi* latérale droite de la vessie », il y a, dans la pièce officielle : « L'autre perforation siège sur la *partie* latérale droite de la vessie ».

2° Là où le copiste a lu « *1 500 grammes* » pour le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le vagin de la vessie, il y a, dans la pièce officielle, « *1 550 grammes.* »

3° Là où le copiste a lu : « Le cervelet et le bulbe sont *sains* », il y a dans la pièce officielle : « Le cervelet et le bulbe sont *intacts* »

On m'accordera que cela ne change rien à la valeur du document complet sur lequel a porté toute mon argumentation et aux conclusions que j'ai cru devoir en tirer « dans un intérêt de vérité et de justice ».

II. Le rapport publié par moi *in extenso*, sans commentaires, sous le titre *Rapport de MM. Maygrier et Socquet*, est bel et bien la reproduction de la pièce officielle portant, dans le dossier de l'affaire Laporte, la cote n° 38.

En comparant attentivement les textes, je n'ai pu relever, sur ces 157 lignes, qu'une omission que voici. Avant la phrase : « Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation », le copiste a sauté celle-ci : « *Or il paraît bien établi que Laporte a d'abord appliqué le forceps et que, ne réussissant pas, il s'est décidé à recourir à la craniotomie* ». Ce point n'a jamais été discuté. Laporte a toujours avoué ces 2 opérations successives. L'omission de cette phrase est donc sans importance. Mais je ne veux rien laisser dans l'ombre; voilà pourquoi je la relève ici.

Ainsi voilà bien établi que *les trois pièces d'expertise mises sous les yeux de vos lecteurs sont la reproduction fidèle des pièces officielles.* L'authenticité en est aisée à vérifier. Je mets les experts au défi de la contester.

III. J'arrive maintenant à la 4e pièce (1re de mon énumération), celle de 7 lignes, qui m'a été communiquée par la même main et au même moment que les trois précédentes, qui a été copiée par la même main et au même moment que les trois précédentes, comme « Rapport sommaire du Dr Socquet ».

Cette copie est ainsi conçue :

Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet.

Voici mes conclusions sommaires :

Laporte en pratiquant cet accouchement a agi avec imprudence, *maladresse* et inobservation des règles de l'art. Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.

Signé : Socquet.

C'est la seule des pièces publiées dans votre journal et dans la *Revue Pratique*, à laquelle pourraient s'appliquer les observations de M. Socquet et le vote de la Société de médecine légale. Celle-ci cependant n'a pas hésité à affirmer (notez l'habileté) que *les documents publiés ont été incomplètement et inexactement rapportés*. Vos lecteurs en devaient conclure que rien de ce qu'ils avaient eu sous les yeux ne méritait plus créance.

Expliquons-nous donc sur ce « rapport sommaire ».

Ma copie, à entendre M. Socquet, devrait être rétablie dans les termes que voici :

Déposition du Dr Socquet à la Morgue, le 20 septembre 1897 (1).

« Je viens de procéder devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, et de la D^lle Maîtrepierre, accoucheuse, à l'autopsie du cadavre de la dame Fresquet; voici sommairement mes conclusions.

1° La mort est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une perforation double de la vessie dont une communiquant avec la cavité utérine près du col. Cette double perforation me *paraît* avoir été faite avec un instrument piquant, tel que l'équarissoir (scellé 1) ou l'aiguille en fer (scellé 5).

2° Le cadavre de l'enfant, que j'ai également autopsié dans les mêmes conditions, portait sur le pariétal droit une perforation osseuse et présentait une disjonction des pariétaux.

L'autopsie PARAIT démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art, et ainsi involontairement occasionné la mort de la dame Fresquet.

Laporte introduit, lecture faite, dit : « J'ai demandé un confrère pour m'assister, mais voyant que la famille Fresquet ne savait pas comment s'y prendre pour en amener un, et me trouvant en présence d'un cas très grave, j'ai opéré comme j'ai pu pour essayer de sauver la malade.

Je me suis servi des instrument que Fresquet m'a donnés, n'en ayant pas d'autres à ma disposition.

Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de mon opération, mais ce qui m'est arrivé a pu arriver à bien d'autres médecins que moi.

Au cours des deux autopsies auxquelles je viens d'assister, je n'ai soulevé aucune objection sur les constatations faites par le Dr Socquet. Je n'en ai pas davange à soulever maintenant, car je reconnais la matérialité des faits. »

Lecture faite, ont signé :

MM. ANDRÉE, greffier.
BERTULUS, juge d'instruction.
J. SOCQUET.
Dr LAPORTE.

Il est un premier point qui vous semblera, comme à moi, étrange. C'est que le même copiste dont j'ai montré la fidélité pour les rapports définitifs, sur lesquels seuls j'ai discuté, ait travesti à ce point le « Rapport sommaire du Dr Socquet ». Ce n'est pas un mot çà et là qui est changé. La copie à moi remise aurait été forgée de toutes pièces.

J'ai donc le droit de me demander si la pièce dont copie m'a été remise et celle à laquelle M. Socquet fait allusion, celle qu'il a communiquée à la Société de médecine légale, ne sont pas deux pièces différentes.

Ce que j'ai publié c'est, je le répète, ce qui m'a été donné comme *copie du rapport sommaire du Dr Socquet, signé par lui, par lui seul*. Cela tient en 7 lignes.

Ce que vous venez de lire (et qui se trouve à la cote 16 du dossier) c'est le compte rendu, *écrit de la main du greffier Andrée*, d'une *déposition* du Dr Socquet au cours de sa confrontation avec Laporte qui va signer lui aussi.

1. Au cours d'une confrontation avec Laporte.

Ce n'est pas un rapport sommaire écrit par M. Socquet. Ce n'est pas une pièce séparée comme l'est le rapport d'autopsie par moi publié, comme l'est le rapport de MM. Maygrier et Socquet, comme devrait l'être la pièce dont la copie m'a été remise.

Je pose donc la question suivante :

Le Dr Socquet a-t-il *écrit de sa main, signé* et *remis à M. le Juge d'instruction* un papier contenant un « rapport sommaire » ? Ou bien n'a-t-il fait que déposer des conclusions *orales* au cours de sa confrontation avec Laporte, conclusions uniquement *consignées de la main du greffier ?*

J'attends la réponse. S'il n'y a pas eu de rapport sommaire écrit et signé par M. Socquet, et qu'on puisse comparer à la copie à moi remise, il sera établi qu'on m'a trompé pour cet unique document sur les quatre. Ma bonne foi aurait sur ce point été surprise.

Mais alors celle de M. Bertulus aussi ! Car il existe à la cote 39 du dossier une pièce de même ordre que celle que M. Socquet met en avant et où, par une coïncidence au moins étrange, se retrouve, mise dans la bouche ou sous la plume de l'expert, non pas la phrase adoucie de la cote 16 :

L'autopsie *paraît* démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art,

mais bien celle-ci :

Le Dr Socquet déclare que vous êtes coupable d'imprudence, de *maladresse* et d'inobservation des règles de l'art.

Ces termes sont exactement ceux de ma copie. Comment expliquez-vous que M. Bertulus ait employé les mêmes termes que mon copiste ? Qu'il n'ait pas fait la distinction entre négligence et maladresse, distinction à laquelle l'expert attache l'importance que vous avez vue ?

Voici d'ailleurs (*in extenso*) le passage de la cote 39 auquel je fais allusion :

L'autopsie de la dame Fresquet est ordonnée et, devant vous, le Dr Socquet constate que la péritonite qui a entraîné la mort est le résultat de la double perforation de la vessie, *perforation faite avec l'aiguille à matelas*.

Remarquez, comme moi, que M. Bertulus ne parle que de l'aiguille à matelas (scellé n° 5) et non pas, — comme la pièce à laquelle se reporte M. Socquet — de l'équarissoir (scellé n° 1).

Je continue la citation de la cote 39 :

Confronté avec vous, le Dr Socquet déclare que *vous êtes coupable d'imprudence*, DE MALADRESSE et d'*inobservation des règles de l'art*.

C'est toujours comme dans ma copie et pas du tout comme dans la cote n° 16.

Vous ne discutez rien, continue le juge d'instruction. Le Dr Maygrier qui n'a pas pu pénétrer à la Morgue à cause de son service à la Maternité, est adjoint au Dr Socquet; et ces deux experts, dans un rapport étudié, sont unanimes à déclarer que vous avez manqué de prudence et d'habileté. Ils n'ont pas à aller plus loin.

Signé : BERTULUS.

Ni moi non plus.

H. VARNIER.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur un cas de stomatite épithéliale chronique traitée par l'eau oxygénée et par les courants induits,

Par M. le Dr Colleville,

Professeur à l'École de médecine de Reims.

Observation. — Le nommé L... Félix, âgé de 20 ans, caviste, entre, le 29 octobre 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, pour affection linguale polymorphe dont le début remonterait environ à 2 mois. Tempérament lymphatique; faciès adénoïdien; il accuse une légère surdité à droite (oreille moyenne). Aucun antécédent héréditaire spécial, au moins d'après les renseignements fournis. Son frère cependant présente sur la partie antérieure du sillon médian de la langue (face dorsale) des productions épidermiques de même nature que celles qui seront décrites plus loin au n° 1.

Aucune trace de syphilis personnelle ni de tuberculose; L... ne fume pas, sa denture est assez bonne. Les urines sont un peu chargées en phosphates; elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Peu de troubles digestifs.

Face dorsale de la langue. — Nous diviserons en deux parties la description des lésions :

a) *Sur les trois quarts antérieurs.* — 1° Sauf les restrictions mentionnées ci-après, la surface de la muqueuse se trouve couverte d'un enduit blanc grisâtre très difficile à détacher, et même blanc jaunâtre par places. Cette nappe est assez mince cependant pour laisser à l'organe toute sa souplesse. A première vue, on remarque de très petits sillons orientés en général dans le sens antéro-postérieur et qui disparaissent quand on tend la muqueuse; ceux-ci ne sont le siège d'aucune sensibilité spéciale ni d'aucune réaction inflammatoire appréciable. Sur la langue étalée et projetée hors de la bouche, on voit se dessiner une quantité considérables de papilles coiffées chacune d'une longue gaine épaisse d'épithélium blanchâtre, simulant les filaments d'une houppe à poudre de riz. La leucoplasie est visible également dans le fond des sillons séparant les unes des autres les papilles atteintes : c'est la vue d'ensemble de ces lésions qui donne l'aspect d'une couche blanchâtre recouvrant l'organe dans sa position naturelle. Le maximum de l'enduit se remarque aux environs de la ligne médiane, il décroît progressivement au point de disparaître à mesure que l'on s'approche des bords.

2° Sur la ligne médiane, vers le tiers moyen, on remarque une plaque cicatricielle à contours irrégulièrement elliptiques, de 12 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur et de 15 millimètres dans son diamètre transversal. La musculature superficielle est labourée à cet endroit par une sillon d'une profondeur de 1 millimètre environ, affectant la forme d'un Y à branches de bifurcation postérieures se dichotomisant chacune après un court trajet. La surface de cette plaque est complètement dépapillée; elle est protégée par un glacis épithélial légèrement grisâtre. Les contours sont taillés à pic et parsemés de papilles kératinisées comme celles qui sont mentionnées plus haut.

Pas d'anneau induré à la périphérie de cette lésion; le travail inflammatoire n'est donc que très superficiel. A noter la conformation policyclique du contour à l'union de la partie antérieure avec la partie droite.

3° Vers la pointe, sur le sillon médian, plaque ovalaire à grand axe antéro-postérieur de 12 millimètres et de 6 millimètres, dans le sens transversal. Les bords se confondent insensiblement avec les parties environnantes où les papilles sont très faiblement kératinisées et peu blanchâtres. La muqueuse est d'un rose assez vif sur les confins; pour le reste, elle est couverte d'un épiderme lisse, brillant quand on tend la partie atteinte. Pendant quelque temps, nous avons assisté à l'extension progressive de cette lésion s'effectuant du côté gauche sous forme de festons irréguliers à convexité externe et se dessinant sous nos yeux presque au jour le jour. Du côté droit, le contour est resté rectiligne; la surface de la plaque est nettement dépapillée.

4° A droite de la cicatrice (n° 2) et à 1 centimètre environ en dehors, longue plaque oblique en avant et à droite, avec axe antéro-postérieur de 12 millimètres et axe transversal de 8 millimètres. Mêmes remarques que pour le n° 3; festons en arrière et à droite avec bordure blanc jaunâtre, paraissant faire une saillie assez notable, mais dont le relief en réalité n'est qu'apparent. Ce sont les papilles kératinisées qui sont très condensées à ce niveau.

b) *Sur le quart postérieur.* — 5° A gauche de la ligne médiane et s'étendant jusqu'au V lingual, un îlot de granulations dues aux saillies de papilles fongiformes hypertrophiées, donnant un aspect de fraises; chaque éminence se trouve coiffée par un chapeau de plaques blanc argenté et les sillons intermédiaires sont recouverts par un enduit blanc grisâtre.

6° La portion droite de cette région présente un stade plus avancé de la lésion. Elle est de niveau avec le reste de la langue; les papilles caliciformes seules émergent au-dessus de ce tapis blanc-grisâtre.

Pendant l'heure qui suit les repas, L... ressent d'assez vives douleurs au niveau des érosions et surtout de la plaque cicatricielle. Pas de salivation exagérée ni de fétidité de l'haleine : la sensibilité gustative ne paraît poit atteinte.

Au début de son observation quelques croûtes séborrhéiques d'un jaune brun éparses sur le cuir chevelu. A noter également une petite plaque blanc argentée à la jonction du pilier antérieur gauche avec la base de la luette.

Le 14 décembre, pendant 5 à 6 jours, L... s'est plaint de petites érosions douloureuses sur les faces antérieure et postérieure des bourses. Ces excoriations étaient à contours circulaires, à bords rougeâtres, comprenant dans leur intérieur de petits îlots irréguliers épidermiques blanchâtres. A la fin de décembre, quelques petites fissures de même nature à la commissure de la lèvre droite.

Traitement. — Lavages fréquents de la bouche avec de l'eau

de Vichy. Badigeonnages des plaques à la cocaïne; application de la vaseline boriquée au baume du Pérou (E. Besnier); quelques cautérisations à l'acide chromique; rien n'y faisait, les lésions s'étendaient. Nous employons alors l'eau oxygénée et nous électrisons la langue avec l'appareil de Chardin, promenant sur la langue au pôle positif l'olive recouverte de peau de chamois, tandis que le pôle indifférent était appliqué sur le dos de l'une des deux mains, la bobine mobile ne recouvrant la primaire que jusqu'à concurrence de la première division de l'échelle métallique aux 5 degrés annexée à ces bobines. Au bout de 30 séances consécutives, la cicatrice s'est recouverte progressivement de papilles et d'épithélium, les plaques érosives se sont effacées : L... ne ressentait plus de douleurs après les repas. La langue est redevenue à peu près normale, réserves faites de la cicatrice, ainsi que l'ont pu constater ceux qui ont suivi de près ce malade. Depuis un bon mois qu'il nous a quitté, il n'y a pas eu de recrudescence dans l'affection. Nous avons fait subir le même traitement au frère dont l'état local s'est amendé rapidement.

Réflexions. — L'étiquette de « stomatite épithéliale chronique » est celle qui convient le mieux à notre cas, vu son polymorphisme.

Si nous consultons les classiques et notamment le traité si remarquable du Dr Brocq, les deux plaques érosives (mentionnées aux nos 3 et 4) répondent au diagnostic de : « eczéma marginé desquamatif » (E. Besnier), la variété signalée par Guinon se trouvant au n° 3. Rien ne manque à l'ensemble pathognomonique : la mobilité des lésions, puisque nous voyons les festons de ces plaques s'étendre chaque jour; puis celles-ci se régularisent, se rétrécissent et disparaissent. Les cercles décrits par les saillies blanchâtres linéaires étaient non moins incontestables. A noter également la dépapillation et le liséré rouge caractéristique.

Au Musée Saint-Louis (collection du professeur Fournier), la pièce n° 411 donne assez bien l'aspect de la lésion. Enfin, cette localisation sur la langue d'eczéma en aires a coïncidé au début avec de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu et dans la dernière quinzaine de décembre avec une éruption discrète analogue sur les bourses.

En second lieu, rappelons le type papillomateux de la leucoplasie, où les papilles, loin d'être aplaties, s'allongent et se recouvrent de gaines épithéliales épaisses formant les saillies (n° 1); la variété de Bénard, rappelant l'aspect d'une fraise, se remarque dans la portion droite du quart postérieur. Dans cette lésion, l'on sait que la muqueuse sous-jacente aux plaques leucoplasiques est enflammée; elle s'indure, forme des brides cicatricielles succédant aux ulcérations fissuraires, présentant ainsi en certains points des dépressions atrophiques et en d'autres des saillies mamelonnées comme au n° 2.

Nous n'avons pas eu la cuirasse argentée; mais les petites plaques disséminées du n° 6 et les considérations précédentes semblent devoir autoriser le diagnostic de glosso-stomatite leucoplasique, se remarquant également chez le frère, sur une très petite surface. En résumé : hyperkératinisation de la muqueuse avec infiltration localisée du derme par places, glossite exfoliatrice marginée, telles sont, réunies sur la même langue, deux affections étudiées chacune dans un chapitre différent par les dermatologistes avec un grand luxe de synonymes pour chacune d'elles.

N'ayant obtenu avec les traitements classiques aucune amélioration, assistant même à l'extension progressive sous nos yeux des festons de la langue et à la permanence de l'hyperkératinisation, nous avons essayé de deux moyens qui, en d'autres circonstances, ont donné toute satisfaction à leurs auteurs. Nous autorisant des recherches de Leloir et de Doumer (de Lille) sur les bienfaits de la franklinisation et de l'effluve électrique dans les cas de prurits et d'eczémas cutanés, tenant compte, d'autre part, des succès rapides obtenus par Oudin avec l'emploi des courants de haute fréquence en cas d'eczémas; nous avons songé à recourir à l'électrisation pour donner un stimulant à la nutrition retardante.

Ne disposant ni de machine de Wimshurst ni de l'appareil de D'Arsonval, nous nous sommes servi de la petite boîte de Chardin à courants induits, en usage dans tous les services hospitaliers. Malheureusement on ne peut ici évaluer la mesure du courant faradique, nous nous contentons de dire que les deux bobines ne se recouvraient que jusqu'à concurrence de la 1re division; plus loin, la décharge aurait été pénible pour le patient. Malgré ces conditions défectueuses d'observation, chaque séance durait environ cinq minutes avec deux poses de quelques dixièmes de secondes. Au bout de 30 applications, nous avons obtenu le résultat satisfaisant signalé plus haut.

Pour aller plus vite, nous avons joint à l'électricité, pendant les 15 dernières séances, le badigeonnage de la langue avec un fragment de coton hydrophile imprégné d'eau oxygénée. Préalablement, le bioxyde d'hydrogène seul ne nous avait pas procuré une amélioration bien notable; mais, en unissant ces deux ressources thérapeutiques, le résultat final a été bien plus rapidement obtenu. Il est bien entendu qu'avec le coton on enlève la mousse en excédent sur l'organe.

Les laryngologistes surtout préconisent ce liquide pour arrêter les hémorrhagies : notre confrère le Dr Luton le recommande contre le psoriasis.

Par l'oxygène qu'elle dégage en agissant à la manière d'un ferment vis-à-vis de certains tissus, l'eau oxygénée contribue à activer la nutrition et à continuer notamment ici le rôle stimulant de l'électricité. Il est probable que, plus riches en appareils électrothérapiques, nous serions plus vite arrivés au même résultat : néanmoins il nous a semblé utile de dire que l'on peut réussir dans les conditions défectueuses et banales où se trouve tout praticien en employant la méthode que nous préconisons.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 Mars 1898.

Anomalie de la veine rénale gauche.

M. Gosset présente deux cas d'anomalie de la veine rénale gauche, qui confirment les recherches de Ferdinand Hochstetter sur le développement du système rénal cave inférieur. La veine rénale s'abouche très bas dans la veine cave et passe derrière l'aorte, et l'embryologie permet de comprendre ces deux faits. Normalement la veine rénale résulte de l'ensemble du rameau anastomotique entre la cave inférieure et la cardinale et du rameau propre du rein. Ici il n'y a pas eu de rameau anastomotique à gauche, et le sang du rein gauche revenait au cœur par le rameau propre du rein et par la cardinale gauche, c'est-à-dire la petite azygos. D'après cette loi générale du développement du système des veines cardinales en vertu de laquelle le sang prend toujours le plus court trajet possible pour retourner au cœur, il s'est fait une anastomose transversale entre la cardinale gauche et la droite, comme pour le tronc brachiocéphalique gauche et la veine iliaque primitive gauche, et finalement la

veine rénale gauche s'est trouvée formée de trois segments : le premier, emprunté au rameau propre du rein; le second, à la veine cardinale gauche, et le troisième à la branche anastomotique transversale. Cette dernière branche s'abouchait non pas dans la cave proprement dite, mais dans la cardinale droite, c'est-à-dire très bas. L'anomalie serait complète si cette veine rénale gauche donnait naissance à la petite azygos : Froriep en a signalé un bel exemple.

Tumeur de la queue de cheval.

M. Bacaloglu montre une tumeur développée au niveau du cône terminal, au point d'implantation du filum terminale. Elle présente la grosseur d'une petite noisette, aplatie, bilobée, et adhérente aux deux derniers nerfs coccygiens gauches.

Au point de vue clinique, il s'agit d'une femme de 39 ans, ayant succombé à l'hôpital Beaujon (service de M. Troisier) de tuberculose généralisée au poumon, à la rate, au rein. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle présentait de la difficulté pour marcher, et, au moment de l'examen (trois jours avant sa mort), elle a eu de la paraplégie incomplète des membres inférieurs.

Des douleurs vives accompagnaient tout mouvement provoqué, et il y avait de l'anesthésie des pieds, jusqu'au niveau des malléoles. Pendant son séjour à l'hôpital, elle a eu de l'incontinence des urines et des matières fécales.

Il n'existe que 6 cas de tumeur développée au niveau de la queue de cheval; l'examen histologique montrera sa nature.

Sinusite frontale à streptocoques.

M. Ramond rapporte un exemple de la gravité des sinusites frontales, gravité sur laquelle insistaient encore récemment MM. Luc et Lermoyez. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui, à la suite d'un érysipèle de la face, contracta une sinusite frontale. La mort survint par complications cérébrales; et, à l'autopsie, on constata la présence d'une sinusite purulente frontale, ayant entraîné la formation d'un abcès du cerveau, au niveau de la pointe du lobe frontal droit, et une méningite généralisée. Les exsudats renfermaient du streptocoque à l'état de pureté.

Fibrome utérin sphacélé, avec abcès miliaires du foie et du rein.

M. Delestre apporte les pièces provenant de l'autopsie d'une malade amenée à Beaujon pour une rétention placentaire. Elle avait, sortant de l'utérus, une masse faisant saillie dans le vagin, donnant au toucher la sensation d'un placenta. L'extraction de cette masse ayant été tentée, on trouva une consistance et une adhérence qui firent de suite changer le diagnostic en celui de fibrome sphacélé. Elle fut remportée dans le service de M. Th. Anger, où M. Lejars acheva d'enlever cette masse par la voie vaginale, l'état de la malade étant trop mauvais pour tenter l'hystérectomie. Elle succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva une trompe sphacélée et pleine de pus, et des abcès miliaires du foie et du rein.

Cette femme, âgée de 49 ans, ne présentait, depuis trois ans, d'autre symptôme qu'un écoulement de liquide roussâtre entre ses règles. Le 1er et le 2 mars, elle eut une métrorrhagie, puis fut reprise d'écoulement roussâtre, et c'est seulement le 14 mars que, prise de fièvre, elle fut amenée à l'hôpital.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Mars 1898.

Lésions du système nerveux dans un cas d'intoxication expérimentale par le venin de vipère.

M. H. Claude. — J'ai étudié les nerfs et le système nerveux central d'un lapin qui a été présenté il y a 2 mois à la Société de biologie par MM. Phisalix et Charrin. Cet animal vacciné contre la thrombose consécutive à l'inoculation du venin de vipère reçut 1 millimètre cube de venin et au bout d'un certain temps eut une paraplégie spasmodique et une parésie flasque des pattes antérieures, et des troubles sensitifs vaso-moteurs et trophiques. Les nerfs présentaient des lésions caractéristiques de névrite parenchymateuse, mais la lésion était beaucoup plus prononcée dans les fibres nerveuses des pattes antérieures que dans celles des pattes postérieures où il n'existait d'altérations importantes que dans quelques petits nerfs musculaires ou cutanés. Au niveau de la moelle les lésions étaient au contraire beaucoup plus prononcées au niveau du renflement lombaire et de la portion sacrée et consistaient surtout en une congestion intense des vaisseaux de la substance grise, une prolifération d'éléments embryonnaires considérable et des modifications des cellules nerveuses extrêmement accusées, dont les divers degrés d'altération ont été étudiées par la méthode de Nissl (altérations primitives). Dans la région cervicale et dorsale on retrouvait des états analogues mais l'atteinte des éléments nobles était moins générale et moins marquée. Le bulbe et la protubérance présentaient également de grosses lésions cellulaires.

Ce cas est intéressant puisqu'il est la reproduction expérimentale de faits observés en clinique de poliomyélite et de polynévrite simultanées dans lesquelles les neuromes sont en même temps mais inégalement frappés dans leur centre et à leur périphérie.

Influence de la réaction de l'urine sur l'élimination du bleu de méthylène.

MM. Linossier et **Barjon.** — On sait par les recherches de MM. Achard et Castaigne que, après injection sous-cutanée de bleu de méthylène, l'élimination peut se faire soit à l'état de bleu, soit à l'état de chromogène incolore. Les conditions qui commandent la transformation du bleu en chromogène sont actuellement mal connues. Pour M. Achard, un retard dans l'élimination du bleu avec persistance de l'élimination normale du chromogène est l'indice d'un premier degré d'imperméabilité rénale.

Il se peut que cette interprétation soit exacte dans certains cas; mais, dans d'autres, la transformation du bleu en chromogène est tout à fait indépendante de la perméabilité rénale et a simplement pour cause la réaction de l'urine. Nous avons observé en effet que toutes les fois que l'urine est alcaline, le bleu s'élimine à l'état de chromogène et cela quelle que soit la cause de l'alcalinité.

Nous l'avons observé chez un sujet buvant de l'eau minérale alcaline à ses repas; chez un malade atteint de sténose cancéreuse du pylore, dont des lavages gastriques quotidiens avaient alcalinisé l'urine; chez un hyperchlorhydrique présentant de l'alcalinité urinaire quelque temps après le repas. Chez ce dernier, le bleu s'éliminait normalement pendant les périodes d'acidité de l'urine; il ne passait plus que du chromogène quand celle-ci devenait alcaline.

De ce fait, il peut résulter, dans certains cas, une apparence de non-élimination ou d'élimination diminuée, dans d'autres d'élimination intermittente. Or M. Chauffard a donné récemment l'intermittence de l'élimination comme un symptôme d'affection hépatique. Il importe d'être prévenu pour ne pas confondre l'intermittence vraie avec l'intermittence apparente due simplement à l'alcalinisation momentanée de l'urine, d'autant plus que cette alcalinisation intermittente de l'urine peut-être, d'après les recherches de l'un de nous, le symptôme d'un trouble de fonctionnement du foie.

Action neutralisante de la névrine sur la toxine tétanique.

MM. Roger et **Josué.** — Les récentes recherches de Wassermann et Takaki ont établi que la toxine tétanique ne provoque pas d'accidents quand on l'injecte après l'avoir mélangée à une petite quantité de tissu cérébral. Cette action neutralisante est-elle due à une propriété des cellules nerveuses ou à la présence d'une matière soluble? Sans vouloir en aucune façon résoudre ce problème, nous croyons intéressant de rapporter des expé-

riences que nous avons poursuivies avec une base bien définie : la névrine, qui représente un produit de désassimilation de la substance nerveuse et prend naissance au cours de certaines putréfactions.

Nous avons fait sur des cobayes 4 ordres de recherches : injection sous-cutanée de toxine pure, de névrine pure, de toxine et de névrine mélangées, injections successives de toxine et de névrine.

La toxine tétanique injectée sous la peau d'un cobaye de 500 grammes à la dose de 0 gr. 1 détermine au bout de 48 heures l'apparition de contractions qui vont en augmentant progressivement; l'animal succombe le troisième jour.

La névrine injectée sous la peau, tue en quelques heures un cobaye de 400 grammes à la dose de 0 gr. 012. Si l'on introduit 6 milligrammes, on provoque une vive douleur locale, suivie d'un peu d'agitation; mais au bout de quelques minutes, l'animal est complètement remis. C'est cette dose non mortelle qui a été adoptée dans nos expériences.

Des cobayes d'un poids légèrement inférieur à celui des témoins ont reçu sous la peau un mélange de 0 gr. 1 à 0 gr. 15 de toxine tétanique et de 6 milligrammes de névrine. Ils ont tous survécu, sans avoir présenté le moindre trouble. Si on augmente la dose de toxine, si on injecte par exemple 0 gr. 2 à 0 gr. 25, les animaux succombent, mais ils meurent plus tardivement que les témoins qui ont reçu des quantités deux fois moindres.

Pour réussir l'expérience, il faut avoir le soin de mélanger au préalable les deux substances. Si l'on injecte successivement la toxine et la névrine, soit en deux endroits différents, soit au même point, les animaux succombent presque aussi vite que les témoins.

Nous pouvons donc conclure de nos recherches que la névrine exerce une action neutralisante sur la toxine tétanique, à la condition d'être mélangée avec elle en dehors de l'organisme.

Rapports qui existent entre l'absorption et l'élimination du glucose.

MM. Gilbert et **Carnot**. — Si l'on injecte, par voie intra-veineuse, une solution de glycose, une partie s'élimine. Mais le rapport de la quantité éliminée à la quantité injectée ou *rapport d'élimination* est fixe et sensiblement égal à 40-45 p. 100. La quantité de sucre utilisée croît donc proportionnellement aux doses injectées. Il y a là une loi comparable à celle qui régit les actions diastasiques, où la quantité transformée est proportionnelle à la quantité initiale. Les deux actions sont probablement de même ordre.

La théorie classique qui admet la rétention d'une quantité fixe du sucre, quelles que soient les doses, l'élimination du surplus, ne semble pas cadrer avec les faits. On sait de même que dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire un malade qui, après ingestion de 200 grammes de sirop de sucre n'élimine que 1 gramme, n'en éliminera guère plus de 2 après ingestion de 400 grammes.

Dans une deuxième note les auteurs étudient les influences diverses qui agissent sur ce phénomène. Le rapport d'élimination est augmenté par le nitrite d'amyle, diminué par les sels de manganèse. Les extraits de foie le diminuent. Les extraits de pancréas paraissent au contraire l'augmenter. De même les extraits de foie font baisser la glycosurie des diabétiques, les extraits de pancréas paraissent, dans certains cas, l'augmenter.

Antagonisme des toxines et des antitoxines.

MM. Charrin et **Bardier**. — A diverses reprises nous avons appelé l'attention sur l'action des toxines sur la circulation; une série d'essais nous ont amenés à dire que, dans quelque mesure, il existait un antagonisme physiologique entre les toxines et les antitoxines au point de vue du cœur.

Feniwetzy, en poursuivant ces recherches, déclare nettement que les poisons diphthériques ralentissent le myocarde de la grenouille, tandis que le sérum des vaccinés l'accélèrent.

En étudiant nos nombreux tracés, nous reconnaissons la réalité de ces modifications de sens inverse dans la moitié des cas ou un peu plus. Toutefois, cette opposition n'est pas constante; les effets peuvent s'ajouter ou être nuls.

Le problème est donc assez complexe; aussi nous le poursuivons en examinant, avec M. Tissot, les modifications successives imposées par les toxines et les antitoxines à la pression. Nous aurions attendu la fin de ces travaux, si nous n'avions jugé utile de dire que, d'après nos résultats, les affirmations, au sujet de cet antagonisme, doivent être moins absolues, moins schématiques, qu'il ne faut pas laisser s'introduire une notion trop simpliste. Il s'agit là, en effet, d'une question importante, puisqu'elle touche directement au grand problème du mécanisme qui préside aux influences réciproques des antitoxines sur les toxines, influences plutôt physiologiques que chimiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Mars 1898.

Traitement des abcès du foie.

M. Walther fait un rapport sur un mémoire de **M. Loison** établi sur vingt et une observations d'abcès du foie. Dans deux cas il y a eu guérison spontanée; dans cinq autres cas la lésion a été méconnue et, à l'autopsie de ces malades ayant succombé à une autre affection, on a trouvé ces abcès cicatrisés. Enfin, chez les quatorze autres cas, le diagnostic a été fait. Dont la guérison spontanée est possible.

Le diagnostic peut être difficile, même après une ponction exploratrice et une laparotomie. M. Loison insiste cependant sur cette ponction qu'il regarde comme indispensable et sans danger à la condition que le trocart, une fois le pus révélé, serve de guide pour l'incision.

Pour M. Walther, notre conduite doit varier suivant qu'il existe une tumeur véritablement abdominale ou une voussure des espaces intercostaux. Il sera souvent avantageux de pratiquer d'abord l'incision abdominale et de faire ensuite une ponction exploratrice dans le foie. En effet, si le foie est volumineux, la ponction peut être dangereuse.

Au contraire, dans les cas de congestion hépatique des pays chauds, d'infection aiguë, la ponction exploratrice est indiquée. Elle aurait l'avantage, en l'absence de pus, de décongestionner le foie par le fait d'une certaine soustraction de sang, et d'enrayer les accidents.

M. Loison est intervenu dans quatorze cas, la plupart présentant des abcès multiples; sept fois on a constaté dans le pus la présence de microbes, coli-bacilles, streptocoques ou diplocoques. C'est donc une raison pour s'entourer de précautions lors de l'incision, de façon à éviter la pénétration du pus dans le péritoine. Ces quatorze interventions ont donné huit morts et six guérisons.

M. Robert a opéré un certain nombre de ces abcès, qu'il a d'abord traités par la ponction et l'incision large avec résection costale. Ces incisions donnent, en général, beaucoup de sang. Il a renoncé à cette manière d'agir, après avoir constaté l'infection secondaire des points de suture et, par suite, la désunion et quelquefois la dénudation des côtes. Aussi, pour les derniers malades, il a eu recours aux incisions transpleurales, dont les suites ont été excellentes.

M. Walther n'a pas observé ces inconvénients du procédé de résection costale, bien qu'il ait souvent mis en pratique cette opération.

Corps étrangers de l'urèthre.

M. Bazy. — M. Broussin (de Versailles), nous a adressé l'observation d'un homme de trente ans qui, pour remédier à une certaine difficulté d'uriner, avait lui-même essayé de se cathétériser avec une épingle à chapeau. Pendant l'une de ces tentatives, l'épingle, introduite tête première, lui avait échappé des doigts et les pressions d'arrière en avant sur le canal de l'urèthre n'avaient eu d'autre effet que d'en faire pénétrer davantage la pointe au niveau de la région glandulaire.

Pour dégager cette pointe, notre confrère a placé sur chaque

èvre du méat une pince et, en tirant sur ces deux pinces, il est parvenu à rendre libre la pointe de l'aiguille; cela fait, il a introduit dans l'urèthre une sonde creuse dans laquelle s'est logé ce nouveau mandrin; sonde et aiguille ont été ensuite facilement retirées du canal.

Je profiterai de cette observation pour vous rapporter un autre exemple de corps étranger que j'ai observé, l'année dernière, sur un homme de soixante-cinq ans, atteint de cystite suppurée. Pour guérir cette cystite, un voisin lui avait conseillé des injections, qu'il lui pratiquait lui-même avec une seringue en verre. Après quelques jours de ce traitement, des accidents de rétention se montrèrent et un médecin, ayant cathétérisé le malade, constata un arrêt au niveau de la région membraneuse et porta le diagnostic de rétrécissement uréthral.

Ce fut également mon diagnostic à la suite de mes premières explorations, bien que j'eusse noté que la petite bougie filiforme, que j'avais introduite, m'eût fait percevoir une dureté qui pouvait dépendre d'un corps étranger un calcul par exemple.

La bougie étant sortie de l'urèthre dans la nuit, on en introduisit une autre, du n° 12, sans aucune difficulté. L'uréthroscopie nous a alors permis de voir un objet brillant et de le retirer avec une pince. C'était un fragment de verre provenant de l'extrémité de la seringue, dont le voisin du malade s'était servi.

Péritonite localisée par perforation.

M. Kirmisson a opéré un enfant de 8 ans, apporté dans son service avec le diagnostic d'appendicite, mais sous le chloroforme il a reconnu que la fosse iliaque droite ne présentait aucun empâtement, et ensuite qu'il existait, à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction rénitente. Ce n'était donc pas à l'incision latérale, mais à la laparotomie médiane, qu'il fallait avoir recours.

La ligne blanche incisée et le péritoine ouvert, il s'est immédiatement écoulé un flot de pus à odeur stercorale, indiquant une perforation intestinale, qui fut découverte à la partie moyenne de l'intestin grêle. La perforation suturée et la poche péritonéale bien lavée, il s'est écoulé, pendant 5 jours, un peu de liquide odorant, puis, sans accident, le malade a rapidement guéri.

Gastrectomie et gastro-entérostomie.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai pratiqué dernièrement l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant environ le tiers de l'organe. Après avoir réséqué la partie malade de l'estomac et sectionné le duodénum, j'ai craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. J'ai fermé l'estomac par deux surjets, et fermé de même le duodénum; ensuite, j'ai recherché le jéjunum et je l'ai sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne), et j'ai pratiqué, selon son procédé, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure en Y.

Le résultat ainsi obtenu est très satisfaisant; le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que ma malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été aussi simples que possible. Je n'ai à signaler qu'une faim extraordinaire, qui a poussé ma malade à prendre des aliments en abondance dès les premiers jours. Je ne m'y suis, d'ailleurs, opposé en aucune façon, et, 15 jours après l'opération, la malade est en très bon état, mange comme toutes les autres malades du service et a déjà repris un embonpoint notable.

Après avoir eu recours, d'une façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement des néoplasmes gastriques et pyloriques, je suis absolument décidé à recourir à la gastrectomie toutes les fois qu'elle sera possible.

Si la gastrectomie est peu étendue, je suis d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme je l'ai fait dans une pylorectomie pour sténose cicatricielle. Mais si la portion d'estomac enlevée est considérable, le meilleur, à mon sens, est de pratiquer la gastro-jéjunostomie.

Comme procédé de gastro-entérostomie, je donne de beaucoup la préférence au procédé de Roux (de Lausanne), qui nous débarrassera, je l'espère, du retour de la bile dans l'estomac, si ennuyeux dans les autres procédés.

J'emploie toujours, bien entendu, les sutures en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de bouton, et je n'ai eu jusqu'ici qu'à m'en louer.

M. Tuffier. — Cette pièce prouve, une fois de plus, que l'hypertrophie porte plus souvent sur l'estomac que sur la région pylorique. Quant au procédé de Roux, je lui préfère les autres modes opératoires plus simples.

M. Monprofit. — J'ai essayé ces autres procédés et je leur ai reconnu un certain nombre d'inconvénients; aussi, bien que je ne puisse citer qu'un seul succès avec le procédé de Roux, je le considère comme plus rationnel, et comme facilitant davantage le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

M. Tuffier. — Dans le procédé de Roux il y a un tuyau de descente dont il ne faut pas exagérer l'importance; il ne fonctionne pas tant que l'estomac n'a pas digéré. On aurait tort de méconnaître le rôle que joue, dans les suites opératoires, la contractilité de l'estomac.

M. Monod présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection des racines postérieures du plexus brachial pour une névralgie d'un moignon. Bon résultat.

M. Hartmann montre trois malades : le premier atteint d'ostéite déformante de Paget; le second, tabétique, portant un épaississement de l'os iliaque; et le troisième opéré de gastro-entérostomie pour accidents de gastralgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Mars 1898.

Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.

M. Lemoine a observé 5 cas d'angines semblables à celles que M. Vincent a rapportées dans sa dernière séance.

Au point de vue clinique, ce sont des angines ulcéro-membraneuses. Les malades présentaient en effet un véritable ulcère de l'amygdale, à bords taillés à pic, à fond anfractueux, offrant absolument l'aspect d'un chancre syphilitique; il existait en outre un gonflement des ganglions rétro-maxillaires, plus ou moins considérable mais toujours douloureux, surtout lors du début des accidents.

Sur les 5 malades, 3 virent évoluer leur affection presque sans fièvre. Chez les 2 autres, la température atteignit 39° le soir pendant 48 heures.

En général, 3 fois sur 5, cette angine eut une marche chronique. Deux malades guérirent en 12, 14 jours comme ceux de M. Vincent.

Chez les 3 autres, les accidents persistèrent 30, 45 et 70 jours. Chez ce dernier, qui suivit le traitement spécifique, on peut, en effet, soutenir que la longue durée de l'affection est due peut-être à l'usage du mercure. Mais, chez les deux autres, la chronicité de la maladie ne peut être due à une pareille cause, puisque chez ces deux malades on a employé, comme M. Vincent, les badigeonnages à la teinture d'iode.

Il y a donc lieu de faire une place à part à ces amygdalites, tant à cause de leur nature microbienne tout à fait spéciale, qu'au point de vue de leur évolution clinique. Peut-être tout à fait au début, alors que l'ulcération n'est pas encore parfaitement formée, pourrait-on se méprendre sur la nature de l'angine, et la confondre avec la diphthérie.

Un simple examen d'un frottis de lamelle, dans ce cas, lèverait immédiatement tous les doutes, celui-ci étant absolument caractéristique. Mais au bout de 24 à 48 heures, l'aspect clinique du fond de la gorge est absolument net, et le diagnostic d'angine ulcéreuse semble pouvoir être affirmé d'une façon catégorique.

Note sur un caractère biologique différentiel du bacille d'Eberth et du coli-bacille.

MM. L. Thoinot et Georges Brouardel. — Ce caractère différentiel, très net, est donné par le mode de développe-

ment des deux microorganismes en bouillon peptonisé contenant de l'acide arsénieux.

Le bacille d'Eberth ne pousse jamais, quelle que soit la provenance et l'origine des nombreux échantillons que nous avons essayés (Italie, France, Amérique, bacilles provenant de la rate, des selles, etc.) dans des bouillons contenant plus de 1 centigramme d'acide arsénieux pour 1 litre. Il est également impossible d'entraîner cet organisme, c'est-à-dire qu'il est impossible, partant de bouillons beaucoup plus faiblement arséniés et procédant par passage en milieux graduellement plus forts, d'arriver à faire développer l'Eberth dans un bouillon ayant plus de 1 centigramme d'acide arsénieux p. 1000.

Le colibacille, au contraire, pousse toujours d'emblée, quelle que soit sa provenance, dans des bouillons contenant une dose de 1 gr. 50 d'acide arsénieux p. 1000. Mais, certains échantillons poussent même d'emblée dans des bouillons dosés à 1 gr. 75 et 2 grammes p. 1000, ce qui semble indiquer la pluralité des races de coli opposée à l'unité du bacille d'Eberth.

Le colibacille est, d'autre part, remarquable par la facilité de son entraînement en milieu nutritif arsénié; on peut, partant d'une culture en bouillon arsénié à 1 gr. 50 p. 1000, arriver, par passages méthodiques et gradués, à obtenir une culture en milieu arsénié contenant jusqu'à 3 grammes de bouillon p. 1000.

Entre l'organisme, résistant ainsi à une dose énorme d'acide arsénieux, et le bacille d'Eberth, incapable de se développer en présence de la dose minime de 1 centigramme p. 1000, il y a vraiment une différence biologique remarquable à ajouter à celles que l'on connaît déjà (réaction de l'indol, fermentation de la lactose), et à mettre sur le même pied.

La même réaction biologique vis-à-vis de l'acide arsénieux fournit aussi une différenciation dans le groupe des para-colibacilles; nous l'avons essayée sur plusieurs échantillons (bacille retiré d'une collection purulente du cou par Chaput, psittacose, septicémie des veaux, bacille retiré de la bouche par Widal). Quelques-uns (les 3 premiers) se comportent presque comme le bacille typhique, le dernier comme le coli vulgaire.

Mécanisme de certaines gangrènes symétriques des membres inférieurs par oblitération artérielle.

MM. Widal et **Nobécourt** communiquent l'observation d'un homme de 45 ans entré à l'hôpital avec une jambe gauche douloureuse depuis 2 jours, froide et recouverte de plaques violacées remontant à 3 travers de doigts au-dessus de la rotule. Le trajet de la fémorale gauche est douloureux, on ne sent pas à son niveau de battements artériels. Six jours après le début de ces accidents, le malade éprouve subitement des fourmillements dans la jambe du côté droit qui se refroidit, prend une teinte violacée. La région du creux poplité devient très douloureuse. Les battements de la fémorale au niveau du triangle de Scarpa, jusque-là nettement perceptibles, sont devenus à peine sensibles, mais ne sont pas complètement abolis; 3 jours plus tard, ils ont complètement disparu. La peau des deux jambes devient insensible à la douleur et à la chaleur. Les jours suivants, les lésions s'élèvent du côté gauche jusqu'au tiers moyen de la cuisse, les deux membres commencent à se momifier et sont parcourus à intervalles plus ou moins espacés par des douleurs très vives. L'état général s'aggrave, la fièvre dépasse 39°, le malade est agité la nuit par un délire violent; la diarrhée est abondante.

Vingt jours après le début des accidents, les battements de la crurale droite réapparaissent légèrement, au niveau du triangle de Scarpa. Les lésions du membre inférieur se limitent de ce côté au-dessous de la rotule. Une eschare profonde qui remonte jusqu'à la région lombaire, apparaît sur la fesse gauche. Le malade meurt 28 jours après le début des accidents.

A l'autopsie, vers la partie moyenne de l'iliaque primitive gauche, on a trouvé un caillot embolique noirâtre, adhérent à la paroi de l'artère, ne se laissant pas détacher sans abandonner quelques fragments à la paroi, dont la texture cependant paraissait normale.

Des caillots secondaires non adhérents se prolongent en bas, dans l'iliaque interne, dans l'iliaque externe et dans l'artère fémorale. En haut, un caillot secondaire remonte jusqu'à la bifurcation de l'aorte, fait dans ce vaisseau un éperon de 3 centimètres, à pointe tournée en haut, puis redescend dans l'iliaque primitive droite, et se prolonge dans l'iliaque interne et dans l'iliaque externe. Tous ces caillots secondaires étaient libres, sans adhérences, ceux du côté droit surtout flottaient dans les artères dont ils ne remplissaient pas le calibre.

Le rein gauche et la rate étaient farcis de gros infarctus d même nature que l'oblitération embolique de l'iliaque primitive et gauche. Le cœur était dilaté et contenait des caillots fibrineux et cruoriques.

Ces faits font voir comment l'oblitération embolique d'une seule artère iliaque primitive peut aboutir à la gangrène symétrique de deux jambes par formation de caillot secondaire, en aval comme en amont de l'embolie. C'est le caillot prolongé qui, dans le cas actuel, par une voie détournée, a fait la gangrène symétrique.

L'organisme est passif vis-à-vis du caillot embolique qui s'immobilise là où l'arrête le calibre artériel. Par contre l'organisme, suivant chaque aptitude individuelle, dont l'essence nous échappe encore, règle la plus ou moins grande étendue du caillot secondaire.

Essai de crymothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Letulle et **Ribard**. — Tous les médecins s'accordent à déclarer que l'alimentation est le premier facteur d'un traitement hygiénique de la tuberculose, mais l'anorexie des tuberculeux est un fait aussi universellement constaté, et tous les les médicaments usités en pareil cas, essayés trop souvent en pure perte, sont à peu près complètement abandonnés aujourd'hui.

C'est pour vaincre cette anorexie que M. Ribard a employé, à Boucicaut, la crymothérapie (de κρυμός, grand froid).

Voici la technique du procédé : on applique chaque matin, sur les régions épigastrique et hépatique, un sac contenant environ 2 kilog. d'acide carbonique solide. La peau, protégée par une épaisse couche d'ouate, possède, pendant toute la durée de l'application, une température de 25°. On laisse leur sac en place pendant 30 minutes en moyenne, et on fait une application avant le repas du soir.

On peut expliquer de la façon suivante le mode d'action de la crymothérapie.

D'après la plupart des physiciens, quand les radiations calorifiques arrivent à 60° et au-dessous, il n'existe plus qu'un seul bon isolant : le vide. En d'autres termes, les corps, quels qu'ils soient, deviennent de plus en plus diathermanes à mesure que diminue la température du centre réfrigérant voisin. Si donc le corps humain devenait absolument diathermane, les radiations calorifiques le traverseraient sans l'impressionner et l'effet thérapeutique serait nul. Mais, en réalité, et pour une température de 80°, il se passe le même phénomène que pour les rayons X; la peau, le tissu cellulaire, les muscles sont complètement traversés, mais le foie, et sans doute d'autres organes, le sont beaucoup moins. De même ces organes, moins diathermanes, subiront un abaissement de température contre lequel l'organisme sera obligé de lutter; or, la faim, par le besoin d'alimentation qu'elle sollicite, constitue le plus puissant moyen qu'il ait en son pouvoir pour triompher du froid.

Au point de vue physiologique, le froid active les phénomènes respiratoires et accroît tellement l'activité des fonctions digestives qu'il porte la sensation de la faim jusqu'à la douleur (Laveran). Il y a ainsi, d'une part, consommation complète des vieux matériaux, et, d'autre part, absorption plus abondante que la ration d'entretien de matériaux neufs, d'où une sorte de rajeunissement de l'organisme et suralimentation naturelle.

Au point de vue clinique, on a toujours obtenu par la crymothérapie le retour de l'appétit, parfois au bout de quelques jours, le plus souvent au bout des 24 ou 48 premières heures, et, d'une manière générale, d'autant plus rapidement que la maladie est plus avancée. La sensation de la faim procure aussi aux malades une satisfaction qui est d'un puissant et précieux effet moral, ce qui, en matière de tuberculose, est loin d'être à dédaigner.

Enfin, ce procédé purement physique, aussi simple qu'efficace, est exempt de tout danger.

Goitre plongeant.

MM. L. Guinon et **Buffnoir** présentent le corps thyroïde d'une malade morte dans un accès d'oppression. L'histoire clinique de cette malade rappelait ce que l'on connaît sur le goître plongeant. Il s'agissait cependant d'un épithélioma du corps thyroïde envoyant des végétations dans l'intérieur même de la trachée.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Mars 1898.

Injections rectales d'arsenic.

M. Renaut (Lyon) envoie une note sur les résultats qu'il a obtenus en employant le procédé de Vinay (Lyon) dans l'administration de l'arsenic. Comme on le sait, ce procédé consiste à injecter dans le rectum 5 centim. cubes d'une solution arsenicale contenant, par exemple, 1/3 de milligramme d'acide arsénieux par 5 centim. cubes. On peut donner au malade, par jour, 3 injections et lui faire absorber ainsi 1 centigr. d'acide arsénieux par 24 heures : le médicament est parfaitement toléré, non seulement pendant des semaines, comme l'a dit Vinay, mais pendant des mois, et, comme on n'est pas arrêté par l'intolérance gastrique, on possède un moyen pratique et sûr d'utiliser l'arsenic comme modificateur de la nutrition agissant à longue portée. On sait depuis longtemps que l'arsenic est un médicament d'épargne; il est, de plus, un modificateur puissant des éléments histologiques du tissu nerveux, où il se fixe lentement en donnant naissance à des lécithines arsenicales.

M. Renaut a étudié spécialement les indications de la médication arsénicale ainsi appliquée dans la tuberculose, le diabète, la maladie de Basedow.

1° *Tuberculose.* — C'est dans la période de dyscrasie prétuberculeuse que le médecin peut agir le plus efficacement; la méthode de la suralimentation est absolument indiquée, mais fort difficile à mettre en œuvre; l'appétit manque, les malades digèrent mal, et l'arsenic, si on le donne par la voie gastrique, enlève encore le peu d'appétit qui restait. Les injections rectales d'arsenic rendent alors de grands services; elles permettent, tout en suralimentant le malade, de mettre l'organisme sous l'influence prolongée d'une médication réductrice de l'état consomptif.

Quelquefois il se produit un peu d'irritation rectale ou de diarrhée; pour éviter ce désagrément, on n'a qu'à additionner la solution d'autant de gouttes de laudanum de Sydenham qu'elle renferme de fois 5 centim. cubes.

Il est bien entendu que la médication arsenicale ne saurait réduire une tuberculose bien insérée, bien établie; elle exerce, dans ces cas, une action favorable, diminue la déminéralisation, abaisse un peu le coefficient d'oxydation azotée; elle ne peut prévaloir sur une grosse lésion. Elle fait merveille, au contraire, lorsqu'il s'agit d'hémoptysies bacillaires, sans atteinte grave du poumon, de tuberculoses ganglionnaires péritonéales; continuée systématiquement et longtemps, elle peut se montrer presque paradoxalement efficace.

En un mot, c'est le traitement de choix dans la dyscrasie consomptive pré-tuberculeuse; ce traitement n'exclut, d'ailleurs, aucune autre méthode thérapeutique et ne donne lieu à aucun inconvénient.

2° *Diabète sucré.* — L'arsenic, dans le diabète, est particulièrement utile comme tonique; il constitue un excellent moyen de relever les forces dans la convalescence des maladies intercurrentes. Il est précieux dans les diabètes compliqués d'albuminurie, où l'emploi de l'antipyrine doit être restreint, ce médicament fermant le rein. Il diminue enfin la réceptivité du diabétique par rapport au bacille de Koch.

M. Renaut continue généralement l'injection arsenicale 5 ou 6 semaines; puis il fait une pause de 15 jours, au bout de laquelle il fait reprendre le médicament toutes les fois que le malade accuse une persistance de sa faiblesse ou que le sucre augmente à nouveau.

3° Enfin M. Renaut a obtenu de bons résultats des injections rectales d'arsenic dans la maladie de Basedow; c'est une conséquence de l'action calmante exercée sur le bulbe par le médicament.

Eau oxygénée dans le traitement des vomissements de la grossesse et de la tuberculose.

MM. Gallois et **Bonnel** ont employé avec avantage l'eau oxygénée à 10 volumes pour remplacer les inhalations d'oxygène dans le traitement des vomissements de la grossesse. Ils font boire au malade, à ses repas, du vin coupé avec de l'eau contenant, par litre, une cuillerée à soupe d'eau oxygénée. Si on augmente la dose, le goût du mélange devient désagréable.

A part deux cas, toutes les malades atteintes de vomissements persistants au cours d'une grossesse ont été guéries très rapidement (au bout de 2 ou 3 jours); mais le traitement doit être continué quelques semaines : s'il est interrompu trop tôt les vomissements reprennent.

L'eau oxygénée, du reste, n'a aucune action contre les simples phénomènes d'écœurement, que certaines femmes éprouvent dans leur grossesse lors même qu'elles n'arrivent pas jusqu'au vomissement. Elle n'a pas davantage d'action sur les vomissements tenant à des troubles gastriques; ce fait peut être utilisé comme moyen diagnostique entre grossesse et dyspepsie.

La toux émétisante des phthisiques est influencée favorablement par l'eau oxygénée; en quelques jours les vomissements provoqués par la toux cessent et l'appétit augmente.

M. Mathieu rappelle que les vomissements de grossesse sont regardés actuellement comme relevant, en partie tout au moins, d'une prédisposition névropathique, ce qui les rapproche des vomissements incoercibles de certaines hystériques; aussi obtient-on de bons résultats par les moyens les plus divers, et doit-on tenir compte de la suggestion à titre de facteur important dans l'emploi de toute thérapeutique dirigée contre les vomissements des femmes enceintes. Personnellement, M. Mathieu a réussi à combattre et à arrêter ces vomissements par le massage, l'eau chloroformée, la faradisation du creux épigastrique, etc.

En ce qui concerne la toux émétisante des phthisiques, M. Mathieu attache une importance très grande à la manière dont sont administrés les médicaments; l'agent thérapeutique, quel qu'il soit, doit être employé aussitôt après le repas; en observant cette règle de pratique, M. Mathieu a réussi à supprimer complètement, chez les tuberculeux de son service, les vomissements dus à la toux émétisante.

M. Créquy, dans un cas de vomissements incoercibles de grossesse menaçant l'existence, a obtenu une guérison rapide et inespérée en supprimant toute alimentation et en nourrissant la malade par des lavements de lait et de pepsine.

M. Mathieu insiste sur la portée de l'observation de M. Créquy : elle montre qu'on peut appliquer aux vomissements de la grossesse la méthode qui réussit si bien dans tous les cas d'intolérance stomacale absolue de causes diverses, c'est-à-dire la suppression complète de toute alimentation buccale.

Traitement de l'orchite blennorrhagique.

M. A. Martin se déclare partisan convaincu de la méthode préconisée par M. Du Castel : compression ouatée avec stypage; depuis longtemps il emploie cette méthode et en retire d'excellents résultats. Il lui associe l'usage quotidien, à l'intérieur, du salicylate de soude, à dose journalière de 4 à 6 grammes pendant plusieurs jours; le salicylate n'agit pas seulement comme nervin, mais aussi comme dérivatif urinaire, comme diurétique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 Mars 1898.

Atrophie unilatérale du cervelet.

M. Lannois rapporte l'histoire d'un jeune épileptique de son service, qui, depuis l'enfance, était sujet à des crises fré-

quentes, mais sans perte de connaissance. Ces crises devinrent subintrantes, et il succomba. L'autopsie montra que le lobe gauche du cervelet était considérablement atrophié, réduit au volume d'un œuf de pigeon, dur, sous des méninges épaissies. La substance grise paraissait, à la coupe, avoir presque complètement disparu; la substance blanche était mieux conservée. Le manteau gris des circonvolutions ne persistait qu'en quelques petits points, sous forme d'une mince bordure, de couleur ocreuse uniforme. Les pédoncules étaient un peu atrophiés.

Mais, de plus, l'hémisphère cérébral droit était nettement plus petit que le gauche (440 gr. contre 560 gr.); la pie-mère était adhérente en plusieurs points; les circonvolutions étaient plus petites que celles du côté opposé; il n'y avait macroscopiquement aucune grosse lésion ni sclérose.

M. Lannois insiste sur cette atrophie croisée de l'hémisphère cérébral en rapport probable avec la sclérose unilatérale du cervelet, et rapproche cette constatation de la sclérose cérébelleuse croisée, qui est la règle dans les scléroses cérébrales infantiles.

Il fait également remarquer l'absence de signes permettant de songer pendant la vie à une lésion du cervelet.

Abcès péri-auriculaires consécutifs aux inflammations localisées du conduit.

M. Lannois présente deux malades qui, à la suite d'un furoncle de l'oreille, eurent un abcès situé derrière la branche montante du maxillaire, englobant l'apophyse mastoïde qui fut trouvée saine au cours de l'intervention. Il fait remarquer la difficulté que l'on rencontre parfois dans le diagnostic de ces abcès qui peuvent faire penser à une mastoïdite à évolution un peu anormale.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Nodet présente un fibrome de la paroi abdominale enlevé par M. Fochier. L'intérêt du cas réside dans l'évolution de la tumeur, qui apparut au deuxième mois d'une grossesse, et augmenta pendant tout le cours de celle-ci, pour s'arrêter après l'accouchement. L'opération ne fut faite que 18 mois après environ, lorsque la malade eut sevré son enfant. La tumeur pesait 2 kil. 250 grammes.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 14 Mars 1898.

Goître suffocant avec symptômes basedowiens. Exothyropexie. Résultats éloignés.

M. Voron présente un jeune homme opéré il y a trois ans par M. Jaboulay. Il présentait alors un goître charnu, plongeant derrière le sternum, et qui avait amené de la raucité de la voix et des accès de dyspnée d'intensité rapidement croissante. Il y avait en outre des palpitations, des intermittences cardiaques et du tremblement très net des doigts. Pas d'exophthalmie ni de signe de De Graefe.

M. Jaboulay fit l'exothyropexie. Trois mois après, la dyspnée avait complètement disparu; les autres signes s'étaient très atténués. Actuellement, il n'y a plus ni tremblement, ni tachycardie et des efforts violents peuvent seuls ramener un essoufflement léger.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 12 Janvier 1898.

Encéphalocèle.

M. Frœlich présente une petite fille de 26 mois qu'il a opérée pour une encéphalocèle (encéphalome) congénitale du volume du poing. — La tumeur siégeait à la fontanelle postérieure et présentait les signes classiques de battements et d'expansions. Le procédé opératoire a été celui décrit par Périer et Berger.

Le contenu de la tumeur avait l'aspect nacré du molluscum; au niveau du pédicule, grande vascularisation, communication avec l'espace sous-arachnoïdien, et présence de cellules nerveuses ganglionnaires ainsi que de quelques cellules embryonnaires.

La guérison est parfaite. L'orifice crânien a les dimensions d'une pièce de 2 francs, on y perçoit les battements du cerveau, mais l'encéphale n'a aucune tendance à faire hernie et à repousser la cicatrice.

L'opération remonte à 4 mois.

Paralysie générale chez l'enfant.

M. Haushalter présente les cerveaux provenant de trois enfants âgés de 12, 10 et 9 ans, morts de paralysie générale progressive. — On constate sur ces cerveaux les lésions habituelles de la paralysie générale, épaississement des méninges molles, adhérence des méninges avec l'écorce cérébrale, érosions corticales après décortication, atrophie des circonvolutions, surtout aux régions frontales, atrophie de la substance grise des circonvolutions, état piqueté de la substance grise.

Déviations rachitiques des membres.

M. Frœlich fait une communication sur le traitement des déviations rachitiques des jambes.

Dans la première partie de son travail, il établit que les noms de genu valgum et varum doivent être réservés aux déviations du fémur et recommande une classification des difformités du tibia en 5 types : 1° type en O ou en parenthèse; 2° type en X; 3° type en lame de sabre; 4° type complexe; 5° type retrocourbé (recurvatum).

Le type complexe est une association du type en O, du type en lame de sabre et d'une déviation qui leur est toujours associée et qui consiste en un torsion du tibia autour de son axe vertical. Le type complexe est le plus fréquent.

Le traitement doit être précoce et comprend :

I. — Pendant la première période du rachitisme : 1° le redressement manuel; 2° le redressement par le port nocturne d'une attelle orthopédique très simple; 3° le redressement par le port nocturne d'une gouttière plâtrée.

II. — Pendant la deuxième période, lorsque l'os est dur et a une flèche de plus de deux centimètres, le traitement de choix sera : 1° l'ostéoclasie manuelle; 2° l'ostéotomie, qu'on sera toujours prêt à faire si l'os résiste.

M. Frœlich préconise pour l'ostéotomie la scie filiforme (simple fil de fer d'un demi-millimètre) de Giglé-Hœrtel dont il n'a eu qu'à se louer. Dans un cas, où la déviation avait une flèche de 4 centimètres, le membre après redressement gagna 4 cent., et pour détruire la résistance à l'allongement qu'opposait le tendon d'Achille, il fallut le sectionner.

Pendant les 6 mois qui suivent la consolidation osseuse, M. Frœlich recommande le port nocturne de la gouttière plâtrée.

M. Gross rappelle que depuis plus de vingt ans, M. Ollier s'est servi à Lyon, pour les sections osseuses, d'une scie flexible à laquelle il avait donné le nom de « scie funiculaire ». Quant à l'emploi du ciseau dans l'ostéotomie, M. Gross croit M. Frœlich un peu sévère à son égard. Il n'est pas convaincu de la supériorité de la scie sur le ciseau, ce dernier instrument lui ayant toujours donné d'excellents résultats et ne lui paraissant pas produire des délabrements plus considérables que la scie. Dans certains cas même, il peut être préférable de recourir au ciseau, par exemple lorsqu'on est en présence d'incurvations rachitiques très accentuées qui obligent à pratiquer des ostéotomies cunéiformes difficiles à effectuer à l'aide de la scie.

M. Heydenreich, opposant l'ostéotomie à l'ostéoclasie, fait remarquer que cette dernière opération n'est praticable que sur des os non entièrement consolidés et que dans tous les autres cas l'ostéotomie est préférable. Ce mode d'intervention est encore indiqué par certaines circonstances spéciales, par exemple dans les opérations sur la jambe où l'existence du péroné doit faire préférer l'ostéotomie.

M. Gross estime également que l'ostéoclasie est à rejeter

chez les rachitiques à cause de ses difficultés et des accidents qu'elle entraîne, l'ostéotomie constituant l'intervention de choix chez cette catégorie de sujets dans tous les cas où l'orthopédie demeure inefficace.

M. Frœlich n'a pas d'expérience personnelle relativement à l'emploi de la scie dans les ostéotomies cunéiformes, mais, d'autre part, ne voit pas *a priori* qu'une ostéotomie cunéiforme soit plus difficile à pratiquer à l'aide de la scie qu'avec le ciseau. L'auteur est d'avis que chez les rachitiques, lorsque les os sont très durs et résistants, le ciseau et le maillet nécessitent un emploi de force considérable qui expose à des accidents et que la scie flexible est alors préférable. C'est, croit-il, le procédé de choix pour le tibia rachitique des enfants, le redressement complet du membre pouvant d'ailleurs nécessiter la ténotomie du tendon d'Achille à titre d'opération complémentaire.

Ostéo-périostites syphilitiques.

M. G. Etienne rapporte trois observations d'ostéo-périostites syphilitiques survenues avant l'apparition de la roséole, très douloureuses, multiples et disséminées dans un cas, et disparaissant très rapidement sous l'influence du traitement spécifique. — Ces ostéo-périostites dues à l'imprégnation générale de l'organisme dans la phase d'invasion, probablement spontanément curables, se distinguent nettement des ostéo-périostites gommeuses tertiaires. Peut-être entre ces deux ordres de lésions existe-t-il des différences analogues à celles existant entre les lésions cellulaires du foie pouvant aboutir à l'ictère grave précoce, lésions à peu près complètement régressives, et celles des gommes aboutissant au foie ficelé. Peut-être aussi ces ostéo-périostistes de la phase d'invasion présentent-elles des analogies avec le cas d'ostéo-périostite post-infectieuse observé par l'auteur dans la convalescence d'une staphylococcie, et avec les ostéo-périostites post-typhoïdiques.

Certainement ces lésions passent souvent inaperçues, ce qui les fait considérer comme plus rares qu'elles ne sont en réalité.

Dans les trois cas observés, les malades n'avaient subi aucun traitement spécifique; il est donc inexact de considérer, comme le faisait Ricard, l'apparition de cet accident comme une modification de l'évolution syphilitique par le traitement.

M. Spillmann considère les ostéo-périostites de la première et de la seconde période de la syphilis comme beaucoup plus fréquentes qu'on le croit généralement.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Février 1898.

Éventration; entéroptose; dilatation du gros intestin.

M. Micheleau présente le gros intestin d'une malade entrée à l'hôpital avec des accidents d'hémorrhagie cérébrale qui l'ont emportée.

Elle présentait, dans la région médiane de l'abdomen, une volumineuse tumeur retombant jusqu'au niveau de la symphyse pubienne; les régions latérales du ventre étaient normales. La tumeur était apparue il y a 30 ans environ, à la suite d'un accouchement et n'avait jamais déterminé aucun trouble, sauf la nécessité pour la malade de porter une ceinture lui relevant le ventre. La peau de l'abdomen avait son aspect normal, elle glissait librement sur les parties profondes; la tumeur était molle, élastique, sonore dans toute son étendue. A sa partie inférieure, le frottement qu'elle exerçait sur la peau des flancs et de la région sous-ombilicale avait occasionné de l'intertrigo.

A *l'autopsie*, on a trouvé la tumeur constituée par tout l'intestin, surtout par le cæcum et le côlon transverse qui avaient un volume à peu près double du volume normal. A ce niveau, la paroi abdominale était réduit à la peau, très mince, doublée intérieurement de feuillets aponévrotiques et celluleux, et du péritoine pariétal.

Il y avait là éventration complète et entéroptose avec dilatation des organes abdominaux, surtout du gros intestin. L'appendice n'offrait pas un développement exagéré.

Lupus de la fesse.

Mlle Nourrit montre une petite malade de 13 ans 1/2, entrée à l'hôpital pour une adénite sous-maxillaire, et chez laquelle on trouva au niveau de la fesse droite une lésion particulière, constituée par un placard de la largeur de la main recouvert de croûtes noirâtres. Ces croûtes, qui tombèrent facilement à l'aide d'un pansement humide, laissèrent à découvert un espace rosé, d'aspect circiné, parsemé de nodules et de points jaunâtres, ne laissant aucun doute sur la nature de cette lésion; c'était bien à un lupus que l'on avait affaire. D'ailleurs, une biopsie a été pratiquée.

Cette affection a débuté il y a 3 ans par un petit bouton qui s'est étendu circonférentiellement, de manière que le centre est à peu près cicatrisé, tandis que la périphérie est en pleine évolution. L'enfant est issue de parents sains et ne présente aucune trace de tuberculose autre que ses ganglions sous-maxillaires. Ses cinq frères et sœurs sont également indemnes.

Cette observation est intéressante : 1° à cause du siège de la lésion, le lupus de la fesse étant relativement rare; 2° à cause de son aspect circiné tout particulier; 3° à cause du peu de contagion de cette tuberculose cutanée, l'enfant couchant dans le même lit que ses cinq frères et sœurs qui ne présentent rien de semblable.

MM. Villar et **Mongour** croient qu'une opération autoplastique pourrait avoir des chances de réussir.

Mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne.

MM. Braquehaye et **Laubie**, après avoir communiqué le résultat de leurs expériences sur le mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne, concluent que :

1° La partie médiane de l'étage moyen résiste mieux à la fracture lorsqu'il y a soudure des apophyses clinoïdes.

2° Le mécanisme de certaines fractures, qui ressemblent à des fractures irradiées, ne doit pas recevoir la même interprétation que celles-ci. Elles commencent par être secondaires. Le crâne se fracture d'abord au niveau de sa base, et de là secondairement une fêlure se dirige vers le point frappé, qu'elle atteint si le choc a été assez fort.

3° L'empreinte des vaisseaux sur la paroi crânienne crée des lieux de moindre résistance que suivent les traits de fracture. Quant à l'immunité relative dont paraît jouir la partie voisine du trou occipital, elle ne semble pas due à l'épaisseur du crâne à ce niveau. Surtout en arrière, cette épaisseur n'est pas plus notable qu'en d'autres points. Mais il y a là une adhérence intime entre l'os et la dure-mère très résistante qui doit jouer un rôle important en renforçant l'os puissamment.

Névrite grave du cubital et du médian.

M. C. Martin présente un malade atteint de névrite grave du cubital et du médian consécutive à une luxation de l'épaule droite.

La luxation, du type intra-coracoïdien, datait de 24 heures au moment de la réduction; elle était accompagnée de paralysie et d'anesthésie complète dans la sphère des deux nerfs en question. La réduction, obtenue facilement, sans violence et à la première tentative par la méthode de Kocher, n'a pas amélioré ces phénomènes nerveux.

A l'heure actuelle, les accidents datent de 40 jours. L'anesthésie et la paralysie sont totales; il existe en outre des élancements, des fourmillements et de véritables douleurs fulgurantes. On note encore des troubles trophiques consistant en œdème mou et un degré assez marqué d'ichtyose.

L'exploration électrique des deux nerfs lésés est négative, ces nerfs ne répondant pas aux excitations galvaniques ou faradiques. Les muscles qu'ils innervent présentent la réaction de dégénérescence.

L'examen physique n'apporte aucun renseignement; la luxation est bien réduite, l'article accomplit les mouvements normaux, il n'existe pas de tumeur dans le creux axillaire.

Depuis un mois, le malade suit sans succès un traitement à la Clinique électrothérapique. Cette névrite présente donc un

caractère grave et le pronostic paraît devoir être très sombre quant au rétablissement des fonctions du membre.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 Mars 1898.

La lèpre et la syringomyélie.

M. Goldscheider présente plusieurs malades atteints de syringomyélie et qui ressemblent tout à fait à des lépreux.

C'est d'abord un homme âgé de 48 ans, dont les doigts sont mutilés. Lorsqu'il avait 9 ans, il s'endormit un jour auprès d'un poêle et se brûla le dos sans s'en apercevoir; à cette époque il était donc déjà analgésique. Depuis, à l'âge de 19 ans, ce malade fut atteint d'une ulcération de l'annulaire qui nécessita l'amputation. Le pouce, l'index et le médius furent intéressés à leur tour; seul le petit doigt de cette main resta indemne, mais s'atrophia. Or, on sait que l'amincissement des doigts et des membres est caractéristique de la lèpre. Enfin le sujet est analgésique et il ne perçoit pas les sensations de chaud et de froid. Du reste, il n'existe pas de nodosités sur le trajet des nerfs de ce malade, et on n'a pu trouver le bacille de la lèpre ni dans son sang, ni dans ses sécrétions; il est donc bien atteint de syringomyélie et non de la lèpre. Il n'a d'ailleurs jamais habité de pays ou la lèpre soit à l'état endémique.

Il ressort de ce fait que si la syringomyélie et la lèpre se ressemblent parfois au point d'être confondues, on ne peut néanmoins soutenir la théorie de l'identité de la maladie de Morvan avec cette affection.

Le second malade est analogue au premier : il est atteint d'une cyphose et d'une hémiatrophie avec tremblement fibrillaire de la langue. C'est là un symptôme qui ne s'observe jamais chez les lépreux mais seulement chez les syringomyéliques. Aussi, la recherche du bacille de la lèpre est-elle restée négative.

Le troisième malade est une jeune fille malade depuis six ans. Elle s'aperçut à cette époque d'une insensibilité des doigts de la main droite, sur lesquels se voyaient de petites vésicules remplies de sérosité. En 1893 on observa au niveau de plusieurs doigts une ulcération suivie de nécrose : quelques-uns devinrent le siège d'amputations spontanées; d'autres furent amputés chirurgicalement et ces opérations se firent sans la moindre douleur.

A droite, les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés. On constate du même côté une atrophie de l'avant-bras. La pupille droite est plus petite que la gauche, ce qui se rencontre souvent dans la syringomyélie. Cette inégalité des pupilles persiste depuis le début de l'affection. On n'a pas trouvé non plus de bacilles de la lèpre chez cette patiente, quoiqu'on ait examiné un lambeau de peau prélevé au voisinage d'une ulcération.

Pas plus que le premier, ces deux malades n'ont habité de pays où la lèpre soit endémique.

Ces trois cas montrent bien l'impossibilité de confondre sous une même dénomination la lèpre et la syringomyélie.

Syphilis pulmonaire et articulaire précoces.

M. von Golz montre une jeune fille atteinte de syphilis récente rebelle suivie d'une bronchite du sommet du poumon droit, d'une inflammation du genou et du coude du même côté; ces accidents furent combattus par des frictions mercurielles. Les bacilles de la tuberculose ayant fait défaut dans les crachats, l'orateur considère le catarrhe du poumon ainsi que les arthrites comme de nature syphilitique.

Érhythromélalgie.

M. Rost a présenté une jeune fille qui fut atteinte, au mois de janvier 1897, d'une cuisson violente sous les les ongles des doigts de la main gauche. Cette sensation se changea bientôt en une véritable douleur. Celle-ci, occupant l'index, le médius et le pouce, résidait donc dans le domaine du nerf médian. Ces doigts devinrent bientôt le siège d'œdème. Les mêmes phénomènes apparurent quelque temps au niveau des doigts de la main droite.

Il s'agit donc dans ce cas de l'érythromélalgie, dont Gerhardt et Bernhardt signalèrent en 1892 les premiers exemples.

D'après Lewin, ce syndrome serait la manifestation tantôt d'une affection du système nerveux central, tantôt d'une simple névrose. Or, la malade n'offre aucun signe de névropathie et elle n'est pas hystérique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séances du 17 Février 1898.

Hernies ombilicales chez les enfants.

M. Hobs estime que dans les hernies ombilicales congénitales il faut distinguer, au point de vue du traitement, entre les petites et les grosses hernies. Les premières sont passibles du même traitement que les hernies ombilicales acquises, c'est-à-dire de la compression et de la contention au moyen des bandelettes adhésives. Les grosses hernies congénitales doivent être opérées.

Récemment M. Hobs a eu l'occasion d'intervenir chez un nouveau-né de 2 jours qui pesait 2 250 grammes. La hernie irréductible contenait le foie entier. La poche a été excisée, le foie réduit et la paroi abdominale réunie par une suture à étages. L'enfant a succombé au bout de 4 jours de faiblesse. A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite et la plaie était dans un état normal. Pas de malformations ni d'anomalies, pas de persistance du canal omphalo-mésaraïque.

Dans un autre cas que M. Hobs a opéré, il s'agissait d'un garçon, un nourrisson de 16 mois dont la hernie ombilicale congénitale prit un développement considérable à la suite d'une coqueluche et formait une tumeur de 15 centimètres de longueur qui pendait sur l'abdomen. Les indications de l'intervention ont été fournies par les dimensions de la hernie et par l'existence des adhérences épiploïques.

Pour obtenir la fermeture aussi parfaite que possible de l'orifice herniaire, M. Hobs procéda de la façon suivante :

Ablation du sac par une incision circulaire, et section des adhérences épiploïques. Suture isolée du péritoine et suture de l'aponévrose. Ceci étant fait, on tailla dans la gaine du droit du côté droit un volet quadrangulaire dont la base correspondait au bord interne du droit; ce volet fut rabattu à gauche et fixé à la gaine du droit du côté gauche. Un volet analogue mais plus grand fut taillé dans la gaine du droit du côté gauche, rabattu à droite et fixé à la gaine du droit. Suture des muscles droits l'un contre l'autre, suture de la peau. Guérison par première intention avec résultat fonctionnel excellent.

M. Hobs a eu encore l'occasion d'intervenir dans trois cas de fistules ombilicales congénitales. Dans un de ces cas il s'agissait d'une fistule de l'ouraque, dans les deux autres de fistules omphalo-mésaraïques. Chez tous les trois la guérison a été obtenue par la cautérisation du trajet fistuleux au fer rouge et la compression.

Dans ce qui est des hernies ombilicales acquises chez les nourrissons, M. Hobs a constaté qu'elles guérissent par la compression qu'on réalise le mieux au moyen d'une bande d'emplâtre adhésive qui entoure tout le ventre et maintient solidement appliqué l'un contre l'autre deux plis longitudinaux de la peau faits de façon à cacher l'orifice de la hernie de l'ombilic. Ce bandage doit être changé tous les 8 jours.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Mars 1898.

Hydrocéphalie chronique traitée par le drainage intra-crânien.

MM. Sutherland et **Watson Cheyne** ont eu l'occasion d'intervenir chez un hérédo-syphilitique de 6 mois atteint d'hydrocéphalie chronique congénitale qui avait résisté à tous les traitements. Lorsqu'ils virent l'enfant, les sutures et les fontanelles étaient considérablement élargies et la tête énorme.

En s'appuyant sur les recherches de Léonard Hill sur l'absorption du liquide par les espaces sous-dure-mérien et sous-arachnoïdien, ils incisèrent la fontanelle antérieure ainsi que la dure-mère et introduisirent par cette incision un drain en catgut dont une des extrémités fut poussée à 1 pouce de distance entre le cerveau et la dure-mère, et l'autre poussée à travers la substance cérébrale dans le quatrième ventricule dilaté. La dure-mère fut alors suturée par-dessus, de même que l'incision du cuir chevelu, et le tout recouvert par un pansement. Lorsque celui ci fut enlevé au bout de 5 jours on constata que la plaie s'était réunie par première intention.

Les suites opératoires furent des plus simples. Quant au résultat fonctionnel de l'opération il a été très satisfaisant : la tête diminua progressivement de volume, les os du crâne se rapprochèrent, la fontanelle antérieure reprit ses dimensions normales, s'affaissa et commença à présenter des pulsations.

Cette amélioration persista pendant plusieurs semaines lorsque se déclarèrent les symptômes d'une méningite de la base à laquelle l'enfant a succombé au bout de quelque temps. A l'autopsie on trouva un épaississement considérable des méninges à la base du crâne, des adhérences multiples et une grande quantité de liquide dans l'espace sous-arachnoïdien. Le cerveau était petit, kystique par places, mais il n'y avait pas de distension des ventricules.

En rapportant cette observation MM. Sutherland et Watson Cheyne insistent sur ce fait que le résultat obtenu par cette opération montrent la possibilité de décharger le cerveau du liquide intraventriculaire par le drainage intra-crânien ou sous-dure-mérien.

Le même résultat a été obtenu par ce procédé chez un autre enfant que M. Cheysne a opéré il y a trois semaines et qu'il présente aux membres de la Société. Il pense donc qu'en intervenant de bonne, heure avant l'atrophie du cerveau, on pourrait de cette façon obtenir peut-être des guérisons durables.

EDINBURGH OBSTETRICAL SOCIETY

Séance du 9 Mars 1897.

La quinine comme succédané de l'ergot de seigle en obstétrique.

M. Owen Mackness estime que l'accoucheur a tout avantage d'employer la quinine dans les cas dans lesquels on a ordinairement recours à l'ergot de siègle. Les inconvénients de celui-ci sont multiples : c'est tout d'abord une préparation infidèle comme action; en second lieu il n'est pas toujours supporté par l'estomac et est très douloureux en injections sous-cutanées; enfin la contraction tétanique de l'utérus qu'il amène peut gêner l'accouchement et devenir la racine de complications multiples.

La quinine, par contre, est généralement bien supportée, se dissout facilement dans l'estomac et manifeste son action ordinairement au bout de 20 à 30 minutes. Elle ne tétanise par l'utérus mais renforce seulement les contractions utérines. Elle rend surtout des services dans l'inertie simple et permet ainsi souvent, surtout chez les primipares, de ne pas recourir au forceps.

Comme mode d'administration de la quinine, M. Mackness emploie les pilules de sulfate de quinine de 4 grains chacune.

Il fait prendre deux pilules, et si les contractions utérines laissent encore à désirer il donne au bout d'une heure une troisième et, au besoin, une heure plus tard une quatrième pilule.

L'ergot de seigle doit, d'après M. Mackness, être réservé aux cas d'avortement menaçant et aux cas de subinvolution de l'utérus. Dans ces cas il doit être administré à petites doses répétées.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 11 Mars 1898.

Traitement de l'estomac en sablier.

M. Hochenegg a présenté un malade auquel il a pratiqué la gastro-anastomose, d'après le procédé de Wölfler, pour un estomac en sablier. Le malade se plaignait depuis plusieurs années de vomissements, d'amaigrissement et d'une soif insupportable. On posa le diagnostic de dilatation gastrique consécutive à un rétrécissement cicatriciel du pylore. La laparotomie montra un estomac en sablier typique avec dilatation énorme de la région du cardia. On établit une large communication entre la région pylorique et celle du cardia. Le résultat fut excellent, car tous les accidents disparurent.

Ils s'agissait dans ce cas d'un estomac en sablier congénital ou datant tout au moins de la première enfance. La communication entre les deux moitiés de l'estomac était très étroite.

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu avec atrophie du nerf optique et névralgie sous-orbitaire.

M. Hitschmann a montré un homme de 66 ans chez lequel, à côté d'un anévrysme cirsoïde de la tête, on trouva une légère exophthalmie droite avec affaiblissement de l'acuité visuelle, du même côté, tenant probablement à une atrophie du nerf optique. Les artères rétiniennes n'offrent pas de pulsations et paraissent rétrécies. Le doigt appliqué sur le globe oculaire n'y perçoit pas de battements.

En outre, le malade se plaint de sifflements dans l'oreille droite et de douleurs paroxystiques intenses dans le maxillaire supérieur du même côté. L'examen otoscopique n'a décelé dans les deux oreilles rien d'anormal, sauf un peu de catarrhe. On n'a jamais noté de symptômes cérébraux.

Dans ce cas l'atrophie du nerf optique et la névralgie sous-orbitaire sont évidemment la conséquence de l'anévrysme. M. Hitschmann estime qu'elles sont dues à une dilatation des branches de la carotide externe.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 9 Mars 1898.

Paralysie cérébrale infantile.

M. Pincus a présenté deux cas de cette affection. L'un concerne une malade d'une quinzaine d'année, qui a été atteinte de convulsions à l'âge de 2 ans; plus tard survinrent dans les membres supérieur et inférieur gauches des tremblements qui persistent encore actuellement. Ces tremblements augmentent à l'occasion des mouvements et s'accompagnent de secousses choréiques et athétosiques.

Dans le second fait il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, qui fut prise à l'âge de 4 ans de spasmes de la main droite, spasmes qui cessaient au repos; il existait en même temps une parésie de la jambe droite. A l'âge de 13 ans apparurent des mouve-

ments convulsifs et des douleurs dans le membre inférieur droit. L'élongation pratiquée au bras fit disparaître les douleurs et les mouvements convulsifs pendant une année, mais au bout de ce temps ils reparurent. Il y a deux ans on fit la section du plexus brachial, ce qui entraîna une atrophie du bras gauche.

Le membre inférieur est atrophié et raccourci de 5 centimètres; il est le siège d'une contracture et de spasmes analogues à ceux que l'on observe chez la première malade, et il offre en outre de temps à autre des mouvements athétosiques des orteils. Il existe enfin quelques troubles de la sensibilité.

Procédé pour reconnaître la présence du brome dans l'urine.

M. Jolles, conseille de procéder de la façon suivante :

On ajoute à 10 cent. cubes d'urine un peu d'acide sulfurique, et de l'hypermanganate de potasse en abondance. On place sur l'orifice du tube un papier imbibé de paradiméthyl-phénylendiamine, et on chauffe le tube au bain-marie. Un anneau violet qui vire sur ses bords du bleu au vert puis au brun, apparaît bientôt, même lorsqu'il n'y a que des traces de brome.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 4 Mars 1898.

Opération de hernie inguinale suivie d'autopsie.

M. Van Engelen a eu l'occasion, assez rare, de constater les résultats anatomiques du procédé de Bassini. A l'autopsie d'un homme, opéré 3 semaines auparavant de hernie inguinale simple par la méthode indiquée, il trouva la face postérieure de la paroi abdominale couverte d'un péritoine lisse, et là où le sac avait été tordu, un simple froncement de la séreuse. La paroi elle-même était musculo-aponévrotique, formant un plan solide, comme une paroi abdominale normale, rendant peu probable une récidive; l'aspect était le même que lors de la reconstitution de la paroi abdominale par sutures en étages après laparotomie. Les fils de soie étaient enkystés, sans foyer de suppuration, et les catguts du sac complètement résorbés.

M. Crickx est d'avis que le faible intervalle de temps séparant l'opération de l'autopsie enlève à celle-ci beaucoup de sa valeur. D'ailleurs, au point de vue récidive, il faut tenir compte des hernieux, chez lesquels la tendance à la ptose est permanente et qu'il faut considérer comme inopérables.

De la septicémie gangréneuse aiguë.

M. Van Engelen fait une communication sur les symptômes, la marche et le traitement de cette affection redoutable, rarement secondaire actuellement aux plaies opératoires, mais capable aussi de se développer d'emblée, spontanément, et dont il a pu observer 5 cas. Dans 2 de ces cas fut retrouvé l'agent pathogène, le vibrion septique de Pasteur.

Dans la dernière observation, toute récente, il s'agit d'un homme atteint d'un petit phlegmon gangréneux de l'avant-bras; la plaie, sans suppuration, avait la teinte feuille morte (érysipèle bronzé), l'état général était très mauvais, avec hypothermie et il y avait deux foyers métastatiques au nez et à la jambe droite. L'amputation du bras fut décidée sur-le-champ et faite sous le chloroforme : à l'incision s'écoula un jet de liquide sanieux; aussi, l'opération terminée, deux ouvertures furent ménagées dans la plaie pour assurer l'écoulement des liquides. Le lendemain, il y avait amélioration de l'état général, et le malade pouvait manger. Une incision cruciale faite sur l'abcès nasal fit couler un peu de pus fétide, du à un foyer d'ostéomyélite. Les urines ne contenaient pas d'albumine.

Au 5e jour, quelques fils durent être enlevés, livrant passage à une sécrétion sanieuse, un peu purulente. Actuellement, la température est devenue fébrile et du sérum artificiel a été injecté. Vu l'amélioration consécutive à l'intervention, M. Van Engelen n'a pas cru devoir recourir au sérum antistreptococcique de Denys, mais comme un troisième abcès vient de se produire à la jambe, il se propose d'utiliser ce moyen thérapeutique.

MM. Nauwelaers et **Philippen** ne voient pas l'indication de l'emploi du sérum antistreptococcique, auquel il ne faut avoir recours que si l'on s'est assuré au préalable de la présence du streptocoque.

M. Van Engelen pense que la virulence du vibrion septique est telle que la cellule est tuée rapidement, sans que les tissus puissent réagir localement, d'où absence de suppuration. Si le sujet résiste, le caractère purulent des sécrétions s'établit, comme dans le cas relaté, mais cette purulence, favorisée probablement par des infections secondaires, le streptocoque notamment, est aussi une cause d'affaiblissement pour le malade et mérite donc d'être combattue.

MÉDECINE PRATIQUE

Les exanthèmes chloraliques,

D'après M. le Dr Geill Christian (du Danemarck).

L'auteur a observé 6 cas d'exanthème dus au chloral, caractérisé par des papules purpuriques : deux fois il y avait coexistence d'œdème de la face, des paupières, paresthésie de la peau ; les rechutes sont fréquentes. Les paralytiques généraux semblent être plus facilement intoxiqués que les autres malades.

Un cas de menstruation précoce.

M. le Dr Plumb (de Nebraska) (1) assistait une femme qui accouchait pour la deuxième fois et qui mit au monde une petite fille du poids de neuf livres.

Les organes génitaux externes avaient la dimension de ceux d'une fillette de huit ou neuf ans, et leur forme et leur développement rappelaient ceux d'une jeune femme de quinze ans; ils étaient recouverts d'une abondante végétation de poils frisés de couleur châtain foncé.

Le clitoris était plus grand que celui de la plupart des femmes, il avait environ 1 pouce 1/4 de long et 3 lignes d'épaisseur, et était enveloppé d'un capuchon qui s'étendait sur le tiers de l'organe. Sur la tête, les cheveux châtains atteignaient une longueur de trois ou quatre pouces. Les mamelles avaient un diamètre de 1 pouce 1/2 et faisaient une saillie d'un 1/2 pouce; en leur centre elles portaient un mamelon rose d'une longueur d'un 1/4 de pouce. L'expression du visage de l'enfant était nettement féminine et semblait celle d'une fillette délicate de douze ans. Le lendemain, alors qu'on faisait la toilette de sa poitrine, l'enfant donna des signes d'inquiétude, ses petits mamelons se mirent en érection; il en fut de même pour le clitoris. Un matin, six mois après la naissance, la nourrice trouva des taches de sang sur les draps de l'enfant; un examen montra que la fillette avait ses règles; depuis lors, elle est réglée toutes les six semaines pendant deux jours et demi. Lorsque le cas fut publié la fillette, parvenue à l'âge de dix mois, était en parfaite santé; elle avait de grands cheveux châtain de 12 à 14 pouces de longueur, fins et frisés.

Elle avait un visage d'une exquise délicatesse, des mamelles potelées et fermes, des hanches larges et des formes générales nettement féminimes.

1. *New York med. Journ.*, 1898.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Neuro-fibromatose et névrome plexiforme,

Par M. Xavier Delore,
Prosecteur à la Faculté de Lyon,

Et M. C. Bonne,
Préparateur du cours d'anatomie générale.

L'existence histologique des névromes fasciculés, et en particulier des névromes plexiformes, semble peu à peu compromise par l'étude minutieuse des observations récentes; c'est qu'autrefois toute tumeur d'un nerf périphérique était un névrome, alors qu'aujourd'hui, ce terme ne doit plus s'appliquer qu'à la néoformation de l'élément noble du tube nerveux, le cylindraxe et sa gaine de myéline. Encore faut-il que cette néoformation ne soit pas le simple résultat d'une réparation nerveuse après une traumatisme du nerf ou bien le fait d'une irritation inflammatoire.

Quénu semble avoir raison, quand il reproche à Cornil et Ranvier de ranger dans les tumeurs ce qu'on appelle en clinique, les névromes des moignons : ceux-ci ne sont, en effet, que le résultat d'une irritation chronique plus ou moins prolongée des nerfs des moignons d'amputation.

Doit-on encore, comme l'admet Quénu (1) douter de l'existence même des névromes fasciculés et des névromes plexiformes et ranger toutes ces prétendues tumeurs dans le cadre incontesté des fibromes des nerfs, en s'appuyant sur les résultats histologiques qui démontrent l'absence de néoformation nerveuse? Il semble bien que cette opinion gagne chaque jour du terrain. Si le névrome plexiforme a un sens en clinique, il n'a pas de caractéristique anatomique qui permette de lui assigner une place tranchée : dans la plupart des observations, ce n'est pas une tumeur de l'élément nerveux du nerf, mais seulement une tumeur de l'élément conjonctif de ce nerf, en un mot, *c'est un fibrome de la gaine conjonctive du nerf,* le plus souvent.

1. Quénu, *Traité de Chirurgie,* 2e édition.

Nous possédons deux observations fort intéressantes de neuro-fibromatose, dont l'une a été publiée déjà dans la *Gazette des Hôpitaux* (1); la seconde s'accompagnait d'un névrome plexiforme intercostal qui n'était composé histologiquement que par l'hypertrophie des gaines nerveuses sans aucune prolifération nerveuse proprement dite, et qui corrobore une fois de plus les idées de Quénu.

Voici cette observation, que nous devons à l'obligeance de M. Vincent, chirurgien-major de la Charité.

Observation I. — *Neuro-fibromatose généralisée. Névrome plexiforme intercostal.*

Enfant de 11 ans, entré le 1er mars 1897, à l'hospice de la Charité, dans le service de M. Vincent.

Dans la famille de ce garçon, rien à signaler, en particulier pas de tumeurs.

Au moment de sa naissance, cet enfant avait un nævus pigmentaire et pilaire déjà très apparent sur la face interne du tibia gauche, et, d'autre part, présentait des taches pigmentaires disséminées sur la peau de la région sacrée et de la région fessière; enfin peut-être y avait-il déjà des noyaux fibreux cutanés; mais les parents ne se sont aperçus de l'existence de deux tumeurs cutanées sous forme de noyaux, l'une dans le sillon naso-génien, l'autre dans la peau qui recouvrait le tendon d'Achille, que vers l'âge de 5 ans.

A l'âge de 8 ans, commença à se développer sur le côté gauche du thorax, un peu au-dessous et en dehors du mamelon, une tumeur qui s'accrut progressivement, en s'allongeant le long du 6e espace intercostal gauche; elle n'était pas douloureuse spontanément, mais donnait lieu à des élancements et à des irradiations quand on la comprimait, ou même par le simple frottement des habits. C'est pour ces douleurs et cette tumeur, que le malade est amené à l'hôpital par ses parents effrayés.

Cet enfant n'a jamais présenté de troubles intellectuels, moteurs ou sensitifs, comme on en trouve souvent dans la neuro-fibromatose.

Au moment de son entrée, on constate les taches pigmentaires signalées; puis 3 fibromes cutanés ou sous-cutanés, l'un dans le sillon naso-génien droit, un autre en arrière du tendon d'Achille, le dernier sur la clavicule droite près de son extrémité interne; enfin une tumeur thoracique gauche aplatie, large comme la paume de la main, à grand axe allongé dans le sens du 6e espace intercostal et recouverte d'une peau très légèrement pigmentée. La consistance était caractéristique, formée de noyaux nombreux avec paquets de cordons, dont l'un plus gros formant une sorte de pédicule, remontait vers l'aisselle. C'était un névrome plexiforme à cause de la consistance et ce diagnostic était manifestement appuyé par la coexistence des tumeurs ou nævicutanés.

Ce sujet présentait, au complet, le syndrome de la neuro-fibromatose généralisée de Kölliker, c'est-à-dire avec ses 3 caractères : tumeurs cutanées, taches pigmentaires, tumeurs des nerfs (2).

M. Vincent pratiqua l'ablation de la tumeur thoracique, qui était constituée comme un névrome plexiforme typique par des noyaux et des cordons enchevêtrés, noueux, moniliformes, absolument typiques. Elle possédait 2 pédicules : l'un externe, sous forme de gros cordon nerveux sous-musculaire qui n'était autre que le nerf intercostal très épaissi; l'autre interne, traversant le muscle intercostal à quelques centimètres en dehors du bord sternal et qui était certainement la branche antérieure ou rameau perforant antérieur du nerf intercostal lequel se

1. *Gaz. des Hôpitaux,* avril 1896.
2. Voir Feindel, thèse de Paris, 1897.

distribue à la peau. En somme, cette tumeur nerveuse s'était développée aux dépens du 7e nerf intercostal gauche ; histologiquement, c'était un fibrome des gaines conjonctives du nerf sans prolifération cylindraxile ou de la gaîne de myéline.

Quant aux tumeurs fibreuses du sillon naso-génien et de la ace postérieure du tendon d'Achille, dont l'ablation avait été également pratiquée, leur structure était celle de fibromes purs, sans trace d'éléments nerveux.

L'examen bactériologique a été pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Renaut.

Les névromes se présentent sous forme de cordons blanchâtres, élastiques, résistants, anastomosés et perdus dans le tissu cellulaire sous-cutané, où la graisse les masque plus ou moins à l'œil. Sur la coupe la peau paraît saine, et ce n'est qu'à une certaine distance du derme que l'on aperçoit les cordons nerveux hypertrophiés les plus superficiels.

Nous essayâmes, mais sans résultat, de pratiquer des dissociations sur des pièces fixées à l'acide osmique ou dans les réactifs ordinaires. La dureté du tissu fibreux qui forme la grande masse des tumeurs, et surtout l'intrication des faisceaux conjonctifs fibreux ne permit pas d'isoler des fibres nerveuses autrement que morcelées et dilacérées par l'action des aiguilles. Nous ne pouvons ainsi affirmer quelle était la proportion relative des fibres à myéline et des fibres amyéliniques. Mais des coupes pratiquées soit sur les gros cordons isolés, soit sur la peau sus-jacente aux petites tumeurs (pied, joue) montrèrent d'une façon suffisamment nette la disposition du tissu conjonctif des cordons nerveux.

Dans les deux cas les résultats furent les mêmes. Il s'agit d'un fibrome du nerf : les éléments myéliniques n'ayant subi d'autre modification qu'un certain degré de dispersion due à la prolifération des éléments conjonctifs.

Sur des coupes longitudinales des plus gros boyaux nerveux, fixés à l'acide osmique et colorés au picro-carmin, au carmin aluné, à l'éosine hématoxylique ou traités par la nigrosine, on reconnaît facilement les tubes nerveux à myéline, fortement colorés en noir par l'osmium, avec les étranglements annulaires, les incisures, le noyau, bref toutes leurs particularités de structure à l'état sain. Ces fibres sont normales. Aucune d'elles ne présente des lésions de dégénérescence. Leurs bords sont réguliers, rien ne permet de supposer qu'elles étaient en voie d'atrophie. Le diamètre des différentes fibres est à peu près uniforme. On ne trouve pas d'éléments que leur petitesse, leur coloration pâle permettent de considérer comme des fibres en voie de régénération.

Le tissu conjonctif de la périphérie se montre très épaissi sur des coupes transversales : il représente près du double ou du triple de l'épaisseur de la gaine lamelleuse à l'état normal. On retrouve cependant la structure lamelleuse, mais déformée par l'épaisseur des éléments qui la constituent, lesquels ont perdu en partie leur affinité ordinaire pour le carmin.

A l'intérieur du tronc nerveux, le tissu conjonctif se présente sous la forme de gros faisceaux fibreux parallèles entourés de fibrilles plus fines, le tout formant une masse au milieu de laquelle sont noyées les rares fibres nerveuses. La structure est la même à la périphérie et au centre et nous n'avons pas retrouvé cette structure rappelant le tissu conjonctif jeune, encore à l'état muqueux que Paviot (1) avait signalée dans un cas de névrome plexiforme et qui s'accusait davantage dans les parties centrales de la tumeur.

Dans tous les cylindres névromateux que nous avons examinés provenant de notre malade, le tissu conjonctif était parvenu à l'état fibreux et nous n'avons trouvé en aucun point un stade plus jeune, indice d'une malignité histologique particulière. Partout on voyait les mêmes faisceaux longitudinaux, nattés avec des faisceaux obliques ou transversaux plus grêles, moins réguliers et plus fréquemment anastomosés entre eux.

On retrouve une disposition identique dans les cordons nerveux que présentent les coupes longitudinales de la peau et des tissus sous-jacents : même épaississement de la gaine lamelleuse et du tissu conjonctif fasciculant.

1. Adenot, Névrome plexiforme de la partie inférieure de la jambe avec malformation et pigmentation de la peau (*Lyon médical*, 1895, p. 391 à 396 : examen bactériologique, p. 394).

Les cordons occupent uniquement le tissu conjonctif sous-cutané : le derme ne présente aucune modification.

Ce n'est qu'au-dessous des glomérules les plus profondément situés des glandes sudoripares que l'on trouve les cordons les plus superficiels. Leur volume est très variable. Ils se présentent coupés suivant toutes les directions et rappellent par cette disposition celle des tubuli contorti sur une coupe du rein. Mais leur structure est partout la même : hypertrophie de la gaine lamelleuse qui se distingue nettement du tissu conjonctif ambiant — multiplication des faisceaux conjonctifs de l'intérieur du tronc — lesquels se présentent coupés dans toutes les directions, considérés dans un même cordon et diffèrent ainsi légèrement de ce qu'ils sont dans les troncs plus volumineux et situés plus profondément.

Pas plus que dans ces derniers on ne retrouve de stades plus jeunes du tissu conjonctif, ni de fibres nerveuses que l'on puisse considérer comme en voie d'atrophie ou de régénération.

Le tissu conjonctif qui sépare les différents cordons ne présente non plus aucune particularité.

En résumé nous avons affaire à une hypertrophie simple du tissu conjonctif des nerfs, sans participation, du moins actuelle, de la fibre nerveuse à ce processus hypertrophique, sans aucune tendance à la malignité, sans aucune altération des tissus de voisinage et sans trace d'inflammation.

Notre tumeur rentre donc bien, ce que faisait du reste prévoir son évolution et sa disposition macroscopique, dans la classe des fibromes des nerfs.

Quant à savoir si le *primum movens* de l'hypertrophie conjonctive se trouve dans le tissu conjonctif lui-même ou dans la fibre nerveuse, nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet. Dans une observation intéressante qu'il a publiée avec Audry, Lacroix (1) notait « que l'épaisseur du tissu conjonctif enveloppant varie en raison directe du nombre des fibres nerveuses qui forment l'axe du tronc nerveux. Ce fait est incompatible avec l'idée d'un fibrome pur et primitif des gaines des nerfs : dans une semblable tumeur on ne pourrait s'expliquer le parallélisme qui existe entre l'élément nerveux et l'élément fibreux si on attribue à ce dernier le rôle principal ». On a vu que dans notre cas les fibres nerveuses étaient partout très rares et que le tissu conjonctif était dans tous les cordons neuromateux à peu près également développé. Le parallélisme marqué plus haut manquait absolument. Mais nous reconnaissons que cette circonstance ne peut en aucune façon porter à incriminer plus spécialement la fibre nerveuse elle-même ni son tissu de soutien.

Ainsi donc, nous avions affaire au syndrome complet de la neuro-fibromatose généralisée décrit depuis 1860 par Kölliker, rajeuni dernièrement par M. Marie (2) enfin spécialement étudié par Feindel. Les tumeurs cutanées, les taches pigmentaires étaient peu abondantes mais se présentaient avec leurs caractères ordinaires.

Quant à la tumeur des nerfs, sous-aponévrotique, que Marie appelle la tumeur principale parce que son volume attire ordinairement toute l'attention lorsque son développement progresse plus ou moins rapidement, alors que le malade est depuis longtemps habitué aux tumeurs plus apparentes mais moins gênantes de la surface cutanée, cette tumeur, disons-nous, se présentait avec tous les caractères cliniques du névrome plexiforme. Elle était, d'autre part constituée histologiquement par une simple hypertrophie conjonctive de la gaine du nerf intercostal.

Les considérations qui suivent s'appliqueront donc aussi bien aux névromes plexiformes qu'aux neuro-fibromes profonds : car les névromes plexiformes ne sont histologiquement que des neuro-fibromes, à aspect clinique spécial au moins dans la majorité des observations.

Quels sont donc les rapports de la neuro-fibromatose cutanée et des névromes plexiformes? Il est hors de

1. Audry et Lacroix, Les névromes plexiformes et les pachydermies névromateuses (*Lyon médical*, 1891, 24 mai.)
2. Marie, *Clinique*, 1896.

doute que les névromes plexiformes coexistent fréquemment avec la neuro-fibromatose cutanée et nous voulons insister particulièrement sur ce point. Dans la thèse de Picqué (Lyon 1894) où sont relatés 50 cas de névromes plexiformes, nous pouvons relever 18 fois la neuro-fibromatose cutanée, et sans doute les auteurs ont omis plusieurs fois de noter ces tumeurs cutanées qui leur paraissaient sans importance, eu égard à la principale tumeur, et qui demandent pour être trouvées souvent un observateur prévenu et attentif. Pour citer un exemple, nous ajouterons que, chez notre malade, ces tumeurs cutanées nous auraient totalement échappé, si l'aspect clinique de la tumeur intercostale, pour laquelle on amenait cet enfant, n'avait étrangement rappelé le névrome plexiforme. Instruit par une observation antérieure, nous avons alors pu déceler les petits fibromes sous-cutanés, les tâches pigmentaires, et tout en affirmant le diagnostic de neuro-fibromatose cutanée, cet examen a confirmé indubitablement le diagnostic de la nature et du siège de la tumeur intercostale.

Nous admettons donc que le névrome plexiforme coïncide souvent avec la neuro-fibromatose cutanée. D'autre part, dans la grande majorité des faits, la constatation de la neuro-fibromatose cutanée présente le plus grand intérêt, au point de vue du diagnostic des tumeurs profondes sous-aponévrotiques, dont l'examen minutieux peut être difficile en raison de leur situation plus ou moins inaccessible à nos moyens d'investigation.

En résumé, quand il existera, chez un sujet porteur de malformations cutanées, une ou plusieurs tumeurs profondes, on devra ranger fermement ces productions sous le diagnostic de tumeurs des nerfs, névromes plexiformes, neuro-fibromes, etc. On peut citer à l'appui de cette conclusion les cas de Poncet, Bruns, Pomorski, Feindel, etc. En second lieu, toutes les fois qu'une tumeur profonde présentera dans sa nature une obscurité quelconque, l'observateur qui pourrait penser à une origine nerveuse, devra immédiatement porter ses recherches attentives sur le revêtement cutané pour y déceler des tumeurs plus ou moins apparentes et nombreuses. Dans bien des cas, il aura la satisfaction d'affirmer un diagnostic douteux de neuro-fibromatose généralisée avec névrome plexiforme ou neuro-fibrome profond. Ces courtes considérations offrent donc une réelle importance pratique; elles permettent d'espérer que le névrome plexiforme ou le neuro-fibrome profond pourront être reconnus cliniquement, alors qu'autrefois on se contentait de diagnostiquer une tumeur congénitale avant et même après l'intervention, jusqu'au moment de l'examen histologique. Aujourd'hui, la clinique pourra bien souvent précéder le microscope. Les recherches de Marie et celles de Feindel, etc., démontrent le bien fondé de ces remarques, en même temps qu'elles attirent avec juste raison l'attention des cliniciens sur le syndrome décrit avec tant de précision par Kölliker.

Cette précision du diagnostic aura des conséquences immédiates, pour l'établissement d'un pronostic préopératoire et pour le choix de l'intervention. Chaque fois que le chirurgien prendra le bistouri pour enlever une tumeur profonde chez un individu atteint de malformations congénitales cutanées, il doit s'attendre à rencontrer une tumeur développée aux dépens d'un nerf et à toutes les conséquences qui peuvent résulter de ce siège, c'est-à-dire à des paralysies, à des anesthésies diverses, qui modifient singulièrement le pronostic dans certains cas. Une tumeur du cou était un fibrome du pneumogastrique dans le cas de Pomorski ainsi que dans un fait de Bruns; une tumeur du bras, dont l'extirpation fut tentée par Winiwarter (1), était, en réalité, constituée par une série de neuro-fibromes développés sur le tronc du médian, et l'opération fut immédiatement suivie d'une paralysie. Nous donnons enfin, ici une observation de neuro-fibromatose cutanée accompagnée d'une tumeur sous-aponévrotique développée sur le trajet du nerf radial un peu au-dessus du pli du coude; cette observation a été relatée déjà par nous dans la *Gazette des Hôpitaux* (2) et provient du service de M. le professeur Poncet, notre maître, dont nous avions l'honneur d'être l'interne.

Obs. II. — *Neuro-fibromatose généralisée. Tumeur principale développée sur le nerf radial.*

R... (Joseph), scieur de long, 34 ans, entré, le 26 février 1896, à la Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. Pas d'antécédents héréditaires de tumeurs.

Cet homme, qui rentre, pour une tumeur volumineuse du bras droit, présente en outre sur la plus grande partie du tégument externe, des tumeurs nombreuses de volume et de consistance variables, dont le début remonte à la première enfance et rappelant le syndrome décrit par Kölliker sous le nom de neuro-fibromatose généralisée.

Il y a 3 ans, cet individu reçut sur la face antéro-externe et inférieure du bras droit un coup violent qui nécessita un repos de quelques jours. Quand il reprit son travail, toute trace de traumatisme avait disparu; le malade ne conservait plus que le souvenir de ce coup, lorsqu'un an après, au siège du traumatisme commença à se développer une tumeur profonde, chaque jour plus volumineuse et qui, bientôt, vint faire une forte saillie en avant et en bas du bras droit, dans la gouttière externe de la saillie du muscle biceps, à quelques centimètres au-dessus du pli du coude. Depuis 2 ans, cette tumeur a toujours été indolente; et c'est seulement la gêne apportée par le néoplasme dans le travail qui décide cet homme robuste à réclamer le secours de la chirurgie.

A son entrée, on constate, au siège précité, en dedans des muscles épicondyliens, une tumeur du volume du poing, fusiforme, recouverte d'une peau normale et paraissant manifestement fluctuante. En certains points, la tumeur est un peu plus dure et rappelle la consistance d'un sarcome. Ce néoplasme est très mobile sur les plans profonds, lorsque le bras est relâché, mais cette mobilité disparaît quand on fait contracter les muscles qui enserrent la production. Pas de signes de compression vasculaire ou nerveuse, pas de troubles moteurs ou sensitifs, aucun engorgement ganglionnaire, aucun point douloureux. Le diagnostic fut abcès froid, en raison de la fluctuation.

Les tumeurs cutanées sont innombrables, disséminées sur la face, le tronc, le cou, les membres supérieurs surtout, les unes sessiles, les autres pédiculées rappelant le molluscum pendulum; leur volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse noix; la plupart ont une consistance molle et pâteuse semblable à celle des hémorrhoïdes flasques. Quelques-unes sont réductibles, vasculaires et disparaissent par la pression; d'autres, enfin, sont plus consistantes et fibreuses. Leur couleur est celle de la peau, d'une façon générale; celles qui sont réductibles ont une couleur violacée assez typique.

L'examen de ces tumeurs fut un sujet de curiosité; personne des assistants ne songea à établir un lien de parenté entre la tumeur majeure du bras droit paraissant acquise et les néoplasies congénitales du tégument externe. On ne songea nullement à une tumeur profonde des nerfs et on se contenta du diagnostic d'abcès froid.

M. Villard, chef de clinique, pratiqua successivement en 3 mois deux interventions chez cet homme et ce fut à la seconde intervention seulement qu'on pût reconnaître l'origine radiale de la tumeur du bras. L'extirpation, bien qu'incomplète fut suivie d'une paralysie dans la sphère du radial. Cet homme est revenu en juin 1897, 10 mois après la seconde in-

1. Winiwarter, *in Arch. für path. Anat.*, 1876.
2. *Gaz. des hôpitaux*, 28 avril 1896.

tervention, présentant une récidive énorme de la tumeur qu'on avait enlevée parcimonieusement, pour éviter la section du radial. La seule intervention possible alors était la désarticulation de l'épaule, qui fut refusée. Le patient disparut et doit, sans doute, avoir succombé.

Les deux examens histologiques pratiqués successivement par M. Dor, chef de laboratoire de M. Poncet, ont démontré que cette néoformation s'était développée dans le tissu conjonctif du nerf radial. Le premier examen histologique montrait déjà une tendance à la prolifération rapide; le second indiquait une transformation sarcomateuse, qui s'est vérifiée cliniquement. Il s'agissait, en somme, d'une tumeur conjonctive à évolution maligne du nerf radial, c'est-à-dire d'un sarcome de la gaine du radial.

Ces deux observations signalées par nous confirment simplement les considérations de Kölliker. Notre but consiste uniquement à rappeler aux cliniciens l'importance de ce syndrome dans le diagnostic de l'origine nerveuse des tumeurs profondes, en reportant tout l'honneur au grand histologiste allemand.

Le second fait appartenant à notre maître, M. Poncet, met en relief un point également important dans l'histoire des tératomes qui constituent par leur ensemble la neuro-fibromatose, c'est la transformation maligne fréquente de ces malformations. M. Poncet insiste sur cette terminaison et, bien avant l'époque où le diagnostic de malignité put être porté sur son malade, nous écrivions, sous son inspiration, ces lignes qui étaient une véritable prédiction, trop vite réalisée malheureusement : « Les tumeurs cutanées et la tumeur du bras relèvent d'une disposition congénitale des tissus, et, nous le répétons encore, à un moment donné, elles sont susceptibles de revêtir des transformations qui en modifieront profondément le caractère et le pronostic. Car toute tumeur, quelles que soient sa structure et sa bénignité apparentes, est un pas fait dans la voie des transformations, et un acheminement vers une évolution plus maligne, qui la classera alors parmi les tumeurs cancéreuses. » Nous citions alors une observation antérieure de M. Poncet, où, les néoplasies cutanées ayant tout à fait les caractères congénitaux et morphologiques de la neuro-fibromatose, un énorme sarcome sous-aponévrotique de la cuisse survint chez un homme de 44 ans et nécessita l'amputation de cuisse. Winivarter a publié une observation semblable en 1876, et sans doute bien des cas intitulés simplement sarcomes des parties molles sont, en réalité, des transformations de tumeurs développées sur les cordons nerveux.

Quoiqu'il en soit, il faut admettre que l'évolution maligne de ces tumeurs congénitales de la neuro-fibromatose est très fréquente. Cette remarque absolument justifiée plaide peu, on en conviendra, dans le sens de la théorie parasitaire des tumeurs, mais semble au contraire appuyer la théorie du trouble du développement dans cette pathogénie si discutée actuellement. Car ces malformations sont manifestement congénitales et héréditaires, dans de nombreuses observations, et, à moins d'admettre la transmission héréditaire du parasite, on ne pourrait pas expliquer la transformation maligne si fréquente de ces tumeurs congénitales. Girard (de Grenoble) a publié tout récemment trois cas observés en l'espace de quelques mois, et qui démontrent une fois de plus l'importance de cette remarque dans l'évolution des tumeurs congénitales.

Le pronostic de la neuro-fibromatose et des névromes plexiformes qui n'en sont qu'une modalité clinique devra donc toujours être très réservé, pour plusieurs motifs. Tout d'abord on doit craindre la dégénérescence qui, heureusement, n'est pas constante. En second lieu, le patient est sous le coup d'accidents multiples et variés qui tiennent au siège variable des malformations nerveuses : ces tumeurs peuvent, par leur situation, entraîner des accidents mortels, et, dans cet ordre d'idées, nous nous contenterons de signaler la compression de la moelle (Bruns) ou encore la production d'une pleurésie hémorrhagique mortelle (Pomorski) par un névrome plexiforme de la région thoracique. Nous rappellerons que le sujet de notre première observation était atteint lui aussi d'un névrome intercostal; jusqu'ici, aucun phénomène pleural ne s'est manifesté chez lui, mais tôt ou tard cette complication peut être à redouter et le pronostic doit donc être particulièrement réservé chez lui, à ce point de vue spécial. Enfin, la marche graduellement progressive de certaines des tumeurs, la formation de nouveaux névromes sur le trajet des nerfs importants et jusque dans les centres nerveux (Mossé, 1897) assombrissent singulièrement le pronostic. Nous devons ajouter que, malgré tout, il existe des exemples indiscutables de neuro-fibromatose et de névromes plexiformes restés sans complication chez des individus morts à un âge avancé; il est à souhaiter que des résultats à longue échéance fixent ce point d'une façon définitive.

Les auteurs qui ont fait une étude de la neuro-fibromatose généralisée n'ont pas manqué de chercher l'explication de ce trouble de développement, qui affecte le tégument cutané et d'autre part dans la profondeur se localise exclusivement sur les nerfs. Pourquoi les tumeurs congénitales se développent-elles seulement sur les nerfs, quand elles sont sous-aponévrotiques ? Feindel résumant l'opinion des auteurs donne une explication embryogénique très plausible : toutes les malformations de la neuro-fibromatose proviennent, dit-il, d'une perversion dans le développement du feuillet ectodermique de l'embryon; ce sont des tératomes d'origine ectodermique localisés par conséquent sur les organes dérivés du feuillet incriminé, c'est-à-dire sur la peau et ses annexes et sur le système nerveux central et périphérique. Par conséquent, dans les tissus profonds les nerfs seuls participeront aux malformations.

Cette théorie paraît juste et devoir remplacer celle de Bruns et Virchow, qui regardaient les névromes plexiformes, la neuro-fibromatose, etc. comme des manifestations de l'éléphantiasis congénital : mais ainsi, on ne comprend pas cette singulière prédilection de l'éléphantiasis pour les nerfs et pour le tégument externe, alors que les muscles, les vaisseaux et le tissu cellulaire sont à peu près complètement respectés.

Nous avons admis, au début de cet article, et nous appuyant sur l'autorité de Quénu, que le névrome plexiforme était une tumeur purement conjonctive, ainsi que les neuro-fibromes. Nos deux observations viennent confirmer cette pensée. Parmi tous les faits publiés avec examen histologique, seuls Audry et Lacroix paraissent admettre la prolifération vraie (1). Dans un travail ultérieur et à propos d'un cas différent appartenant au professeur Poncet (2), Lacroix admet plutôt l'absence de prolifération nerveuse, et croit que le névrome plexiforme n'était qu'un fibrome de la gaine du nerf, sous la microscope. Nous ajouterons que la plupart des auteurs allemands et français tendent à admettre l'identité de

1. Girard, *Dauphiné médical*, 10 février 1898.

1. Audry et Lacroix, *loco citato*.
2. Collet et Lacroix, *Gazette hebdomadaire*, 1894.

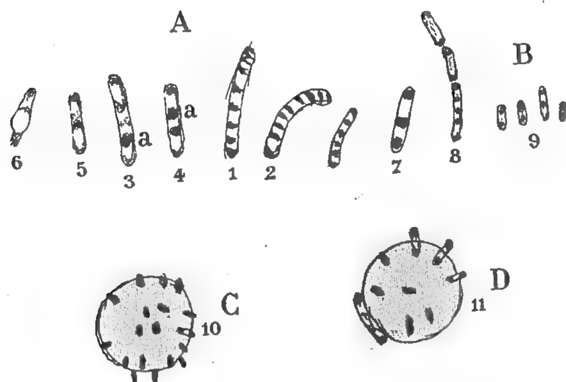
structure histologique du neuro-fibrome et du névrome plexiforme. Tel est l'avis de Bruns, de Quénu, de Paviot, de Picqué. C'est en nous basant sur ces résultats que nous avons cru pouvoir identifier le névrome plexiforme et le neuro-fibrome à un point de vue clinique, et poser cette allégation que le névrome plexiforme au même titre que le neuro-fibrome n'est qu'une simple manifestation clinique spéciale de la neuro-fibromatose. Le névrome plexiforme n'aurait pas de caractéristique anatomique, et d'autre part, en clinique, il ne représenterait qu'une modalité spéciale des malformations nerveuses congénitales de la neuro-fibromatose généralisée: il semble donc qu'on puisse dire que le névrome plexiforme n'est qu'une accumulation de neuro-fibromes diversement disposés sur le trajet d'un territoire nerveux. Entre le neuro-fibrome unique et les neuro-fibromes multiples qui constituent par leur ensemble et la diversité de leur assemblage le névrome plexiforme, on devra retrouver tous les intermédiaires; mais nous touchons là à une question de doctrine, que nous n'avons nullement l'autorité et encore moins la prétention de trancher d'une façon définitive, tout en faisant remarquer que déjà certains auteurs ont donné au névrome plexiforme le nom de *neuro-fibromatose plexiforme*.

BACTÉRIOLOGIE

Bacilles du béribéri,

Par M. le Dr Gustave Nepveu (de Marseille).

Les bacilles du béribéri présentent trois phases dans leur évolution; on peut les étudier facilement à l'aide du



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

1, 2, 3, 4, 5. *Grands bacilles*. 3a et 4a : Endospores.
6. Altération spéciale avec éclatement probable du bacille.
8. Streptobacilles.
9, 11. *Moyens bacilles*.
10. *Petits bacilles* sur un globule rouge.

violet de dahlia additionné d'un peu de vert de méthyle (voir Nepveu, *Acad. des sciences*, 18 janvier 1898).

Les *petits bacilles* sont ovoïdes en forme de coin avec pôles arrondis (voir C. 10).

Les *moyens bacilles* présentent un espace clair entre deux pôles foncés. Dans les formes plus âgées, le protoplasme bacillaire se colore parfois très légèrement et laisse voir des points foncés dans le milieu du bacille, véritables spores. Ils forment aussi de petites chaînettes.

Les *gros bacilles* sont à la fois plus gros et plus longs, leurs extrémités sont toujours arrondies et foncées, leurs bords sont légèrement colorés; ils renferment souvent deux ou trois, quelquefois cinq, six, sept masses transversales plus ou moins épaisses, qui sont amincies lorsque le bacille est courbé en avant dans le sens de la flexion et plus épaisses dans l'autre. Ces masses transversales ont l'aspect de fines cloisons (voir 1 et 2).

Ces bacilles du béribéri se reproduisent par un procédé assez complexe, par spores (voir 3, 4, 7) et par scission (8).

Les grands bacilles s'observent surtout dans la cavité du glomérule, les moyens bacilles et les formes cocciques dans le sang, soit sur le pourtour des globules, soit sur leurs faces. En certains points ils forment une véritable purée dans les vaisseaux.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Reille. *Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement du Dr Schwartz*. N° 167. (Steinheil.)

M. Lapina. *Traitement du rhumatisme et d'autres affections justiciables de la méthode salicylée par le salicylate de méthyle en applications locales*. N° 174. (A. Maloine.)

M. Lautaret. *Des complications locales et en particulier des complications infectieuses consécutives aux injections d'éther*. N° 172. (Ollier-Henry.)

M. Dulac (Auguste). *Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires*. N° 175. (H. Jouve.)

M. Wetterwald (Félix). *La commotion du labyrinthe*. N° 178. (H. Jouve.)

M. Potier (Eugène). *Contribution à l'étude des tumeurs du pli du coude*. N° 176. (Steinheil.)

M. Paris (Charles). *Valeur séméiologique des écoulements de sang et de sérosité par l'oreille dans les fractures du rocher*. N. 177. (H. Jouve.)

Le Dr Schwartz a simplifié d'une façon notable le procédé dit de Bassini pour la cure radicale de la hernie inguinale. Le sac étant réséqué, la gouttière du ligament de Poupart mise à nu, Bassini embroche tout à la fois le transverse, le petit oblique et le fascia transversalis pour venir les fixer au bord postérieur de l'arcade crurale. Le Dr Schwartz, au lieu de cela, décolle le bord inférieur du petit oblique seul ou, si des adhérences musculaires trop fortes ne le permettent pas, le petit oblique et le transverse; il mobilise et abaisse alors ces muscles en les serrant avec une pince hémostatique et les amène ainsi à l'arcade crurale. Ainsi que le montre la statistique réunie par M. Reille ce procédé très simple convient particulièrement aux hernies de petit et de moyen volume. La résistance de la paroi profonde ainsi obtenue est beaucoup plus considérable.

D'après M. Lapina le salicylate de méthyle en applications locales est parfaitement absorbé. Son emploi est indiqué dans tous les cas où le salicylate de soude donne lieu à des phénomènes d'intolérance.

Il convient aussi dans le rhumatisme aigu à forme très douloureuse et dans les formes subaiguës et chroniques du rhumatisme, c'est un médicament de choix.

Enfin dans les arthrites gonococciques, il agit mieux que le salicylate de soude.

En dehors du rhumatisme, le salicylate de méthyle peut être utilisé surtout comme analgésique dans les pleurésies simples,

dans les pleurésies diaphragmatiques, dans les névralgies et la sciatique.

Les injections d'éther employées en France depuis 1873, occasionnent souvent des accidents locaux ou même généraux de nature assez grave. M. Lautaret a réuni un certain nombre d'accidents provoqués par les piqûres d'éther. Hermozan déjà avait signalé la possibilité de névrites dues à cette cause. Les eschares ne sont pas rares et souvent aussi on peut avoir des phlegmons graves.

Pour éviter ces accidents, les injections d'éther devraient toujours être sous-cutanées.

En outre elles devront être faites avec toutes les précautions nécessaires : la peau sera savonnée et lavée à l'alcool, la seringue aseptique et l'aiguille flambée.

On fera l'injection dans le tissu cellulaire, soit à la face externe de la cuisse, soit sous la peau du flanc ou du thorax.

L'injection devra être faite lentement, et la quantité d'éther injectée au même point ne devra jamais dépasser un centimètre cube.

D'après M. Dulac les injections intra-articulaires de naphtol camphré et d'éther iodoformé constituent un bon traitement des tumeurs blanches.

Elles sont indiquées dans les arthrites tuberculeuses au début, dans les tumeurs blanches sèches dont elles hâtent la guérison.

Elles produisent d'excellents résultats dans les tumeurs blanches suppurées avec abcès non ouvert, non infecté secondairement.

Elles peuvent aussi amener la guérison des tumeurs blanches fistuleuses.

On peut et on doit y avoir recours avant d'entreprendre une intervention sanglante à moins d'accidents pressants mettant la vie du malade en danger immédiat.

Elles constituent également un bon traitement palliatif dans les cas où l'état général du malade s'oppose à l'intervention.

M. Wetterwald a eu l'occasion d'examiner plusieurs malades présentant à la suite de traumatismes divers un ensemble plus ou moins complet des symptômes désignés sous le nom de syndrome de Ménière.

Le traumatisme qui ébranle le labyrinthe peut se produire par deux mécanismes différents :

a) En comprimant le liquide qui baigne les terminaisons nerveuses du nerf auditif.

b) En commotionnant la partie du crâne (rocher) qui abrite l'oreille interne (voie osseuse). Les lésions préexistantes de l'oreille moyenne ou de la trompe favorisent l'élévation brusque de la pression dans le labyrinthe et par suite la commotion.

Il y aurait donc avantage à examiner, au point de vue de l'intégrité de l'appareil auditif, les mécaniciens et employés de chemin de fer, et à renouveler fréquemment cet examen (Castex). Du bon état de leur oreille, non moins que de leur vue, dépend en effet la sécurité des voyageurs et leur propre santé, une oreille dont la trompe ou la caisse sont malades étant plus aisément atteinte de surdité labyrinthique qu'une oreille saine.

Les lésions anatomiques sont difficilement constatables : elles ne consistent pas toujours en une hémorrhagie des canaux ou du limaçon. Il y a parfois de la desquamation épithéliale. Les lésions des fibres nerveuses aboutissent à l'atrophie.

Même l'hémorrhagie, si elle a lieu, ne donne pas forcément lieu au syndrome de Ménière, si elle se produit dans des parties sans importance au point de vue fonctionnel. Pour que les accidents éclatent, il faut que l'extravasation ait lieu dans le domaine des terminaisons nerveuses (Politzer, Steinbrugge).

La marche des troubles consécutifs est généralement progressive, quant à l'affaiblissement de la fonction; décroissante, pour les troubles réflexes et les bruits subjectifs, indépendamment de toute médication.

Le pronostic est favorable *quoad vitam*, avec cette réserve que la mélancolie due à l'intensité et à la persistance des bruits subjectifs peut conduire le patient au suicide. Mais la surdité définitive est l'aboutissant ordinaire de toute lésion du labyrinthe.

M. Potier a voulu donner quelques indications sur la fréquence, les caractères, la nature et surtout le diagnostic des tumeurs du pli du coude. Il résulte de ses recherches que les tumeurs du pli du coude, à l'exception des anévrysmes artérioso-veineux, sont assez rares : des grands plis de flexion des membres, le pli du coude est le plus rarement atteint.

Ces tumeurs sont de nature variée, les unes : kystes, lipomes, sarcomes, s'y développent au même titre, bien qu'avec une fréquence moindre que dans d'autres régions des membres, telles que : le creux poplité, le pli de l'aine, l'aisselle, les articulations du poignet et du cou de pied.

Une d'elles, l'hématome, est spéciale à cette région.

L'anévrysme spontané au cours d'une maladie du cœur, de même que l'anévrysme spontané sans cause apparente, semblent choisir l'humérale plus volontiers que toute autre artère.

Les tumeurs du pli du coude peuvent prêter à de nombreuses erreurs de diagnostic qu'il sera toutefois, le plus souvent, possible d'éviter.

Leur traitement sera presque exclusivement chirurgical.

Il ne suffit pas, en effet, qu'un individu ayant fait une chute sur le crâne présente un écoulement de sang et de sérosité et une paralysie faciale consécutive pour affirmer l'existence d'une fracture du crâne.

M. C. Paris a essayé d'étudier la signification exacte des principaux symptômes observés généralement dans les fractures de la base du crâne et en particulier du rocher.

L'otorrhagie doit être non seulement abondante, mais encore persistante, intermittente et se prolonger plusieurs jours. L'écoulement de sérosité qui lui succède habituellement soit d'emblée, soit à intervalle plus ou moins long doit être abondant, se manifester d'une façon continue et augmenter lorsque le malade penche la tête, lorsqu'il tousse, se mouche, en un mot fait des efforts. L'analyse du liquide écoulé y décélera tous les caractères physico-chimiques du liquide céphalo-rachidien.

Enfin la paralysie faciale pour avoir une réelle valeur devra être contemporaine de l'accident.

Quand à tous ces symptômes, se joignent les signes d'une commotion cérébrale violente plongeant le blessé dans un état comateux prolongé, le diagnostic toujours difficile de fracture du rocher peut être posé sans hésitation.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine, par P. Courmont (*Arch. de méd. expérim.*, janvier 1898, p. 75). — Ce travail donne la description d'une nouvelle forme de tuberculose strepto-bacillaire. Il s'agit d'une arthrite du coude présentant tous les caractères anatomiques de la tuberculose typique : tubercules synoviaux avec cellules géantes. Mais la symptomatologie était atypique ; il y avait une hémarthrose torpide, sans lésions osseuses. Les lésions humaines ne contenaient pas le bacille de Koch, mais un strepto-bacille dont l'inoculation au cobaye reproduisit des lésions analogues à la tuberculose.

Lésions nucléaires dans la paralysie faciale périphérique, par A. Meyer (*The Journ. of experim. medicine*. New-York, novembre 1897, p. 607). — Cas de paralysie faciale périphérique chez un paralytique général, à la suite d'une infiltration hémorrhagique du périoste du conduit auditif interne. L'examen histologique, pratiqué 10 jours après l'invasion de la paralysie, montra d'une façon typique, dans le noyau du facial, du même côté seulement, les lésions cellulaires consécutives avec altération périphérique, telles qu'elles ont été décrites par Nissl.

Ce fait a montré qu'il n'y a pas de diminution des éléments de la 5e paire; il a montré qu'il y a une indépendance relative entre le noyau de Deiters et les terminaisons du nerf acoustique.

CHIRURGIE

Cystocèle uréthrale chez une fillette de 2 ans 1/2, par Alexandrow (*Diezkai Medizina*, 1897, n° 2). — A travers l'urèthre dilaté faisait saillie la vessie inversée. La tumeur dé-

passait les grandes lèvres qu'elle écartait et on reconnaissait à sa surface les embouchures des uretères, desquels l'urine s'égouttait. Dans le sac formé par la vessie inversée cheminait une anse intestinale. Il y avait aussi prolapsus du rectum. On pratiqua la remise en place de la tumeur vésicale et on cautérisa l'urèthre pour en obtenir le rétrécissement.

Malgré tout, la cystocèle récidiva et la fillette succomba.

Valeur diagnostique du réflexe abdominal en gynécologie (Die diagnostische Bedeutung des Bauchreflexes in der Gynäkologie), par Bodow (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1898, n° 5, p. 115). — L'auteur a constaté que la contraction réflexe de la paroi abdominale, provoquée par le pincement ou une autre excitation mécanique de la peau de cette région, reste, du côté malade, normal dans la paramétrite et est par contre diminué ou aboli dans la pelvi-péritonite. Comme le diagnostic différentiel entre ces deux affections est souvent fort difficile, l'auteur pense que l'état du réflexe abdominal peut être utilisé dans ces cas particulièrement.

L'auteur a encore fait des recherches pour trouver chez la femme l'équivalent du réflexe crémastérien chez l'homme. Partant de ce fait que le ligament rond est chez la femme l'équivalent du crémaster de l'homme, et que la contraction du ligament rond doit par conséquent amener un déplacement de l'utérus, il introduisait une sonde dans l'utérus et pinçait la face interne des deux cuisses de la femme. Sur 4 expériences de ce genre, il a vu une fois la sonde utérine se porter en arrière, en indiquant ainsi le déplacement de l'utérus en avant sous l'influence de la contraction des ligaments ronds.

Hernie ombilicale, par A. Goldspohn (*Am. gyn. and. obst. Jour.*, sept. 1897). — La hernie ventrale étant surtout la conséquence de certaines formes de sections abdominales, est en grande partie évitable *a*) en évitant les conditions qui mènent à la suppuration; *b*) restauration aussi exacte que possible de la continuité de chacune des couches qui ont été intéressées par l'incision; *c*) en évitant de conserver des corps étrangers, drains, etc., plus de 48 heures entre les deux lèvres de l'incision, toutes les fois qu'il sera possible.

Toutes les hernies ombilicales et ventrales chez des personnes dont l'état général ne s'oppose pas formellement à l'intervention chirurgicale seront opérées de bonne heure. L'opération s'impose lorsque la hernie n'est plus facilement réductible. Les principes à retenir dans l'opération radicale des grandes hernies ventrales ou abdominales sont *a*) replacement des muscles grands droits avec leurs aponévroses entières dans leur siège et leurs rapports normaux; fixation des muscles en leur place par deux longues sutures (métalliques) de tension qui seront situées en dehors de leurs bords latéraux ; *b*) éviter toute manœuvre capable de changer, compromettre la circulation normale, de détruire les rapports normaux de continuité et de contiguïté des muscles et des aponévroses.

Un cas de hernie du poumon, par Frank Wightman (*British med. Journ.*, 5 févr. 1898, n° 1936, p. 365). — Histoire d'un homme de 41 ans qui, le lendemain d'un jour où il avait joué du trombone, ressentit dans le dos une douleur violente, comme un coup de couteau. Les jours suivants, la douleur revient par moments, mais moins intense. Pas de toux, ni d'hémoptysie, ni de vomissement.

A l'examen, on trouva une tumeur mobile, douloureuse, lobulée, située évidemment au-dessous des muscles; elle avait 3 pouces 1/2 de long, 2 pouces de large, était située sur le dos, 1 pouce 1/2 à gauche de l'épine du dos et à la hauteur des 7e et 8e côtes. Elle ressemblait beaucoup à un lipome.

A l'opération, on ne trouva pas la communication entre la tumeur et l'intérieur du thorax; aucune ouverture du thorax ne fut rencontrée. La tumeur était recouverte d'une mince membrane brillante, elle n'était pas crépitante, et au microscope fut démontrée être du poumon normal en collapsus. Le malade se remit sans difficulté, mais ne fut pas soulagé de sa douleur.

Entérocèle partielle étranglée, par Frank A. Stahl (*Journ. of am. Assoc.*, 2 oct. 1897). — M. Frank A. Stahl rapporte un cas de hernie dite de Littre, où il y avait absence de tumeur et seulement un peu de rougeur au-dessus du point de rupture; la douleur commençait au point marquant la place du mal de la hernie et y retournant. Le malade eut deux selles perdues, qui augmentèrent la douleur au point de l'étranglement. Il fit des efforts mais ne vomit point. Enfin la hernie fut réduite sans opération.

L'auteur compare ce cas avec plusieurs autres pour montrer qu'il s'agissait bien d'une hernie de Littre; il rapporte une autre observation personnelle où le diagnostic fut confirmé par l'opération; on trouva une perforation intestinale, on pratiqua un anus qu'on ferma 48 heures plus tard. Le malade mourut deux jours après d'épuisement. L'article épuise le sujet et se termine par les conclusions :

1° Cette forme existe.

2° Les symptômes de l'entérocèle partielle étranglée sont plus légers que ceux de l'entérocèle complète; les vomissements n-sont pas fécaloïdes, la constipation pas absolue dans son étranglement.

Par exception la réaction est si légère que cette état passe inaperçu.

3° A cause de la légèreté des symptômes, de la petitesse de ses dimensions, de sa tendance à disparaître, elle réclame un diagnostic attentif;

4° L'entérocèle partielle aiguë doit être différenciée au début d'un ganglion inguinal augmenté de volume; dans son état avancé, suppuratif, de l'adénite suppurée.

5° La forme aiguë de l'entérocèle partielle si elle n'est pas réduite, donne les symptômes habituels de la hernie aiguë ou se change peu à peu en forme chronique d'entérocèle partielle;

6° Son traitement est la réduction, par taxis ou herniotomie.

MÉDECINE PRATIQUE

Conservation des ovaires dans l'hystérectomie et l'hystéromyectomie,

D'après M. le Dr Howard-Kelly (de Baltimore) (1).

Il n'est pas douteux que les ovaires, comme le thymus, la glande pinéale, le corps thyroïde, etc. sont aptes à modifier le sang en y déversant une substance utile à la conservation de l'équilibre de la nutrition générale. Curatolo et Tarulli ont montré que la proportion des phosphates était en diminution dans l'urine des chiennes ovariotomisées; Airstoff a constaté l'augmentation de volume de l'ovaire laissé en place chez des lapines à qui on avait enlevé l'autre ovaire; des troubles divers apparus chez des femmes ayant subi la castration, ont été guéris par l'administration de thyroïdine (Stehman, de Chicago), ou d'ovarine (Chrobak), etc.

L'ovaire sera donc respecté toutes les fois qu'il sera sain, et c'est le cas dans nombre d'hystérectomies faites pour fibromes de l'utérus. Depuis 2 ans M. Howard Kelly s'est imposé la règle de laisser en place tous les ovaires reconnus sains, et, dans les 20 observations d'hystérectomie qu'il résume, dans lesquelles un ovaire au moins a été conservé, il est à noter que les troubles de la ménopause artificielle ont été soit nuls, soit extrêmement légers. La technique de l'opération est simple : lorsque l'ovaire peut être gardé, M. Howard-Kelly estime qu'il est plus commode de laisser en place la trompe correspondante. On enserre dans une première ligature l'attache du ligament large à la corne utérine, l'isthme de la trompe, les artères utéro-ovariennes; le ligament rond est lié, la base du ligament large est dégagée et, les vaisseaux utérins liés, puis tout est coupé en deçà des ligatures. L'utérus est amputé à son insertion vaginale, soulevé, et du côté opposé, ligaments, trompe et ovaire, vaisseaux sont liés, ou bien les annexes sont enlevés, suivant le cas. Il est bien entendu que toute apparence d'inflammation d'une trompe ou d'un ovaire est une indication formelle à l'ablation de l'organe, malgré tout le désir qu'on aurait pu avoir de le conserver.

(1) *British. med. Journ.*, 29 janv. 1898, n. 1935, p. 288.

Nouvelle forme de névralgie propre aux cyclistes,

D'après M. le Dr W.-H. Brown.

M. le Dr W.-E. Brown (1) a observé chez des bicyclistes un certain nombre de cas de névralgie à localisation spéciale. Les malades se plaignaient de douleur angoissante dans les deux testicules. La peau du scrotum avait une sensibilité anormale. Dans un cas elle présentait en outre de petites extravasations sanguines, dues évidemment à une compression prolongée. Chez un malade, au bout de 2 heures de bicyclette, le pénis devient insensible; on pouvait pincer la peau sans provoquer de douleur et le gland avait perdu ses sensations normales. Une fois même ce malade eut une rétention d'urine pendant toute une journée. La cause de ces accidents doit être cherchée dans la compression des nerfs du périnée par la selle.

Le traitement consiste d'une part dans la suppression de la cause, et s'il est nécessaire on aura recours aux applications locales sédatives sur la région affectée. Dans 2 cas où la douleur était interne il fallut recourir à l'opium.

Nécessité de l'intervention chirurgicale prompte dans les cas de perforation typhoïde et dans les cas de fièvre typhoïde compliquée d'appendicite,

Par M. le Dr Deaver (2).

La perforation intestinale est la complication la plus grave de la fièvre typhoïde. Elle est dûe soit à l'extension de l'ulcération eberthienne elle-même, soit à une appendicite qui vient souvent s'adjoindre à la fièvre typhoïde. La mortalité de ces cas de perforation est très élevée, mais on peut la diminuer par une intervention chirurgicale précoce, c'est-à-dire pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes de perforation; il est donc important de mettre en lumière les symptômes sur lesquels le médecin peut se baser pour faire le diagnostic étiologique et différentiel de la perforation. La perforation dûe à l'ulcération typhoïde se produit généralement pendant la deuxième ou la troisième semaine de l'infection, quoique Osler ait signalé un cas de perforation le huitième jour et un autre cas pendant la sixième semaine, 15 jours après le rétablissement de la température normale.

La perforation peut quelquefois être accompagnée d'hémorrhagie; la cause de la perforation est une faute de régime, des vomissements et des mouvements brusques du corps. La perforation siège ordinairement à une douzaine de pouces de l'ileus, elle se produit quelquefois aussi dans le côlon. Les symptômes de la perforation se produisent brusquement : ce sont des vomissements, des douleurs intenses de la région abdominale, une rigidité des muscles du ventre, une sensibilité extrême de la paroi et du météorisme; quelquefois il y a collapsus avec une chute brusque de la température au-dessous de la normale, un pouls rapide et faible. C'est surtout la rigidité et la douleur qui sont considérées par le professeur Deaver comme les symptômes principaux qui doivent décider le médecin à pratiquer une opération sans tarder et sans attendre la producion d'autres symptômes.

Les cas de perforation dues à une appendicite pendant la fièvre typhoïde, sont marqués par une douleur brusque de l'épigastre, une nausée suivie de vomissements qui cessent lorsque la douleur se localise dans la fosse iliaque droite, une sensibilité circonscrite de la région correspondante à l'endroit de l'appendice, enfin une rigidité des parois abdominales de la même région. Le diagnostic est difficile et il faut toujours s'informer si le malade n'avait pas eu d'attaques d'appendicite auparavant. Voici deux cas de perforation qui ont été traités avec succès par l'auteur.

1er cas. Jeune fille, 16 ans, entre en service et se sent pendant 5 jours indisposée, le soir du cinquième jour a des douleurs brusques de la région épigastrique avec vomissements; la douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite; il y a une sensibilité et une rigidité de la région abdominale correspondante à l'appendice; constipation; pouls 100, température 39°4; augmentation notable de la rate, quelques points roses sur l'abdomen. Diagnostic; fièvre typhoïde accompagnée d'appendicite. Opération le lendemain. Les intestins apparaissent distendus, l'ileus congestionné. Inflammation aiguë de la moitié terminale de l'appendice ave accumulation de pus. Ablation de l'appendice. Guérison complète.

2e cas. Homme, 27 ans, ressent 10 jours avant l'admission à l'hôpital un malaise général, maux de tête, constipation, température deux jours avant l'admission 38°9; la veille de l'admission prend part à un dîner lourd, après le repas ressent des douleurs brusques de l'abdomen, se couche, prend du sulfate de magnésie, les douleurs continuent très fortes. Le lendemain l'abdomen est distendu, rigide et très sensible surtout dans la région droite inférieure. Opération, on trouve une grande quantité de pus et de gaz dans la cavité abdominale. L'appendice est congestionné, les intestins tellement distendus qu'il est impossible de déterminer le lieu de la perforation; la cavité abdominale bien nettoyée, drainage. Guérison.

1. *Brit. med. Journ.*, 1898, p. 553.
2. *Amer. Journ. of. med. sc,*, 1898, febr., p. 189.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'hématurie à la suite d'une injection de gaïacol chloroformé,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

Nous avons souvent parlé ici-même de l'efficacité des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé dans le traitement de certaines névralgies, en particulier de la sciatique.

Ce procédé imaginé par M. le Dr Colleville (1), de Reims, consiste à injecter au niveau de la région douloureuse de 15 à 60 gouttes d'une solution ainsi formulée :

Gaïacol cristallisé.	6 gr. 76
Chloroforme.	8 gr. 60

Localement, pourvu que l'on ait procédé aseptiquement il n'y a aucun accident; si la piqûre est faite dans les masses musculaires, la douleur est nulle, ou insignifiante; enfin, si l'on s'est assuré que l'aiguille n'est point dans une veine, il n'y a aucune complication à redouter.

Les recherches de M. Colleville ont été reprises par M. Malot (2) dans une thèse récente et confirmées. Quant aux résultats cliniques, ils ont été presque constamment favorables, entre les mains de ceux qui ont eu recours à la méthode de M. Colleville.

Pour notre part nous avons traité par ce moyen 5 cas de sciatique rebelle avec un plein succès. Nous ne donnerons pas ici le détail des observations, qui sont conformes à celles qui ont été publiées. Nous ferons seulement remarquer que nous n'avons jamais été obligé de faire plus de 5 injections, et dans 2 cas le soulagement a été obtenu dès la première piqûre.

Une de ces observations se rapporte à un docteur en médecine qui est sujet à des crises de sciatique fort douloureuses, revenant à intervalles plus ou moins éloignés. Notre confrère avait essayé différents autres moyens thérapeutiques sans résultats. En dernier lieu le massage avait apporté quelque amélioration dans son état, mais les accès avaient néanmoins une durée presque aussi prolongée. Sur notre conseil, il se décida à recourir aux injections de gaïacol chloroformé : dès la première piqûre (45 gouttes) la douleur cesse en moins d'une heure. Le résultat a été aussi favorable dans trois crises qui se sont produites entre décembre et février. Mais la dernière piqûre a présenté, con-

1. D. Colleville, Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé (*Gaz. hebd.*, 1896, n° 44, p. 519).
2. Malot, thèse de Paris 1897.

trairement aux précédentes, des suites qu'il nous a paru intéressant de relater.

L'injection est faite vers une heure de l'après-midi. Les douleurs étaient en ce moment très vives. Comme d'habitude le soulagement est obtenu en moins d'une heure et le malade peut se rendre en voiture à ses occupations.

Vers 5 heures du soir il n'y avait pas encore eu de miction. Rentré chez lui notre confrère éprouva les plus grandes difficulté à uriner, il ressentit une vive brûlure dans le canal et il finit par évacuer une urine fortement teintée de sang, de couleur brun rougeâtre. L'émission de l'urine s'accompagnait de coliques vésicales. La miction suivante fut moins colorée et moins douloureuse; à neuf heures, il n'y avait plus traces de sang. Notre confrère n'est ni albuminurique, ni calculeux, ni tuberculeux; il n'avait pas de cystite.

L'hématurie paraît donc bien devoir être attribuée à l'injection de gaïacol.

Bien que cet accident n'ait présenté aucune gravité et n'ait eu aucune conséquence, puisque l'hématurie ne s'est pas reproduite, qu'il n'y a eu aucun retour ni de la douleur vésicale, ni de la douleur névralgique, nous avons cru devoir le signaler, malgré que nous ne puissions en donner une interprétation satisfaisante. Le gaïacol, que nous employons si largement par la voie sous-cutanée chez les tuberculeux, ne nous a jamais occasionné la moindre complication de ce genre : même silence à cet égard dans les observations publiées relatives au gaïacol chloroformé.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Mars 1898.

Appendicite et grossesse.

M. Pinard. — Une femme de 25 ans, enceinte de cinq mois et demi, fut prise brusquement, en se promenant, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, irradiée au creux épigastrique et accompagnée d'un état nauséeux. La température était de 37°4 le pouls accéléré. Le médecin qu'elle consulta conseilla l'expectation.

Pendant trois ou quatre jours, elle subit une série d'alternatives de calme et d'exacerbation.

Au cinquième jour, elle fut amené à la clinique Baudeloque. On constata un défaut de parallélisme entre le pouls qui était à 120, et la température qui était de 37°; le faciès était grippé, le ventre ballonné, une douleur très vive était réveillée par la pression au niveau de l'appendice. Le toucher des culs-de-sac vaginaux n'y laissait rien sentir d'anormal.

Le sixième jour, je la vis et je fis le diagnostic d'appendicite. M. Segond l'opéra le jour même. Une incision au-dessus de l'arcade de Fallope donna issue à une grande quantité de pus très fétide. L'ovaire et la trompe très congestionnés baignaient au milieu du pus. Il existait de plus, dans la fosse iliaque gauche, une nouvelle collection purulente pour laquelle on pratiqua une contre-ouverture. Puis on fit un lavage soigneux au moyen d'un double drain. Pendant la nuit, l'opérée expulsa un fœtus de cinq mois et demi qui mourut bientôt, puis son pouls devint extrêmement rapide et elle succomba.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée; l'appendice était perforé en trois endroits. Le sang du cordon ombilical, ensemencé, donna des cultures de colibacille pur; donc le colibacille virulent a pénétréavec le sang dans l'organisme fœtal.

La relation entre l'appendicite et la grossesse a été pendant longtemps méconnue. Une première observation de grossesse compliquée d'appendicite a été publiée en Amérique et a attiré l'attention sur cette coïncidence. Depuis, on a cité, en Amérique, de nombreux cas d'appendicite survenus pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches. En France, M. Dieulafoy en a publié un cas; un élève de M. Poncet (de Lyon) a écrit une thèse sur ce sujet. En résumé, on connait aujourd'hui 45 cas d'appendicite survenue au cours de la puerpéralité.

Il résulte de ces faits que l'appendicite guette la femme enceinte et l'accouchée. Lorsque l'appendicite survient au cours de la grossesse, celle-ci est interrompue et l'enfant, même s'il est expulsé à terme, meurt, quelques jours après sa naissance, de septicémie : c'est qu'il a été infecté comme le démontre mon observation.

Le diagnostic est rendu plus difficile par la coïncidence de la grossesse; cependant, il a été fait dans tous les cas qu'on a publiés, sauf un.

Le traitement a ici une importance capitale. Pendant la grossesse, l'appendicite doit être traitée absolument comme si l'utérus était vide. L'opération doit même être encore plus précoce, car ce n'est qu'à cette condition que la femme pourra guérir. On ne doit pas vider préalablement l'utérus.

L'indication est encore plus formelle qu'à l'ordinaire et l'on devra opérer, même s'il y a seulement menace d'appendicite. De plus, lorsqu'une jeune fille présente une poussée d'appendicite, il faut l'opérer, de peur de laisser un foyer latent qui pourrait plus tard se réveiller à l'occasion d'une grossesse.

M. Dieulafoy. — Dans le cas de M. Pinard, on a trouvé du colibacille dans le sang de la veine ombilicale du fœtus. Ce n'est pas un fait rare; mais ce qui est intéressant, c'est de déterminer la virulence de ce colibacille et de rechercher la cause de son exaltation. MM. Hartmann et Mignon l'ont fait dans l'appendicite. Ils ont ensemencé une parcelle de liquide prise dans la cavité de l'appendicite et une parcelle prise au-dessus de la même cavité close.

Le bouillon ainsi ensemencé a été ensuite inoculé à deux séries de cobayes. Les premiers, inoculés avec le colibacille provenant de la cavité close, ont eu des abcès et ont succombé; les autres n'ont rien présenté de pathologique. C'est que le colibacille du premier bouillon avait une virulence exaltée par la cavité close.

Si on filtre les cultures de colibacille obtenues et qu'on les inocule ainsi à des cobayes, le premier bouillon filtré amène encore la mort des cobayes; le second ne les tue pas; c'est que le colibacille de la cavité close, plus virulent, produit plus de toxines. Il faut donc tenir compte de la toxicité des bouillons de culture, aussi bien que de la virulence des microbes.

Alcoolisme et cirrhose.

M. Riche. — M. Lancereaux, dans sa communication sur la cirrhose des buveurs de vin, a parlé de vins contenant 4 à 6 grammes de sulfate de potasse. Cette assertion, émise à cette tribune, ne peut qu'avoir un grand retentissement et elle est de nature à jeter le discrédit sur notre industrie vinicole, qui a déjà assez à faire pour se défendre contre la concurrence frauduleuse de l'étranger.

Une loi de 1851 avait décidé qu'on ne tolérerait pas le plâtrage au-dessus de 2 grammes par litre, mais cette réglementation était tombée dans l'oubli malgré un rappel fait en 1880. C'est alors que, en 1888, l'Académie, sur le rapport de M. Marty, émit le vœu que le vin ne pût contenir plus de 2 grammes de sulfate par litre, condition qui a été imposée en 1891 par la loi.

Voyons ce qu'a donné cette disposition.

A l'heure actuelle on ne boit dans notre pays que du vin de France et d'Espagne. Les vins d'Italie ne pénètrent pas chez nous, depuis qu'ils ne jouissent plus du tarif minimum. A mon laboratoire du ministère du Commerce, les vins espagnols suspects sont analysés; sur 90 échantillons, 44 contenaient moins de 1 gramme de sulfate par litre, et 4 seulement dépassaient 2 grammes, tandis qu'avant la loi de 1891 la proportion du plâtre était beaucoup plus considérable.

Même résultat sur les vins français suspects analysés au Laboratoire municipal : avant la loi de 1891 ils offraient une moyenne de 2 gr. 50 tandis que, depuis, elle est tombée à 1 gr. 40.

Si les sulfates étaient la cause de la cirrhose, leur diminution dans le vin aurait dû amener une diminution correspondante dans la fréquence de cette maladie, ce qui n'a pas été signalé.

Sur les applications locales de salicylate de méthyle.

MM. Linossier et **Lannois** (de Lyon). — Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé, tel que nous l'avons conseillé, des applications de pommades. Nous avions déjà indiqué que le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. Nous avons fait à nouveau des expériences qui nous ont donné les résultats suivants : après application directe sur la peau de 2 gr. 50 centigrammes de salicylate de méthyle, nous avons retrouvé dans l'urine 0 gr. 30 centigr. d'acide salicylique; si le salicylate de méthyle est incorporé à 30 grammes de vaseline, 0 gr. 15 centigr.; à 30 grammes de lanoline, 0 gr. 16 centigr., à 38 grammes d'axonge, 0 gr. 19 centigr. Enfin, si la pommade à la vaseline est appliquée sans enveloppement, on ne retrouve dans l'urine que 0 gr. 01 centigr. d'acide salicylique.

Comme on le voit, la vaseline, l'axonge, la lanoline diminuent notablement l'absorption du salicylate de méthyle par la peau. Quand la pommade est appliquée sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

Nous ne pouvons donc que recommander la technique que nous avons déjà indiquée en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

La faune des tombeaux et la médecine légale.

M. Mégnin communique un rapport médico-légal concernant trois faits dans lesquels les aveux des accusés ont vérifié ce qu'a établi antérieurement l'auteur relativement aux rapports de la faune des tombeaux avec la date de la mort.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le concours d'agrégation.

Je suis de ceux qui pensent, et je ne m'en suis jamais caché, que tout ne se passe pas toujours conformément à la stricte équité dans les concours en général et surtout dans le concours d'agrégation en particulier. Certes, on ne saurait demander aux juges d'être infaillibles; on ne saurait leur reprocher de donner un coup d'épaule à leurs élèves. Mais il y a à l'imperfection humaine une limite qui, dans le cas actuel, me paraît avoir été quelquefois dépassée. Ou tout au moins, spécialement pour le concours d'agrégation, le règlement ne me semble pas donner assez de de garanties aux candidats, dont les suspicions plus ou moins légitimes ont trop souvent engendré le scandale.

L'adjonction de professeurs provinciaux aux juges parisiens est à mon sens une très mauvaise mesure, car elle aggrave considérablement la manière défectueuse dont est constitué le jury parisien. Nous sommes nombreux à déplorer que le choix direct du président par le ministre aboutisse toujours aux mêmes noms, et si l'on songe qu'une fois nommé le président choisit à son tour les autres juges, on se prend à craindre que l'amitié ne vienne présider à ces désignations; puis on constate que vraiment ledit choix n'amène pas parmi les professeurs, égaux cependant, un roulement assez régulier.

De plus, l'appréciation simple des épreuves, sans rien qui fixe la mémoire des juges, permet des discussions parfois en apparence justifiées. Les candidats évincés peuvent citer, à tort sans doute, des compétiteurs qui ont été nommés, au vote final, alors qu'une ou plusieurs de leurs épreuves leur auraient procuré la mort sans phrase, quelle que fût la « cote d'amour », si on avait pointé chaque épreuve immédiatement.

Voilà les quelques idées que je désirais développer, et je redoutais que parmi les professeurs à la Faculté elles ne parussent révolutionnaires. Heureusement, je ne me suis pas emballé sur ces réformes sans causer avec un de mes maîtres devant qui un simple agrégé peut dire ce qu'il pense, et il m'a répondu que j'allais enfoncer une porte ouverte. En 1892, en effet, après des incidents dont on n'a pas perdu le souvenir, une commission, dont M. Debove était rapporteur, a soumis à l'Assemblée de la Faculté un projet de réforme où toutes ces critiques sont exprimées, et l'Assemblée a ratifié les réformes proposées.

Depuis le mois de décembre 1893, cela dort dans les cartons du ministère, par incurie des bureaux sans doute. Aussi, pour qu'on ne puisse pas continuer à dire que l'opposition aux réformes vient des professeurs à la Faculté, ai-je préféré publier le rapport de M. Debove et la discussion correspondante, plutôt que d'écrire des articles personnels qui, dans le fond, eussent été identiques à ce rapport.

A. Broca.

RAPPORT DE LA COMMISSION (1)

chargée d'examiner les modifications qui pourraient être apportées

AUX

Conditions du concours d'agrégation.

De toutes les questions qui peuvent préoccuper la Faculté, aucune n'est plus importante que le régime de l'agrégation; il intéresse le présent, puisque les agrégés participent aux examens et à l'enseignement; l'avenir, puisque les professeurs sont nommés parmi les agrégés. Aussi est-il tout naturel qu'à diverses reprises, vous ayez chargé diverses commissions de vous proposer des modifications aux statuts de l'agrégation, modifications nécessitées par l'évolution de la science et par l'expérience acquise dans les concours antérieurs.

Dans deux remarquables rapports, faits par M. Grancher (1886 et 1887), se trouvent exposées les raisons qui ont amené une simplification des épreuves. Aujourd'hui, nous vous proposons une réforme plus complète, elle portera sur les points suivants :

Centralisation ou décentralisation du concours, composition du jury, nature des épreuves, appréciation par des points de la valeur des épreuves, spécialisation, nombre des agrégés, professeurs adjoints, dispositions spéciales au concours de l'agrégation des sciences appliquées à la médecine.

Nous examinerons successivement ces diverses questions en nous efforçant, tout en indiquant la solution qui a prévalu dans la commission, de montrer les objections et les arguments présentés par nos collègues.

Décentralisation du concours.

Dans l'état actuel des choses, il y a un concours unique pour toutes les Facultés de médecine. Les candidats s'inscrivent pour une ou plusieurs Facultés. Ils font des épreuves identiques. Le jury se compose de cinq juges de Paris, et de quatre juges appartenant aux autres Facultés.

Les avantages apparents de ce système sont que les juges empruntés à diverses Facultés, ayant peu de rapports avec les candidats, semblent jouir d'une indépendance plus grande. En outre, il peut se produire entre les candidats une émulation qui favorise leurs productions scientifiques, et contribue à maintenir le niveau du concours. Enfin, il est arrivé, suivant la remarque de M. Bouchard, que, par l'insuffisance des épreuves, toutes les places vacantes n'aient pas été données; c'est une

1. *Commission* : MM. les professeurs Brouardel, Baillon, Potain, Tarnier, Lannelongue, Bouchard, Mathias Duval, Gautier, Gariel, Dieulafoy, Cornil, Grancher, G. Sée, Straus, Debove;
MM. les agrégés Poirier, Chauffard, Schwartz.

décision pénible que prendra moins facilement un jury local.

Sans discuter plus amplement les avantages que nous venons de signaler, nous dirons qu'ils ne compensent pas les inconvénients que nous allons faire ressortir.

Dans le jury, tel qu'il est actuellement constitué, il y a quatre juges des Facultés de province. Deux de ces Facultés ne sont pas représentées; celles qui le sont, le sont par un seul juge, dont l'opinion devient facilement prépondérante quand il s'agit de nommer les agrégés de la Faculté à laquelle il appartient.

Le concours unique oblige les candidats à des déplacements onéreux, rend l'agrégation abordable seulement pour ceux qui sont favorisés de la fortune; cette charge est d'autant plus lourde que le nombre des candidats prolonge la durée du concours pendant plusieurs mois.

Mais nous avons une autre raison bien plus importante pour demander la décentralisation. Les besoins des Facultés ne sont pas identiques; elles peuvent, dans l'intérêt de leur enseignement, demander des modifications portant sur divers points, sur la durée du temps d'exercice, sur la spécialisation, sur le nombre des agrégés, etc. Telle réforme qui convient à une Faculté ne doit pas être nécessairement appliquée aux autres; aussi, croyons-nous qu'il y a lieu de décentraliser le concours de l'agrégation.

Nous verrons ultérieurement par quels motifs il nous a paru préférable de maintenir le concours central pour les sciences appliquées à la médecine.

Composition du jury.

Votre commission a d'abord discuté s'il fallait introduire dans le jury des juges pris en dehors des professeurs de la Faculté. Nous ne le pensons pas. Il serait difficile de les choisir, il faudrait les tirer au sort dans une catégorie déterminée de médecins; et leur compétence serait discutable. Mais il y a un inconvénient plus sérieux; il ne suffit pas pour être juge d'avoir de la compétence, il faut encore connaître les besoins de notre école et s'y intéresser. Un juge étranger, une fois son vote donné, disparaît et n'a plus à se préoccuper du choix plus ou moins heureux auquel il a contribué. Il n'en est pas de même du professeur, vivant dans la Faculté : il connaît ses besoins, s'intéresse à sa prospérité, se réjouit des bons choix qui peuvent être faits, et dans chaque concours puise des enseignements précieux qui guideront ses votes dans des concours ultérieurs.

Lorsque les professeurs désignent au ministre le candidat le plus apte à devenir professeur, nous ne voyons pas pourquoi ils n'auraient pas la même influence utile dans le choix des agrégés.

Il est nécessaire que les jurys soient impartiaux; nous voulons dire par là, qu'ils ne se laissent pas absorber par leurs propres prédilections scientifiques. C'est un but qu'on atteindra, en faisant des jurys nombreux, ce qui sera facile sans sortir de la Faculté, à Paris tout au moins.

Votre commission a été unanime sur la question des jurys nombreux; elle s'est un peu divisée sur la question du nombre des juges. Voyons d'abord ce qui a été proposé pour la composition du jury de médecine.

Dans une première séance, à la majorité d'une voix, la commission avait voté que tous les médecins de la Faculté (ils sont au nombre de seize) seraient membres du jury. On faisait valoir à l'appui de ce mode de nomination qu'en raison des chaires vacantes, des maladies, des congés, le nombre des juges serait en moyenne d'une douzaine. Tous les médecins prenaient ainsi part à un des actes les plus importants, pour ne pas dire le plus important de la Faculté.

Dans une seconde séance, votre commission est revenue sur son vote et, par crainte d'un jury trop nombreux, a limité à onze le nombre des membres. Dès qu'on limitait le nombre des membres, il fallait les choisir par un procédé qui ne pouvait être que le tirage au sort. Il ne suffit pas en effet qu'un jury soit impartial, il faut qu'il soit formé dans des conditions telles que personne ne puisse soupçonner son impartialité et laisser entendre qu'il a pu être constitué pour favoriser certaines candidatures; le tirage au sort remplit seul ces conditions, mais le sort est aveugle et il pouvait arriver qu'il éliminât du jury certaines spécialités; aussi, dans le cas où vous limiteriez à onze le nombre des membres du jury nous vous proposons d'adopter la règle suivante :

Deux professeurs de clinique générale.

Deux professeurs de cliniques spéciales (syphilis et dermatologie; — maladies des enfants; — maladies du système nerveux; — maladies mentales).

Un professeur de pathologie interne.

Un professeur de thérapeutique ou pathologie générale.

Un professeur d'anatomie pathologique ou de pathologie expérimentale.

Un professeur d'hygiène ou de médecine légale.

Trois professeurs tirés au sort parmi les professeurs de médecine, non encore désignés par le tirage.

Les suppléants seront également tirés au sort dans un ordre déterminé.

Nous avons pensé qu'il fallait maintenir pour la chirurgie et l'obstétrique un jury mixte. — En effet, les accoucheurs de la Faculté n'étant que deux, il était nécessaire de les réunir à un autre jury. Cette réunion n'a rien d'artificiel, car il y a dans ces branches de l'enseignement beaucoup de questions communes. Et, d'ailleurs, les chirurgiens étant au nombre de huit dans notre Faculté, ils constitueraient un jury qui deviendrait facilement insuffisant, par le fait de vacances, de maladies, de congés, etc.

Nous vous proposons donc de réunir le jury de l'agrégation de chirurgie et d'obstétrique, et de le composer de sept professeurs chirurgiens tirés au sort et des deux professeurs d'accouchements.

Nature des épreuves.

Rappelons d'abord la nature des épreuves auxquelles sont soumis actuellement les candidats de l'agrégation en médecine, chirurgie et accouchements.

Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans une leçon orale de 3/4 d'heure faite après 3 heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance est organisée par le jury. Le candidat peut s'aider des ouvrages désignés par le jury.

2° Dans un exposé public, fait par le candidat de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve.

Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure, après 48 heures de préparation libre.

2° Une série d'épreuves pratiques :

a) Pour la médecine, une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, — des exercices d'anatomie pathologique.

b) Pour la chirurgie et les accouchements, même épreuve pratique que pour la médecine, et en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

Si l'ensemble de ces épreuves a paru à votre commission devoir être conservé, plusieurs modifications de détails vous sont cependant proposées.

Tout d'abord, pour la leçon de 3/4 d'heure, faite après 3 heures de préparation, nous ne croyons pas qu'il faille laisser aux candidat le secours d'ouvrages désignés par le jury. Donner des livres au candidat (et dans les derniers concours, on avait désigné les deux grands dictionnaires encyclopédiques de médecine), c'était, avait-on pensé, ôter à cette leçon son caractère d'épreuve de mémoire, débarrasser le candidat de cette longue et stérilisante préparation que l'on demandait aux conférences préparatoires. L'idée paraissait bonne, et cependant l'expérience de deux concours a montré que les résultats de cette innovation n'étaient pas satisfaisants. Qu'est-il arrivé en effet? Ou bien le candidat a trouvé dans les ouvrages mis à sa disposition des articles qui, pour le sujet qu'il devait traiter, étaient déjà anciens, peu au courant de l'état actuel de la science, parfois de secours presque nul, et alors le bénéfice des livres devenait illusoire, ou bien, au contraire, l'article consulté était récent, donnait des éléments complets d'une leçon et il était parfois reproduit avec une trop grande fidélité. Inégalité des ressources offertes aux différents candidats, danger d'un emploi parfois peu

discret de ces ressources, voilà l'inconvénient majeur que l'expérience a démontré pour l'adjonction des livres dans la préparation de la leçon de 3/4 d'heure.

Nous vous proposons donc de revenir à l'ancien système et de ne donner aucun livre au candidat qui prépare sa leçon. L'épreuve ne sera pas une épreuve de pure mémoire si les questions choisies par le jury sont suffisamment classiques et compréhensives pour qu'il ne soit permis à aucun candidat instruit de n'en pouvoir faire l'exposé d'ensemble.

Nous vous proposons de maintenir l'exposé public fait en une 1/2 heure par le candidat de ses travaux personnels. Mais nous demandons en outre un exposé autographié ou imprimé qui permette aux juges de se rendre un compte exact et réfléchi de travaux souvent très spéciaux.

C'est par ces deux premières épreuves que l'admissibilité sera obtenue, mais sous quelle forme et pour quelle durée? Ici, deux systèmes ont été longuement discutés.

Pour plusieurs membres de votre commission l'admissibilité une fois obtenue devait être définitivement acquise et le candidat ainsi délivré des épreuves de mémoire, soit par un concours antérieur, soit même par un concours spécial et distinct du concours de nomination proprement dit, pourrait se livrer plus fructueusement à ses recherches personnelles. A une première phase de préparation encyclopédique pourrait succéder la libre production scientifique.

La majorité de la commission n'a pas admis ce caractère définitif et acquis une fois pour toutes de l'admissibilité. Si chaque concours laissait ainsi derrière lui un certain nombre d'admissibles, la porte de l'admissibilité deviendrait un peu étroite, la plupart des places pouvant se trouver prises à l'avance. Si pour échapper à cet inconvénient, on augmente le nombre des admissibles, le concours de nomination est allongé et encombré.

Il nous a, de plus, paru difficile d'admettre que dans un même concours les juges aient à se prononcer sur des candidats subissant les uns, 5 épreuves, les autres, 3 seulement (ceux-ci, ayant subi leurs épreuves d'admissibilité à une époque antérieure, quelquefois fort éloignée, et devant un jury différent). Aussi, votre commission propose-t-elle de ne pas modifier le règlement de l'admissibilité.

Pour la troisième épreuve ou leçon orale d'une heure, nous vous proposons de ramener à 24 heures le délai de préparation. Avec 48 heures de préparation, la leçon n'est pas meilleure, le candidat est fatigué, gêné par l'excès de documents qu'il ne peut résister à la tentation d'accumuler.

Le règlement actuel n'a pas déterminé la durée de la leçon clinique, laissant toute liberté au jury. Nous proposons de la fixer à 3/4 d'heure, afin que le candidat fasse une véritable leçon et non un simple exposé de l'état du malade. Il serait accordé au candidat 4 heures pour l'examen et la préparation; nous avons pensé qu'il ne convenait pas de fixer un temps pour l'examen et un autre pour la préparation, car il pourrait être nécessaire de voir le malade plusieurs fois.

La Commission a été unanime à reconnaître, en principe, l'utilité des épreuves d'anatomie pathologique, mais, dans la pratique, on se heurte à des difficultés insurmontables. Jusqu'à présent, les épreuves ont principalement porté sur l'histologie pathologiqne et l'expérience a montré qu'elles étaient ou trop faciles et alors inutiles pour un concours d'agrégation, ou plus difficiles et alors elles deviennent irréalisables. La seule bonne épreuve consisterait à faire une autopsie suivie d'une leçon, mais on allongerait ainsi un concours déjà bien long et il serait parfois malaisé de se procurer les cadavres nécessaires.

Pour les concours de chirurgie et d'obstétrique, nous ne proposons d'autres modifications que la suppression des livres à la leçon de 3/4 d'heure et la limitation à 24 heures de la préparation de la leçon d'une heure.

(A suivre.)

Épilogue de l'affaire Laporte.

La *Lancet* a sans doute à Paris un correspondant qui est au courant de toutes les finesses de la langue française et qui a même lu entre les lignes dans la discussion récente de la *Société de médecine légale.* Il a tout de suite compris qu'il y avait quelque intérêt à mettre dans le même sac :

1° Le rapport initial (7 lignes) de M. le Dr Socquet.
2° Le rapport détaillé de M. Socquet.
3° Le contre-rapport de MM. Socquet et Maygrier.

Ceux de nos lecteurs qui savent l'anglais liront avec plaisir l'article que nous leur mettons sous les yeux.

The Expert Witnesses in the Laporte case.

At the time of the arrest of Dr Laporte, who has just been honourably acquit'ed, the medical men of Paris were naturally very angry with Dr Socquet, whose hurriedly drawn-up report was, as every body said, the cause of the prompt imprisonment of Dr Laporte.

M. Varnier, Professoro fo bstetrics at the Faculty of medicine, published at this time an article which caused a great sensation in wich he reprinted *the report of M. Socquet* and then *his second report which was drawn up in conjunction with Professor Maygrier.* He compared THEM with each other word by word and attacked THEM with extreme violence.

The trial before the Court of Appeal made it possible for the public to become acquainted with the exact text of *these* REPORTS *which were laid before the court.*

It was easy to see that the text oj REPORTS *upon wich M. Varnier had established his position was* ALTOGETHER INACCURATE and on the contrary it became evident that the expert witnesses had been perfectly impartial.

The Society of legal Medicine, in its recent meeting on march 14 th, had a long discussion *in which the exact text of these* REPORTS was laid before the members, together with the specimens from the post mortem examinations and photographs of the same.

The Society of legal Medicine passed a resolution unanimously declaring that the attitude of the experts was absolutely... INEXPLICABLE (*sic*).

J'ai souligné les passages que je n'ai pas pu comprendre. Car, autant que je sache l'anglais, il me semble résulter de ces quelques lignes que :

1° M. Varnier a discuté « mot par mot » les deux rapports : Socquet et Socquet-Maygrier. Or il n'a pas ajouté un mot de commentaire au rapport Socquet-Maygrier.

2° Que la publication de ces rapports à la Cour d'appel a prouvé que le texte inséré par la *Gazette hebdomadaire* était inexact. Or Varnier vient d'affirmer à nouveau que ce texte est exact (à part 3 fautes de copie).

Tout comme M. le président Benoît et les membres de la *Société de médecine légale,* le reporter de la *Lancet* ne me paraît pas avoir saisi la différence, nettement indiquée il y a 8 jours par Varnier, entre :

1° Les 7 lignes de conclusions sommaires signées Socquet.

2° La déposition écrite par le greffier, M. Andrée, et contresignée par MM. Bertulus, Socquet et Laporte.

La première de ces deux pièces est-elle réelle ou apocryphe? M. Varnier l'a demandé et n'a pas encore reçu de réponse. Quand j'aurai sur ce point un renseignement précis, je me ferai un vrai plaisir de l'envoyer à la *Lancet,* dont l'article, jusqu'à ce moment, n'a pas grand sens.

Mais la rectification sera facile : notre confrère anglais n'aura qu'à revendiquer comme exacte la coquille finale du dernier paragraphe.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

TÉRATOLOGIE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Arrêts de développement au niveau de la main. Amputation spontanée et progressive du pouce et de l'auriculaire déjà atrophiés.

Par M. le Dr Louis Mencière,

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

L'étude des vices de conformation de la main et des doigts, comme du reste celle de la plupart des affections osseuses, va prendre aujourd'hui une importance nouvelle, grâce aux moyens d'investigation dont nous disposons.

Dans l'ectrodactylie, dans la polydactylie, l'étude des arrêts ou des excès de développement des doigts est évidemment intéressante; mais bien plus intéressants encore sont les rapports des parties osseuses de la main, du poignet et même de l'avant-bras avec les différents arrêts ou excès de développement des os au niveau des doigts. En dehors du point de vue purement scientifique, la radiographie, qui nous offre une véritable dissection sur le vivant, pourra, en nous montrant les troubles survenus au niveau des os de la main et du métacarpe en particulier, nous servir de guide dans la technique opératoire à suivre.

Nous publions une observation où ces rapports des parties molles et du squelette sont dignes de remarque.

Dans le courant d'octobre 1897, nous avons eu l'occasion d'examiner une jeune fillette de 5 ans, Fernande G..., que sa mère amenait à l'hôpital pour une affection qui nous a paru intéressante. Il s'agissait d'une amputation spontanée et progressive du pouce, et encore d'un pouce bien rudimentaire, le seul doigt que présentât la main gauche.

Cette enfant, fille unique issue de parents bien portants, n'a jamais été malade. La partie inférieure de la main gauche est déformée, l'éminence hypothénar est très développée. Les doigts, sauf le pouce, manquent; à leur place, nous remarquons de petits moignons rudimentaires ronds, de la grosseur d'un petit pois, ayant une consistance mollasse. Sous l'influence de certains mouvements, on voit leur centre attiré en arrière et formant une dépression, une sorte de petite cupule ; ce qui semble nous indiquer que ces petits moignons sont en relation avec les muscles de la région antérieure, et que ceux-ci, ne pouvant par leur contraction parvenir à fléchir ces rudiments de doigts, qui ont à peine quelques millimètres et ne sont du reste en relation avec aucune articulation, attirent cependant en arrière leur extrémité inférieure, avec laquelle ils affectent sans doute des rapports de continuité.



Fig. 1.

Dans son ensemble, la main présente une forme arrondie, semblable à un moignon d'amputation, à celui du poignet par exemple. Sur son rebord inférieur, nous trouvons en allant de dehors en dedans, d'abord le pouce qui présente une longueur de un centimètre. Il semble formé par une seule phalange; nous remarquons un petit ongle bien développé, étant donné le petit volume du pouce lui-même. Au niveau du point de jonction du pouce et de la main, se voit un étranglement très accentué; on dirait, bien qu'il n'en soit rien, que le doigt a été fortement et longtemps serré par un fil, et que sous l'in-

fluence de ce lien constricteur il soit en train de s'amputer lentement. Aucune application médicamenteuse n'a été faite; l'étranglement a toujours existé; mais le sphacèle n'apparaît que depuis quelque temps.

Entre le pouce et le petit moignon qui sert d'index, nous remarquons un espace assez large, qui du reste est normal si nous nous reportons à l'aspect de la main normalement développée. Nous voyons ensuite trois petites excroissances de la grosseur d'un pois rapprochées les unes des autres, et représentant l'index, le medius et l'auriculaire. Le petit doigt manque; nous n'en voyons pas de vestige. La mère nous dit qu'il y a deux ans environ, ce petit doigt, qui n'était développé que dans des proportions analogues à celles que nous voyons actuellement pour le pouce, a été le siège, lui aussi, de sphacèle et d'amputation spontanée.

Il est tombé seul, sous un pansement que nous ne pouvons



Fig. 2.

préciser, mais qui ne paraît pas avoir eu une influence bien grande. Le sphacèle et l'amputation se sont produits sur le pédicule aminci du petit doigt.

Au niveau du poignet, qui mesure quatre centimètres dans sa largeur, on sent, par la palpation profonde, quelques points d'une consistance assez ferme; ce sont sans doute les os du carpe, bien qu'il soit difficile d'apprécier la différence de consistance que présentent les différents points de la région. Les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont possibles; on sent parfaitement les deux apophyses styloïdes en situation normale. Les mouvements de pronation et le supination sont également possibles.

Il nous a paru intéressant de rechercher les rapports que pouvaient affecter les os de la main et du poignet; aussi avons-nous radiographié notre malade; on verra plus loin les constatations que nous avons pu faire.

Ajoutons que la main droite de notre jeune sujet est normalement développée.

Dans cette observation, il est nécessaire de remarquer la disposition particulière du pouce et de l'auriculaire atrophiés; ils ressemblent à ces doigts surnuméraires que l'on trouve sur le bord cubital de la main. On sait que ceux-ci consistent presque toujours en un appendice mollasse relié au reste de la main par un pédicule plus ou moins grêle. Ces petites tumeurs sont habituellement développées d'une manière symétrique. Les doigts surnuméraires, que l'on observe sur le bord radial, sont différents et possèdent ordinairement un squelette. Chez notre jeune malade, il ne s'agit pas de doigts surnuméraires. Quoiqu'il en soit, il est nécessaire de faire remarquer que le pouce développé sur le bord radial ne possède pas même un rudiment de squelette (voir fig. 1); il est absolument semblable, ainsi que l'auriculaire, aux doigts surnuméraires développés sur le bord cubital dont nous parlons plus haut.

Nous ne voyons pas (fig. 1) trace de phalange, et cela n'a rien qui puisse nous étonner, étant donné l'état de déformation des doigts; mais nous n'apercevons pas non plus le moindre indice de métacarpien. L'arrêt de développement a porté et sur les doigts et sur les métacarpiens correspondants; ceux du pouce et de l'auriculaire sont également absents. Le carpe est atrophié, ainsi qu'on s'en rendra compte en comparant les deux figures 1 et 2, la première ayant trait à notre jeune malade âgée de 5 ans, la seconde représentant la main normale d'un enfant de trois ans et demi. Nous n'avons malheureusement pas eu la facilité de radiographier la main droite de notre petite malade, ce qui aurait été un terme de comparaison encore plus exact.

Néanmoins l'atrophie des os du carpe est évidente. Le scaphoïde seul est bien développé; le grand os, l'os crochu, le pyramidal sont atrophiés; le semilunaire est représenté sur le cliché par un point à peine marqué. Le trapèze et le trapézoïde ne sont pas visibles, ce qui ne doit pas surprendre puisque leurs points d'ossification n'apparaissent que de la quatrième à la cinquième année; quant au pisiforme il ne s'ossifie que de la dixième à la seizième année. Il est important de remarquer que le scaphoïde, le radius et le cubitus sont normalement développés. L'arrêt de développement semble n'avoir porté que sur les doigts, le métacarpe tout entier, et certains os du carpe, le grand os, l'os crochu, le pyramidal et le semilunaire.

Or on sait que l'ectrodactylie du pouce se lie habituellement à l'absence du radius, ainsi que l'ont signalé Davaine et Larcher; toutefois il y a des exceptions (Ehrhardt) (1). Nous avons montré nous-même, dans une observation publiée, avec planche à l'appui, dans la *Revue d'orthopédie* (2), que l'arrêt de développement de la partie cubitale de la main était lié parfois sinon à une disparition totale du cubitus, du moins à un arrêt de développement très marqué de cet os.

Nous tenons à faire remarquer que, dans le cas que nous venons de décrire, l'arrêt de développement qui a porté non seulement sur le bord cubital et radial de la main, mais également sur toute la main, avec disparition (incomplète, il est vrai) du pouce et de l'auriculaire, n'a déterminé aucun trouble du côté des os de l'avant-bras.

Notre observation est pour ainsi dire un type de transition entre l'ectromélie totale et l'ectromélie partielle,

1. Ehrhardt, Etude sur l'ectromélie du pouce et du premier métacarpien (*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1890, n° 3, p. 205).

2. Mencière, Série d'arrêts de développement tous situés du côté droit (malformation de l'oreille, de la main, du pied et kyste du cordon) (*Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1897, n° 5, p. 352).

en particulier la pince de homard, où le pouce et l'auriculaire sont seuls développés.

L'étude des lois qui régissent les rapports des troubles de développement des os entre eux, et en particulier des os de la main et de l'avant-bras, présente un intérêt qui augmentera encore, quand cette étude sera poursuivie à l'aide des moyens sûrs d'investigation que la radiographie met à notre disposition.

GYNÉCOLOGIE

La grossesse et l'accouchement après l'amputation du col (1),

Par M. le Dr J.-L. Audebert,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Quel est l'avenir fonctionnel de l'utérus après l'amputation du col? N'observe-t-on pas, au cours des grossesses ultérieures, plus d'avortements et d'accouchements prématurés qu'à l'ordinaire? La marche du travail et la dilatation ne présentent-elles pas des particularités dystociques? Tels sont les points que j'ai cherché à élucider dans cette monographie, en m'appuyant sur les observations de seize femmes, chez lesquelles l'opération de Schrœder a été pratiquée.

1° Durée de la grossesse. — Les 16 femmes ont eu, après l'amputation, 24 grossesses, sur lesquelles : 5 seulement sont arrivés à terme, 19 se sont terminées avant terme, par 10 avortements et 9 accouchements prématurés.

Par conséquent, chez les femmes qui ont subi la résection cervicale, l'interruption prématurée de la grossesse est très fréquente; on la rencontre environ dans les 4/5 des cas.

Si on compare la marche des grossesses qui ont précédé l'amputation du col, avec l'évolution de celles qui l'ont suivie, on trouve que les mêmes femmes, avant d'être amputées ont fourni 27 grossesses, sur lesquelles 22 sont arrivées à terme, 2 se sont terminées à 8 mois, 1 s'est terminée à 7 mois et demi, 2 avortements ont eu lieu à 3 mois.

Donc, avant l'amputation du col, sur 27 grossesses, 22 sont terminées à terme, soit 81 p. 100. Les mêmes femmes, devenues enceintes après l'amputation, ne portent à terme que 5 grossesses sur 24, soit 21 p. 100.

La comparaison du nombre des avortements n'est pas moins probante : pour 2 avortements antérieurs, nous en relevons 10 postérieurs à l'opération.

Sans rechercher une explication pathogénique applicable à tous les cas, il est ressort de mes observations que la durée de la gestation dépend presque toujours de la hauteur de la section du col; que par exemple une femme, après l'évidemment du col de M. Bouilly, sera moins exposée à l'avortement qu'après une amputation plus radicale. Pour l'opération de Schrœder, il en est de même, et l'étendue de la perte de substance, l'épaisseur de la rondelle sectionnée me paraissent avoir une influence certaine sur l'interruption prématurée de la grossesse.

Troubles de la grossesse. — Dans une observation (n° XIV), j'ai noté des hémorrhagies persistant pendant deux mois, et des douleurs très vives dans les reins et l'hypogastre pendant le dernier trimestre; douleurs dues probablement aux tiraillements exercés par l'expansion du segment inférieur sur la cicatrice cervicale.

Marche du travail. — Même dans les cas où la terminaison de l'accouchement a été spontanée, la durée de la dilatation a été un peu supérieure à la moyenne (16, 18 heures chez des multipares).

Rupture prématurée des membranes. — Cet accident a été rencontré fréquemment. Sur 14 accouchements, qui ont eu lieu après la fin du sixième mois, j'ai constaté 10 fois la rupture prématurée des membranes. Dans deux cas, cette rupture était causée vraisemblablement par une insertion basse du placenta. Mais, dans les 8 autres, elle paraissait liée à l'état particulier du col amputé.

Tantôt, la rupture s'est produite tout à fait au début du travail : tantôt deux, trois, quatre et même huit jours avant l'apparition des premières contractions; elle a eu pour conséquence d'amener toujours l'expulsion du fœtus, dans un délai plus ou moins long et à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse.

Présentations. — Les présentations observées ont été : sommet, 9 fois; siège complet, 2 fois; épaule, 3 fois. Mortalité des enfants : 3/15, soit 20 p. 100.

Délivrance. — Dans 4 observations d'avortement, j'ai relevé la rétention du placenta. Cette fréquence de l'avortement incomplet (4 fois sur 10) me semble tenir au défaut de dilatabilité de l'orifice utérin cicatrisé.

Dystocie. — J'ai constaté, une fois, une lenteur extrême du travail, avec dilatation toujours incomplète et rétraction du col sur la tête derrière. Dans un cas, l'introduction du doigt dans l'utérus ne se fit qu'avec la plus grande difficulté par suite de la résistance du canal cervical. Pour cette même raison, dans une autre observation, la dilatation, pratiquée avec les bougies de Hegar, amena l'éclatement des deux commissures.

La présence d'un anneau fibreux cicatriciel absolument inextensible rendit, chez une femme accouchant à six mois, toute dilatation impossible, et je fus obligé d'en venir à la section bilatérale de la lésion nodulaire.

L'observation XV offre l'exemple d'une forme spéciale de dystocie rarement observée et caractérisée par un défaut de développement, par une surdistension partielle du segment inférieur et, de plus, par une élévation anormale de la partie fœtale en présentation (sommet). Cette dystocie doit être attribuée non seulement à une véritable sténose cicatricielle du col, mais encore à une altération particulière du muscle utérin, qui ne serait pas sans analogie avec les lésions produites par les cautérisations au chlorure de zinc. Le travail dura quatre jours, et il fallut terminer l'accouchement par une basiotripsie laborieuse, à travers un orifice incomplètement dilaté.

Il est bon de remarquer que, dans ces dernières observations, l'amputation du col avait été *atypique*.

Interventions. — Les opérations pratiquées ont été les suivantes : 1 incision du col, 1 forceps, 1 basiotripsie, 1 embryotomie, 2 versions, 2 curages digitaux et 2 curetages pour rétention placentaire, soit 10 interventions pour 24 accouchements ou avortements.

Pathogénie. — Quand, à la suite de l'amputation du col, la réunion par première intention vient à faire défaut, quand une cicatrisation par bourgeonnement se produit, le tissu élastique du col se transforme en un tissu scléreux inextensible. Le rétrécissement cicatriciel est constitué.

Pour l'éviter, il faut amener l'adaptation des surfaces cruentées par des points de suture nombreux et rapprochés. De même, pour permettre aux grossesses ultérieures d'arriver à terme ou du moins près du terme, il serait à désirer qu'on fût aussi ménager que possible de l'étoffe du col.

Traitement prophylactique. — Chez une femme qui devient enceinte après l'opération de Schrœder, certaines précautions sont indispensables. Elle est exposée, plus que toute autre, à l'expulsion prématurée du produit de la conception. Elle évitera toute fatigue et, dans le dernier tiers de la gestation, on exigera d'elle le repos complet. A deux reprises, j'ai pu observer les bons effets du repos persistant pendant les derniers mois de la grossesse.

Traitement curatif. — Que doit-on faire en présence d'un rétrécissement cicatriciel post-opératoire? L'expectation trop longue expose à la rupture utérine; la dilatation forcée, instrumentale ou manuelle est dangereuse. Suivant les cas, on pourrait recourir au débridement du col ou à la basiotripsie. L'opération césarienne, suivie de l'amputation de Porro ou de l'hystérectomie totale, sera parfaitement justifiée chez une femme à terme, si l'anneau fibreux est très étendu et surtout si le défaut d'expansion du segment inférieur oppose à la descente de la partie fœtale un obstacle infranchissable.

(1) *Annales de gynécologie*, janvier 1898.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 Mars 1898.

Anévrysme de l'aorte.

M. Masbrenier communique l'observation d'une malade qui a succombé aux suites d'un avortement de 5 mois 1/2.

A l'autopsie on trouva, en outre d'un rétrécissement mitral ancien d'origine rhumatismale, un orifice large d'environ un doigt et situé au-dessus de la valvule sigmoïde aortique interne. Cet orifice conduit dans une poche du volume d'une noix, laquelle est un petit anévrysme situé entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Cette lésion cardiaque s'était traduite, pendant la vie, par un double souffle ayant son maximum à la partie interne du 3e espace intercostal gauche.

Hydronéphrose intermittente par rein mobile.

M. Fredet présente une pièce d'hydronéphrose intermittente, par rein mobile, constatée pendant la vie. Tous les organes abdominaux ont été fixés au squelette, en position, après injection réplétive des artères, avant d'enlever le tronc et le bassin. Le rein droit est abaissé, incliné en dehors à 45°, et mobile. Il se déplace, avec le côlon, sur la partie postérieure de son atmosphère adipeuse, dont il est séparé par une sorte de bourse séreuse. Une artériole, issue de la graisse périrénale, décrit une anse libre entre la capsule adipeuse et la face postérieure du rein qu'elle pénètre, en donnant la mesure des déplacements possibles.

L'artère rénale a une origine normale, elle est très allongée et limite l'étendue de l'abaissement du rein et de son inclinaison en dehors. La veine rénale finit à la veine cave, au-dessous de l'origine de l'aorte. Le rein semble osciller autour du point où la veine pénètre dans le rein.

L'uretère est en arrière du rein. Il ne présente ni dilatation, ni coudure. La pathogénie des accidents ne peut être expliquée ni par la théorie de la coudure entre la portion fixe et à la portion mobile de l'uretère (de Landau), ni par la théorie de la coudure et de la compression sur le pôle inférieur du rein déplacé de Navarro. Il semble que le rein tournant autour de son hile, quand il se met en position horizontale, tord l'uretère sur lui-même à sa sortie du hile. L'aorte et la veine cave étaient normales, le rein gauche en position habituelle.

Cancer de l'estomac avec triple perforation.

M. Bacaloglu montre un cancer de la petite courbure de l'estomac, ayant envahi les faces antérieure et postérieure de l'organe. On remarque trois perforations, l'une au niveau du bord supérieur, deux autres sur la face antérieure. Des adhérences protégeaient le péritoine; le petit épiploon et la face inférieure du foie étaient tapissés de fausses membranes et baignés de pus. Un gros ganglion de l'épiploon gastro-hépatique, dégénéré, a envahi la paroi postérieure de l'estomac, et l'on voit, à côté du néoplasme primitif, une ulcération cancéreuse secondaire.

Infection mixte à pneumocoques et à staphylocoques ; rupture de l'aorte athéromateuse au niveau d'un foyer pyémique.

M. Griffon présente les pièces d'un homme de 63 ans, qui a succombé, dans le service de M. Chauffard, avec des symptômes d'hémorrhagie interne.

Dès l'incision du cadavre, on vit, en dépouillant le plastron chondro-sternal, sourdre du pus au niveau de la 3e articulation chondro-sternale droite; il y avait là une arthrite suppurée avec lésions osseuses et cartilagineuses très marquées. En séparant le plastron d'avec la clavicule, on trouva une nouvelle arthrite, sterno-claviculaire gauche, avec destruction du cartilage des surfaces articulaires, et présence de pus bien lié dans l'articulation.

Le poumon droit était légèrement comprimé à sa face externe par une pleurésie partielle, enkystée, séro-purulente, avec fausses membranes flottant dans l'exsudat. A la face gauche de la 3e vertèbre dorsale, un abcès faisait saillie, bien enkysté, fluctuant, ayant dénudé la vertèbre correspondante, détruit la lame compacte, de sorte qu'on pénétrait aisément dans la substance spongieuse. Sur le côté droit de la 4e vertèbre dorsale, on trouvait un foyer analogue d'ostéite vertébrale suppurée, sans effondrement du corps de la vertèbre.

Le péritoine, au niveau de la moitié gauche de la paroi abdominale postérieure, était soulevé par une hémorrhagie considérable qui avait fusé derrière le rein gauche, et le long des artères iliaques internes dans le petit bassin. Un abcès pyémique, voisin de l'aorte au niveau de la bifurcation en artères iliaques, l'avait ulcérée et le sang avait rapidement disséqué la région.

Les reins étaient farcis d'abcès, les uns miliaires, les autres plus volumineux, souvent confluents, donnant l'aspect de l'éponge purulente et rappelant les abcès aréolaires décrits jadis par M. Chauffard dans le foie.

Les préparations histo-bactériologiques montrent le staphylocoque dans les abcès du rein et dans les fausses membranes pleurales. On ne trouve pas de microbes dans les capillaires des autres organes, ni dans le rein en dehors des abcès.

Au point de vue bactériologique, la coloration des lamelles de pus a montré partout des grappes de staphylocoque. Les cultures ont montré qu'il s'agissait de la variété *aureus*.

Dans le pus du foyer vertébral inférieur, on voyait, en plus, des grappes de staphylocoques, des diplocoques vaguement encapsulés, qui pouvaient être des pneumocoques. L'inoculation de ce pus à la souris n'amena pas la mort de l'animal. Mais, grâce à l'ensemencement de ce pus dans le sérum de lapin jeune, on a pu aisément déceler le pneumocoque avec sa forme et sa capsule caractéristique; cette culture, inoculée alors à la souris, a déterminé la mort en moins de 24 heures, par septicémie pneumococcique, vérifiée à l'autopsie de l'animal par l'examen direct et l'ensemencement.

Hématome méningé enkysté.

M. Canuet montre le cerveau d'une femme de 76 ans, entrée à l'hôpital pour une hémiplégie gauche incomplète, ayant débuté par un ictus. Depuis un an, la malade était sujette à des vertiges, pouvant aller jusqu'à la perte complète de connaissance, mais toujours de courte durée et ne laissant pas à leur suite d'impotence fonctionnelle. On ne trouve que l'éthylisme dans les antécédents.

La face externe de l'hémisphère droit est déprimée par une poche sanguine aplatie, enkystée, indépendante de la dure-mère et de la pie-mère, libre dans la cavité de l'arachnoïde, rattachée en dedans au raphé médian de la dure-mère par une lame fibreuse mince, transparente, sans vaisseaux apparents. Du côté de la base du cerveau, le tronc basilaire et les artères sylviennes droite et gauche sont béants à la coupe et nettement athéromateux.

Pièce de hernie opérée et guérie.

M. Audion présente la pièce d'une cicatrice de hernie inguinale droite, opérée, il y a dix mois, par M. Broca : le sujet étant mort, le 28 février, de tuberculose, on a pu recueillir la région inguinale; la cicatrice est souple à tous les plans, et le péritoine ne présente aucune trace de cicatrice, aucun infundibulum qui puisse faire craindre une récidive.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Mars 1898.

Infection ganglionnaire expérimentale.

MM. Fernand Bezançon et **Marcel Labbé**. — L'étude expérimentale de l'infection charbonneuse et staphylococ-

cique des ganglions chez le cobaye nous conduit aux conclusions suivantes :

Par ses voies lymphatiques dont les cellules présentent une réaction précoce, le ganglion joue un rôle d'arrêt pour les bactéries apportées par les lymphatiques afférents.

Par suite de sa richesse vasculaire, il constitue un second centre pour la diapédèse des leucocytes polynucléaires, doublant ainsi le phénomène de diapédèse que l'on observe au point d'inoculation.

Par son système folliculaire, le ganglion poursuit et même exagère sa fonction physiologique de production de leucocytes; de même qu'à l'état physiologique, les leucocytes formés sont des lymphocytes.

Jamais les polynucléaires ne naissent dans les ganglions.

La réaction des ganglions varie d'ailleurs avec la nature de l'infection; très marquée dans l'infection staphylococcique, ou la desquamation endothéliale, la diapédèse et l'activité folliculaire sont très prononcées, elle n'est qu'à l'état d'ébauche dans l'infection charbonneuse.

De l'indicanurie, symptôme d'insuffisance hépatique.

MM. Gilbert et **Emile Weil** ont observé chez deux petits diabétiques de l'indicanurie, qui accompagnait divers symptômes de méiopragie hépatique : glycosurie digestive, urobilinurie, hypoazoturie, etc. Les malades n'avaient ni diarrhée, ni constipation; on ne pouvait donc attribuer aux troubles digestifs intestinaux et à une production excessive de l'indican l'élimination de cette substance. Il est probable que leurs cellules hépatiques insuffisantes n'arrivaient plus à arrêter ce corps, dont la formation pouvait n'être pas exagérée. En effet, chez ces 2 malades, l'ingestion de poudre de foie fit disparaître à plusieurs reprises le sucre de leurs urines, en même temps que cessaient pour plusieurs jours l'indicanurie et l'urobilinurie. Le foie semble donc exercer une action d'arrêt sur l'indican, et l'indicanurie être un symptôme d'insuffisance hépatique.

Sur la peroxydase du pus.

M. Linossier. — Beaucoup des ferments oxydants signalés dans le pus, la salive, les tissus..., ne sont pas capables de fixer sur les corps oxydables utilisés comme réactifs l'oxygène de l'air, mais seulement l'oxygène de l'eau oxygénée ou des peroxydes analogues. Je propose de leur donner le nom de peroxydase, réservant celui d'oxydase aux corps capables de provoquer des oxydations aux dépens de l'oxygène libre.

La peroxydase du pus bleuit la teinture de gaïac fraîche, exclusivement en présence de l'eau oxygénée; elle colore dans les mêmes conditions la paraphénylènediamine, les toluidines, le gaïacol, etc. Si ces réactifs, en s'oxydant à l'air, se sont chargés de peroxydes, ils peuvent se colorer au contact du pus seul.

Un demi-milligramme de pus, 5 millièmes de milligrammes d'eau oxygénée suffisent pour obtenir une réaction avec le gaïac. La peroxydase du pus est très résistante à l'action de la température. Elle peut agir à 10° et n'est pas détruite en milieu légèrement acide à 120°. Elle peut être isolée par les procédés généraux de préparation des diastases.

La moelle osseuse des tuberculeux.

M. Josué. — A l'autopsie des tuberculeux, on trouve des modifications de la moelle osseuse, alors même qu'il n'y a pas de localisation médullaire du bacille de Koch.

Ces modifications sont de 2 ordres : tantôt il s'agit d'une réaction fonctionnelle sans doute en rapport avec la défense de l'organisme, cette activité de la moelle se traduit par la *multiplication des éléments cellulaires.* D'autres fois, il existe de véritables lésions : *sclérose, dégénérescence amyloïde.*

La moelle osseuse proliférée est rouge, sa consistance est moindre qu'à l'état normal. Au microscope, on voit les travées élargies par les cellules qui les infiltrent, les aréoles graisseuses sont très diminuées, parfois elles ont disparu et la coupe ne représente plus qu'une nappe de cellules. Ce sont les leucocytes mononucléaires qui sont les plus abondants. On trouve par places des amas de pigment jaune. Cette prolifération cellulaire peut exister seule ou être associée à la sclérose.

La moelle scléreuse est jaune, rouge s'il y a en même temps de la prolifération; sa consistance est ferme. Au microscope, les artères sont entourées d'une gangue scléreuse, les travées quelquefois vides de cellules sont limitées par des fibrilles très épaisses et cloisonnées par des fibrilles plus claires, anastomosées en tous sens, naissant des premières.

Enfin, nous avons observé de la dégénérescence amyloïde des petits vaisseaux d'une moelle proliférée. Il existait des lésions analogues dans d'autres organes.

Nous avons reproduit expérimentalement chez le lapin la prolifération et la sclérose de la moelle des os : 1° en déterminant des tuberculoses locales en des points éloignés de l'os; 2° en injectant de la tuberculine sous la peau des animaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Mars 1898.

Un cas de paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial.

M. Béclère présente deux fillettes âgées l'une de 18 mois et l'autre de 31 mois. Ce sont deux sœurs vivant ensemble dans une chambre étroite, qui, il y a 10 mois, ont été brusquement frappées, à 7 jours d'intervalle, d'accidents paralytiques étendus, avec fièvre et symptômes généraux comme dans les maladies infectieuses. Cette période aiguë fébrile a duré un septenaire et a été à peu près semblable chez les deux enfants, avec cette différence toutefois que l'aînée a eu de la rétention d'urine et des convulsions généralisées. Puis la paralysie est entrée dans une période de régression et de fixation, où elle s'est localisée, chez l'aînée, aux membres inférieurs, chez la plus jeune, au bras gauche et à la moitié gauche de la face, après avoir, chez toutes deux, abandonné les muscles moteurs de la tête. L'aînée présente aujourd'hui une paralysie flaccide avec atrophie musculaire, jambes de polichinelle, réaction de dégénérescence, sans troubles de la sensibilité, qui permet d'affirmer sans réserve que cette enfant a été atteinte de la maladie dénommée paralysie spinale infantile, c'est-à-dire de poliomyélite antérieure aiguë. Aujourd'hui le caractère épidémique de la paralysie infantile et son origine infectieuse sont devenus notions courantes, on ne peut douter, d'après l'évolution des accidents, que la plus jeune des deux enfants ait été atteinte de la même maladie que sa sœur. Il est à remarquer que les deux fillettes, avant le début fébrile des accidents paralytiques, étaient toutes les deux couvertes d'abcès cutanés, et c'est peut-être dans ces foyers de suppuration qu'il convenait de chercher l'agent infectieux, streptocoque ou, plus vraisemblablement, staphylocoque, cause des troubles nerveux; malheureusement, l'examen bactériologique du pus n'a pas été fait. Quoi qu'il en soit, le fait à retenir c'est que les muscles de la face peuvent être au nombre des muscles paralysés dans la paralysie infantile. Ce fait exceptionnel n'est pas sans précédent. Plusieurs observateurs, témoins d'épidémies de paralysie infantile, ont rapporté des exemples de paralysies des muscles innervés par le nerf moteur oculaire interne, le facial et l'hypoglosse, en un mot par les nerfs bulbaires. Mais il s'agissait, le plus souvent, de cas rapidement mortels, à la période aiguë, et dont la véritable signification aurait été méconnue s'ils avaient été observés isolément en dehors d'un foyer épidémique. Ce qui fait la rareté du cas présenté par M. Béclère, c'est que l'enfant a survécu. On ne peut affirmer sûrement que la lésion, cause de cette paralysie faciale, réside dans le noyau bulbaire du nerf facial et non dans le nerf lui-même. L'examen électrique est insuffisant à résoudre cette question, et une maladie infectieuse qui frappe la moelle peut frapper en même temps les nerfs périphériques, mais la coexistence, à la période aiguë, de la paralysie de tous les muscles moteurs de la tête sterno-cléido-mastoïdiens et trapèzes, est de nature à faire admettre que c'est bien le noyau bulbaire du facial qu a été atteint par la paralysie spinale infantile.

M. L. Guinon insiste, à ce propos, sur le caractère épidémique que prit la paralysie infantile pendant l'été dernier.

M. Rendu a observé, il y a quelques années, un enfant qui rappelle singulièrement celui présenté par M. Béclère.

Tamponnement à la solution gélatinée contre une métrorrhagie.

M. P. Dalché communique l'observation d'une femme de 22 ans atteinte de métrorrhagie grave qui fut combattue par l'application, sur le col de l'utérus, de gaze imbibée d'une solution de gélatine.

Deux jours après, l'écoulement était arrêté, mais ultérieurement survinrent des douleurs qui augmentèrent rapidement, et qui étaient dues au passage à travers le col effacé, puis dilaté, d'une masse lisse, élastique, assez résistante pour qu'on crût à l'expulsion d'un polype. Or, l'examen montra que ce prétendu polype n'était qu'un caillot sanguin dont une partie extra-cervicale se détacha, tandis que la partie intra-utérine resta adhérente et nécessita un lavage intra-utérin.

On doit donc admettre que dans ce cas, au contact de la solution gélatinée, le sang, brusquement arrêté, a constitué un caillot d'une consistance dure, toute particulière, qui lui a permis de forcer le col. Ce fait démontre qu'il faut mettre directement la solution glycérinée au contact avec la surface saignante, mais que, appliquée fort loin de la source de l'écoulement, elle peut entraîner des inconvénients dont l'observation précédente montre la gravité.

Érythème papuleux grippal.

M. L. Galliard a observé un cas d'exanthème morbilliforme chez une jeune fille atteinte de grippe; cette éruption a duré 2 jours et a disparu sans laisser de traces.

Dans un autre cas, l'éruption est survenue au 8e jour d'une grippe commune, d'intensité moyenne, chez un homme de 20 ans. Cet érythème demeura localisé au dos des mains, au cou et à la partie inférieure de la face. Le jour où il survint, la température s'éleva le matin à 38°3, le soir à 39°7. On a noté en même temps un pseudo-rhumatisme extrêmement léger, éphémère, des poignets. L'érythème papuleux dura 4 jours, et ne laissa subsister aucune pigmentation à sa place; pas de desquamation consécutive. Guérison complète de la grippe, sans autre incident.

Action antitoxique de la pulpe nerveuse vis-à-vis de la strychnine.

MM. Thoinot et **Georges Brouardel**, reprenant après MM. Widal et Nobécourt des expériences dérivées de celles de Wassermann relatives à l'action destructive des centres nerveux sur la toxine tétanique, donnent le détail de leurs expériences et concluent :

« Nos expériences vous montrent — et ce sera notre *conclusion* — que si la pulpe nerveuse exerce une action antitoxique sur strychnine, comme MM. Widal et Nobécourt vous l'avaient déjà démontré, cette même action est exercée par des corps inertes divers, dont il sera facile d'allonger la liste; elles semblent prouver qu'il n'y a là aucune action antitoxique vraie — comme celle des sérums préservateurs — mais la simple application d'une loi générale déjà connue en chimie : la fixation des matières ténues en solution par un liquide, lorsqu'on vient à faire passer ce liquide sur des corps même inertes, même non poreux. Il se trouve prouvé que la strychnine en solution a justement cette propriété de se laisser fixer, et que, parmi les corps fixateurs *in vitro*, la pulpe nerveuse — et sans doute d'autres pulpes organiques — figure à côté de matières tout à fait différentes, d'origine végétale et minérale.

« Le pouvoir fixateur de ces substances diverses pour le poison strychnique n'est pas égal, et de là provient la moindre action préservatrice expérimentale, sous même dose de telle ou telle substance : la pulpe nerveuse nous apparaît comme un des meilleurs fixateurs connus, et, partant, un des meilleurs préservateurs.

« C'est sans doute aussi par le même mécanisme de fixation, que la toxine tétanique, mélangée *in vitro* à la pulpe nerveuse, perd toute activité : c'est une hypothèse que nous vérifierons sans délai ».

M. Widal. — Je suis heureux que les intéressantes recherches de MM. Thoinot et G. Brouardel confirment les expériences que j'ai rapportées ici, avec M. Nobécourt, sur l'action des centres nerveux pulpés vis-à-vis de la strychnine. Nous avons montré que cette action n'était pas comparable à celle exercée sur la toxine tétanique. L'expérience de Wassermann établit, en effet, que si 1 gramme de cerveau de cobaye neutralise 10 fois la dose mortelle de toxine tétanique, le même poids de foie, de rein, de rate, etc. est sans action sur la toxine. Nous avons montré, au contraire, que les centres nerveux du cobaye et du lapin neutralisent l'action de la strychnine seulement un peu plus que d'autres viscères. Notons que l'action des centres nerveux peut varier d'un individu à l'autre de la même espèce. MM. Thoinot et G. Brouardel établissent aujourd'hui que certaines substances inertes ont une action d'arrêt analogue, mais ils notent cependant quelques différences entre l'action de ces diverses substances. Nous nous sommes bornés, en ce qui concerne les pulpes organiques, à noter simplement le fait sans aborder le côté théorique que soulèvent aujourd'hui, d'une façon si intéressante, MM. Thoinot et Brouardel.

Les expériences comparatives doivent être faites sur la même espèce animale, et on doit toujours mélanger la même dose de substance organique ou inerte à la même dose de toxique.

M. Chantemesse a vu que la strychnine mélangée à la poudre de lycopode inoculée au lapin était moins active que la strychnine employée pure. Nous avons vu, avec M. Nobécourt, en opérant sur la souris, que la dose mortelle de strychnine, mélangée à 25 centigrammes de poudre de lycopode, tuait cet animal; 25 centigrammes de pulpe cérébrale neutralisent, au contraire, la dose toxique de l'alcaloïde par injections sous-cutanées.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 Mars 1898.

Sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

M. Gaston Lyon pose en principe que l'ulcère non compliqué, c'est-à-dire sans hémorrhagies rapidement mortelles, ou se prolongeant pendant des semaines entières, sans douleurs et vomissements incoercibles, sans abcès, sans perforation intercurrente, cet ulcère est justiciable d'un traitement purement médical.

Voici quelles sont les principales indications thérapeutiques :

1° *Assurer la cicatrisation de l'ulcère.*

α) *Repos de l'organe : régime lacté.* — Au début, le lait doit être donné écrémé, en très petites quantités, à raison d'un demi-verre toutes les 3 heures, puis d'un verre, finalement d'un verre toutes les 2 heures, et l'amélioration s'accentue progressivement.

Alimentation rectale exclusive. — Ne peut être employée que pendant un temps très limité; sa principale indication est l'existence d'hématémèses qui se prolongent, parfois aussi de vomissements incoercibles et de douleurs très violentes (spasme du pylore). Le traitement systématique et prolongé par l'alimentation rectale, proposé par quelques-uns, est à rejeter comme insuffisamment justifié et exposant les malades à un affaiblissement considérable.

Le lavement alimentaire le mieux supporté se compose de lait (1 verre) et de 2 jaunes d'œufs battus; on peut y associer une pincée de sel et quelques gouttes de laudanum. On peut donner de 4 à 6 de ces lavements par jour, et, en plus, des lavements désaltérants d'eau simple, tiédie (200 à 300 gr.).

β) *Repos corporel.* — Le séjour au lit est de rigueur et doit être imposé pendant 15 jours à 3 semaines, au minimum.

γ) De tous les traitements médicamenteux, un seul mérite d'être employé, c'est le pansement au bismuth, consistant à introduire par la sonde dans l'estomac ou à faire avaler directement au malade une forte dose de sous-nitrate de bismuth (10 à 15 grammes) en suspension dans 200 grammes d'eau ou de

lait. La poudre de bismuth se répartit à la surface de l'estomac, grâce aux différentes attitudes prises par le malade.

Le sous-nitrate de bismuth agit comme isolant; il supprime les douleurs, les vomissements, et favorise la cicatrisation de l'ulcère. Contrairement à l'assertion de Fleiner, il n'a pas d'action sur l'hyperchlorhydrie.

En dépit des doses élevées que l'on emploie, il n'y a pas à redouter d'accidents d'intoxication.

2° La deuxième indication est de *combattre la cause provocatrice l'hyperchlorhydrie.*

On traite l'hyperpepsie par les enveloppements humides (compresses chaudes sur la région épigastrique) et par l'emploi du sel de Carlsbad (Leube) ou de solutions salines, dont la composition est analogue à celle de Carlsbad :

Eau distillée	1 litre.
Sulfate de soude	2,50 à 3 gr.
Bicarbonate de soude.	2 gr. à 2,50
Chlorure de sodium	1 gr.

Chaque jour, donner 250 grammes (tiédis à 40°) et augmenter de 50 grammes par jour jusqu'à 500 grammes (à prendre en 3 fois, le matin à jeun, avec 20 minutes d'intervalle entre chaque prise).

Plus simplement, on peut prescrire de prendre chaque matin un verre d'eau à 40° additionnée d'une, puis de 2 cuillerées à café de :

Bicarbonate de soude	40 gr. (chacun)
Sulfate de soude	
Chlorure de sodium.	20 gr.

Ce traitement a pour effet d'abaisser le taux du chlore total et de l'acide chlorhydrique; il diminue la sécrétion et accélère l'évolution de la digestion.

Traitement des symptômes. — Les hémorrhagies cèdent habituellement au traitement général; elles nécessitent la réduction au minimum ou même la suppression absolue, mais momentanée, du régime lacté; on complète le traitement par l'emploi de la glace, de la morphine en injection sous-cutanées. Quand elles sont très abondantes, il faut avoir recours à la ligature des membres, aux injections stimulantes d'éther, de caféine, d'huile camphrée et surtout de sérum artificiel (200 à 500 grammes).

Les injections intra-veineuses de sérum artificiel et surtout la transfusion du sang constituent des procédés d'exception.

Les douleurs ne réclament pas, en général, l'emploi des narcotiques, sauf dans les cas où elles revêtent une intensité exceptionnelle.

Les alcalins à hautes doses (10 à 30 grammes) constituent un bon moyen de les calmer, mais il faut se garder de considérer le bicarbonate de soude comme un remède spécifique; ce n'est qu'un palliatif qui peut être suppléé par le sous-nitrate de bismuth. Il présente d'ailleurs, quand on l'emploie à doses massives, des inconvénients (distension excessive de l'estomac par l'acide carbonique) et pourrait même exagérer l'hyperchlorhydrie par son emploi prolongé. C'est de l'huile jetée sur le feu.

On peut associer au bicarbonate de soude d'autres alcalins (craie, magnésie) qui permettent d'employer celui-ci à doses moindres (une partie de magnésie calcinée sature autant d'acide chlorhydrique que 4 parties de bicarbonate de soude).

L'anémie, quand elle est prononcée, peut être combattue à la fin du traitement par le fer (perchlorure de préférence), l'arsenic, par le séjour à la compagne, les douches.

La marche du traitement doit être réglée avec soin. Après une période variable comme durée, suivant les cas, de régime lacté absolu, on revient progressivement, mais lentement, à l'alimentation mixte (potages aux pâtes, œufs peu cuits, bouillon; viandes pulpées, volailles jeunes, viandes de bœuf ou d'agneau, rôties ou braisées, quelques légumes secs ou compote de fruits peu sucrée, eau ou lait comme boisson). Le traitement par les solutions salines est institué au bout de 10 à 15 jours et poursuivi pendant 20 à 25 jours.

Traitement chirurgical. — 1° La gastro-entérostomie a la plus heureuse influence dans l'hyperchlorhydrie avec ulcère; elle supprime la contracture du pylore, d'où la stase alimentaire et l'irritation gastrique provoquée par la rétention du suc hyperacide.

La mortalité de l'opération tend, du reste, à s'abaisser de jour en jour avec les nouveaux procédés opératoires; mise en regard des dangers encourus par les malades atteints d'ulcères graves abandonnés à eux-mêmes, elle paraît moins périlleuse.

Les véritables indications de la gastro-entérostomie sont :

a) L'impuissance dûment constatée du traitement médical méthodiquement appliqué pendant un temps suffisant.

b) Les hémorrhagies incessantes.

2° Il faut encore recourir au chirurgien en présence des complications suivantes :

Perforation (on ne doit pas hésiter à intervenir aussitôt que possible); *abcès sous-phrénique; adhérences.*

3° Enfin, le traitement chirurgical s'impose dans les cas de sténose, quand celle-ci est assez prononcée pour déterminer des troubles fonctionnels graves persistants. De toutes les opérations proposées, c'est la gastro-entérostomie qui présente le plus d'avantages.

Érythème médicamenteux.

M. Linossier a observé un érythème chez une femme de 35 ans, neuro-arthritique, hystérique avérée et ayant, en plus, des coliques hépatiques qui avait pris un cachet de 0,25 d'exalgine. L'éruption fut généralisée, mais ne dura que 4 à 5 jours. La malade était sujette à des érythèmes lorsqu'elle prenait de l'antipyrine.

Traitement abortif de l'érysipèle.

M. Lobit (de Biarritz) propose un nouveau traitement abortif de l'érysipèle, qui lui a donné, dit-il, d'excellents résultats dans 25 cas d'érysipèle facial et dans de nombreux cas de lymphangite. La guérison était obtenue en 3 ou 4 jours au maximum.

Ce traitement consiste à badigeonner la plaque avec du collodion iodoformé ou iodolé au 1 p. 10, en couche épaisse sur toute la surface de l'érysipèle. Il ne faut pas hésiter à raser le cuir chevelu dans les cas graves, au moins chez les hommes.

Les malades accusent un soulagement immédiat et l'évolution morbide est rendue à la fois plus bénigne et plus rapide; les bons effets obtenus tiennent sans doute : 1° à une action antiseptique directe (d'ailleurs le médicament est absorbé car on retrouve de l'iode dans les urines); 2° à une action mécanique de constriction.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 21 Mars 1898.

Lithiase intestinale.

M. Dufourt présente des fragments de calcul intestinal provenant d'une femme chez laquelle avait été porté primitivement le diagnostic de lithiase biliaire. Il s'agit d'une femme de 45 ans, nerveuse et neurasthénique, atteinte d'une constipation très ancienne. Elle restait souvent 3 ou 4 jours sans aller à la selle, puis avait une débâcle douloureuse de matières dures au début, puis molles, contenant souvent des glaires blanchâtres et même du sang.

De plus, depuis deux ans, elle présenta à diverses reprises des douleurs abdominales violentes, à siège hépatique, accompagnées de vomissements, sans fièvre ni ictère. Les urines, au moment des crises, ne contenaient ni bile, ni sucre, ni albumine. Il n'y avait aucune douleur à la pression du côté du foie; enfin, à la suite de l'une de ces crises, la malade trouva dans ses selles 10 à 12 calculs. Ce sont des concrétions blanches, molles, friables, composées surtout de phosphate de chaux, et contenant beaucoup d'acides gras, mais aucune trace de cholestérine.

La composition de ces calculs, la marche des crises douloureuses, l'existence, dans l'intervalle, de colite muco-membraneuse (coïncidant fréquemment, comme l'on sait, avec la lithiase intestinale) font pencher le diagnostic en faveur de cette dernière affection.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 23 Mars 1898.

L'orthoforme en laryngologie.

MM. Garel et **Bernoud** ont étudié l'emploi en laryngologie de l'orthoforme, déjà connu par les travaux de Einhorn et Heinz, de Neumayer (de Munich), de Hirschbruck (de Posen) de Sabrazès, de Bordeaux, etc.

MM. Garel et Bernoud l'ont expérimenté surtout dans des cas de dysphagies rebelles, causées soit par des laryngites tuberculeuses, soit par des cancers envahissant à la fois la tête de l'œsophage et l'épiglotte. Dans tous ces cas, ils ont obtenu des résultats vraiment remarquables, et des malades qui pouvaient à peine avaler quelques liquides, et rejetaient leur salive, ont pu, sous l'influence de l'orthoforme, reprendre leur alimentation ordinaire, déglutissant même les solides et le pain sans aucune gêne. Une seule insufflation de poudre d'orthoforme suffit à produire une anesthésie, qui, survenant presque immédiatement, persiste toujours au moins 24 heures, souvent plus.

Ils considèrent l'orthoforme comme un anesthésique local puissant, supérieur, pour calmer la dysphagie, aux médicaments préconisés jusqu'ici, et même à la cocaïne.

L'orthoforme n'est pas toxique, il ne produit, au moment de son application, aucune sensation paresthésique désagréable, enfin l'anesthésie qu'il produit est durable.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Gastro-entérostomie pour ulcère.

M. Folet communique l'observation d'un malade qui, depuis 8 ans, avait des douleurs, des vomissements et du pyrosis. Les douleurs, au début, survenaient tantôt immédiatement, tantôt une heure, tantôt deux heures après le repas, elles n'étaient calmées que par les vomissements spontanés ou provoqués ; puis vinrent des hématémèses. Le malade maigrissait et était incapable de tout travail continu. Il avait fait de nombreux séjours dans les salles de médecine, où il n'avait trouvé qu'une amélioration passagère. Comme traitement il en était arrivé de lui-même à manger des doses énormes de craie, ce qui soulageait momentanément le pyrosis.

Dans l'idée qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac avec sténose du pylore, M. Folet fit la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker. Le résultat fut très satisfaisant. Les vomissements ont complètement disparu. L'alimentation s'est faite normalement ; à partir de 15 jours après l'intervention, il gagnait régulièrement un kilog par semaine. Pendant les premiers temps il faut noter la persistance des douleurs, que M. Folet a observée chez ses précédents opérés.

L'opération a permis de se rendre compte que l'ulcère siégeait sur la petite courbure, non loin du cardia. Il s'agissait donc d'une sténose pylorique spasmodique.

Staphylococcémie primitive.

M. Tonnel a observé un cas de staphylococcémie primitive chez un homme qui était dans un état de misère physiologique profonde. A la suite d'un effort violent, il fut pris d'un ensemble de symptômes rappelant une attaque de rhumatisme articulaire aigu, bientôt prenant les allures d'un pseudo-rhumatisme infectieux avec péricardite, pouls dicrote, pneumonie, pleurésie gauche, puis droite ; les reins restèrent indemnes. Avec toutes ces complications la maladie évolua d'une façon excessivement mobile vers la guérison, qui finit cependant par survenir. L'examen du sang avait révélé, presque jusqu'à la fin, la présence du staphylococcus albus.

Radiographie d'un tube dans l'intestin.

M. Ausset communique l'observation d'un enfant entré à l'hôpital avec les symptômes du croup, et qui, dans une quinte de toux, avait avalé son tube laryngé. Une épreuve radiographique, faite quelques jours plus tard, montra la présence de ce tube probablement dans le côlon ascendant. Le tube fut rendu dans les selles sans autre incident.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 4 Mars 1898.

Tumeur kystique de la région inguinale chez une femme.

M. F. Villar communique l'observation d'une femme de 43 ans, qui s'aperçut en 1894 de l'existence, dans la région inguinale, d'une petite tumeur du volume d'une grosse aveline. Il y a 4 jours, la malade éprouva des douleurs assez violentes dans la région inguinale et il lui sembla en même temps que la tumeur avait augmenté de volume. A l'examen il fut facile de reconnaître l'existence dans la région inguinale gauche d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde. Cette tumeur partait de l'orifice externe du canal inguinal et descendait jusque dans la grande lèvre du côté correspondant. De consistance élastique, elle était submate à la percussion. Rien dans l'intérieur du canal lui-même ; les efforts de toux ne se transmettaient pas à la tumeur.

L'opération fut acceptée et pratiquée dès le lendemain : incision le long de la tumeur, dans la direction du canal inguinal ; isolement de la tumeur, incision de la paroi antérieure du canal inguinal, résection de la tumeur, ligature du pédicule, enfin, pour terminer, un Bassini, ce qui est toujours prudent dans les cas de ce genre.

L'examen de la tumeur extirpée montra des détails suivants : il existe un sac, d'apparence fibreuse et d'une certaine épaisseur, dans l'intérieur duquel il y avait du liquide ; la paroi interne de ce sac est creusée çà et là de cavités peu profondes, sortes d'encoches. Sur cette paroi interne se trouve implanté, par une large base, un kyste du volume d'un œuf de pigeon. Il y a en somme deux poches kystiques, dont l'une renferme l'autre.

Il s'agit évidemment d'une lésion d'origine congénitale, soit d'un kyste du canal de Nuck, soit d'un kyste développé dans l'intérieur même du ligament rond. Cette pièce est donc fort intéressante par l'existence du kyste dans l'intérieur d'une autre poche également kystique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 Mars 1898.

Du danger des crachats désséchés de tuberculeux.

M. Cornet a fait une nouvelle série d'expériences destinées à montrer les dangers qui peuvent résulter de la dissémination des crachats desséchés de tuberculeux.

Dans une pièce de l'Office sanitaire impérial, mise à sa disposition, il a étendu un tapis, et sur celui-ci il a répandu les crachats provenant d'un malade atteint de tuberculose avérée en les mélangeant avec de la poussière ; puis il a laissé le tout se dessécher pendant deux jours.

Il a mis ensuite dans cette pièce des cobayes, dont un certain nombre furent placés sur des planchettes à des hauteurs variables tandis qu'un second groupe de cobayes restèrent sur le plancher. Enfin, de temps en temps il balayait le tapis avec un

balai un peu rude, de façon à soulever un nuage de poussière. Sur ces 48 animaux 46 ont été infectés.

Pour se préserver de l'infection, pendant ces manipulations, M. Cornet mettait une blouse qui lui couvrait tout le corps, une capote sur la tête et, sur la figure, une couche d'ouate percée de deux trous pour des lunettes. Malgré toutes ces précautions des bacilles pénètrèrent dans ses fosses nasales, et en inoculant des cobayes avec le mucus qui en provenait, il a pu les rendre tuberculeux.

Cette expérience montre bien les grands dangers que présente la dissémination des crachats desséchés de tuberculeux.

Pancréatite chronique interstitielle.

M. Rosenheim communique l'observation d'un homme âgé de soixante-quatre ans, ancien syphilitique, qui fut atteint de constipation, puis, après une amélioration passagère, d'amaigrissement progressif sans que cependant l'appétit diminuât. L'urine contenait de 0,1 à 0,5 p. 100 de sucre, probablement de la maltose; on ne notait rien du côté du foie ni des reins. mais les selles offraient des modifications très particulières : elles étaient composées de deux parties, l'une épaisse, foncée et moulée, l'autre blanche, ressemblant à de la graisse et provenant vraisemblablement d'un défaut d'assimilation des graisses et des matières albuminoïdes.

Pour élucider ce produit on lui a donné un repas contenant 100 grammes d'aliments hydrocarbonés, 120 grammes de graisse, 300 grammes de viande, un peu de légumes et du vin rouge. Des 120 grammes de graisse 103 furent retrouvés dans les matières fécales, c'est-à-dire plus de 80 p. 100; quant à l'albumine, on en décela à peu près 20 p. 100 dans les excreta. M. Rosenheim pense donc qu'il s'agit ici d'une lésion pancréatique.

M. Rosenberg a observé un cas où les mêmes altérations des échanges organiques succédèrent à une fièvre scarlatine. On administra au malade du pancréas frais et son état s'amenda notablement.

M. Ewald accepte le diagnostic fait par M. Rosenheim chez son malade. Pourtant il ne pense pas que les selles graisseuses constituent un symptôme d'une très grande valeur. Il a notamment observé un sujet qui était très amaigri et avait des selles graisseuses; ce malade augmenta cependant de poids après quelques semaines de traitement, sans qu'il eût rien présenté qu'il fît supposer une lésion quelconque de la glande pancréatique.

Actinomycose du thorax et du poumon.

M. Karewski a présenté un malade qui, en août 1896, ressentit pour la première fois des douleurs dans le côté droit et l'on porta le diagnostic de pleurésie; peu d'expectoration, pas de toux. Mais l'état s'aggrava, la fièvre s'alluma, la toux s'établit d'une manière permanente et les symptômes pleurétiques s'accentuèrent. Du côté droit on constata bientôt une tuméfaction qui alla rapidement en augmentant et que l'on prit pour un sarcome. Lorsque M. Karewski vit le malade pour la première fois, il constata chez lui un rétrécissement caractéristique du thorax, mais le diagnostic d'actinomycose ne fut posé que lorsqu'on trouva dans le liquide évacué par ponction les grains caractéristiques de l'actinomycète.

Le 15 décembre, M. Karewski pratiqua une opération qui a consisté à mettre la tumeur à découvert par une incision en arc de cercle, allant du creux axillaire jusqu'au sternum; il l'enleva ensuite en extirpant en même temps les tissus voisins envahis par l'actinomycose, et en réséquant aussi des fragments de côtes. Entre le quatrième et le sixième espace intercostal existait une fistule qui conduisait dans une énorme cavité péripleurale, remplie de granulations. La substance pulmonaire était également ratteinte par le processus mycosique. Toute la plaie opératoire fut tamponnée avec de la gaze iodoformée; les suites furent excellentes.

Actuellement le malade peut être regardé comme guéri. Dans les sécrétions il n'y a plus d'actinomycètes, mais des filaments de leptothrix.

RÉUNION DES MÉDECINS DE L'HOPITAL « AM URBAN » DE BERLIN

Séance du 3 Mars 1897.

Syphilis et tabès.

M. Stadelmann présente une malade dont l'observation est intéressante au point de vue des rapports entre la syphilis et le tabès, et vient à l'appui des arguments apportés par Erb dans la discussion de ces rapports. Cette femme, âgée de 50 ans, présentait incontestablement un tabes dorsalis très étendu, et, chez elle, la cure spécifiue a donné des résultats remarquables. La cure fut énergique en tout, 180 grammes d'onguent gris : déjà 7 semaines après la première application, l'amélioration se manifesta et, depuis, elle persiste au point que la malade, couturière de son état, peut se remettre à coudre, ce que l'ataxie ne lui permettait pas de faire auparavant.

M. Fränkel insiste sur la fréquente coexistence du tabès et de la leptoméningite spinale. Celle-ci peut donner une augmentation des phénomènes ataxiques et, d'autre part, s'améliorer sous l'influence de la cure spécifique.

M. Stadelmann répond qu'à son avis il n'y avait pas là de leptoméningite, et que d'ailleurs, en dehors de toute discussion, il y a là un fait indéniable et que seul il a voulu faire ressortir : dans des cas de manifestations tabétiques étendues, la cure spécifique agit remarquablement.

Gastro-entérostomie pour cancer du pylore.

M. Körte communique un cas de sténose cancéreuse du pylore pour laquelle il a fait la gastro-entérostomie. Le malade avait eu précédemment des hémorrhagies profuses de la muqueuse stomacale, et au 12e jour après l'opération, alors qu'il se rétablissait rapidement, survint une nouvelle hémorrhagie profuse qui l'emporta.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur laissait le pylore complètement libre, occupant la partie de la petite courbure immédiatement voisine de celui-ci, et que, d'autre part, la partie de la grande courbure voisine du pylore s'était élargie en forme d'une poche qui devait nécessairement, à estomac plein d'aliments, comprimer le pylore enserré d'autre part par le cancer de la petite courbure. et ainsi apporter obstacle au libre flux des aliments. Quant à l'opération en elle-même, elle était parfaitement réussie et la nouvelle ouverture pylorique a parfait aspect; mais, comme M. Körte l'a fait observer, l'hémorrhagie provenant d'un gros tronc artériel de la petite courbure n'aurait pu être arrêtée, l'opération devant nécessairement se faire là à l'aveugle.

Fièvre typhoïde et thrombose de la veine fémorale.

M. Meyer communique un cas de typhus compliqué de thrombose de la veine crurale gauche. La courbe de la fièvre était telle qu'il fallait nécessairement admettre l'existence d'une septicémie. En effet, l'examen du sang, pratiqué 3 fois pendant le cours de la maladie, démontra chaque fois la présence en culture pure du *staphylococcus pyogenes albus*.

Si, malgré cette infection, la malade a survécu, il faut, suivant MM. Meyer et Stadelmann, l'attribuer à ce fait que les staphylocoques devaient avoir une vitalité affaiblie, fait démontré par le très lent développement des cultures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 8 Février 1898.

Lésions osseuses produites par la goutte.

M. Kayser a communiqué l'observation d'un homme de 50 ans dont la mère a été goutteuse, et qui a eu sa première attaque de goutte à l'âge de 20 ans. Ce première accès se localisa de la façon classique au niveau du gros orteil.

Plus tard les attaques devinrent de plus en plus fréquentes et frappèrent successivement les épaules, les coudes, les genoux, les articulations des mains et des pieds.

Les doigts des mains finirent par se couvrir de tophi arthritiques qui se compliquèrent de fistules si bien qu'à un moment donné le malade ne pouvait plus fermer ses mains et qu'il a fallu faire la désarticulation du médius de la main gauche.

L'examen histologique de ce doigt montre les détails suivants :

La troisième phalange était relativement bien conservée, mais de la seconde il ne restait pour ainsi dire rien, et à la place se trouvait une masse crayeuse composée d'urate de soude et qui s'était substituée à la moitié inférieure de la première phalange. Les dépôts d'acide urique ont donc provoqué dans ce cas une atrophie du tissu osseux et du périoste des phalanges envahies.

Ulcère de l'estomac chez un enfant tuberculeux.

M. Henkel a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant de 4 ans ayant succombé à la tuberculose, chez lequel, en outre des lésions tuberculeuses des poumons et des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, il trouva deux ulcérations de la paroi postérieure de l'estomac.

Sur les préparations faites avec les parties ulcérées on constate tout d'abord une destruction complète des glandes tubulaires si bien que la couche musculaire se trouve tout à fait à nu, surtout au centre des ulcérations. Dans les bords des ulcérations se trouvent de nombreuses bactéries parmi lesquelles prédominent les streptocoques. Les streptocoques nombreux se rencontrent encore dans les fentes lymphatiques de la sous-muqueuse et de la musculaire et dans celles qui se trouvent entre les glandes tubulaires non détruites. Les vaisseaux ne renferment pas de bactéries et ne présentent pas de thrombus hyalins.

Pour expliquer la pathogénie de ces ulcères, M. Henkel admet une diminution de la résistance de la muqueuse gastrique, survenant sous l'influence d'une cause quelconque; elle peut alors être envahie par les streptocoques avalés avec les crachats et dont l'action se joint à l'action peptique du suc gastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRIBOURG

Les erreurs dans l'auscultation des poumons.

M. Treupel a attiré l'attention sur certains phénomènes qui se produisent dans les parois du thorax et qui peuvent fausser l'interprétation des bruits qu'on entend à l'auscultation des poumons.

Un fait bien connu c'est que le froissement des cheveux ou des poils produit un bruit analogue aux râles crépitants fins. Ce bruit se produit fréquemment chez des individus dont le thorax et le dos sont recouverts de poils. Mais comme il s'entend pendant l'inspiration aussi bien que pendant l'expiration, il peut être facilement distingué du râle crépitant fins qui ne se reproduit que pendant l'inspiration. On peut du reste éviter ce bruit artificiel en humectant légèrement les poils qui se trouvent dans la région qu'on ausculte.

Un bruit très analogue peut se produire encore quand on applique le stéthoscope contre une région riche en tissu adipeux lobulé, comme par exemple les reins chez la femme.

Une cause plus fréquente d'erreur sont les contractions musculaires qui peuvent produire des bruits analogues aux râles sous-crépitants et au frottement. Le mécanisme de ces bruits est très variable. Dans certains cas ils sont dûs au déplacement des faisceaux musculaires par les mouvements du stéthoscope ou par les excursions respiratoires du thorax ; d'autres, qui simulent la respiration rude ou des râles humides, se produisent dans le trapèze quand il fonctionne comme muscle respirateur. Il existe enfin des bruits qui sont produits par les contractions fibrillaires des muscles à la suite d'une impression de froid qui fait frissonner les malades ou à la suite du tremblement nerveux provoqué par l'appréhension. Pour se rendre compte de l'existence de ces bruits d'ordre nerveux, il suffit de dire au malade de ne pas respirer : on continue à les entendre, ce qui montre qu'ils ne se produisent pas dans les poumons.

La connaissance de ces faits est fort importante comme le montre le cas suivant observé par M. Treupel.

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui toussait depuis trois ans et chez laquelle on avait diagnostiqué une tuberculose des sommets. En l'auscultant M. Treupel a aussi constaté l'existence des râles sous-crépitants aux deux sommets. Mais avant de terminer l'auscultation; il s'aperçut de l'existence des contractions fibrillaires des muscles de la partie supérieure du dos, et en continuant l'auscultation pendant que la malade retenait sa respiration, il continua à entendre les râles sous-crépitants.

L'examen plus détaillé montra que la malade était hystérique et que sa toux était d'origine nerveuse. Du reste l'examen de ses crachats est toujours resté négatif.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Mars 1898.

Plaies pénétrantes du genou.

M. F. C. Wallis a communiqué trois observations de plaies pénétrantes du genou. La première a trait à un homme de 23 ans, qui est tombé sur un gros clou en fer. Au bout de 24 heures le genou est distendu par du sang et sans doute aussi un peu d'air; la fièvre s'allume, les douleurs sont violentes. On ouvre l'articulation qui est lavée avec une solution faible de sublimé et débarrassée de tous ses caillots; on suture la capsule articulaire qui est largement déchirée, puis la peau, sans laisser de drain. Guérison rapide, par première intention, avec conservation parfaite des mouvements de l'article.

Chez les deux autres malades on a eu recours de même à un grand lavage de l'articulation avec une solution de sublimé à 1 p. 3000, puis à la suture immédiate, sans drainage. Seulement l'intervention a été plus tardive : 48 heures après l'accident chez une jeune fille de 13 ans dont la température dépassait déjà 39°, et 14 jours après chez un garçon de 11 ans dont l'articulation contenait 120 grammes d'un liquide à demi purulent. Chez ces deux malades il fallut ouvrir de nouveau l'articulation et drainer, 9 jours après la suture dans le premier cas et 3 jours après dans le second. La guérison fut cependant obtenue, mais elle demanda plusieurs mois de traitement.

Dans bien des cas la guérison est rapide : il suffit, pour cela, que le lavage antiseptique soit pratiqué de bonne heure. Les synovites septiques cèdent facilement après une grande irrigation suivie de suture. Même quand il y a suppuration depuis assez longtemps, l'ankylose n'est pas fatale. Somme toute, dans les plaies pénétrantes du genou, les résultats du traitement paraissent meilleurs quand on n'a pas recours au drainage.

M. Marsh rappelle qu'autrefois des cas aussi graves que ceux de M. Wallis finissaient par une septicémie qui emportait le malade ou, tout au moins, par l'amputation du membre. Mais aujourd'hui on sait que les synoviales articulaires sont aussi tolérantes que le péritoine quand on intervient aseptiquement. Chez un jeune garçon, M. Marsh a, pour des récidives de sarcome, ouvert quatre fois l'articulation du genou. Il l'a ouverte le même nombre de fois chez un autre malade pour enlever des fongosités tuberculeuses. Chez un petit garçon de 4 ans, dont le genou avait été ouvert et sali par la boue de la rue, la plaie a si bien guéri qu'au bout de 2 mois la jambe pouvait être fléchie à angle droit sur la cuisse. Enfin, chez un autre patient, dont le genou avait été ouvert par un clou rouillé, il survint une arthrite septique aiguë avec suppuration abondante et ramollissement des ligaments au point que le tibia semblait avoir, sur le fémur, la mobilité d'un fléau. Pourtant la guérison a été si parfaite que le malade marche aujourd'hui sur sa jambe, qui n'a gardé aucune mobilité latérale anormale et peut se mouvoir dans une étendue de 120°.

M. Barker est d'avis qu'on a trop souvent recours au drainage qui donne trop de tissu granuleux. Depuis quelques

années il y a renoncé complètement, bien qu'il puisse momentanément rendre service dans les cas septiques. Pour les irrigations, il ne faut pas employer de liquides irritants : l'eau chaude stérilisée est ce qui convient le mieux. Si les résultats actuels sont meilleurs qu'autrefois, c'est qu'on ne laisse plus dans les articulations ces drains dont les tubes servaient de canal d'entrée aux matières septiques.

M. Watson Cheyne s'élève depuis longtemps contre la pratique des injections antiseptiques dans les cavités purulentes. Dans les cas de plaie articulaire, il fait une large incision, passe sur les parties molles voisines de la plaie l'éponge imbibée d'acide phénique et applique un drain pour 24 ou 48 heures. Après quoi, si tout va bien, il enlève le drain. Mais il serait au moins imprudent de fermer une plaie septique sans en assurer préalablement le drainage.

M. Wallis cite encore un cas où une éponge avait été laissée, par inadvertance, dans une articulation. Les irrigations d'eau restaient sans effet, mais la guérison survint dès qu'on eut badigeonné les surfaces articulaires avec l'acide phénique pur.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 18 Mars 1898.

Double hernie ombilicale et épigastrique. Cure radicale. Guérison.

M. Laurent a opéré, il y a 3 semaines, une femme portant une hernie ombilicale étranglée, coexistant avec une hernie épigastrique. Cette femme souffrait depuis plusieurs années de poussées de péritonite localisée au voisinage de la paroi abdominale antérieure, tout particulièrement au niveau de l'ombilic. A cet endroit s'étaient même produits des accidents de suppuration.

Pour réduire la hernie ombilicale étranglée, M. Laurent pratiqua l'omphalectomie; après excision de l'ombilic, il disséqua le sac; celui-ci renfermait une partie du côlon transverse. L'intestin adhérait au sac et à son collet par des brides fibreuses très étroites et très denses; sa paroi était le siège d'un épaississement considérable.

La hernie épigastrique, qui fut opérée en même temps, siégeait sur la ligne médiane, à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle renfermait une anse d'intestin grêle, intimement adhérente au sac. Le sac fut réséqué et l'intestin fut réduit. La fermeture de la plaie abdominale fut faite par étages.

L'intérêt de l'observation réside dans la coexistence des hernies ombilicale et épigastrique, et dans la présence d'une anse intestinale dans une hernie épigastrique, ce genre de hernies renfermant le plus souvent des lobules de graisse ou une partie de l'estomac.

Péritonite, péricardite et pleurésie chroniques.

M. Pierre montre les pièces provenant d'une femme de 43 ans qui avait eu une atteinte de rhumatisme articulaire en 1889 et était malade depuis 1892. En 1895, elle a été ponctionnée à plusieurs reprises pour ascite.

Lorsqu'elle entra dernièrement à l'hôpital, elle se plaignait de douleurs gravatives dans la région du foie, de palpitations de cœur et d'une oppression continuelle et insupportable. A la palpation de l'abdomen, sur la ligne médiane, on sentait nettement le bord tranchant du foie, tandis qu'il était inaccessible sur la ligne mammaire. Pouls fort et résistant, oscillant entre 94 et 100. Pas de fièvre. Il y avait à peu près un litre d'urine par jour au moment de l'entrée à l'hôpital. La quantité a diminué régulièrement depuis, pour descendre à 400 grammes. Pendant tout ce temps, le taux de l'urée s'est maintenu au voisinage de 15 grammes, tandis que le chiffre des chlorures est tombé en quelques jours de 18 à 2 grammes.

A l'autopsie, la cavité abdominale contenait de 7 à 8 litres de liquide louche. Le foie était recouvert dans toute son étendue de larges plaques de périhépatite d'aspect cartilagineux. Entre ces plaques, la capsule était épaissie. Le foie adhérait au diaphragme et à l'extrémité supérieure de la rate. La vésicule biliaire, remplie de volumineux calculs, avait une paroi épaisse.

La rate était recouverte, dans toute l'étendue de sa face externe, par une large plaque de périsplénite, d'aspect également cartilagineux.

Enfin il y avait une synéchie péricardique totale. Le poumon droit, atélectasié par compression, présentait une plèvre énormément épaissie et tellement adhérente aux côtes que la dissection était devenue impossible.

L'utérus présente à sa face postérieure quelques plaques blanchâtres de périmétrite chronique. Les ovaires sont sclérokystiques; les trompes paraissent normales. Dans l'aileron antérieur du ligament large gauche se trouve une tumeur bosselée, du volume d'une pomme, indépendante des organes du petit bassin. Elle paraît formée par la réunion de tumeurs plus petites, dont les unes présentent un aspect lardacé, tandis que d'autres sont caséifiées et en voie de crétification. La structure histologique de la tumeur est celle d'un carcinome en voie de transformation muqueuse.

M. Vandervelde fait observer qu'on trouve assez souvent, à l'autopsie des sujets âgés, des plaques de périsplénite ayant les caractères macroscopiques du tissu cartilagineux; mais il est très rare de rencontrer des plaques de ce genre à la surface du foie et de la matrice.

M. Crocq estime que les relations physiologiques étroites qui unissent le foie et la rate expliquent la coexistence, d'ailleurs très fréquente, des lésions de ces deux organes. Les accidents de périhépatite et de périsplénite entraînent souvent à leur suite des lésions de péricardite.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Junien-Lavillauroy (Paul). *Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.* N° 201. (H. Jouve.)

M. Delarue (Alfred). *Contribution à l'étude des fractures de l'astragale.* N° 206. (H. Jouve.)

Le travail de M. Junien-Lavillauroy constitue un appoint intéressant à la question difficile de l'histogénèse du carcinome du testicule. S'appuyant sur l'étude personnelle anatomo-histologique de 8 cas de tumeurs du testicule, il s'efforce de différencier les unes des autres les différentes variétés du carcinome du testicule.

Les carcinomes du testicule, à l'examen macroscopique, se présentent sous trois formes : la forme molle ou encéphaloïde, la forme dure ou squirrhe, la forme kystique.

A l'examen microscopique, on constate que le squirrhe et l'encéphaloïde ne diffèrent l'un de l'autre au point de vue anatomique que par le développement plus ou moins considérable du tissu conjonctif. Dans ces deux formes, les cellules épithélioïdes infiltrées entre les travées ont de nombreux points de ressemblance avec les cellules épithéliales des tubes séminifères.

Les carcinomes kystiques sont quelquefois des tumeurs pures, alors ils présentent des cavités régulières tapissées par une ou plusieurs rangées de cellules cylindriques ou cubiques, et des cellules dérivées du type cylindrique infiltrées entre les travées conjonctives, mais ces cellules se présentent fréquemment alors sous un aspect atypique.

Ces carcinomes kystiques peuvent aussi être des tumeurs à tissus multiples; à côté de kystes et d'alvéoles renfermant des cellules épithélioïdes on peut trouver alors des noyaux de cartilage, du tissu musculaire, du tissu osseux, du tissu mixomateux ou sarcomateux.

Les tumeurs développées secondairement dans les ganglions lombaires ou dans un autre organe présentent les mêmes formes de cellules épithélioïdes que le cancer primitif du testicule.

Le carcinome encéphaloïde et le squirrhe semblent dériver d'une anomalie de développement des tubes séminifères; aussi, après bien d'autres auteurs, les dénommons-nous *carcinomes séminifères*.

Les carcinomes kystiques semblent avoir pour point de départ des débris embryonnaires du corps de Wolf, inclus dans le testicule au milieu des travées conjonctives. Ce sont, suivant l'expression de Pilliet et Coste, des carcinomes wolffiens. Les carcinomes à tissus multiples ne sont qu'une variété des précédents.

Les fractures de l'astragale sont souvent méconnues. Aussi passent elles pour rares. M. Delarue pense que cette rareté n'est qu'apparente et qu'en principe toute entorse devrait être soumise aux rayons X.

Parmi les solutions de continuité de l'astragale il convient de faire une place à part aux fractures vertico-transversales, de la poulie de cet os.

Les caractères anatomiques de cette fracture tendent à la faire considérer comme une fracture par arrachement due à la mise en tension des ligaments péronéo-astragaliens dans une torsion forcée du pied.

Cliniquement elle se caractérise par une déformation spéciale du cou-de-pied due au déplacement en avant du fragment cervical et par une laxité anormale des articulations du tarse, suffisamment accusée pour permettre au tubercule du scaphoïde d'être amené au contact de la malléole interne.

Son diagnostic est rendu difficile par l'absence ou le faible degré de mobilité du fragment déplacé. Ce sont surtout les luxations tibio-tarsienne et sous-astragalienne qui peuvent donner lieu à la confusion. Peut-être même la radiographie ne peut-elle pas permettre toujours et à coup sûr d'éviter cette erreur.

La thérapeutique de cette variété de fractures doit satisfaire aux règles générales de la chirurgie orthopédique du pied : enlever les saillies osseuses qui altèrent la forme de l'organe et qui, laissées en place, risquent de compromettre ses fonctions d'une façon irrémédiable. La crainte de laisser dans la mortaise un fragment irrégulier ne doit pas arrêter l'opérateur.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu sous pli recommandé la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans votre prochain numéro la réponse suivante :

Dans une lettre parue simultanément dans le *Bulletin médical* et dans la *Gazette hebdomadaire*, du 20 mars 1898, M. Varnier prétend que sa bonne foi a été surprise et qu'il y a eu une erreur du copiste.

1° Avant de porter contre un confrère une accusation aussi grave que celle qu'il a formulée contre moi, le premier devoir de M. Varnier était de s'assurer de l'authencité et de l'exactitude des documents qu'il publiait.

2° Le remplacement de la phrase : *l'autopsie paraît démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, négligence*, par la phrase : *Laporte en pratiquant cet accouchement a* AGI *avec imprudence*, MALADRESSE serait une erreur du copiste ?!

Mais est-ce une erreur du copiste la suppression des 8 lignes du commencement et des 12 lignes de la fin, ainsi que des signatures de MM. Andrée, greffier, Bertulus, juge d'instruction et *Dr Laporte* ?

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Socquet.

Voici la réponse de M. Varnier :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Ainsi, après 6 jours de réflexion, voilà tout ce que M. Socquet trouve à répondre à ma lettre du 20 mars !

J'y mettais les experts au défi de contester l'authenticité et l'exactitude des pièces essentielles du débat, savoir :

Rapport de MM. Socquet et Maygrier publié sans commentaires (cote 38);

Rapport d'autopsie de la femme Fresquet et conclusions;

Rapport d'autopsie de l'enfant et conclusions.

Ces deux derniers rapports (cotes 36 et 37), rédigés et signés par M. Socquet, sont ceux sur lesquels ont porté toute ma discussion du 31 octobre dernier et la consultation demandée par M. Pinard à ses collègues de Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Nantes, Rennes, Rouen et Tours.

M. Socquet reste muet. *Qui ne dit rien consent.* Voilà donc un premier point définitivement éclairci. Vos lecteurs savent maintenant ce qu'ils doivent penser de l'ordre du jour voté par la Société de médecine légale. Ils se demanderont, comme moi, pourquoi MM. Socquet et Maygrier, présents à la séance, en ont laissé passer sans rectification le texte « de nature à *égarer l'opinion publique* » (1).

Reste la question du *Rapport sommaire*, ma pièce de 7 lignes.

M. Socquet m'oppose sa *déposition orale*, consignée de la main du greffier à la cote n° 16 du dossier.

Interrogé clairement par moi à ce sujet et en ces termes :

Le Dr Socquet a-t-il *écrit de sa main, signé et remis à M. le Juge d'instruction* un papier contenant un « rapport sommaire » ? Ou bien n'a-t-il fait que déposer des conclusions *orales* au cours de sa confrontation avec Laporte, *conclusions uniquement consignées de la main du greffier ?*

M. Socquet ne répond pas. Dont acte, une première fois.

Et maintenant que M. l'Expert veuille bien relire ma lettre avec le désir de la comprendre.

Il y verra, comme tout le monde, que jusqu'à nouvel ordre l'erreur de copiste est une simple hypothèse à laquelle je ne crois pas, pour des raisons longuement exposées dans la *Gazette hebdomadaire* du 20 mars.

Afin d'éclairer mes lecteurs sur le seul point qui reste en discussion, je pose une fois encore la question :

Le Dr Socquet a-t-il *écrit de sa main, signé et remis à M. le Juge d'instruction* un papier contenant un « rapport sommaire » ? Ou bien n'a-t-il fait que déposer des conclusions *orales* au cours de sa confrontation avec Laporte, *conclusions uniquement consignées de la main du greffier ?*

C'est clair. *Oui* ou *non*, ce n'est pas long à écrire. Il n'y faut pas 6 jours de réflexion et une enquête minutieuse.

Quand j'aurai la réponse... je n'aurai plus qu'une ligne à ajouter et, en ce qui me concerne, le débat sera clos.

H. Varnier.

1. Voir l'article de *the Lancet* du 19 mars reproduit par M. Broca dans la *Gazette hebdomadaire* du 27 mars.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Formes et traitement de la colite chez l'enfant,

Par M. Louis Guinon (1),

Médecin des hôpitaux.

A mesure que l'on connaît mieux les infections digestives de l'enfance, on arrive à isoler des formes plus ou moins nettes et à les localiser dans un tel ou tel segment de l'intestin. A la vérité, ces localisations sont toujours un peu artificielles; le tube digestif de l'enfant est *un*, et cela est d'autant plus vrai que l'enfant est plus jeune : chez le nourrisson il n'existe que des « gastro-entérites » ; mais on peut, dans certains cas, reconnaître la prédominance de symptômes gastriques ou de symptômes intestinaux, et même, parmi ces derniers, on peut distinguer une variété colique. Chez l'enfant plus âgé, la distinction est beaucoup plus nette, le côlon réagit ou semble réagir seul, la colite s'isole symptomatiquement, sinon anatomiquement; mais aussi bien, dans ces cas encore, on observe le plus souvent un trouble, un symptôme si minime soit-il, comme le vomissement, la rougeur de la langue, qui décèle la participation de l'estomac, en un mot de tout le tube digestif à la maladie.

Plusieurs études ont paru sur ce sujet depuis quelque temps, elles sont pour la plupart incomplètes et confondent des formes très différentes; les médecins allemands qui semblent avoir isolé la colite depuis longtemps, la désignent sous le nom d'entérite folliculaire (Baginsky), désignation qui me paraît impropre; si en effet, par folliculaire, on entend désigner l'inflammation des follicules clos, c'est faux au point de vue anatomique, parce que les follicules clos ne sécrètent pas de mucus, et s'ils sont enflammés, ce que je ne nie pas, ils ne le sont que secondairement; la folliculite du gros intestin se voit dans toutes les maladies infectieuses avec participation du tube digestif; si par folliculaire on entend l'inflammation glandulaire de l'intestin, le mot est mauvais, car en France le mot follicule ne s'applique qu'aux agglomérations lymphatiques. Je n'admets pas plus le nom d'entérite catarrhale (Henoch); catarrhal implique l'idée de superficiel, or la colite peut aller de l'inflammation la plus légère à la dysenterie.

Contentons-nous donc du mot colite ou entéro-colite. Dans la description qui va suivre, prendront néanmoins place plus d'une fois des symptômes qui rentrent dans la pathologie de tout l'intestin.

La colite aiguë s'observe à tout âge, mais plus souvent au-dessous de 3 ans; comme toutes les entérites, elle est parfois alors véritablement épidémique. On en trouve généralement la cause dans l'ingestion d'aliments altérés, de mauvaise qualité ou irritants comme les fruits crus et insuffisamment murs; une fillette de 2 ans est atteinte, après avoir mangé des groseilles au mois de juillet; trois frères ont une colite dysentériforme, quelques jours après l'ingestion de pommes vertes, au mois d'août.

Le lait altéré, sous toutes ses formes, cause l'entérite toxi-infectieuse banale mais rarement la colite d'emblée.

Le calomel à hautes doses produit parfois une colite légère, dont les coliques, le ténesme et les selles muco-sanguinolentes sont les signes; je ne fais que signaler la colite par introduction rectale de corps irritants, comme un lavement naphtolé.

La colite aiguë peut compliquer ou suivre les entérites; elle survient aussi à la suite de la fièvre typhoïde quand l'enfant, soumis à une diète prolongée, reprend trop brusquement l'alimentation; elle est souvent alors, précédée d'une constipation tenace. Dans la rougeole la diarrhée prend quelquefois un aspect mousseux et glaireux caractéristique; j'ai constaté en pareil cas, quand le malade succombait, des lésions inflammatoires de la portion terminale du gros intestin. J'ai vu enfin, la colite survenir comme phénomène de suppléance remplaçant un accès d'asthme.

Si la colite aiguë du premier âge survient sur tous les terrains indépendamment de toute diathèse, chez les enfants plus âgés, au contraire, et surtout quand elle est chronique, elle est presque toujours liée à l'hérédité neuro-arthritique, parfois le père est goutteux, eczémateux, la mère est névropathe, hystérique ou neurasthénique, les enfants sont eux-mêmes des névropathes, mobiles, irritables, exagérant leurs malaises. L'hérédité est parfois plus étroite; il y a en effet des familles où on souffre de l'intestin, la mère est constipée, les enfants ont de la diarrhée ou de la colite, et souvent deux frères ou sœurs en sont atteints.

La colite chronique est plus fréquente après 4 ans; tantôt elle suit des poussées de colite aiguë, tantôt elle s'installe peu à peu sans bruit; dans ce cas, elle reconnaît une cause prédominante, la constipation; nombre d'enfants atteints de colite chronique sont d'anciens constipés; cet inconvénient s'est déjà manifesté dans la première enfance puis il ne fit qu'augmenter, car on l'a laissé s'installer, ou, on l'a combattu par des moyens irritants, par des purgatifs répétés et on a produit ici une inflammation permanente.

Comment agit la constipation? Les matières fécales, transformées en masses dures, s'accolent aux parois. séjournent dans les diverticules du colon, provoquant par leur présence une irritation continue se caractérisant par des poussées de fausse diarrhée qui n'arrive pas à entraî-

1. Revue mensuelle des *Maladies de l'enfance*, mars 1898.

ner les scybales accumulées dans le conduit mais trompent l'entourage de l'enfant sur l'état de son intestin.

La constipation est entretenue par l'atonie intestinale qui est elle-même la suite des troubles digestifs de la première enfance, mais ceux-ci ne sont pas constants.

Au point de vue clinique on peut distinguer les formes suivantes :

Colite aiguë. . .
- Forme muqueuse ou catarrhale.
- — — grave.
- — — légère.
- — — localisée.
- — dysentérique.

Colite chronique.
- Muco-membraneuse continue.
- — type indolent.
- — type entéralgique.
- A paroxysmes simples.
- — dysentériformes.

I. Colite aiguë muqueuse.

Forme grave. — Chez un enfant de 1 an 1/2 à 4 ans, généralement pendant la saison chaude, on voit apparaître une indigestion caractérisée par un vomissement, une fièvre légère et de la diarrhée, les premières garde-robes n'ont pas de caractère particulier, leur odeur infecte indique cependant d'actives fermentations intestinales.

Mais les matières fécales deviennent rapidement plus rares, en même temps que l'abondance de chaque garde-robe diminue, le mucus qui avait passé inaperçu d'abord, apparaît bientôt plus abondant sous forme de masses arrondies, de filaments verdâtres ou brunâtres, puis plus clairs et transparents; ce mucus est plus ou moins dense; parfois nettement isolé, il arrive à constituer la totalité de la selle, parfois il est mêlé à du liquide intestinal verdâtre ou séreux clair, il a une odeur fade, assez caractéristique, mais à peine perceptible dans quelques cas.

Chaque émission est précédée de coliques parfois assez vives, et suivie d'épreintes; l'enfant fait d'inutiles efforts, et demande fréquemment le vase; l'anus est parfois béant, au bout de quelques jours la muqueuse est en prolapsus.

La langue est blanche au début, puis les bords et la pointe deviennent rouges, les papilles saillantes. L'enfant demande fréquemment à boire, souvent il ne supporte aucun aliment, au moins au début; parfois même les jeunes enfants refusent tout liquide, ce qui explique leur état nauséeux.

Le ventre est de volume normal ou légèrement rétracté dans sa région moyenne; les parties latérales correspondant aux côlons ascendant et surtout descendant sont tendues, douloureuses et brûlantes. Le ballonnement sus-ombilical indique la tension du côlon transverse.

Le faciès est rapidement altéré; les pommettes sont rouges au début, puis les yeux s'excavent, se cerclent de noir; la face devient pâle, les traits sont tirés, le pli nasal s'accentue, les lèvres sont généralement très rouges au début, elles pâlissent ultérieurement; la peau est sèche et chaude, le pouls vif, petit et dur, plus que ne le comporte la température, la respiration accélérée.

Très agité dans les premières heures, l'enfant ne tarde pas à s'affaiblir sous l'influence des pertes de liquide, des vomissements, des douleurs et du ténesme; il reste alors immobile, les yeux fermés, répondant péniblement et ne se réveillant que pour boire ou évacuer.

Chez les enfants plus âgés, malgré la gravité des symptômes intestinaux la faiblesse est moindre, l'état général résiste plus longtemps.

La température dans les formes graves atteint 39° et plus; les formes moyennes ne dépassent pas 38° et 38°5. Quand la température présente des oscillations régulières, sa courbe ressemble beaucoup à celle de la fièvre typhoïde. Dans un cas j'ai vu le thermomètre marquer 37°8 ou 38° le matin et régulièrement 39° le soir, pendant plusieurs jours de suite; le ballonnement, qui était médian, l'aspect de la langue, qui était pointue, rouge sur les bords et à la pointe, la sensibilité du cæcum auraient pu faire penser à une fièvre typhoïde si la rapidité excessive du pouls, l'étendue normale de la matité splénique n'avaient contredit cette hypothèse.

Marche. — L'affection dans son ensemble dure de 6 à 10 jours; pendant tout ce temps, l'appétit est presque nul, ce qui explique l'absence de matières fécales et la rareté de l'urine; celle-ci est rouge foncé, irritante et, dans quelques cas, l'enfant paraît souffrir au moment de la miction.

La réapparition des matières fécales est le premier signe d'amélioration; on y aperçoit alors des matières muqueuses plus épaisses, opaques et comme purulentes. La fièvre tombe. L'appétit reparaît, la langue se nettoie, le ventre reprend lentement sa souplesse.

Mais la convalescence qui commence alors est toujours longue; pendant des jours et quelquefois des semaines, l'enfant reste pâle, faible, il se fatigue facilement; il est très amaigri.

Cette terminaison heureuse, après une première atteinte, souffre de nombreuses exceptions. Parfois, après une amélioration de quelques jours, une rechute survient soit spontanément, soit sous l'influence de l'alimentation trop vite reprise. Dans ces cas, la guérison n'est souvent définitive qu'après plusieurs poussées successives.

Plus rarement, l'entérite s'aggrave au point de donner lieu à des accidents cholériformes : vers le 3e ou 4e jour de la maladie les garde-robes deviennent plus abondantes et presque continuelles, l'enfant s'affaiblit à vue d'œil, les traits se creusent, le faciès se grippe, les extrémités se refroidissent, la sécrétion urinaire s'arrête et l'enfant offre tout le tableau de l'algidité cholérique. Des accidents méningitiques s'y joignent dans quelques cas; alors apparaissent des convulsions peu intenses, quelquefois limitées aux globes oculaires. On observe de la raideur des membres et de la nuque, l'enfant tombe dans un coma rapidement mortel. Cette terminaison se voit surtout au-dessous de 2 ans.

Forme bénigne. — Ces formes atténuées sont bien plus fréquentes que la forme grave.

L'enfant, qui depuis quelques jours manque d'appétit et a la langue blanche, se plaint de quelques coliques, il vomit une ou deux fois, les garde-robes deviennent plus fréquentes (3 ou 4 en 24 heures) et contiennent du mucus mêlé aux matières fécales. C'est à peine si la température s'élève de 2 ou 4 dixièmes au-dessus de la normale. Ces symptômes sont parfois si atténués qu'ils passent inaperçus; une légère purgation et la diète en ont rapidement raison.

Formes localisées ou partielles. — Il arrive que la colite prédomine dans telle ou telle partie du gros intestin. 1° On la voit, par exemple, se localiser dans le côlon ascendant et surtout le cæcum; la fosse iliaque et le flanc droit sont tendus, le malade y éprouve des douleurs sourdes et des coliques; la peau y est chaude, et la palpation est douloureuse. C'est en somme une véritable *typhlite* : on conçoit facilement que si le début est brusque, avec des vomissements et de la fièvre on puisse penser à une appendicite.

Toutefois, la douleur est moindre que dans l'appendicite, elle est plus diffuse, nettement cæcale; on ne sent

qu'une tension arrondie, sans induration; il n'y a pas de constipation, mais, au contraire, des garde-robes glaireuses; enfin le froid, qui soulage les douleurs d'appendicite est plutôt nuisible dans la colite cæcale.

Cette forme guérit généralement très vite, ou bien l'inflammation se généralise à tout le côlon.

2° Beaucoup plus souvent la colite paraît se localiser au côlon descendant, ou à l'S iliaque et aux parties supérieures du rectum.

La douleur est dans la fosse iliaque gauche et l'évacuation des matières s'accompagne de ténesme.

On peut observer ces localisations successives chez une même malade. Telle une jeune fille de 11 ans qui présenta d'abord à plusieurs reprises des douleurs dans la fosse iliaque droite simulant une attaque d'appendicite et fut prise ultérieurement d'une atteinte avec fièvre plus élevée et des symptômes pouvant faire penser à une fièvre typhoïde, mais sans grosse rate, sans diarrhée, ni taches rosées et cédant en quatre jours sous l'influence des bains refroidis, des lavements d'eau bouillie, de la magnésie.

Forme dysentérique. — Ce n'est autre chose que le tableau plus ou moins chargé de la dysenterie sporadique. L'affection débute soit insidieusement par une légère diarrhée glaireuse qui devient plus tard sanguinolente, soit brusquement par plusieurs selles survenant coup sur coup, d'abord diarrhéiques, puis brusquement chargées de sang en même temps que surviennent les vomissements et la fièvre. La face est rouge, la peau est chaude, le pouls vif et dur, la langue est allongée, rouge surtout au bord et à la pointe, les papilles sont saillantes. L'enfant se plaint d'une soif vive, les boissons froides et les aliments provoquent de vives douleurs de l'estomac et du ventre. L'abdomen est rétracté au centre, dur et tendre au niveau des différentes régions du côlon. Les douleurs, vagues et continues, occupant tantôt les flancs tantôt la région péri-ombilicale, deviennent plus aiguës par moments et cessent avec l'évacuation des gardes-robes. L'enfant pousse alors des cris, fait de violents efforts, l'anus est rouge, béant et cette crise douloureuse n'aboutit qu'à l'émission de quelques gouttes de liquide muqueux et sanguinolent.

Les caractères de ces garde-robes sont à peu de choses près ceux de la dysenterie vraie variant du « frai de grenouille » au « crachat pneumonique » sans atteindre toutefois jamais l'aspect de « râclures de boyau ».

Les épreintes rectales s'accompagnent de ténesme vésical : l'urine est très rare, très foncée.

La dépression des forces est dès le début considérable; l'enfant est dans la torpeur, mais cependant son sommeil est à chaque instant interrompu par des douleurs, des cris. Il pleure et se plaint constamment.

Le sang disparaît des gardes-robes au bout de quelques jours, puis le mucus disparaît à son tour et la diarrhée reparaît précédant le retour des gardes-robes normales. La fièvre, qui dans les premiers jours atteint jusqu'à 39° et 39°5 cesse généralement au bout de 8 jours, 10 au plus. Elle est parfois suivie d'une courte période d'hypothermie. La guérison survient quelquefois très rapidement, mais, comme la colite simple, la colite dysentériforme laisse souvent des traces d'inflammation chronique.

II. Colite chronique.

La colite chronique apparaît surtout à l'âge de 2 ans, chez les enfants anciennement constipés. Elle débute de deux manières très différentes. Tantôt à la suite d'une entérite aiguë, muqueuse ou dysentériforme, l'enfant reste « sensible » de l'intestin, et la colite est dès ce moment installée; tantôt l'affection débute insidieusement par de vagues douleurs, des coliques pendant la digestion, ou des alternatives de constipation et de diarrhée.

Les enfants atteints de colite chronique ont généralement un type extérieur assez caractéristique. Ils sont très pâles, on les traite d'anémiques; dans les cas anciens, cette pâleur est bistrée; la peau est pigmentée principalement sur la face et le cou, traduisant l'état d'intoxication profonde dont souffrent ces enfants.

Les yeux sont cerclés de noir; les pommettes sont quelquefois roses, mais toujours le pourtour du nez est d'une teinte jaunâtre; en revanche, et c'est là un phénomène souvent signalé par les mères bonnes observatrices, les lèvres sont d'un rouge vermillon.

Ces petits malades sont maigres, émaciés même, au point de simuler, à un examen superficiel, une tuberculose profonde. Ils sont sensibles au froid, ont les pieds facilement froids; la paume des mains au contraire est brûlante; sur la face et le cou se voient quelquefois des plaques d'eczéma sec.

La langue blanche et empâtée à la base, est généralement rouge à la pointe; mais son aspect change avec l'état de l'intestin dont elle est le miroir fidèle. L'haleine est fétide ou du moins fade ou légèrement acide. Le ventre est tantôt ballonné, tantôt rétracté.

Au point de vue de la sensibilité, l'intestin se comporte de façon très variable; dans certains cas, la palpation ne réveille aucune douleur; dans d'autres, la moindre pression, le moindre frôlement sont douloureux; il s'agit alors d'enfants névropathes, à sensibilité générale excessive. La douleur siège surtout au niveau de l'S iliaque, moins souvent sur le côlon transverse, plus rarement au cæcum, elle s'exaspère à l'approche des crises aiguës.

Le gros intestin, assez facile à explorer dans les *formes indolentes*, est généralement tendu et dilaté; on sent dans l'S iliaque des boules dures de matières accumulées; plus rarement la main perçoit comme un cordon arrondi dans la fosse iliaque, analogue à la corde de Glénard. Ces sensations différentes sont dues à deux états anormaux de l'intestin. l'atonie et la sténose qui peuvent alterner ou coïncider chez un même sujet dans des régions différentes.

J'ai constaté la distension du cæcum en même temps que la rétraction de l'S iliaque. C'est un point d'anatomie pathologique intéressant dans une affection où les lésions sont si peu connues.

Ces enfants sont presque toujours névropathes à quelque degré, émotifs, tristes, grognons, ils sont parfois d'une irascibilité qu'expliquent leurs multiples malaises. Ils se plaignent de douleurs sus-ombilicales, qu'on prend pour de la gastralgie. Parfois ce sont de véritables coliques; pendant ses jeux, l'enfant pâlit, ses traits s'altèrent, il est obligé de se reposer.

Chez quelques enfants, ces douleurs se répètent et s'établissent au point de constituer une *forme entéralgique*. Dans ces cas, la douleur est à la fois profonde et superficielle, le frôlement du doigt sur le ventre suffit à la réveiller, la palpation profonde est intolérable; les contractions musculaires elles-mêmes sont douloureuses et on voit le malade quand il se met debout, rester plié en deux pour éviter la souffrance.

Au point de vue des garde-robes, ce qui domine chez ces enfants, c'est la constipation (*type constipé*); les mala-

des ne vont, pour ainsi dire, jamais spontanément à la selle; leurs efforts n'aboutissent qu'à l'émission de quelques boules dures qui excorient l'anus au passage et se couvrent alors de gouttes de sang, surtout si l'effort produit le prolapsus de la muqueuse. Quelques enfants finissent par perdre complètement l'habitude de l'effort de défécation; la constipation, chez eux, résulte non seulement de l'atonie intestinale et de la sécheresse des matières, mais aussi de l'absence complète de besoin.

Les matières sont formées de boules très dures, noires, ou brun foncé, parfois marbrées de teintes diverses, et d'odeur infecte. Elles sont recouvertes de mucus en stries blanchâtres ou formant une couche continue; quand le mucus est plus concret, il prend la forme de membranes blanches, grisâtres, ou gélatiniformes, allongées, plissées, simulant parfois des fragments de tœnia.

La constipation n'est pas immuable; dans certains cas, elle alterne avec des crises de diarrhée; celle-ci apparaît soit après un écart de régime, soit comme effet direct de la constipation agissant comme corps étranger. Les selles sont fétides, comme putréfiées, chargées de mucus brunâtre et mousseux, des gaz abondants et infects les accompagnent. Chez certains enfants mal nourris, la diarrhée remplace la constipation; ils ont deux à trois selles par jour, semi-liquides, glaireuses, d'odeur infecte. Ce *type diarrhéique* se voit surtout quand on les soumet au régime lacté : en effet, beaucoup de ces enfants ne tolèrent pas le lait, même s'il en sont avides et en éprouvent de la diarrhée. Au moment de ces poussées diarrhéiques peut apparaître un élément, le sable intestinal, que MM. Mathieu et Oddo ont constaté chez l'adulte; je l'ai observé chez l'enfant de même que M. Dieulafoy. L'appétit est nul ou capricieux; la digestion est lente et pénible; à ce moment, la face rougit, des bâillements et des éructations apparaissent précédant les douleurs du ventre et les coliques qui simulent quelquefois, comme je l'ai dit, la gastralgie; le peau est moite; c'est une véritable fièvre de digestion, bien que l'élévation de température ne soit pas appréciable au thermomètre. Pendant la nuit, ces malaises troublent le sommeil, provoquent de l'agitation, des plaintes et uue transpiration abondante, bien souvent les mauvaises nuits n'ont pas d'autre cause qu'une digestion intestinale défectueuse.

Les urines ont une coloration anormale ou très foncée, ou verdâtre, une odeur désagréable et contiennent de l'indican.

Le foie est augmenté de volume, mais c'est plus un effet de la constipation et de l'intoxication qui en résulte, que de l'entérite elle-même.

Ainsi constituée, l'affection reste longtemps stationnaire, interrompue de temps en temps par des poussées aiguës ou *paroxysmes* qu'on observe aussi au début de l'affection, tantôt il s'agit d'une *simple diarrhée* muqueuse avec ballonnement, douleur et fièvre, tantôt d'une *poussée dysentériforme*. Elles affaiblissent beaucoup les malades.

Les enfants dont j'ai déjà décrit l'habitus extérieur cessent de croître, ils restent petits, les os grêles, les membres minces, la poitrine étroite; tel enfant de 3 ans paraît en avoir deux : un enfant de 11 ans est moins développé et d'apparence plus infantile que son frère qui en a huit. Si on les laisse livrés à eux-mêmes jusqu'à l'adolescence, la différence éclate plus vivement. Mais quelque profonde que soit cette dystrophie, elle ne prend pour ainsi dire jamais l'aspect du rachitisme.

Pronostic. — L'avenir est sombre pour ces malades, car la colite chronique est une affection tenace, résistant parfois au traitement le mieux dirigé, facilement aggravée par les médications intempestives et illogiques; mal soignée, elle est indéfinie. Arrivés à l'âge adulte, ces malades deviennent généralement dyspeptiques, neurasthéniques, et de la variété la plus fâcheuse; ils présentent de l'entéroptose, de la mobilité du rein droit et tous les troubles qui en résultent.

Mais je me hâte d'ajouter que bien soignés *dès le début* ils guérissent ordinairement très bien.

Complications. — Elles ont été signalées chemin faisant. L'hémorrhagie intestinale, est rare dans la colite aiguë. Dans sa thèse sur les hémorrhagies intestinales des enfants, mon élève M. Costinosco n'a pu rapporter qu'un cas qu'il devait à M. Claisse.

J'ai observé, pour ma part, plusieurs cas d'hémorrhagie intestinale vraie; malgré mes recherches, je n'ai jamais constaté de colite. Le prolapsus rectal mérite à peine le nom de complication.

Certains accidents sont communs à toutes les formes de colites. *L'appendicite* est-elle fréquente dans la colite?

Récemment, à l'Académie de médecine M. Dieulafoy niait tout rapport entre ces deux affections; M. Reclus, soutenait le contraire. Assurément l'appendicite n'est pas une complication fréquente de la colite; mais on ne saurait nier leur coïncidence, signalée depuis longtemps par M. J. Simon, reconnue par MM. Reclus, Mathieu, Siredey (chez l'adulte), MM. Comby, Marfan et moi-même chez l'enfant. Les enfants atteints d'appendicite ont rarement un passé vierge de toute anomalie; on trouve dans leurs antécédents des coliques, des ballonnements, de la diarrhée, de la constipation (Gordon). Bien plus, la symptomatologie de l'appendicite peut être modifiée ou obscurcie, par l'existence d'une colite concomitante. Il y a donc chez l'enfant un rapport certain entre les deux affections.

La *lithiase intestinale* que j'ai signalée ne peut être considérée comme complication.

La *cystite* paraît être une complication assez fréquente de l'entérocolite. Escherich avait déjà montré en 1894 comment le contact des matières fécales avec la vulve pouvait, chez les petites filles, causer l'infection colibacillaire de la vessie. Son élève Trumpp a montré la coïncidence fréquente de cette infection avec l'entérite « folliculaire », puisqu'il a constaté la présence des bactéries dans l'urine 14 fois sur 17 enfants. Plus récemment encore, M. Hutinel rapportait quelques observations aussi intéressantes que démonstratives.

Comment se fait l'infection vésicale? Chez les filles on admet que grâce aux liquides qui souillent le périnée et la vulve, les colibacilles pénètrent directement dans l'urèthre et la vessie; aussi sont-elles plus fréquemment atteintes (14 filles contre 5 garçons en réunissant les chiffres de Trumpp et Hutinel). Mais, chez les garçons, il faut admettre un autre mode d'infection; elle se ferait directement à travers les parois du rectum et de la vessie accolées, mécanisme dont M. E. Reymond a montré la réalité chez les femmes atteintes d'infection des annexes. On ne saurait admettre la pénétration des voies urinaires par la voie vasculaire qui supposerait une infecrion générale inadmissible en l'absence d'accidents généraux.

Dans nombre de cas, cette affection reste silencieuse (Trumpp); dans d'autres, elle donne tous les symptômes de la cystite vulgaire (besoins fréquents d'uriner, mictions pénibles, urines rares et troubles). Elle guérit assez facilement par le traitement antiseptique (injections de permanganate) mais récidive souvent.

Parmi les *accidents infectieux généraux*, la fièvre paraît

résulter à la fois de l'intoxication digestive et de l'infection colibacillaire, de même que les accidents de méningisme assez fréquents dans les formes aiguës et la bronchopneumonie.

Accidents toxiques. Troubles cutanés. — Au cours de la colite aiguë, il est commun d'observer des éruptions de type varié; tantôt il s'agit de petites papules siégeant sur les membres, le ventre, rarement la face, parfois ces papules deviennent vésiculeuses et pustuleuses; j'ai vu, dans certains cas, un véritable purpura compliquer la colite. Il y a une forme de purpura dans laquelle les troubles digestifs et particulièrement intestinaux sont la règle; on peut se demander si le purpura n'est pas alors un accident secondaire à l'infection intestinale. Enfin on peut voir de véritables érythèmes diffus morbilliformes; M. Galliard en a rapporté un beau cas; mais comme on avait donné au petit malade, âgé de 5 ans, de fortes doses de calomel, de la quinine et jusqu'à 1 gramme de chloral le soir, la pathogénie de cette éruption est peut-être des plus complexes.

Dans la colite chronique, les dermatoses affectent presque toujours le type prurigineux; sous sa forme la plus bénigne, l'éruption occupe les avant-bras, le dos des mains; c'est le strophulus; plus tenace, plus étendue, l'éruption est parfois un véritable prurigo; les papules roses et lisses au début, brunâtres et croûteuses plus tard, finissent par occuper tout le corps, même la plante des pieds et le cuir chevelu; l'enfant, en proie à des démangeaisons continuelles, ne cesse de se gratter, surtout la nuit, et l'insomnie ajoute une nouvelle cause d'affaiblissement à son état déjà précaire. Je signalerai enfin des éruptions ortiées passagères et l'eczéma sec plus ou moins étendu.

Accidents nerveux. — Les enfants atteints de colite chronique presque toujours névropathiques, souvent irritables et fantasques sont parfois incapables de travail, ou du moins de continuité dans l'effort; beaucoup dorment mal; le premier sommeil cependant s'annonce bien, mais, vers le milieu de la nuit, l'agitation apparaît, l'enfant se plaint, change de place, et son front se couvre de sueur. Les convulsions compliquent la colite aiguë, de même que les accidents méningitiques; mais je n'ai jamais observé les accidents épileptiques signalés par M. Cautry dans la colite chronique. Enfin, la néphroptose peut accompagner la colite chronique, surtout à l'approche de l'adolescence.

Traitement. — Le diagnostic est relativement facile, l'examen des gardes-robes suffisant à faire reconnaître la colite, examen auquel il faut joindre parfois l'examen microscopique, qui peut faire dépister la lithiase intestinale ou la lombricose associées à la colite. Le traitement est variable suivant la forme de la maladie. Mais dans tous les cas il doit être dirigé en vue d'abréger les crises et d'en prévenir le retour.

Colite aiguë. — La conduite à tenir sera la même que dans les autres variétés d'entérite infantile. On mettra l'enfant à la diète hydrique : on lui donnera des tisanes tièdes, froides s'il y a des vomissements. Le lait devra être donné en quantité très modérée et à intervalles réguliers, car il n'est pas toujours bien supporté, et, dans le cas où il y aurait de l'intolérance il faudra le supprimer complètement.

S'il n'y a pas de fièvre on donnera des bains tièdes; des bains frais à 30 et 27°, si la fièvre est violente. La durée du bain sera de 5 à 10 minutes.

Pour combattre les douleurs on appliquera sur le ventre des compresses chaudes, des cataplasmes émollients.

Le meilleur moyen de combattre l'infection sera de donner des lavements d'eau bouillie ou d'eau d'amidon. Les lavements, en effet, réalisent autant que possible, l'antisepsie intestinale. Ils devront être faits sous une faible pression afin d'éviter une distension brusque qui serait douloureuse ou un spasme qui arrêterait le liquide. Un appareil, à la fois simple et commode permet de faire ces lavages avec facilité et sans danger. Il est composé d'un entonnoir en caoutchouc d'une capacité de 50 grammes, d'un ajutage en verre pour surveiller l'écoulement des liquides et unir l'entonnoir au tube de verre, enfin d'un jeu de tubes gradués et calibrés suivant l'âge.

Comme médicaments, on aura recours à la décoction blanche de Sydenham, à l'antipyrine, à l'opium ou au laudanum. Cependant, comme ce dernier médicament est en général mal toléré par la voie stomacale on l'administrera de préférence sous forme de lavements laudanisés. Mais il faudra toutefois l'administrer avec beaucoup de prudence, car il a l'inconvénient de favoriser la constipation, ce qu'il faudrait précisément éviter.

Quand la poussée de colite est atténuée, l'ipéca en lavements, et le calomel, prescrit à doses fractionnées, donnent de très bons résultats. On augmentera un peu l'alimentation, mais avec beaucoup de prudence. On donnera le lait coupé avec de l'eau minérale. On nourrira peu à peu le malade avec le jus de viande, l'eau albumineuse, le riz au lait, les crèmes légères, les panades, les biscuits, etc.

Colite dysentériforme. — Le traitement est le même que dans la forme précédente, seulement la diète hydrique sera plus prolongée et on surveillera surtout l'alimentation. Dans les cas graves, avec tendance au collapsus, à l'adynamie, on fera des injections de sérum artificiel.

Enfin, quand il y aura peu de mucus, on essaiera les lavages de l'intestin, mais toujours avec douceur.

Colite chronique. — On traitera la constipation par les eaux minérales salines et surtout par l'huile de ricin qui est le laxatif de choix et qu'on pourra associer à la manne.

Comme alimentation, on prescrira les potages maigres, les fruits bien cuits, des poissons maigres et bouillis, des œufs à la coque, des panades, de la purée de légumes. L'alimentation de choix serait le lait combiné à la magnésie.

Comme traitement local, on fera des lavages de l'intestin avec de l'eau bouillie ou boriquée; on appliquera des compresses chaudes et on conseillera les bains chauds. Enfin, contre la douleur on pourra faire des badigeons à la teinture d'iode, et, s'il n'y a pas de cystite, appliquer un vésicatoire très léger qu'on laissera peu de temps en place.

L'hydrothérapie est un des meilleurs moyens pour tonifier ces malades qui sont presque toujours des névropathes. On leur conseillera donc les douches chaudes, mais le jet ne devra jamais être dirigé sur l'abdomen.

On prescrira aussi les frictions sèches ou le massage qui combattent très bien la constipation.

Le changement d'air, le repos, à la campagne, la vie calme, seront utiles à ces malades. Ils devront, en outre, éviter tout surmenage physique et intellectuel.

Enfin, on fera bien de conseiller une cure thermale à Plombières ou à Néris, Chatel-Guyon, Luxeuil, Hombourg, etc.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Pigot (Emile). *Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.* N° 192. (H. Jouve.)

M. Amar (David). *De l'opium chez les diabétiques.* N° 196. (H. Jouve.)

M. Villière. *Intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.* N° 200. (G. Steinheil.)

M. Faitout. *Quelques observations d'autoplastie avec réflexions sur les méthodes employées.* N° 202. (Steinheil.)

M. Savariaud. *De l'ulcère hémorrhagique de l'estomac et de son traitement chirurgical.* N° 199. (Steinheil.)

M. Fauvel. *Suture de la paroi abdominale dans la laparotomie.* N° 203. (G. Carré.)

M. E. Pigot s'est proposé de compléter l'histoire du cancer du sein chez l'homme, en y ajoutant l'appui des faits nouveaux français et étrangers parus depuis la thèse de Poirrier.

En résumé :

Le cancer du sein chez l'homme est rare, bien que les recherches contemporaines tendent à en diminuer la rareté.

Il apparaît à un âge avancé.

Toutes les variétés de tumeurs ont été observées, ce sont, dans leur ordre de fréquence : le carcinome, l'épithélioma, le sarcome.

L'évolution est relativement lente, surtout à la période de début; la récidive est la règle, mais la survie est considérable comparativement à ce qu'on observe chez la femme; la généralisation est tardive.

Le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés; il est, dans tous les cas, plus facile et plus précoce que chez la femme.

Aussi longtemps qu'il pourra être utilement employé, le traitement chirurgical est le traitement de choix. Un traitement médical et local pourra rendre des services dans les cas où l'intervention n'est plus de mise.

L'utilité de l'opium dans le diabète n'est pas contestable et se trouve confirmée par une expérience séculaire, et pourtant il n'existe pas de monographie spéciale sur l'emploi de ce médicament dans le diabète. M. Amar a entrepris de combler cette lacune. Pour lui, l'opium agit sur la nutrition en diminuant les phénomènes de désassimilation. L'extrait thébaïque à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 est la préparation de choix. Il est nécessaire de surveiller le malade, afin d'arrêter le traitement opiacé au cas d'intolérance.

La chirurgie du poumon est à l'ordre du jour. Dans un excellent travail, M. Villière étudie les indications de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

Les foyers gangréneux circonscrits sont seuls justiciables de l'intervention opératoire.

Pour opérer, il faut attendre la période d'élimination ou de réparation, et l'on se guidera surtout sur les phénomènes généraux.

La pierre d'achoppement de la chirurgie pulmonaire, c'est le diagnostic exact du siège des lésions.

La pneumotomie est le procédé de choix : elle sera exécutée en un seul temps; on devra, si les adhérences pleurales font défaut, les créer sur le champ. Le traitement médical donne 75 à 80 p. 100 de léthalité; avec le traitement chirurgical, on voit ce chiffre s'abaisser à 40 p. 100.

L'épuisement, la septicémie, les foyers gangréneux secondaires causent la mort dans la plupart des cas.

Une intervention précoce préviendra en partie tous ces accidents; le malade plus apte à résister au choc opératoire retirera de la pneumotomie tous les avantages qu'elle peut donner.

M. Faitout s'est proposé l'étude des différents moyens d'autoplastie, et plus particulièrement des indications qui répondent à chacun des divers procédés. Il a ainsi heureusement comblé une lacune, car ni dans les traités de chirurgie ni dans les livres de médecine opératoire, le chirurgien ne peut trouver un guide sûr, lui permettant de préférer tel ou tel autre procédé.

Voici les conclusions de ce travail à la fois très consciencieux et très personnel.

Il n'existe pas, à proprement parler, de méthode autoplastique qui soit, à l'exclusion des autres, indiquée dans tous les cas.

Les indications de chaque méthode seront tirées du siège de la plaie, de son étendue, de l'état des parties avoisinantes.

La méthode italienne modifiée est le procédé de choix lorsque la perte de substance est étendue, qu'il y a impossibilité de prendre l'étoffe dans le voisinage ou lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une réparation solide et durable. Elle est cosmétique et orthopédique.

La méthode française n'est applicable que si les tissus voisins de la brèche à combler sont normaux et facilement mobilisables : il faut encore que la perte de substance ne soit pas trop vaste.

La méthode indienne nécessite l'intégrité des téguments environnant la perte de substance : la plaie d'emprunt ne doit avoir aucun inconvénient esthétique ou fonctionnel; elle laisse une cicatrice.

Les greffes dermo-épidermiques sont indiquées pour recouvrir une surface plane, si l'ulcération est petite, entourée de tissus bien nourris; mais la région qu'elles recouvrent ne peut être soumise à une grande fatigue.

La question de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac prend chaque jour une plus grande importance. Après la thèse de M. Marion, après la leçon clinique du professeur Dieulafoy, voici que M. Savariaud tente de reprendre les observations anciennes éparses dans les différents recueils afin de voir quels sont les cas justiciables d'une intervention, leur fréquence relative, les lésions habituellement rencontrées et de donner les indications opératoires.

C'est en somme une véritable revue générale clinique de l'hémorrhagie dans l'ulcère stomacal que donne M. Savariaud.

La mort par hémorrhagie au cours de l'ulcère survient dans 5 p. 100 des cas. Les hémorrhagies tuent 1 fois sur 16. Il faut distinguer soigneusement les hémorrhagies aiguës des hémorrhagies chroniques.

Les opérations pour hémorrhagies aiguës, au nombre de 15, seulement donnent une mortalité de 66,6 p. 100. Mais les résultats s'amélioreront certainement avec le manuel opératoire.

Les dangers de l'opération tiennent à de nombreuses causes :

1° La difficulté de découvrir l'ulcère lorsqu'il est très petit ou difficilement accessible (situation dans le duodénum, dans le cardia). 2° La multiplicité des ulcères, qui expose à en laisser d'inaperçus. 3° La facilité d'inoculer le péritoine et la difficulté de faire l'hémostase. 4° La faiblesse excessive des malades qui interdit toute intervention de longue durée.

Parmi ces causes, les unes peuvent être atténuées par une bonne technique, les autres sont inhérentes à la maladie et ne sont pas susceptibles d'être modifiées.

Dans les hémorrhagies chroniques, l'indication d'opérer est formelle, lorsqu'elles sont rebelles au traitement médical. Lorsque les ulcères siègent au pylore, dans le canal pylorique, ou dans la première portion du duodénum, la gastro-entérostomie amène la cessation des hémorrhagies, en détournant le cours des aliments. La mise au repos de ces régions permet la cicatrisation de l'ulcère.

Pour les ulcères des autres régions de l'estomac, l'excision est la méthode de choix.

D'après M. Fauvel les incisions dans la laparotomie peuvent être ramenées à deux : 1° l'incision médiane le long du bord interne du muscle droit; 2° l'incision latérale le long du bord externe.

Dans chacun de ces cas on aura soin d'inciser la gaine antérieure du muscle, de la récliner et d'inciser ensuite la gaine postérieure. Le muscle revenu en place formera une sangle de soutien aux sutures aponévrotiques.

La suture en étages à fils perdus donne plus de sécurité pour la reconstitution de la paroi.

On doit employer la suture intra-dermique toutes les fois que le sujet est jeune et a avantage à dissimuler une cicatrice.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémiplégie et aphasie dans un cas d'helminthiase intestinale, par Maragliano (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 27 février, 1898, n° 25, p. 263). — D'après les faits observés, l'histoire pathologique du malade peut être ainsi reconstruite : anchylostomiasie ayant déterminé l'anémie profonde caractéristique, la dilatation du cœur, les globules rouges; puis, conséquences de l'état hémodyscrasique, d'une part entérorrhagie, d'autre part hémorrhagie cérébrale.

Contribution à l'étude de la valeur de la percussion dans le diagnostic des maladies chirurgicales du cerveau, par E. de Paoli et A. Mori (*il Policlinico*, Anno V, n° 4, 15 février 1898, p. 62). — Lorsque l'on percute méthodiquement le crâne, on s'aperçoit que le son n'est absolument mat qu'en des points très limités, tandis que presque sur toute la superficie on obtient un son unissant la matité à un certain degré de tympanisme; en quelques points ce son se rapproche de la résonnance métallique et du bruit de pot fêlé; si le sujet percuté tient sa bouche ouverte, la sonorité est notablement accrue.

Mais s'il s'agit d'un malade atteint d'une lésion endocrânienne, on obtient un son plus mat par la percussion de la surface crânienne correspondant à la lésion; le son est assez différent de celui fourni par la percussion du point symétrique pour qu'il ne subsiste aucune incertitude; la différence des sons est considérable à la percussion auscultée.

Les auteurs ont employé ce procédé dans un cas de méningite tuberculeuse : la matité de toute la moitié droite du crâne correspondait à infiltration inflammatoire de la convexité droite du cerveau (autopsie, presque rien à gauche); dans un cas d'abcès cérébral, matité absolue au niveau de l'abcès.

Il est à présumer que la percussion pourra rendre service en confirmant les localisations déjà diagnostiquées au moyen d'autres signes, en les précisant d'autres fois, ou en démontrant la non-existence de lésions opérables.

Considérations sur les cellules nerveuses colossales de l'Amphioxus lanceolatus et les cellules nerveuses géantes de la moelle épinière des Téléostéens, par G. Tagliani (*Monitore zoologico italiano*, n° 12, 1897). — Le groupe des cellules géantes qui s'observe à la face dorsale de la moelle dans les périodes précoces du développement des poissons est un appareil moteur transitoire, adapté à la vie larvaire. A mesure que les éléments cérébro-spinaux se différencient, l'appareil nerveux transitoire ordinairement dégénère; exceptionnellement il persiste et devient partie intégrante de l'axe nerveux central.

MÉDECINE

La transformation des sels ammoniacaux dans l'organisme des nourrissons dyspeptiques (Das Schicksal der Ammoniaksalze im Organismus der magendarmkranken Sauglings), par Keller (*Centralb. f. inn. Medic*,, 1898, n° 6, p. 137). — Pour voir si l'augmentation de la quantité d'ammoniaque dans l'urine des nourrissons dyspeptiques est le résultat d'une intoxication acide ou tient à l'impossibilité de l'organisme de transformer les sels ammoniacaux en urée, l'auteur a fait une série d'expériences qui ont consisté à administrer du carbonate d'ammoniaque aux nourrissons atteints de gastro-entérite et à doser ensuite l'urée et l'ammoniaque de leur urine.

Ces recherches ont montré que l'administration de carbonate d'ammoniaque augmente considérablement la quantité d'azote et d'urée de l'urine et laisse intacte celle d'ammoniaque. L'augmentation de l'urée ne tient pas dans ces cas à une destruction plus intense de substances albuminoïdes sous l'influence du carbonate d'ammoniaque, car le dosage des phosphates a montré dans ces cas qu'il n'y a pas d'augmentation de l'acide phosphorique de l'urine.

Ces recherches montrent donc que l'élimination abondante d'ammoniaque est due à une intoxication acide et non à l'impossibilité de l'organisme de transformer l'ammoniaque en urée. Elles viennent donc à l'appui des recherches de Higmans qui a vu chez ces enfants l'ammoniaque disparaître de l'urine sous l'influence du bicarbonate de soude destiné à neutriliser les effets de l'intoxication acide.

Intoxications par les toxalbumines, par S. Flexner (*The John Hopkin's Hosp. Reports*, 1897, vol. VI, p. 259). — Ce volumineux mémoire contient un exposé détaillé de nos connaissances sur les toxalbumines et leurs effets pathologiques. L'auteur y ajoute ses propres recherches expérimentales sur l'intoxication diphthérique, l'intoxication streptococcique, ces deux insoxications combinées, l'intoxication cholérique, les intoxications aiguë et chronique par l'abrine et la ricine. Il expose aussi ses observations personnelles sur les lésions humaines produites par divers poisons.

Il conclut que les toxalbumines peuvent déterminer non seulement des lésions diffuses par des lésions localisées en foyers, analogues à celles que produisent les microbes eux-mêmes.

Ce travail est suivi d'une bibliographie importante.

Angine pseudo-membraneuse atypique, par J. Nicolas (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1898, p. 75). — Outre les angines pseudo-membraneuses connues actuellement par leurs allures cliniques et leurs agents pathogènes, il existe probablement une série d'autres affections voisines, pouvant présenter aussi des fausses membranes, mais différant nettement des premières par la clinique et par les microbes provocateurs. C'est à cette catégorie que paraît appartenir le cas décrit dans ce travail.

Il s'agit d'une angine pseudo-membraneuse à évolution prolongée dont l'exsudat contenait un microbe spécial. C'est un gros bacille, non décrit jusqu'à ce jour et dont l'inoculation ne détermine pas de fausses membranes sur les muqueuses, mais en produit dans les séreuses.

Le pancréas infectieux, par M. Klippel (*Arch. génér. de médecine*, novembre 1897). — Les lésions du pancréas dan les maladies infectieuses sont de deux sortes :

1° *Sclérose pancréatique*. — Elle s'accompagne presque toujours de lésions glandulaires. La sclérose peut être *périlobulaire*, laissant aux lobules leur forme et leur structure, *intralobulaire*, fragmentant le lobule, *acineuse*, entourant chaque acinus en particulier. Dans les deux dernières modalités, il y a presque toujours des lésions parenchymateuses : tuméfaction trouble, dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse, nécrose de coagulation. Quelquefois la sclérose acineuse s'accompagne d'une hypertrophie des cellules épithéliales (évolution acineuse hypertrophique).

Lésions parenchymateuse sans sclérose. — Elles surviennent dans les infections rapides (granulie, pneumonie, fièvre typhoïde, dysentérie). Si l'issue de la maladie est moins rapide, la sclérose peut apparaître secondairement.

Ces lésions infectieuses non spécifiques du pancréas coexistent avec des lésions analogues des autres viscères.

Etude anatomique et bactériologique des diarrhées estivales des enfants, par W. D. Booker (*The John Hopkin's Hosp. Reports*, 1897, vol. VI, p. 159. — Ce travail fort important est basé sur l'étude de 92 cas. L'auteur a trouvé dans les selles de très nombreux microbes. Il insiste surtout sur la présence des streptocoques et du proteus vulgaris. Les premiers donnent lieu principalement à des ulcérations intestinales, le second à des phénomènes toxiques.

On peut distinguer trois formes de diarrhée estivale de l'enfance : 1° La diarrhée dyspeptique ou inflammatoire, avec selles acides, contenant surtout le coli-bacille et en petite quantité, le bacterium lactis aérogènes : c'est souvent le premier degré des formes inflammatoires; 2° la gastro-entérite streptococcique, caractérisée par des symptômes d'infection générale et d'ulcérations intestinales étendues; le streptocoque abonde dans les selles et dans les parois de l'intestin; 3° la gastro-entérite bacillaire se traduit par une intoxication générale, une inflammation moins étendue et moins ulcéreuse de l'intestin.

En outre il y a des formes de transition, dues sans doute à des infections mixtes.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'obésité par les préparations thyroïdiennes,

D'après M. le Dr Affanassieff (1) (de Saint-Pétersbourg).

L'auteur a essayé sur 6 malades trois sortes de préparations thyroïdiennes pour combattre l'obésité.

1° La *thyréoïdine Merck*, qui n'est autre qu'un corps thyroïde de mouton desséché et pulvérisé.

2° La *thyréoïdine Poehl*, d'une préparation analogue à la précédente, mais débarrassée de certaines substances albuminoïdes.

3° L'*iodothyrine de Baumann*, préparation artificielle retirée du corps thyroïde par des procédés chimiques et contenant une combinaison iodée organique.

La thyréoïdine de Merck fut donnée à la dose de 0,2 à 0,4.

La thyréoïdine de Poehl à la dose de 0,6 à 1.

L'iodothyrine jusqu'à 1 gr. sans dommage.

La thyréoïdine de Merck est plus rapide et plus complète dans son action que toutes les autres préparations. Elle doit être réservée aux personnes vigoureuses en interrompant de temps à autre le traitement.

Les deux autres préparations seront données aux malades plus faibles.

D'après Affanassieff, on peut affirmer que les préparations thyroïdiennes constituent un médicament vraiment efficace de l'obésité.

Effets favorables de l'ingestion d'ovarine,

D'après M. le Dr Bodon (de New-York).

M. le Dr Bodon (de New-York), rapporte 3 cas dans lesquels il a employé les tablettes d'ovarine.

Le premier fait concerne une nullipare qui avait subi une ovariotomie double 6 mois auparavant. Pas de menstruation depuis lors et depuis 4 mois elle souffre d'insomnie, d'inappétence, de vomissements, de céphalalgie et de vertiges. On lui donna d'abord une tablette, puis 2 le lendemain, et ensuite 6 par jour. L'amélioration apparut dès le second jour et en deux semaines elle était guérie.

Le second cas est celui d'une nullipare arrivée à la ménopause 2 mois auparavant. Elle avait des symptômes nerveux inquiétants. Elle fut rapidement guérie par 4 tablettes quotidiennes.

Le troisième cas est celui d'une jeune fille de 18 ans qui présentait de l'épilepsie depuis l'établissement de ses règles et qui suivait un traitement depuis des aanées. Elle commença par prendre une tablette par jour et augmenta jusqu'à 10. Pendant plusieurs mois elle n'eut pas d'accès. L'interruption du traitement fut suivie de nouvelles attaques que sa reprise fit disparaître.

Traitement de la pleurésie,

D'après M. le Dr F. H. James.

Dans la période aiguë, on associe l'acétate de potasse, l'alcoolature de racines d'aconit et le sulfate de codéine à l'esprit de Mindererus réunis en une potion administrée à intervalles réguliers, toutes les trois heures environ. Lorsque la pleurésie est du type rhumatismal, on ajoute à la potion du salicylate de soude. Pour faciliter la résorption de l'épanchement, donner aussi peu de liquide que possible et faire prendre des purgatifs salins et très diurétiques; le sang étant ainsi privé de ses éléments aqueux, soustraira souvent une partie de la sérosité pleurale. Si ce résultat n'est pas obtenu, on fera la ponction aspiratrice et on se contentera de retirer 300 à 400 grammes de liquide; le surplus se résorbe en général rapidement.

Les caractères du liquide pleural pourront être aisément déterminés par une ponction exploratrice avec la seringue hypodermique. Lorsqu'on trouve du pus, on ne se servira pas de l'aspirateur, mais on fait délibérément l'incision aseptique de séreuse dans le septième ou huitième espace intercostal, le long de la ligne axillaire; le pus et les caillots fibrineux seront ainsi facilement évacués, après quoi un tube à drainage retenu par une épingle de sureté sera introduit et un pansement à la gaze stérilisée et au coton appliqué. Le tube sera raccourci de temps en temps et, lorsque le liquide sera devenu clair, retiré. Une rigoureuse asepsie est nécessaire. Si l'incision ne suffit pas on résèque une ou plusieurs côtes.

Le lavage de la plèvre est *nuisible*: il est irritant, et empêche la formation des adhérences et, par suite, l'accolement des feuillets.

1. *Klin. therap. Woch.*, n° 6, févr. 1898.

Traitement de quelques affections oculaires chez les scrofuleux par les injections intra-musculaires iodo-iodurées,

D'après M. le Dr Trombetta (de Turin).

Dans les cas de kératite parenchymateuse et de kératoconjonctivite phlycténulaire qui surviennent chez les enfants scrofuleux, le traitement général joue un rôle presque aussi considérable que le traitement local. Dans cet ordre d'idées, M. le Dr Trombetta (de Turin) emploie systématiquement chez ces petits malades l'injection iodo-iodurée. Il se sert d'une solution qui contient 5 p. 100 d'iode et une faible quantité d'iodure de potassium. L'injection est faite chaque jour, à la dose d'un centimètre cube, au moyen d'une seringue stérilisable dans les masses musculaires de la région fessière.

Cette méthode, appliquée dans 100 cas par M. le Dr Trombetta, a constamment accéléré la guérison en améliorant l'état général des sujets. Chez aucun des malades traités il n'y a eu des phénomènes d'iodisme. Cette influence remarquable de l'iode s'explique autant par la stimulation que ce médicament exerce sur le processus de regénération que par son action bactéricide.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Mars 1898.

Réparation d'un muscle par des fils métalliques.

M. Lucas-Championnière communique l'observation d'un homme qui s'est rompu le triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle étaient si rétractés qu'il était impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement.

Pour y parvenir, M. Championnière plaça dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double perpendiculaire aux fibres musculaires. Deux gros fils d'argent parallèles furent ensuite passés dans la rotule, bien serrés, et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (fil d'argent).

Dans l'intervalle des fils métalliques tous les débris tendineux et musculaires furent réunis entre eux par des fils de catgut.

Le membre fut ensuite placé dans une gouttière sans appareil d'immobilisation. Le quatrième jour, au premier pansement, le membre fut mobilisé et le malade quitta l'hôpital complètement guéri au bout d'un mois.

Revu au bout de sept mois et soumis à la radiographie, on constate que la réparation musculaire était parfaite.

Emploi de l'eucaïne B comme anesthésique local.

M. Reclus. — Les avantages de l'eucaïne B sont les suivants :

1° Elle peut être soumise à l'ébullition, ce qui permet la stérilisation des solutions et leur conservation;

2° Les solutions ont une fixité telle qu'on peut encore, après quatre mois, s'en servir pour pratiquer l'anesthésie, tandis que les solutions de cocaïne ne sont plus utilisables après quinze jours;

3° Sa toxicité est moindre que celle de la cocaïne;

4° On peut sans danger anesthésier le malade assis. L'eucaïne B est donc préférable en stomatologie.

Mais, en chirurgie générale, l'eucaïne B présente quelques désavantages :

1° Son pouvoir anesthésique est inférieur à celui de la cocaïne, ce qui nécessite l'emploi de doses plus fortes;

2° L'eucaïne est vaso-dilatatrice, et la plaie se couvre de sang, tandis que la cocaïne, vaso-constrictive, produit une ischémie de la plaie;

3° Enfin l'injection d'eucaïne est toujours douloureuse, et la plaie reste douloureuse pendant assez longtemps après l'opération.

Sur la vaccine.

M. L. Colin. — En France, la propagation de la vaccine a fait diminuer considérablement la variole dans l'armée. Il n'en est pas de même pour nos colonies, où, pourtant, les recrues sont vaccinées avec le même soin à leur arrivée au corps.

L'obligation de la vaccine dans les colonies sera donc un bienfait non seulement pour les populations indigènes, mais aussi pour nos soldats.

M. Laveran. — L'obligation de la vaccine s'impose dans les colonies; mais elle sera bien difficile à établir en fait, car la France possède dans ses colonies 40 millions de sujets, dispersés, nomades, que le personnel médical serait insuffisant à atteindre.

L'isolement et la désinfection sont absolument impossibles à pratiquer chez des populations qui vivent dans une aussi grande promiscuité que les indigènes des colonies. Le seul moyen à opposer aux épidémies de variole est la vaccination et le revaccination.

M. Hervieux a montré que, sans recourir à des mesures coercitives bien sévères, on peut imposer la vaccine: cela a été déjà fait au Tonkin, cela pourra donc être fait en Algérie. M. Hervieux a eu raison de demander une circulaire ministérielle donnant aux autorités des colonies le pouvoir de prescrire, le cas échéant, la vaccination obligatoire.

Étiologie de la cirrhose hépatique.

M. Laborde. — Dans la dernière séance, M. Riche a soulevé la question du rôle des fermentations gastriques acides dans l'étiologie de la cirrhose hépathique. Si l'on admet ce rôle pathogénique, pourquoi le vin aurait-il, à l'exclusion de l'alcool, le privilège de provoquer ces fermentations? La dyspepsie alcoolique, dont l'hyperacidité est une des caractéristiques, prouve bien le rôle de l'alcool dans la production des fermentations acides.

M. Hayem. — Depuis vingt ans, je suis médecin de l'hôpital Saint-Antoine, où les alcooliques sont fort nombreux; mais ces alcooliques boivent de tout, avec une prédilection tantôt pour l'absinthe, tantôt pour l'alcool, tantôt pour le vin. Il est donc difficile de noter l'influence particulière de l'alcool ou du vin sur la cirrhose hépatique.

J'ai été frappé par la rareté de la cirrhose de Laënnec, à l'hôpital, malgré la fréquence des alcooliques; or, si l'alcool tend aujourd'hui à remplacer le vin, ce fait serait en faveur de l'opinion émise par M. Lancereaux.

Depuis plusieurs années, je m'occupe des rapports des maladies du foie et de l'estomac, et j'ai constaté qu'à l'atrophie du foie correspond l'atrophie des glandes gastriques, avec hypopepsie ou apepsie.

A l'hypertrophie du foie correspond la gastrite parenchymateuse mixte avec hyperacidité.

On peut faire à ce sujet deux hypothèses.

1° Les lésions gastriques et hépatiques dépendent des qualités organoleptiques des substances absorbées et formées dans le tube digestif; la gastrite et la cirrhose relèvent de la même cause;

2° La gastrite atrophique, produite par l'alcool, déterminerait une viciation des processus digestifs et la production des substances toxiques, sclérogènes pour le foie.

En résumé, à la cirrhose atrophique correspond l'hypopepsie, à la cirrhose hypertrophique l'hyperpepsie.

Ces rapports étant connus, il suffirait de faire l'examen du suc gastrique chez les malades buveurs d'alcool.

Le sulfate de potasse ne peut être incriminé. En effet, l'analyse du vin, bu habituellement par un de mes cirrhotiques grand buveur de vin, m'a montré que ce vin ne contenait que 1 gr. 18 de sulfate de potasse par litre.

M. Lancereaux. — Pour qu'un buveur devienne cirrhotiques il faut qu'il boive du vin pendant dix ans et plus. Mes observations remontent à 1860, époque où l'on plâtrait le vin beaucoup plus fortement. La diminution de la cirrhose corrélative avec la diminution du plâtrage du vin est une preuve en faveur de ma théorie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 Mars 1898.

Des psychoses post-opératoires.

M. Walther. — Dans sa communication sur ce sujet notre confrère, M. Picqué, relate l'observation d'une femme qui, d'après son dire, serait entrée à l'hôpital pour une contusion de la cuisse et, dans cet hôpital, on lui aurait ouvert le ventre sans la consulter. Il importe de rétablir la vérité, ce qui me sera facile, car c'est moi-même qui ai pratiqué la laparotomie sur cette malade.

Agée de 38 ans, cette femme fut atteinte, en 1882, d'un phlegmon suppuré du ligament large qui fut incisé. Pendant quelques années rien de particulier n'est noté dans l'observation; en 1893 on la soigne pour des crises très douloureuses de soi-disant métrite, crises qui se répètent dans la suite. Elle est successivement examinée par MM. Pozzi et Picqué, qui lui proposent une opération qu'elle refuse et, en août 1894, par M. Jalaguier qui reconnaît l'existence d'une collection purulente.

La malade m'est adressée le lendemain et, comme notre collègue, je constate la même lésion avec état septicémique grave. C'est dans ces conditions que j'ai fait la laparotomie. J'ai vidé une énorme poche pleine de pus et je l'ai drainée par le vagin en laissant les annexes en place. L'opération a été suivie de guérison et n'a été nullement la cause des accidents psychiques, qui dataient d'une époque antérieure.

M. Richelot. — Les rapports de la psychose et des opérations gynécologiques n'ont guère été envisagés jusqu'ici qu'en ce qui concerne la castration ovarienne. Dans un travail remontant à quelques années, Régis étudie la pathogénie de ces accidents et estime que, si l'opération peut agir comme cause déterminante, ces accidents apparaissent sur des sujets ayant des antécédents héréditaires.

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'en observer 11 cas, desquels il ressort que mes opérés présentaient ou des prédispositions ou avaient déjà été atteintes de folie.

Deux de ces malades étaient des hystériques; chez la première j'ai fait la laparotomie pour une double salpingo-ovarite suppurée; chez la seconde j'ai pratiqué une résection partielle de la trompe pour un hémato-salpinx. Ces deux femmes ont présenté des accidents qui ont nécessité leur transfert à Sainte-Anne.

Dans 4 autres cas j'ai fait une hystérectomie, à la suite de laquelle de semblables troubles se sont montrés et n'ont été que transitoires, sauf chez l'une des opérées qui, d'un coup de rasoir, s'est suicidée. Deux autres de mes malades ont été également atteintes de délire après une opération beaucoup moins sérieuse, puisqu'il ne s'était agi que d'une colporraphie et d'une ablation de cancer de la vulve.

Enfin, chez mes 3 dernières, j'ai eu affaire à de véritables aliénées, dont j'ai méconnu l'état pathologique au moment de l'opération. L'une avait déjà subi une laparotomie exploratrice; elle ne s'en plaignait pas moins de douleurs pelviennes intolérables, contre lesquelles je pratiquai l'hystérectomie. Le résultat fut nul. J'ai tenté, plus tard, une laparotomie simulée qui n'a été suivie que d'une amélioration passagère.

Dans le second cas il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, que j'ai opérée pour un prolapsus vaginal. L'intervention a été suivie d'une véritable folie, qui s'était déjà manifestée antérieurement.

Quant à la troisième aliénée, c'était une femme de 55 ans, qui, par suite de l'augmentation de volume de son ventre, était persuadée qu'elle était enceinte et cela d'autant plus qu'elle avait deux amants. Elle était atteinte de fibromes hémorrhagiques que j'ai enlevés par l'hystérectomie, Mais elle n'en est pas moins restée convaincue, dans la suite, que sa grossesse persistait.

En résumé, dans les faits que j'ai observés, je relève trois catégories de psychoses :

1° Des troubles hystériques passagers provoqués par l'opération.

2° Une folie hystérique à accidents plus graves et de plus longue durée.

3° Des accidents de vésanie proprement dite.

J'ajouterai que, chez mes onze malades, il existait ou une prédisposition ou un état psychique qui, déjà auparavant, s'était révélé par quelque manifestation morbide. L'opération doit donc, au point de vue pathogénique, être mise hors de cause.

Péritonite par perforation intestinale.

M. Monod. — L'intéressante observation que nous a communiquée M. Kirmisson dans la dernière séance m'engage à vous citer quelques faits de même ordre. L'un, auquel on a fait allusion, concerne un jeune homme portant une tumeur abdominale offrant les caractères de l'appendicite. Le ventre ouvert, j'ai trouvé un foyer purulent que j'ai vidé et drainé, ce qui, pourtant, n'a pu conjurer la mort du malade. A l'autopsie nous avons trouvé une perforation siégeant sur la face interne du côlon ascendant, tout près du cæcum.

Il y a quelques années, on m'amenait une jeune femme de 23 ans qui présentait, à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, une volumineuse tuméfaction fluctuante avec symptômes de suppuration. J'ai fait une incision latérale et j'ai mis à découvert une cavité remplie de pus, limitée par les anses intestinales. Des matières stercorales ont fait irruption les jours suivants, une fistule a persisté pendant quelque temps et enfin la guérison est survenue.

J'en ai encore observé deux autres cas, dont l'un sur un jeune homme de 16 ans. Les signes de la péritonite purulente étaient manifestes. Malgré la laparotomie, le malade a succombé au bout de 3 jours et l'examen nécropsique a montré plusieurs perforations sur le cæcum et sur l'intestin grêle, ne siégeant pas au niveau de plaques de Peyer. Chez mon autre malade, femme de 28 ans, j'avais dû inciser un abcès pelvien, mais les accidents ont continué et ont été suivis de mort. A l'autopsie nous avons constaté une toute petite perforation à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse.

Traitement des abcès du foie.

M. Picqué. — On a longuement insisté sur le diagnostic souvent difficile des abcès du foie; je n'en veux aujourd'hui rapporter que deux cas montrant les rapports que leurs symptômes peuvent présenter avec ceux de la pleurésie.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme dont les accidents rappelaient l'évolution de la pleurésie; on fit en vain deux ponctions. La fièvre à exaspérations irrégulières apparut dans la suite et ne laissa plus de doute sur l'existence d'un foyer purulent. J'ai fait une incision transpleurale, sans rien découvrir dans la cavité pleurale et ce ne fut qu'après trois ponctions à travers le diaphragme que le siège de l'abcès fut découvert.

Le second fait a rapport à un homme de 36 ans, ayant des antécédents de tuberculose. A la suite d'une prostatite blennorrhagique, il fut pris d'une douleur thoracique et d'accidents simulant une pleurésie. Il n'en était rien, comme le démontra une incision transpleurale, et le foyer purulent fut découvert isolé dans le voisinage du rein.

M. Nimier. — A l'appui de la décongestion hépatique qui suit les ponctions, je rappellerai le fait d'un soldat atteint de congestion du foie. Une ponction fit tomber pendant quelque temps les accidents et la température redevint normale; mais 6 mois plus tard on dut faire la laparotomie et vider une collection purulente.

M. Tuffier présente une femme opérée de gastro-entérostomie et de cholécystectomie.

M. Nimier montre deux malades opérés de résection pour ostéo-arthrite tuberculeuse.

M. Potherat montre un deuxième orteil acromégalique.

M. Bazy présente un cure-oreille retiré d'un utérus.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le concours d'agrégation.

RAPPORT DE LA COMMISSION (1)

chargée d'examiner les modifications qui pourraient être apportées

AUX

Conditions du concours d'agrégation.

(Suite et fin.)

Appréciation par des points de la valeur des épreuves.

La Commission a été très divisée sur la question de savoir s'il fallait, à l'issue de chaque épreuve, apprécier sa valeur par des points. A la majorité d'une voix, elle s'est prononcée pour l'affirmative.

Les adversaires de ce système ont fait remarquer que les points, excellents dans certains concours, ne trouvaient pas leur application dans le cas particulier. Un candidat qui a fait une très bonne épreuve et une autre médiocre est supérieur à celui qui a fait deux épreuves ne sortant pas de la moyenne. Il est en outre bien difficile d'apprécier ainsi l'épreuve des titres. Certains candidats auraient des points si élevés, d'autres de si bas, qu'on aurait l'air, dès la seconde épreuve, de se prononcer sur l'issue du concours.

Les partisans du système des points ont fait valoir qu'il était avantageux d'obliger le jury à se prononcer sur la valeur intrinsèque des épreuves, qu'il était d'ailleurs bien difficile de faire autrement quand il faut se rappeler la valeur comparative d'épreuves subies pendant 2 mois et que rien n'empêchait un écart suffisant dans l'appréciation des titres. A la majorité d'une voix, votre Commission a décidé qu'on donnerait des points; elle s'est également prononcée à deux voix de majorité pour le système des coefficients, mais elle n'a pu se mettre d'accord sur les détails du système de pointage.

Spécialisation des agrégés.

Actuellement, dans chaque concours de médecine, on nomme deux agrégés attachés aux chaires de médecine générale et trois agrégés spécialisés.

La spécialisation porte sur l'anatomie pathologique, la dermatologie, les maladies des enfants, les maladies du système nerveux, la pathologie expérimentale, la médecine mentale, la médecine légale, l'hygiène et la thérapeutique.

Les spécialités chirurgicales sont les maladies des voies urinaires et l'ophthalmologie.

Les agrégés choisissent leur spécialité en suivant leur ordre de nomination. Ils ne sont plus, grâce à ce système, obligés de suppléer à l'improviste un professeur spécial, ils ont tout le temps d'acquérir les connaissances nécessaires à cet enseignement.

1. *Commission* : MM. les professeurs Brouardel, Baillon, Potain, Tarnier, Lannelongue, Bouchard, Mathias Duval, Gautier, Gariel, Dieulafoy, Cornil, Grancher, G. Sée, Straus, Debove;
MM. les agrégés Poirier, Chauffard, Schwartz.

Nous ne méconnaissons pas les objections qui peuvent être faites à cet état de choses. Dans la personne d'un de leurs délégués, entendu par la Commission, les agrégés ont fait valoir que la spécialisation était souvent forcée, que le dernier nommé était souvent obligé de prendre la spécialité restée vacante et pour laquelle il pouvait ne se sentir aucun goût. Mais tout en reconnaissant la valeur de ces objections, nous ne pouvons admettre qu'un agrégé, sans préparation préalable, par le fait d'un hasard dû au roulement, soit chargé d'enseigner n'importe quelle branche de la médecine. Ce mode de remplacement des professeurs est trop contraire à l'intérêt de l'enseignement pour qu'il nous ait été possible de l'admettre.

Nombre des agrégés.

Nous pensons qu'il y a lieu de demander pour chaque concours la création d'une nouvelle place, car le nombre des agrégés non spécialisés n'est pas suffisant : il assurerait le recrutement des professeurs mais supprimerait le choix, car on arriverait au professorat, pour ainsi dire, à l'ancienneté, sans que le candidat ait fait un effort scientifique le désignant aux suffrages de ses futurs collègues.

Les raisons qui plaident en faveur de l'augmentation du nombre des places en médecine et chirurgie existent également pour l'obstétrique, car les agrégés accoucheurs sont obligés de faire aux sages-femmes un enseignement spécial et la plupart du temps ce service ne peut être assuré qu'en rappelant à l'exercice des agrégés libres, à la bonne volonté desquels on est obligé de faire appel.

Professeurs adjoints.

Les agrégés de médecine et chirurgie sont la plupart du temps médecins ou chirurgiens des hôpitaux, ils ont, en dehors de la Faculté, les moyens de se créer une situation honorable, mais nous voudrions que ceux d'entre eux qui ont suivi une carrière purement scientifique pussent être nommés professeurs adjoints. Cette fonction ne serait conférée qu'exceptionnellement à des agrégés ayant terminé leur temps d'exercice et voués aux travaux de laboratoire.

Dispositions spéciales à l'agrégation des sciences appliquées à la médecine.

Pour les sciences appliquées à la médecine, votre Commission a pensé qu'il fallait maintenir le concours central unique, fait à Paris, et donnant aux agrégés de ces sciences le titre d'agrégés des Facultés de médecine.

C'est qu'en effet aucune des raisons qui, pour les agrégés en médecine, chirurgie et obstétrique, militent en faveur de la décentralisation du concours, ne peuvent ici être invoquées.

Les candidats qui se destinent aux sciences appliquées à la médecine, sont libres de toute attache professionnelle : pas de services hospitaliers, pas de situations déjà acquises qui les immobilisent. Ils demandent au concours un champ d'études aussi large que possible, une carrière qui, tout en facilitant le travail et la production scientifique, leur donne une situation honorable.

En ne faisant qu'un concours central on multiplie par cela même les places disponibles, puisque, au lieu de disperser les candidats en une série de concours isolés, ne donnant accès chacun qu'à une place d'agrégé en physiologie, par exemple, on pourra ourir plusieurs de ces places à la collectivité des candidats réunis dans une même lutte, entraînés par une commune émulation.

Les candidats provenant d'une même origine, connus de l'ensemble des professeurs qui les auront vus concourir, seront nommés par ordre de mérite. Chacun d'eux, suivant son rang de nomination, pourra choisir la Faculté à laquelle il désire être attaché et par cela même sera évitée la situation dans laquelle mettait parfois l'insuffisance d'un candidat seul inscrit pour une Faculté.

Nous demandons qu'un agrégé des sciences appliquées à la médecine puisse, si les circonstances le permettent, et s'il le désire, passer d'une Faculté dans une autre, pourvu que ce soit avec l'avis conforme de la Faculté qu'il veut quitter et de celle qui doit le recevoir.

De même, votre Commission pense qu'il serait bon d'améliorer la position, non seulement dans le présent mais dans l'avenir, de ces agrégés des sciences pour lesquels, au jour où se termine leur exercice, n'existe la plupart du temps aucune compensation. Du jour au lendemain ils n'ont plus ni fonctions, ni appointements, ni laboratoire. Le règlement permet la création de professeurs adjoints : là serait, pensons-nous, la meilleure solution d'une situation souvent pénible.

Au point de vue de la formation des jurys de concours nous vous proposons de répartir en deux groupes les sciences appliquées à la médecine : d'une part, la physique, la chimie et la pharmacologie : d'autre part, l'anatomie, l'histologie, la physiologie et l'histoire naturelle.

Nous prévoyons, dans cette nomenclature, la création d'agrégés d'histologie distincts des agrégés d'anatomie. Ces deux sciences sont aujourd'hui si nettement différenciées dans leurs méthodes techniques que leur spécialisation distincte nous paraît s'imposer.

Les jurys des sciences appliquées à la médecine devront forcément être des jurys mixtes, composés d'au moins 7 membres, choisis parmi les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, et des Facultés de médecine de province.

De plus, les rapports qui unissent la chimie et la médecine sont devenus si intimes que nous vous proposons de les sanctionner par l'adjonction d'un professeur de la section de médecine au jury de physique, chimie et pharmacologie.

Comme conclusion, votre Commission vous propose les modifications suivantes au règlement de l'agrégation des Facultés de médecine.

Conclusions.

Le concours d'agrégation, pour les sections de médecine, chirurgie et obstétrique, sera distinct pour chaque Faculté de médecine et aura lieu devant cette Faculté.

Pour ces sections il serait désirable, dans l'intérêt de l'enseignement, que chaque Faculté fût libre de régler elle-même le régime de son agrégation et la durée d'exercice de ses agrégés.

Les jurys d'agrégation de médecine seront formés de onze juges, tirés au sort parmi les professeurs de la section et choisis ainsi qu'il suit :

Deux professeurs de clinique générale.

Deux professeurs de clinique spéciale.

Un professeur de pathologie interne.

Un professeur de thérapeutique ou de pathologie générale.

Un professeur d'anatomie pathologique ou de pathologie expérimentale.

Un professeur d'hygiène ou de médecine légale.

Trois professeurs tirés au sort parmi les autres professeurs de la section de médecine.

Les juges suppléants seront également tirés au sort dans un ordre déterminé.

Le jury de chirurgie et d'obstétrique sera composé de neuf membres, dont deux professeurs d'accouchement et sept professeurs de chirurgie tirés au sort et, à défaut d'un nombre suffisant de chirurgiens, de un ou plusieurs professeurs de médecine.

Les épreuves d'admissibilité comprendront :

a) Une leçon de 3/4 d'heure de durée, faite sans le secours de livres ni de notes, après 3 heures de préparation ;

b) Un exposé oral, et autographié ou imprimé, des travaux personnels de chaque candidat. La durée de l'exposé oral sera d'une demi-heure.

Les épreuves d'admission comprendront :

a) Une leçon orale d'une heure après 24 heures de préparation ;

b) Une leçon clinique de 3/4 d'heure de durée avec un délai de 4 heures pour l'examen du malade et la préparation de la leçon.

Pour la chirurgie et les accouchements, mêmes épreuves que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

Pour les agrégations des sciences appliquées à la médecine,

l sera établi après un concours central unique, fait à Paris, une iste de nomination par ordre de mérite. Chaque agrégé nommé pourra, d'après son rang de nomination, choisir la Faculté à laquelle il désire être attaché. Mais, par ce choix même, l'agrégé épuise son droit d'option et il ne pourra, sur sa demande, quitter la Faculté à laquelle il appartient que sur avis conforme de cette Faculté et de la Faculté qui le reçoit.

Le titre et les fonctions de professeur adjoint pourront être mis en usage ainsi que le règlement le permet.

Les agrégations des sciences appliquées à la médecine seront réparties en deux groupes ainsi composés :

a) Physique, chimie et pharmacologie;

b) Anatomie, histologie et histoire naturelle.

A chacun de ces groupes correspondra un jury spécial.

Les jurys des sciences appliquées à la médecine comprendront au moins sept membres choisis parmi les professeurs spéciaux de la Faculté de médecine de Paris et des autres Facultés de médecine.

Au jury de physique, chimie et pharmacologie, sera adjoint un professeur de la section de médecine.

L'épreuve de 3/4 d'heure se fera après 3 heures de préparation, sans livres. Les candidats recevront les tableaux numériques qui leur seront nécessaires.

La leçon d'une heure aura lieu après 24 heures de préparation. Rien n'est changé aux autres épreuves.

Le Rapporteur :
Debove.

Discussion du rapport sur l'Agrégation à l'assemblée de la Faculté.

Dans les séances des 30 novembre, 14 et 21 décembre 1893, 11 et 18 janvier 1894, l'Assemblée de la Faculté a discuté le rapport de sa Commission nommée pour étudier les modifications à apporter au concours de l'agrégation.

La décentralisation du concours a été votée à l'unanimité. Quelques objections ont été présentées par M. Bouchard, en ce qui concerne les Facultés de province, mais l'Assemblée ne s'est reconnu aucun droit d'approuver ni d'improuver ce qui se passe dans les autres Facultés.

L'Assemblée a voté à l'unanimité le projet de sa Commission sur la composition des jurys. Pour ce qui est de la nature des épreuves, la discussion a porté sur deux points : sur l'admissibilité et sur l'épreuve pratique.

Un certain nombre de membres ont soutenu, les uns qu'il était préférable de faire deux concours, le premier conférant l'admissibilité, d'autres que l'admissibilité conférée à un concours devrait être valable pour plusieurs concours. Les partisans de ces deux systèmes faisaient valoir que les deux épreuves d'admissibilité étaient surtout des épreuves de mémoire et qu'il était désirable que les candidats en fussent débarrassés de bonne heure, afin de pouvoir se livrer complètement à leurs travaux personnels.

L'Assemblée n'a pas admis ce système; elle a pensé qu'il aboutirait soit à la substitution de deux concours à un seul, soit à un concours inégal, dans lesquels on verrait des candidats faire devant un même jury, les uns trois épreuves, les autres cinq, et elle a voté les conclusions de la Commission.

L'Assemblée a maintenu l'épreuve d'anatomie pathologique et d'histologie pour les médecins et les accoucheurs; mais elle l'a supprimée pour les chirurgiens, jugeant que pour ces derniers l'épreuve de médecine opératoire constituait une épreuve pratique suffisante.

L'Assemblée a jugé qu'il y avait lieu d'apprécier par des points la valeur des épreuves et, après une longue discussion, elle a admis qu'il y aurait un scrutin suivant un mode spécial et une notation particulière pour indiquer la valeur de l'épreuve.

A la fin de chaque épreuve, chaque juge inscrirait son point sur une feuille signée de lui et portant le nom du candidat. Cette feuille serait mise sous une enveloppe portant également le nom du candidat et la signature du membre du jury. Les épreuves d'admissibilité terminées, on dépouille le scrutin et l'on attribue au candidat la note la plus basse proposée par la majorité du jury.

Les candidats qui ont obtenu les points les plus élevés sont proclamés admissibles sans qu'on publie les notes votées par chaque membre du jury.

Le même système est appliqué à l'appréciation des épreuves d'admission et seront nommés les candidats dont le total des points dans les épreuves d'admissibilité et d'admission sera le plus élevé.

Cette question des points est une de celles qui a soulevé les plus vives discussions. Les uns ont soutenu qu'au sortir d'une épreuve, alors que la leçon du candidat était encore présente à l'esprit du juge, celui-ci était plus apte qu'à aucun autre moment à émettre un vote. Les adversaires de ce système ont pensé qu'un candidat ne dépassant pas la moyenne, aurait trop d'avantage sur un candidat qui a faibli momentanément, puis s'est relevé par une épreuve tout à fait supérieure. On a fait encore valoir que le jury ignorait quels candidats il nommait, que la nomination d'un candidat n'était plus l'œuvre impersonnelle d'un jury, chaque juge donnant personnellement une note écrite et signée à chaque candidat à l'occasion de chaque épreuve.

La notation des épreuves ayant été votée, il a été reconnu que, leur importance étant inégale, il fallait leur attribuer des maxima différents. L'Assemblée a voté qu'il y aurait un chiffre 20 pour toutes les épreuves, avec un coefficient différent pour chaque épreuve. Voici la série des coefficients proposés :

CONCOURS DE MÉDECINE

Leçons de 3/4 d'heure	2
Exposé des titres	3
Leçon d'une heure	2
Leçon clinique	2
Epreuve d'anatomie pathologique	1

Pour le concours de chirurgie, l'Assemblée a voté les mêmes coefficients. — Le coefficient 1 est attribué à l'épreuve de médecine opératoire.

Pour le concours d'accouchements, mêmes coefficients, avec le coefficient 1 attribué à l'épreuve d'anatomie pathologique.

CONCOURS DE PHYSIQUE, CHIMIE, PHARMACOLOGIE

Composition écrite	1
Leçon de 3/4 d'heure	2
Exposé des titres	3
Leçon d'une heure	2
Exercices pratiques	2
Reconnaissance des substances	1

AGRÉGATION D'ANATOMIE, D'HISTOLOGIE, DE PHYSIOLOGIE ET D'HISTOIRE NATURELLE

Epreuve écrite	1
Leçon de 3/4 d'heure	2
Exposé des titres	3
Leçon d'une heure	2
Exercices pratiques	2
Leçon sur une préparation d'anatomie	2
Reconnaissance des substances	1

Sur la question des agrégés spécialisés, l'Assemblée a voté les conclusions de la Commission, mais elle a admis la nécessité d'un concours spécial pour la dermatologie et l'ophthalmologie.

La spécialisation de ces agrégés diminue le nombre des places réservées à la médecine et à la chirurgie générales, aussi l'Assemblée a-t-elle été unanime à émettre le vœu que le nombre des agrégés fût augmenté.

Toutes les propositions sur l'agrégation des sciences appliquées à la médecine ont été votées à l'unanimité des membres présents.

Vu et certifié conforme :
Le Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la contemporanéité de la rougeole, de la varicelle et d'un rash scarlatiniforme. Nature du rash.

Par M. le Dr Feltz.

Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

La plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance, admettent que deux fièvres éruptives peuvent évoluer en même temps. Pourtant, les observations de cette simultanéité sont relativement rares et, d'un autre côté, la nature du rash qui survient dans le cours d'une fièvre éruptive, celui de la variole excepté, est encore très contestée. Les observations que j'ai recueillies serviront à bien éclaircir cette question.

Il y a assez longtemps, j'ai observé, dans une même rue, six cas de rougeole et de varicelle évoluant presque en même temps. L'épidémie de rougeole était généralisée dans la localité, tandis que je n'avais rencontré de varicelle que dans cette seule rue.

1er *Cas.* — La varicelle survient 6 jours après le début de la rougeole chez un enfant de 5 ans. Les plaques de rougeole étaient encore assez manifestes.

2e *Cas.* — Enfant de 6 ans. La varicelle apparaît 4 jours après la rougeole.

3e *Cas.* — Enfant de 6 ans. La rougeole survient 5 jours après le début de la varicelle.

4e *Cas.* — La varicelle apparaît 6 jours après le début de la rougeole.

5e *Cas.* — La rougeole apparaît 4 jours après le début de la varicelle.

6e *Cas.* — La rougeole apparaît 5 jours après la varicelle.

Quand la varicelle était consécutive à la rougeole, elle suivait son évolution à peu près ordinaire, mais les symptômes en étaient moins accentués que d'habitude, et les vésicules se desséchaient plus rapidement. Ces phénomènes étaient bien plus prononcés quand la varicelle précédait la rougeole. La rougeole, qu'elle fût antérieure ou consécutive à la varicelle ne présentait aucune particularité.

Récemment j'ai observé des cas plus intéressants, et sur lesquels j'insisterai davantage.

Le *6 mai* dernier, je suis appelé dans une famille composée du père, de la mère et de quatre enfants, pour voir une enfant de 7 ans qui avait eu de la fièvre la nuit, et que je trouve couverte sur tout le corps d'un érythène scarlatiniforme. Apyrexie. Pas de symptômes généraux, ni toux, ni éternuements, ni rougeur de la gorge. Le lendemain tout a disparu.

12 mai. Symptômes prémonitoires de la rougeole; l'éruption se fait le lendemain et suit son cours habituel.

8 juin. Varicelle; les vésicules restent très petites, elles avortent et au bout de 4 jours il n'en reste presque plus de traces.

2e enfant. Le *24 mai* je vois le frère de la malade précédente. Il était atteint de fièvre, 38°3, de catarrhe oculo-nasal et de toux. J'annonce la rougeole pour le lendemain.

Le lendemain *25 mai*, 37°5, les symptômes généraux ont disparu, il n'y a plus ni toux ni éternuement, mais je remarque une quarantaine de vésicules varicelleuses disséminées sur tout le corps, et fait intéressant, 6 de ces vésicules étaient déjà un peu ombiliquées.

26 mai. T = 38°5; toux, éternuements, rougeur de la gorge et apparition de l'éruption de rougeole qui suit son cours normal. Les vésicules de la varicelle sont comme flétries, atrophiées, il n'en survient plus une seule nouvelle, et trois jours après il n'en restait plus que des traces.

3e enfant (2 ans). *25 mai.* Rougeole non suivie de varicelle.

4e enfant (5 ans). *28 mai.* Rougeole évoluant normalement.

16 juin. Varicelle légère presque apyrétique avec poussées nouvelles pendant 3 jours.

Le 3e jour la fièvre monte à 39°, en même temps qu'apparait un rash scarlatiniforme tout à fait semblable à celui observé chez la première malade.

Le jour suivant l'éruption et la fièvre ont disparu. Il ne survient plus de nouvelles vésicules; la varicelle ne présente rien de particulier si ce n'est que les vésicules se dessèchent plus vite que d'habitude.

La 5e malade, la mère. Le *28 mai*, premiers symptômes d'une rougeole assez intense qui suit son cours habituel. Au bout de 6 jours convalescence complète.

15 juin. T = 38°5, courbature, céphalalgie violente, vomissements répétés, anorexie complète. Le lendemain, rougeur presque érysipélateuse de la gorge et léger érythème scarlatiniforme sur la face. Le jour suivant apyrexie et disparition de l'énanthème et de l'exanthème.

Les deux enfants atteints les premiers suivaient le cours d'une pension. Une petite fille d'une autre famille, âgée de 7 ans suivait les mêmes cours.

Le *10 mai*, elle est atteinte de rougeole dont elle est tout à fait convalescente au bout de 5 jours.

Le *26 mai* elle est couverte d'une éruption scarlatiniforme semblable à celle que j'ai signalée plus haut; T = 37°8. Pas de symptômes généraux; l'enfant avait eu une fièvre violente pendant la nuit; le lendemain l'éruption avait disparu, elle n'avait guère duré plus de 24 heures.

Il résulte des observations précédentes que :

1° Une varicelle suivie dès le lendemain de son apparition d'une rougeole est arrêtée dans son évolution, en un mot elle avorte. Il en a été de même dans le cas où, dans le décours de la varicelle, est survenue une éruption scarlatiniforme. La rougeole au contraire n'est

nullement influencée par une varicelle qui a débuté un ou plusieurs jours avant elle, ni par une éruption scarlatiniforme antérieure de quelques jours.

D'après M. Bez les rapports de la varicelle et de la rougeole seraient indifférents, aucune des deux maladies n'ayant une influence notable sur l'autre : la varicelle retarderait tout au plus quelque peu l'évolution de la rougeole. On voit que ces conclusions ne sont pas les mêmes que les nôtres; cela tient probablement à ce que M. Bez n'a pas eu occasion d'observer des cas de simultanéité absolue de rougeole et de varicelle. Le cas de ce genre que je rapporte plus haut est le seul que j'aie observé. Dans les autres observations, si les deux maladies apparaissaient à quelques jours d'intervalle, elles s'influençaient mais fort peu, la rougeole dominant la varicelle.

2° L'incubation de la varicelle et de la rougeole peut être tout à fait simultanée chez le même malade, puisque l'éruption des deux maladies se produit presque le même jour. D'après un assez grand nombre d'observations personnelles et très rigoureuses, l'incubation de la rougeole est de 10 jours en comptant dès l'apparition des premiers symptômes de la rougeole. D'après les inoculations de Steiner, l'incubation de la varicelle serait de 8 jours; d'après les cliniciens elle varierait entre 5 et 17 jours. Ces données démontrent que dans toutes mes observations les deux maladies ont eu une incubation simultanée puisque les deux éruptions survenaient dans un intervalle de 6 à 7 jours au plus.

Étudions maintenant avec un peu plus de détails le rash observé dans quatre cas. Les rashs accompagnant la varicelle sont très rares; je n'en avais jamais vu auparavant, et dans les nouveaux traités de médecine il n'en est signalé que quelques cas. Dans la variole le rash précède toujours l'éruption; dans la varicelle le rash peut précéder, accompagner ou suivre l'éruption. Cette différence est importante en ce qu'elle aidera avec d'autres symptômes à déterminer la nature du rash. Celui-ci est survenu avec les mêmes caractères, chez un enfant six jours avant la rougeole. Chez un autre au troisième jour d'une varicelle, chez la mère 17 jours après la rougeole, chez un enfant d'une autre famille 14 jours après la rougeole. Il n'y a donc aucune corrélation directe du rash avec la rougeole ou la varicelle; il ne présente aucun symptôme qui le rattache directement à une de ces deux fièvres éruptives comme le rash de la variole, puisqu'il survient longtemps avant ou après la fièvre éruptive, et que dans un autre cas il est intercurrent à une varicelle. Il apparaît bien comme une entité morbide distincte, qui a eu une évolution indépendante, propre, se présentant avec les mêmes caractères chez les 4 malades, et dont il faut rechercher l'origine probable dans l'établissement scolaire où le premier malade suivait des cours. La marche de l'éruption a été identique : fièvre asssez violente 24 heures avant l'éruption, diminution de la fièvre après l'apparition de l'exanthème et disparition de tous les symptômes le troisième jour. Chez la mère les prodromes étaient bien ceux d'une fièvre infectieuse.

En 1862, Alméras, dans sa thèse inaugurale, avait déjà soutenu que ces rashs étaient tout à fait indépendants de la fièvre éruptive. Il serait donc nécessaire, pour éviter toute confusion, d'appeler ces éruptions : fièvre éruptive scarlatiniforme, en ne conservant la dénomination de rash, comme l'a fait Legroux, qu'aux efflorescences cutanées qui sont un épiphénomène de la variole ou de la vaccine, puisque dans ces deux maladies seulement le mot de rash correspond à une symptomatologie définie.

Les éruptions scarlatiniformes n'offrent rien de commun entre elles que la rougeur plus ou moins étendue, plus ou moins vive de la peau; leur origine et leur évolution sont extrêmement variées; elles sont d'origine toxique médicamenteuse, ou alimentaire, ou bien elles sont un épiphénomène simplement des maladies infectieuses telles que la diphthérie, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre puerpérale, etc. Mais d'autres fois elles forment une fièvre éruptive spéciale, survenant d'emblée ou pouvant compliquer d'autres fièvres éruptives, comme c'était le cas dans les observations que je rapporte plus haut.

En résumé je crois qu'il est conforme à la vérité d'admettre : 1° des éruptions scarlatiniformes symptomatiques; 2° une fièvre scarlatiniforme idiopathique.

A cette fièvre scarlatiniforme idiopathique je rattache les éruptions que j'ai à plusieurs reprises remarquées chez des enfants en bas âge, au-dessous de six mois, et dont j'ai encore observé un cas récemment. Les enfants sont pris sans prodromes d'une fièvre généralement assez forte, de prostration, de somnolence ou d'agitation; la face est un peu congestionnée, quelquefois ils refusent le sein. Ces symptômes sont assez alarmants pour effrayer les parents.

Le lendemain apparaît une éruption de rougeurs de forme et d'étendue assez variées, disséminées en plus ou moins grande abondance sur tout le corps et se rapprochant toujours comme teinte de l'éruption scarlatiniforme.

Dans les 5 cas que j'ai eu occasion d'observer, je n'ai jamais vu l'éruption limitée à une seule partie du corps. En tout cas cette éruption est rare, puisque depuis une vingtaine d'années je ne l'ai rencontrée que 5 fois. Avec l'apparition de l'éruption les symptômes généraux diminuent et le lendemain tout a disparu; en même temps on remarque un peu de desquamation de la peau, mais cette desquamation n'est pas constante. En 1879, pendant l'épidémie de variole, un enfant de 3 semaines fut atteint de cette éruption qui affecta presque la forme de la roséole; un très distingué confrère pensa, comme moi, que nous étions en présence d'une variole au début, vu l'acuité des symptômes généraux. Le lendemain tout avait disparu et je vaccinai l'enfant.

J'insiste un peu sur ces éruptions scarlatiniformes chez les enfants en bas âge, parce qu'elles sont peu connues et qu'elles inspirent de prime abord plus de crainte qu'elles ne font de mal. Les quelques cas que j'ai observés sont survenus chez des enfants élevés exclusivement au sein, bien soignés, très propres et sans écart de régime ni absorption de médicaments d'aucune espèce.

On a encore signalé sous le nom de rash certaines éruptions anormales survenant dans le cours des fièvres éruptives. Ainsi M. Robet (thèse de Paris, 1896) décrit les rashs prééruptifs de la rougeole; ces rashs consistent en une éruption plus ou moins étendue affectant des formes un peu différentes selon les cas, ne survenant jamais avant les premiers symptômes de la rougeole et jamais après l'exanthème morbilleux. J'ai moi-même observé un assez grand nombre de ces éruptions. Je crois qu'il vaut mieux ne pas en faire une entité morbide, mais une simple anomalie de l'éruption de rougeole. Il se fait une poussée dès le premier ou le second jour après l'apparition des symptômes prémonitoires de la rougeole, et l'éruption n'apparaît en plein que le lendemain ou le surlendemain.

Sur 19 cas de rougeole observés, Robet a remarqué 6 fois des éruptions cutanées. Vu la fréquence de ces

éruptions, il est plus rationnel de les rattacher à la maladie même, que d'en faire un rash spécial.

Il nous reste à dire quelques mots du diagnostic différentiel de la fièvre éruptive scarlatiniforme avec la scarlatine. Ce diagnostic est parfois extrêmement difficile. Pourtant quelques symptômes sont assez tranchés. Dans l'érythème scarlatiniforme, on ne voit jamais la desquamation de la langue avec sa rougeur et ses fines papilles si caractéristiques. Quand la desquamation de la peau arrive, elle apparaît dès la disparition de l'éruption, c'est-à-dire dès le lendemain ou le surlendemain du début de l'affection. Si la desquamation n'apparaît que 5 à 6 jours après le début de la maladie, je la considère comme consécutive à une scarlatine et je prescris les mesures de précaution propres à cette maladie. En général la rougeur de la gorge est moins vive, si toutefois elle existe, et il n'y a que peu de gonflement des amygdales. De même la rougeur de la peau est aussi moins prononcée. Si les symptômes généraux sont assez violents au début, ils ne durent en général que 24 à 36 heures, tandis que dans la scarlatine leur durée est bien plus longue. En tout cas, il est toujours prudent de garder les enfants qui ont été atteints de fièvre scarlatiniforme pendant 8 jours au moins dans la chambre, et, s'il survient une desquamation de la peau vers le 6ᵉ jour seulement ou plus tard, de considérer la maladie comme une vraie scarlatine.

Pour terminer, je signalerai une particularité assez remarquable :

Dans la petite épidémie familiale décrite plus haut, l'érythème scarlatiniforme, comme la rougeole et la varicelle, a eu le caractère épidémique. Or, on considère cet érythème comme non contagieux et on ne cite pas un cas de contagion de cette maladie.

J'ajouterai que cet érythème n'a pu être confondu avec la scarlatine, d'autant plus que 2 des enfants qui en ont été atteints avaient eu antérieurement la scarlatine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er Avril 1898.

Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

MM. Gouraud et **Gauchery** communiquent l'observation d'une malade de 27 ans, chez laquelle on avait fait le diagnostic de communication inter-aortico-pulmonaire congénitale directe. A l'auscultation, dans le 2ᵉ espace intercostal gauche, en percevait deux souffles se succédant sans interruption notable, l'un systolique, plus fort de timbre, plus rude et de tonalité plus grave. Sur 4 on constata un thrill très net et un souffle très fort en jet de vapeur, ayant un maximum dans le 2ᵉ espace gauche, à 3 centimètres du bord sternal. La malade succomba de cachexie cardiaque avec embolies capillaires multiples ayant déterminé de nombreuses eschares au niveau des membres.

A l'autopsie on trouva une communication congénitale directe de l'aorte et de l'artère pulmonaire, avec ectasie de l'artère pulmonaire et endocardite des sigmoïdes pulmonaires.

C'est une grossesse qui révéla, à l'âge de 26 ans, l'existence de la malformation cardiaque. D'autre part, le souffle diastolique était dû au reflux du sang de l'artère pulmonaire dans l'aorte, poussé par la contractilité de la dilatation sacciforme de ce vaisseau. La présence de nombreuses embolies septiques ayant parcouru la grande circulation vient à l'appui de cette assertion.

Deux cas de sarcomatose généralisée.

M. Vanverts présente des pièces de sarcome osseux, péritonéal, splénique, pulmonaire et cardiaque, provenant de l'autopsie de deux femmes, âgées de 30 et de 32 ans. L'une d'elles avait été opérée pour un sarcome de la peau de la cuisse et des ganglions inguinaux deux mois et demi auparavant, l'autre avait subi l'amputation de Chopart, 7 mois avant sa mort, pour un sarcome des parties molles de la région plantaire et du pied droit.

Ulcérations et perforations de l'appendice en amont d'une obstruction cancéreuse du côlon.

M. Jacomet apporte les pièces d'un cas d'ulcération de l'appendice, complication d'un cancer de l'angle droit du côlon. L'une de ces ulcérations avait perforé toute l'épaisseur de la paroi appendiculaire et entraîné une péritonite mortelle. Le cæcum et l'intestin grêle étaient dilatés, mais ne présentaient pas d'ulcérations.

Ulcérations dysentériformes de l'intestin dilaté en amont d'un rétrécissement cancéreux du côlon tranverse.

M. Griffon présente l'intestin d'un malade qui est venu succomber à une cachexie déterminée par une occlusion intestinale chronique. Le rétrécissement est un cancer annulaire de la partie moyenne du côlon transverse. C'est un épithélioma typique avec des points de dégénérescence colloïde. En aval de cette sténose, l'intestin était vide; en amont, il était considérablement dilaté, et la distension remontait jusqu'à l'estomac. L'intestin grêle, à partir de la première portion du jéjunum, présentait des ulcérations dysentériformes de sa muqueuse, s'arrêtant net au bord libre de la valvule iléo-cæcale. La muqueuse du gros intestin dilaté n'était ulcérée qu'en un endroit restreint, près du cancer; une de ces ulcérations était perforante et avait amené une péritonite putride.

Torsion d'un testicule en ectopie.

MM. Macaigne et **Vanverts** présentent un testicule enlevé par M. Monod, pour des accidents dus à la torsion du cordon spermatique. Ce testicule était en ectopie inguinale, et situé dans un canal péritonéo-vaginal renfermant de la sérosité sanguinolente.

Sous l'influence de la congestion veineuse, l'épididyme avait éclaté. Le sang, extravasé dans le testicule, avait comprimé et étouffé les tubes séminifères.

Cancer de l'intestin au niveau de l'ampoule de Vater.

MM. Mauclaire et **Alcée Durrieux** présentent des pièces provenant d'un homme entré à l'hôpital Necker avec des phénomènes d'occlusion intestinale. Depuis douze jours, le malade n'avait pas été à la selle. Son état empêcha de faire l'opération.

Une débâcle mêlée de sang se produisit le lendemain, à la suite d'un purgatif; mais l'affaiblissement général amena la mort après quelques heures. Une tumeur du rein, de grosses bosselures de la prostate, d'une part; l'absence de dilatation stomacale et duodénale, mais de légers symptômes digestifs avec débâcles rares, d'autre part, avaient fait hésiter le diagnostic entre une affection cancéreuse du rein, de la prostate ou de l'intestin.

L'autopsie révéla la présence d'un boudin cancéreux non ulcéré, transversal, très dur, faisant presque entièrement le tour du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater disparue, et recouvert d'une gelée brunâtre caractéristique. La prostate était simplement hypertrophiée, le rein présentait une pyonéphrose et le foie avait des noyaux cancéreux secondaires. Les ganglions pelviens et mésentériques étaient cancéreux.

Il s'agissait donc d'un cancer primitif du duodénum en

forme du boudin ayant amené une sténose intestinale, sans avoir provoqué de dilatation stomacale ou duodénale.

Epithélioma pavimenteux du corps thyroïde.

MM. Milian et **Bufnoir** présentent une tumeur du corps thyroïde développée depuis six mois.

Des accès de suffocation survenus depuis peu avaient fait porter le diagnostic de goître plongeant. La malade mourut dans un de ces accès de suffocation.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur du corps thyroïde donnant du suc cancéreux au raclage. Cette tumeur pénétrait dans la trachée sous forme de deux petites saillies du volume d'un pois, mais n'obstruant pas la lumière. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, bien qu'il n'y eût de cancer nulle part ailleurs.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans le péricarde.

M. Apert présente un gros anévrysme de la crosse de l'aorte resté latent jusqu'au moment de sa rupture dans le péricarde. Cette rupture s'est manifestée par une syncope subite sans perte complète de connaissance, avec pâleur extrême du visage; la malade a survécu deux jours et a été emportée par une seconde syncope. D'après les cas publiés, la rupture d'un anévrysme dans le péricarde cause la mort subite dans les deux tiers des cas. Quand il y a survie, elle est le plus souvent de quelques heures; il est rare que la survie dépasse vingt-quatre heures; dans un cas, elle a été de quatorze jours. La rupture d'anévrysmes dans le péricarde est, du reste, rare (18 cas sur 248 anévrysmes de l'aorte publiés daus les *Bulletins de la Société anatomique* de 1826 à 1895).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 14 et 21 Mars 1898.

Sur le dosage de l'oxyde de carbone dilué dans de grandes quantités d'air.

M. Armand Gautier. — L'auteur emploie depuis longtemps, au moins en principe, la méthode préconisée par M. Nicloux; il a utilisé la mise en liberté de l'iode après réduction de l'acide iodique anhydre par l'oxyde de carbone. Cet iode était recueilli sur un rouleau de toile de cuivre pesé avant et après l'opération. L'augmentation du poids du cuivre donne celui de l'iode mis en liberté.

Mais une cause d'erreur est difficile à éliminer : quelques gaz hydro-carbonés s'oxydent au contact de l'anhydride iodique, l'acétylène, par exemple, qui se forme dans nos foyers partout où l'air est en trop faible proportion (Berthelot, Scheurer-Kestner). D'autre part, certains gaz, comme l'étylène, jouissent de la singulière propriété d'empêcher l'oxydation de l'oxyde de carbone, même quand ils sont mélangés à lui dans de faibles proportions.

Sur l'importance du sucre considéré comme aliment.

M. A. Chauveau. — C'est la combustion du glycogène incorporé au tissu musculaire qui met au service de ce tissu l'énergie dont il a besoin pour son travail; la fonction glycogénique de Claude Bernard fournit incessamment les matériaux de remplacement qui alimentent les réserves de glycogène musculaire incessamment consommées.

De ses expériences minutieuses, l'auteur conclut que :

La valeur nutritive des aliments ne dépend pas de leur pouvoir thermogène.

Les quantités de sucre ou de graisse qu'il faut ajouter à une même ration fondamentale de viande pour entretenir également bien le sujet qui travaille, ne sont pas des quantités isodynames. La valeur énergétique 0,766 en sucre, agit généralement aussi bien, sinon mieux, que la valeur énergétique 1 en graisse. Cette différence, déjà si notable, à l'avantage du sucre est même susceptible de s'accentuer d'une remarquable manière.

En effet, en ce qui concerne le sucre, le rapport de la valeur nutritive à la valeur énergétique n'est pas constant. Dans certaines conditions physiologiques, comportant l'édification de tissus nouveaux ou la reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé, ce rapport peut être accru considérablement, tandis que, pour la graisse, il reste à peu près au même chiffre ou s'élève à peine.

L'augmentation qu'éprouve alors le pouvoir nutritif du sucre tient à ce que, dans lesdites conditions physiologiques, cet aliment favorise l'assimilation en nature des albuminoïdes et aussi à ce qu'il modère le travail de désassimilation.

Donc, s'il est erroné de mesurer la valeur nutritive d'un élément de force à sa valeur thermique, il ne le serait pas moins de déduire cette valeur nutritive exclusivement de la faculté que possède l'aliment de se transformer plus ou moins économiquement en glycogène musculaire.

En réalité, tout élément doit être jugé, au point de vue de sa valeur nutritive, à l'aide de deux critères : 1° son aptitude à fournir le potentiel directement et immédiatement employé à la dépense énergétique qu'entraînent les travaux physiologiques; 2° l'influence indirecte que cet aliment est capable d'exercer sur les dépenses et les restitutions spéciales attachées au renouvellement et à la formation des éléments anatomiques de l'organisme.

A ce double point de vue, la supériorité des sucres sur les graisses est de toute évidence. Elle se traduit toujours en toute circonstance, surtout dans les cas où s'active la fonction rénovatrice et formatrice des tissus animaux.

Ceci indique l'importance de la place que le sucre peut tenir dans l'alimentation, et, dès aujourd'hui, l'auteur tient à faire remarquer combien il est irrationnel d'imposer à merci la consommation d'un produit aussi essentiel.

Sur la stérilisation des liquides par filtration.

M. J. Hausser. — Pour remédier aux défauts des filtres Chamberland et Garros (diminution de la porosité par suite de la fusion des terres préparées : d'où lenteur de la filtration), l'auteur a utilisé des terres cuites au-dessous de leur température de fusion. Il emploie la terre d'infusoires, connue sous le nom de farine fossile. Tamisée ou portée à 800° ou 1000°, cette terre est pulvérisée, après refroidissement, et peut ainsi être employée directement pour stériliser l'eau.

On la délaie dans le liquide à filtrer et l'on verse cette dilution sur un filtre support quelconque. La poudre se dépose en une couche parfaitement régulière. Les eaux ainsi filtrées ont donné des ensemencements stériles.

Des différents modes d'élimination de la chaux chez les rachitiques et des diverses périodes du rachitisme.

M. J. Babeau. — Les déformations rachitiques peuvent, dans la majorité des cas, être rapportées à deux modes d'élimination différents de la chaux :

1° Elimination de la chaux en excès par les urines, correspondant à une désassimilation de la chaux qui entre dans la constitution de la charpente osseuse;

2° Elimination de la chaux en excès par les fèces, correspondant à un défaut d'absorption de la chaux, la quantité de chaux éliminée par les urines pouvant, dans ces cas, être normale ou inférieure à la normale.

Ces données permettent d'expliquer les résultats, contradictoires en apparence, qui ont été publiés jusqu'ici, relativement à la quantité de chaux des urines rachitiques.

On peut, dans le rachitisme, distinguer trois périodes :

1° Une *période rachitisante*, au cours de laquelle l'enfant élimine de la chaux en excès, soit par ses urines, soit par ses fèces;

2° Cette déperdition en chaux aboutit au stade des déformations et des fractures spontanées des os : c'est la *période du rachitisme constitué*;

3° A une troisième période, ni les fèces, ni les urines ne tra-

duisent de déperdition anormale de chaux; les déformations seules restent, comme indices d'une période rachitique antérieure, chez le sujet dont la nutrition est redevenue normale.

De la visibilité des rayons X par certains jeunes aveugles.

M. Foveau de Courmelles. — 240 aveugles ont été examinés à l'Institution des Jeunes-Aveugles par l'auteur, avec le concours de M. Ducretet et de M. Martin, directeur de l'établissement; les diagnostics oculaires ont été faits par M. Landolt. Grâce au dispositif employé, les illusions d'optique étaient éliminées; un bruit uniforme était produit, qu'il y eût ou non production de rayons X, et l'on a retenu que les patients suivent ces variations. Le tube de Crookes était enveloppé d'un voile noir pour la seule production des rayons X; il était découvert pour les rayons cathodiques et pourvu de l'écran pour les rayons fluorescents.

9 aveugles (5 filles et 4 garçons) ont perçu les rayons X.

D'autres ont perçu les rayons cathodiques mieux que les fluorescents. Les rayons X n'étant pas perçus par l'œil normal, il en faut conclure que la rétine de certains aveugles peut être impressionnée par eux comme l'est la plaque photographique qui traduit ces rayons invisibles.

Applications de la radiographie à l'étude des malformations digitales.

MM. Albert Londe et **Henry Meige** présentent des radiographies de malformations congénitales des doigts.

Trois cas de sexdigitaires : auriculaire surnuméraire aux deux mains et aux deux pieds.

Un cas d'absence congénitale de deux doigts à chaque main (annulaire et auriculaire); syndactylie des doigts index et médius; syndactylie partielle des deuxième et troisième orteils.

Un cas d'ectrodactylie réalisant la disposition dite en pinces de homard.

Un cas de macrodactylie du médius et de l'index de la main gauche.

Un cas de syndactylie des doigts médius, index et annulaire à chaque main.

Application de la radiographie à l'étude d'un cas de myxœdème (développement du système osseux sous l'influence du traitement thyroïdien).

MM. Georges Gasne et **Albert Londe.** — Les auteurs présentent les radiographies du thorax, des épaules, des coudes, des avant-bras, des poignets, des mains, des genoux, des jambes et des pieds d'un myxœdémateux de 19 ans, traité dans le service du professeur Raymond, par l'ingestion en quatre mois de 61 lobes de corps thyroïde de mouton. Le squelette du malade était, avant le traitement, identique à celui d'un enfant de 2 ans et demi. Sous l'influence du traitement la taille a augmenté de 4 centimètres et l'ossification a progressé; on observe aussi le développement et la soudure des épiphyses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 26 Mars et 2 Avril 1898.

Réactions chromatiques du protagon.

M. J. Le Goff. — On a extrait des cellules animales un certain nombre de substances, qu'il serait intéressant de caractériser dans la cellule même, sans être obligé de recourir aux procédés ordinaires de la chimie; nous avons pensé qu'un système de réactions chromatiques pouvait atteindre ce but Mais pour cela il convient de rechercher les réactions particulières des substances isolées pour pouvoir les reconnaître ensuite mélangées dans les cellules. C'est ce que nous avons fait avec le *protagon*.

Pour étudier les réactions chromatiques d'une substance, nous l'étendons en couche mince à la surface d'une lame de verre (porte-objets) nettoyée avec soin, nous la laissons sécher à l'air et nous la portons 30 secondes, 1 minute, 5 minutes dans une solution aqueuse de l'un des colorants employés en histologie, nous la lavons à l'eau distillée.

Le *protagon* s'est toujours coloré rapidement et énergiquement par les couleurs basiques et s'est refusé à prendre les couleurs acides.

Nous étendons en ce moment nos recherches à l'hémoglobine, à l'acide nucléinique, à la gélatine, etc.

Nous publierons nos résultats ultérieurement.

Cirrhose tuberculeuse hypertrophique avec ictère chronique.

M. Péron. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, non alcoolique, atteinte depuis 18 mois d'ictère chronique avec xanthome des paupières du tronc et des membres. Le foie est gros, dur, à bord mousse, la rate facilement accessible; 3 mois auparavant. ascite qui a cédé après une ponction. L'autopsie montra une tuberculose intestinale et péritonite considérable, très ancienne, qui a été complètement méconnue pendant la vie.

Les poumons sont indemnes.

Le foie est atteint d'une cirrhose accentuée, diffuse, de type hypertrophique, très riche en follicules tuberculeux caractérisés par des cellules géantes au centre desquelles on colore facilement des bacilles.

Ces lésions tuberculeuses prédominent sous la capsule mais elles sont généralisées à toute la glande.

La tuberculose hépatique peut donc, dans certaines conditions exceptionnelles revêtir la forme d'une cirrhose hypertrophique avec ictère chronique et splénomégalie.

Opothérapie médullaire dans la chlorose.

MM. A. Gilbert et **M. Garnier** ont traité comparativement 6 chlorotiques par la moelle osseuse et par le fer. Deux malades ont été traités par la moelle osseuse en nature, deux autres par un extrait de moelle osseuse préparé par M. Chassevent; une autre par un extrait de fabrication allemande (medulladen), enfin notre dernière par le protoxalate de fer et les douches. Les résultats étaient contrôlés par de fréquents examens du sang. Dans aucun cas, la moelle osseuse n'a montré d'action spécifique, l'amélioration a toujours été beaucoup plus lente à se produire qu'avec le fer et est restée toujours assez faible pour qu'on puisse l'attribuer à la seule action du repos. Dans 3 cas, après 1 mois à 6 semaines de traitement opothérapique, les malades ont été soumis à la médication ferrugineuse; on a vu alors le nombre des globules et la taux de l'hémoglobine s'élever rapidement. Il résulte donc de ces recherches que la moelle osseuse ne peut être appelée à remplacer le fer dans le traitement de la chlorose.

Ligature de l'artère hépatique.

MM. Doyon et **Dufourt** communiquent une étude sur les effets de la ligature de l'artère hépatique et de la veine porte au point de vue de la survie et des variations du rapport azoturique. Ils expliquent les résultats contradictoires obtenus par Stolnikow, De Dominicis, Arthaud et Butte. Les conclusions sont les suivantes :

1° La ligature du tronc seul de l'artère hépatique peut amener la mort des animaux; les cas de survie s'expliquent par le développement des collatérales, il faut les lier aussi pour amener sûrement la mortification du foie.

2° Le rapport de l'urée à l'azote total baisse considérablement lorsque la circulation artérielle hépatique a été supprimée; il ne varie pas sensiblement lorsque la veine porte a été liée, bien que la mort soit plus rapide.

Sécrétion interne de la rate à fonction trypsinogène.

M. Pachon (de Bordeaux). — J'ai institué avec M. Gachet

des expériences démontrant *in vivo* l'existence et la nature d'une sécrétion interne splénique à fonction trypsinogène, sécrétion dont la notion a été introduite en physiologie par Schiff et défendue depuis par M. Herzen.

Si l'on fait une macération de courte durée, en solution boriquée saturée, de la portion verticale du pancréas d'un chien en état de digestion qui a subi l'extirpation de la rate quelques jours auparavant, cette macération, mise en présence d'albumine à l'étuve à 39°, manifeste un *pouvoir protéolytique lent* (présence de proferment). La macération, dans les mêmes conditions de courte durée et de milieu, de la portion horizontale du pancréas du même chien, après injection intravasculaire préalable d'extrait aqueux de rate congestionnée, manifeste à l'étuve, en présence d'albumine, un *pouvoir protéolytique rapide* (présence de ferment).

La substance splénique injectée a produit à distance, à travers l'organisme, un effet électif sur un organe déterminé, le pancréas, dont elle a transformé la protrypsine en trypsine; elle doit donc bien être légitimement considérée comme une sécrétion interne de la rate à fonction trypsinogène.

Si l'on soumet à l'ébullition l'extrait aqueux de rate congestionnée, il perd ses propriétés trypsinogéniques. Il en est de même du filtrat de cet extrait traité par l'alcool fort, après qu'on l'a débarrassé par évaporation dans le vide de toute trace d'alcool. La sécrétion interne de la rate à fonction trypsinogène jouit donc de propriétés communes aux ferments solubles, qui doivent la faire considérer comme de nature fermentaire.

Sur la forme splénomégalique de la cirrhose biliaire hypertrophique.

MM. Gilbert et **Fournier**. — Nous avons montré antérieurement que chez l'enfant, dans la cirrhose biliaire hypertrophique, le foie et la rate n'augmentaient pas toujours proportionnellement de volume et que l'on pouvait, à ce point de vue, distinguer 2 types différents : un type commun, hépatomégalique, et un type splénomégalique.

La forme splénomégalique peut se rencontrer chez l'adulte, mais elle appartient surtout à l'enfance et à l'adolescence.

D'ailleurs, en comparant les poids normaux du foie et de la rate aux poids atteints par ces deux organes dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, on voit que l'hypertrophie de la rate est pour ainsi dire toujours beaucoup plus prononcée que celle du foie.

Le mécanisme de l'hypertrophie splénique au cours de la cirrhose biliaire est encore mal élucidé. Toutefois, si l'on regarde avec Hanot « les voies biliaires comme le centre d'évolution du processus morbide », si l'on admet que la cirrhose biliaire hypertrophique est due à une infection longtemps prolongée des voies biliaires, la splénomégalie doit être considérée comme un des premiers résultats de cette infection.

L'hypertrophie de la rate est de règle dans les angiocholites à évolution lente; la maladie de Hanot n'y fait pas exception. On conçoit, d'autre part, que dans cette dernière l'infection, dont la porte d'entrée est au niveau des voies biliaires, puisse retentir sur la rate et produire la splénomégalie, alors que le processus d'hypergénèse et d'hypertrophie des tissus est encore peu accentué au niveau du foie lui-même et que cet organe conserve un volume à peu près normal.

Ainsi s'expliquerait la production de ce type splénomégalique, sans que l'on puisse voir là rien qui autorise à considérer la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique comme une maladie spécifique frappant primitivement la rate, ou même la rate et le foie simultanément.

M. Grimbert a repris les expériences de MM. Hugounencq et Doyon sur la fermentation des nitrates par le bacillus coli et le bacille d'Eberth.

Contrairement à l'opinion des auteurs cités, les bacilles en question ne font pas fermenter les nitrates. Cette fermentation ne peut avoir lieu que lorsque le colibacille ou le bacille d'Eberh sont associés à des bactéries attaquant les nitrites.

M. Queyrat a inoculé des singes soit sous la peau soit dans le péritoine avec des parcelles de cancer mélanique provenant d'un malade. Ces inoculations ont donné des résultats positifs, comme on peut le juger d'après les pièces que présente M. Queyrat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Mars 1898.

Psychoses post-opératoires.

M. Reynier est convaincu que l'intervention chirurgicale est incapable de faire naître, de toutes pièces, des troubles psychiques chez une personne jusque-là indemne de toute manifestation anormale du côté du système nerveux. En interrogeant avec soin le passé morbide héréditaire ou personnel de ces opérés, on arrive à cette conclusion, que les accidents en question ne se développent jamais que chez des sujets prédisposés par une tare héréditaire, ou ayant déjà présenté des signes plus ou moins manifestes de dérangement intellectuel ou moral.

M. Monod ne croit pas non plus que les troubles mentaux, qu'on voit survenir chez certains opérés, puissent être imputés à l'intervention, et il rapporte à ce propos trois observations qui ne manquent pas d'intérêt, mais dont l'interprétation n'a pas laissé que de l'embarrasser sérieusement. La première concerne une femme laparotomisée pour des kystes ovariens. Le soir même de l'opération, elle montra un peu d'agitation; le lendemain et les jours suivants, son état s'était notablement aggravé : la température oscillait entre 38° et 39°5, il y avait de l'agitation, du délire; puis la mort survint le 8e jour. L'autopsie ne révéla aucune lésion capable d'expliquer les symptômes nerveux observés à la suite de l'intervention; mais l'examen des urines, pratiqué immédiatement après l'issue fatale, démontra l'existence d'une albuminurie abondante.

La seconde observation est celle d'un homme atteint d'une fracture compliquée de jambe avec suppuration du foyer; cet individu, qui n'était nullement alcoolique, eut des idées délirantes pendant plusieurs jours, et cela, sans fièvre ni état général alarmant.

Le troisième cas est relatif à une femme qui avait subi l'hystérectomie abdominale totale; il importe de faire remarquer ici qu'il n'existait, dans les antécédents héréditaires ou personnels de cette malade, aucun indice capable d'expliquer la genèse des accidents survenus à la suite de l'opération, si ce n'est que cette personne avait manifesté, à plusieurs reprises, une très grande frayeur pour l'acte opératoire.

L'hystérectomie abdominale s'était passée sans incidents, et la guérison se fit sans complications; mais à la suite de cette intervention, l'esprit de cette femme se dérangea; les troubles mentaux, d'abord légers, s'aggravèrent progressivement, de sorte que, au bout d'un an, la malheureuse opérée était devenue tout à fait folle.

M. Monod se demande si le cas de cette femme ne mériterait pas d'être donné comme un exemple de vésanie post-opératoire, vésanie développée indirectement à la faveur d'une prédispositioon acquise, ici, sous l'influence de facteurs divers : crainte excessive de l'opération, revers de fortunes, chagrins intimes, etc.

M. Segond. — Au nombre des causes qui ont été invoquées pour élucider la genèse de ces cas de folie soi-disant post-opératoire, il convient de ranger un facteur étiologique dont on n'a pas encore su tenir un compte suffisant : *la suggestion*. A ce point de vue, l'entourage, les amis, la famille, et, trop souvent même, certains médecins, qui se targuent de tout guérir par l'abstention et la conservation, exercent sur l'esprit et sur l'imagination des personnes faibles et impressionnables la plus déplorable influence; aussi, au lieu de supposer que ces femmes sont devenues folles parce qu'elles ont été opérées, serait-il infiniment plus conforme à la réalité des faits de voir, en elles, des malheureuses affolées par des assertions aussi effrayantes que dénuées de fondement : à force d'entendre répéter que la castration détermine, chez celles qui l'ont subie, des désordres irrémédiables, beaucoup d'opérées finissent par en être fermement persuadées et deviennent folles pour de bon.

Sur 642 cas personnels de ménopause post-opératoire, M. Segond, après une enquête des plus consciencieuses, n'a pu relever que quatre cas de troubles mentaux, répartis ainsi qu'il suit :

une kleptomane, deux mélancoliques et une femme ayant présenté des signes de vésanie pendant une quinzaine de jours: toutes ces soi-disant folles ont rapidement guéri, à l'exception de la kleptomane, qui était voleuse avant l'opération et qui l'est restée depuis.

En terminant, M. Segond formule les conclusions suivantes, qui résument sa manière d'interpréter les faits observés et qualifiés de folie post-opératoire :

1° Il n'existe pas un seul cas probant de psychose post-opératoire, imputable à l'intervention.

2° L'immense majorité des folles qu'on a accusé les chirurgiens de *fabriquer* étaient des folles préalables, ou des sujets prédisposés par la tare héréditaire.

3° Les femmes devenues folles à la suite d'une opération, et chez lesquelles on n'a pu relever ni tare héréditaire, ni prédisposition, doivent être considérées comme les victimes de suggestions exercées par l'entourage ou par le médecin.

Corps fibreux gangrené de l'utérus.

M. Lejars. — Cette observation nous a été communiquée par **M. Buffet** (Elbeuf). Il l'a recueillie sur une femme de 47 ans, qui s'est présentée à lui, portant un énorme corps fibreux en partie sphacélé et ayant la forme d'une langue de bœuf fumée sortant de la cavité vaginale. Ce fibrome pédiculé fut assez facilement extrait, il pesait 3 kg. 350. A part une fistule vésico-vaginale qui a duré peu de temps, il n'y a eu aucune suite particulière après l'opération.

Ces fibromes sphacélés ont une évolution variable; tantôt ils ne dannent lieu qu'à des hémorrhagies plus ou moins abondantes et à une suppuration fétide; tantôt ils engendrent des accidents de septicémie parfois de grande gravité, et malgré l'opération on ne peut quelquefois éviter la mort. C'est ce que j'ai vu chez une femme de 49 ans à l'autopsie de laquelle nous avons trouvé un foie farci d'abcès miliaires.

M. Routier. — J'ai observé deux de ces faits de fibromes sphacélés. L'un ne s'est accompagné d'aucun accident. Dans l'autre cas, qui a rapport à une femme que j'ai opérée il y a 4 jours, j'espère que les suites seront bonnes. Il existait une inversion utérine avec fibrome sphacélé inséré au fond de l'organe; en l'enlevant par morceaux, j'ai perforé l'utérus et par cette perforation ont fait irruption un ovaire et une trompe que j'ai extraits par cette voie peu habituelle.

De l'hystérectomie vaginale pour fibrome.

M. Quénu — En ces dernières années on ne s'est guère occupé de l'ablation des fibromes que par la voie abdominale. Peut-être a-t-on trop négligé la voie vaginale? Elle a cependant ses indications et, pour ma part, j'y ai eu recours chez 33 malades. Il ne faut pas que le volume de la tumeur soit trop considérable, sans quoi l'opération devient difficile et le poids de 1 500 à 2 000 grammes peut être regardé comme un poids maximum, non pas d'une façon absolue, puisqu'on a pu enlever des fibromes pesant même le double, mais c'est une mauvaise condition pour l'opération.

L'état du conduit vulvo-vaginal est à considérer sérieusement; il est important que ce conduit jouisse d'une certaine extensibilité. Aussi, chez les femmes âgées, à vagin sclérosé, l'opération est-elle contre indiquée, de même qu'elle l'est, bien entendu, chez les vierges.

En ce qui concerne les méthodes opératoires, au nombre de deux principales, l'une avec hémostase préalable et l'autre sans cet acte anté-opératoire, je suis toujours intervenu sans faire d'abord cette hémostase. L'opération se fait ensuite par morcellement. J'ai ainsi opéré, depuis 1894, 33 malades avec succès complet, une seule d'entre elles ayant présenté une complication importante, une occlusion intestinale.

Présentations.

Drainage du péritoine. — **M. Delagenière** (du Mans) fait une communication sur un mode de drainage de la cavité péritonéale au moyen de tubes métalliques stérilisables contenant des mèches stériles.

Arthrotomie pour tuberculose de la hanche. — **M. Sieur** présente un malade qui a subi cette intervention et chez lequel le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

Grossesses extra-utérines. — **M. Tuffier** montre les pièces provenant de deux femmes chez lesquelles il est intervenu avec succès.

Extirpation d'un ganglion de Gasser. — **M. Guinard** apporte un ganglion de Gasser qu'il a enlevé avec succès et qu'il se propose de faire examiner histologiquement. Depuis l'opération, le malade est complètement délivré de ses souffrances.

Occlusion intestinale et appendicite perforante. — **M. Schwartz** montre les pièces enlevées à une femme qu'il a opérée pour des accidents d'occlusion intestinale; au cours de l'intervention, il trouva un cancer du côlon et des lésions d'appendicite perforante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er Avril 1898.

L'adéno-lipomatose symétrique.

MM. Launois et Bensaude présentent un malade porteur de tumeurs lipomateuses, diffuses et symétriques siégeant au cou, à la face, à la nuque et aux aines, en tous points comparables à ceux qui ont fait l'objet des communications de MM. Bucquoy, Siredey, Hayem et Dalché. Ce qui fait l'intérêt de leur malade, c'est que, chez lui, l'affection est encore à la première période de son évolution. Au niveau des tuméfactions de l'aine, on sent nettement des ganglions lymphatiques hypertrophiés et noyés dans une atmosphère graisseuse.

On constate, en même temps, chez le malade une induration de certains troncs lymphatiques et une hypertrophie de la rate. Son faciès ressemble à celui des leucémiques.

De l'étude des 59 cas analogues recueillis dans la littérature médicale française et étrangère, MM. Launois et Bensaude concluent que toutes ces observations se rapportent à une seule et même affection, à une entité morbide survenant presque exclusivement chez des hommes âgés de 25 à 60 ans.

M. Hayem avait considéré son malade comme atteint de lymphadémie ganglionnaire à forme lipomateuse, et, de fait, chez ce sujet, les tuméfactions occupaient des régions où siègent habituellement des ganglions lymphatiques.

MM. Launois et Bensaude croient que la conception de M. Hayem est également applicable aux cas nombreux où les tumeurs occupent d'autres régions (région deltoïdienne épigastrique, sus-pubienne, scapulaire, etc.) Il résulte, en effet, de leurs recherches bibliographiques et des renseignements qu'ils ont recueillis que, même à l'état normal, on peut rencontrer des ganglions dans ces différents endroits. Ils admettent donc que l'affection en question a son origine dans les ganglions et les vaisseaux lymphatiques et ils basent leur opinion :

1° Sur le siège des tuméfactions lipomateuses;

2° Sur l'hypertrophie des ganglions et les lésions des troncs lymphatiques;

3° Sur la possibilité de la splénomégalie;

4° Sur la leucocytose légère et la rareté des globules blancs de la première variété de M. Hayem (petits mononucléaires), lésions déjà rencontrées par certains auteurs dans les affections des ganglions;

5° Sur ce fait, que les adénites retentissent surtout sur l'atmosphère graisseuse péri-ganglionnaire, en donnant naissance à des productions lipomateuses.

M. Hayem demande si, sur ces 159 observations colligées par M. Launois, il y a eu des cas suivis de mort et dont on ait pu faire l'autopsie. Ces cas mortels doivent, d'ailleurs, être fréquents, car si cette affection est réellement ganglionnaire, elle est par cela même rapidement cachectisante.

M. Launois. — Je puis citer plusieurs biopsies dans lesquelles on insista spécialement sur l'adipose et sur la vascularisation considérable du lipome de nouvelle formation. Parmi les 59 observations que j'ai lues, il n'y a qu'un cas mortel et l'autopsie ne fut pas faite.

M. Rendu pense que puisqu'il s'agit ici d'une affection de l'appareil lymphatique, ressortissant très probablement à une irritation chronique, on doit soupçonner la présence dans le sang d'un agent infectieux; il serait intéressant de faire des recherches en ce sens.

M. Dalché qui a observé un cas analogue a été frappé de la déchéance intellectuelle que présentait son malade; et il s'est demandé si l'adipose, les tumeurs ganglionnaires, l'état cérébral ne relevaient pas d'une cause commune, et avait une tendance à incriminer une lésion thyroïdienne.

Arthrite pneumococcique du poignet.

MM. G. Galliard et **Morely.** — Un homme de 44 ans, alcoolique et absinthique, ayant eu de fréquentes bronchites, entre à Saint-Antoine, le 15 janvier 1898, pour une pneumonie lobaire ataxo-adynamique. Le 8e jour, il se plaint d'une douleur vive au poignet droit. Cette jointure est rouge, tuméfiée : 39° et 38°5. Le 9e jour, 38° et 38°9. Le 10e, 40°2. Le 11e jour, tuméfaction dorsale, fluctuation; *arthrotomie;* le 13e jour, la température s'abaisse à 38°5 pour osciller ensuite autour de 39° et bientôt autour de 38°. L'articulation incisée s'améliore; la suppuration se tarira vers le 45e jour seulement.

Le 23e jour, 37°. Cependant, l'état général reste mauvais. Symptômes d'empyème à gauche (côté de la pneumonie). Première thoracentèse, le 25e jour, injection phéniquée dans la plèvre. Le 33e jour, seconde thoracentèse suivie d'un lavage à l'eau boriquée. Le soir, 40°. Le lendemain, l'affaiblissement est extrême. Nous pratiquons, sans grand espoir, la pleurotomie, Contre toute attente, amélioration rapide; le malade guérit complètement; il sort pour la première fois le 31 mars, deux mois et demi après le début de la pneumonie.

Il conserve actuellement de la raideur et un peu de tuméfaction du poignet droit.

Dans le pus articulaire et dans le pus pleural, nous avons trouvé le pneumocoque encapsulé de Talamon-Fränkel; pas d'autres microbes.

Sur un cas de scarlatine apyrétique.

M. Rénon a observé, chez un enfant, un cas de scarlatine des plus nets, dans lequel la température ne s'est pas élevée au delà de 37°4 pendant la période d'éruption : il s'agissait bien d'une scarlatine et non d'un érythème scarlatiniforme toxique ou infectieux. Comme dans les cas analogues, il existait une certaine dissociation entre le pouls et la température. La maladie a évolué avec une très grande bénignité sans aucune complication.

M. Rendu fait remarquer que les cas semblables sont très nombreux; il vient en observer récemment un exemple. En outre, il a vu un scarlatineux dont l'éruption se limita à la gorge. Dans les deux cas, le diagnostic serait resté en suspens, si des faits de contagion n'étaient venus l'affirmer. On ne saurait donc être trop prudent, et, dans le doute agir, comme si l'on se trouvait en présence d'une véritable scarlatine.

M. Lemoine estime que ce sont ces cas apyrétiques méconnus qui conduisent le plus souvent à la néphrite; ou qui, également méconnus, sèment la contagion dans les casernements militaires.

M. Sevestre a observé également des cas analogues à ceux que l'on vient de rapporter et il pourrait citer de nombreuses anomalies survenant pendant l'évolution de la scarlatine, soit dans la courbe thermique, soit dans la durée, l'étendue, ou le siège de l'éruption.

Cystite et rectite grippales.

M. Le Gendre a plusieurs fois, au cours de grippes à formes cliniques diverses, constaté l'apparition du ténesme vésical et rectal, de besoins fréquents d'uriner ou d'aller à la selle suivis de l'élimination d'une quantité insignifiante d'urine, souvent albumineuse, et de l'évacuation de très peu de matières fécales, liquides, mélangées à des glaires sanguinolentes; en somme, le tableau de la cystite et de la rectite dysentériforme plus ou moins accentuées.

Les sujets chez lesquels il a rencontré ces symptômes vésicaux et rectaux étaient de tout âge. La durée a été toujours de plusieurs jours.

Les moyens qui ont réussi le mieux sont les irrigations intestinales très chaudes, les bains de siège et bains prolongés à haute température, les cataplasmes très chauds en permanence, les suppositoires opiacés et belladonés.

M. Rendu se demande si ces accidents ne relèvent pas d'une simple coïncidence.

M. Sevestre a observé ces complications sur des enfants atteints de grippe, mais il a cru pouvoir les classer comme des complications de la dentition.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 7 Février 1898.

Zona chez une tuberculeuse.

MM. Mongour et **Michel** communiquent l'observation d'une femme de 22 ans, dont le père et la mère sont morts tuberculeux, et qui depuis 6 ans qu'elle tousse, a eu six hémoptysies à sang rouge. Elle entra à l'hôpital pour un zona thoracique, occupant les 9e et 10e espaces intercostaux et accompagné de frissons et de fièvre. L'éruption n'est pas très confluente; dans l'intervalle des vésicules, on trouve une hypoesthésie très nette à la piqûre; la sensibilité au froid et à la chaleur est conservée.

L'examen des poumons révèle les symptômes d'une tuberculose au deuxième degré et d'une pleurésie sèche dont la limite supérieure coïncide avec la ligne supérieure de l'éruption.

L'intérêt de cette présentation n'est pas dans la coexistence du zona thoracique et de la tuberculose, fait bien connu, mais dans la présence d'une lésion pleurale occupant par rapport à la moelle la région correspondant à l'émergence des nerfs intercostaux en cause.

Dans ces conditions, on peut se demander si la théorie de la disposition métamérique du zona, théorie de Brissaud, n'est pas applicable à cette malade.

M. Verger ne croit pas qu'il y ait dans l'observation de M. Mongour rien qui autorise à croire qu'il y ait une lésion médullaire ou radiculaire comme cause du zona. Au contraire, la coexistence des frottements pleuraux ferait plutôt croire à une action directe de voisinage sur le nerf lui-même. L'origine du zona serait donc périphérique.

M. Mongour accepte l'interprétation de M. Verger plus plausible, au moins dans ce cas, que l'hypothèse d'une névrite toxique ou d'une lésion médullaire.

Éruption quinique.

M. Fraikin a présenté un malade qui au mois de décembre de l'année dernière est entré à l'hôpital avec tous les signes de la grippe, céphalalgie, courbature, prostration, fièvre vive, etc., dont le début remontait à 5 jours. De plus, au sommet du poumon droit, surtout en arrière, on trouvait de la matité, une légère augmentation des vibrations, de la respiration soufflante avec quelques râles muqueux fins, et quelques jours plus tard les signes d'une broncho-pneumonie double du sommet.

On soumit le malade aux bains froids, répétés deux ou trois fois par jour et à la quinine à la dose de 2 grammes par jour. Cette médication donna d'excellents résultats. Mais comme la quinine était mal absorbée, car le malade avait de la diarrhée, on remplaça les cachets par des injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine, à la même dose. Au bout de 3 jours, le malade présenta brusquement une éruption généralisée à toute l'étendue du tégument. Cette éruption était constituée par de larges placards rouge vermeil, séparés par de petits espaces de peau saine, et rappelant à s'y méprendre l'éruption de la scarlatine. Ce rash scarlatiniforme était évidemment d'origine quinique, car il disparut au bout de 2 jours après cessation des injections.

Pendant ce temps, malgré l'abaissement de la température et

bien que l'état général fût meilleur, l'état local du poumon n'était pas extrêmement amélioré et la bronchopneumonie existait toujours. Or, à ce moment, en 3 jours, la température remonta et atteignit 40°. Cette élévation, que n'expliquaient plus ni l'état général ni l'état pulmonaire, était due à la formation d'abcès sous-cutanés aux divers points où avaient porté les injections de quinine. Dès l'ouverture des abcès, la température s'abaissa pour devenir définitivement normale. Dès que les abcès furent constitués, le poumon s'améliora avec une grande rapidité, le souffle disparut, les râles devinrent plus gros et furent moins nombreux, et 3 jours après le murmure vésiculaire était normal; le poumon était guéri.

Le pus des abcès, examiné au microscope et ensemencé, ne contenait que des staphylocoques.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. D'abord, à cause du bon effet de la médication par les bains froids sur l'hyperthermie dans un cas de bronchopneumonie double du sommet post-grippale. En second lieu, à cause de l'éruption scarlatiniforme d'origine quinique dont les exemples ne sont pas très fréquents. Enfin, à cause de ces divers abcès qui ont joué à l'égard des lésions pulmonaires le rôle dérivatif de véritables abcès de fixation, puisque 3 jours après la formation de ces abcès les lésions pulmonaires, jusque-là persistantes, avaient complètement rétrocédé.

Résultats éloignés de la greffe dermo-épidermique sur plaie par brûlure.

M. Binaud a communiqué d'un homme de 27 ans qui était entré à l'hôpital pour une brûlure du troisième et du quatrième degrés, occupant la plus grande partie des parois antérieure et postérieure de l'aisselle, le moignon de l'épaule et la partie supérieure du bras droit; le creux axillaire était respecté sur une faible portion.

Lorsque la plaie fut détergée par les pansements humides répétés et que le liséré cicatriciel eut commencé à se montrer sur ses bords, on tenta de hâter sa guérison et de la rendre définitive au moyen de greffes. Après des essais infructueux par la greffe épidermique ou par la transplantation d'îlots cutanés provenant de lapin ou de poulet, M. Binaud se décida à prendre sur la région antérieure des cuisses du malade, préalablement aseptisées, de larges lambeaux dermo-épidermiques qu'il greffa immédiatement sur la plaie, principalement dans les points où les bourgeons charnus étaient le moins exubérants.

Le pansement consistait à recouvrir ces greffes de protective d'ouate aseptisée; on le renouvelait toutes les 24 heures. Tous les lambeaux greffés ont, sauf deux ou trois, définitivement adhéré.

On peut voir aujourd'hui les heureux résultats de cette méthode de traitement, et constater le contraste qui existe entre les parties greffées et la cicatrice qui longe les bords de l'ancienne plaie. Celles-là sont souples, bien matelassées, non adhérentes; celle-ci est recouverte par places d'ulcérations qui disparaissent et se reproduisent continuellement.

La région de la cuisse où les greffes ont été prises est presque normale et il faut regarder de très près pour en distinguer les traces.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Mars 1898.

Myélite par compression.

M. Senator a observé deux malades chez lesquels la conductibilité de la moelle était complètement abolie au niveau de la portion cervico-dorsale.

Dans un de ces cas il s'agissait d'une femme de 36 ans qui, se trouvant à la période de convalescence d'une fièvre typhoïde, fut prise à la nuque de douleurs irradiant dans l'occiput et les bras, puis de phénomènes paralytiques. Les membres inférieurs offraient les symptômes de la paralysie spinale spasmodique; la sensibilité cutanée n'y était altérée qu'en certains points, mais le sens musculaire était aboli. Aux membres supérieurs on constatait une paralysie atrophique avec troubles de la sensibilité, notamment dans la région du nerf cubital. Les doigts étaient repliés en griffe. Il y avait une diminution considérable de l'excitabilité musculaire galvanique et faradique, mais sans réaction de dégénérescence. La vessie était paralysée. Dans la suite, les troubles sensitifs augmentèrent au niveau des membres inférieurs et envahirent le tronc, s'étendant en avant jusqu'à une ligne horizontale passant par les mamelons et en arrière jusqu'au niveau de l'apophyse épineuse de la quatrième dorsale. Enfin des troubles trophiques se manifestèrent sous forme de phlyctènes et d'ulcères siégeant aux orteils et à la face postérieure des cuisses. Six mois avant la mort, qui n'est survenue que treize années après l'apparition des premiers symptômes morbides, on vit se produire des lésions de décubitus, la fonte purulente de nodules hémorrhoïdaires, ainsi que des secousses dans les membres inférieurs atteints de rigidité; l'état général qui jusque-là était resté excellent commença à décliner rapidement. Les réflexes rotuliens étaient exagérés et sont restés tels malgré la longue durée de l'affection.

A l'autopsie on trouva dans la moelle cervicale un psammosarcome qui s'étendait depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la seconde vertèbre dorsale. Il ne contenait pas trace de substance médullaire. La moelle était extrêmement amincie à la région dorsale. On constatait, en outre, une dégénérescence à la fois ascendante et descendante des fibres de la moelle et une atrophie de la substance grise, surtout à la région dorsale, avec disparition presque complète des cellules ganglionnaires des cornes antérieures.

La seconde observation concerne un homme de 30 ans, qui subit une contusion de la colonne vertébrale pendant qu'il se trouvait dans un état profond d'ivresse. On notait un enfoncement marqué au niveau de la septième vertèbre cervicale. Les membres inférieurs étaient atteints de paralysie flasque. La vessie, le rectum, les muscles abdominaux et intercostaux étaient également paralysés. Le malade ne respirait que par son diaphragme. La sensibilité se trouvait complètement abolie depuis les orteils jusqu'au niveau des troisièmes espaces intercostaux. Aux membres supérieurs on remarquait une paralysie des muscles innervés par le cubital avec une petite plaque d'anesthésie dans le territoire de ce nerf. Peu après le traumatisme, on vit apparaître des troubles trophiques sous forme de phlyctènes gangréneuses disséminées sur tout le corps, de lésions de décubitus, et une desquamation intense de l'épiderme des régions paralysées. Les réflexes rotuliens étaient abolis dès le début, et plus tard les réflexes cutanés disparurent aussi. L'excitabilité faradique et galvanique des muscles paralysés, d'abord affaiblie, devint nulle. Les doigts ne tardèrent pas à prendre la position en griffe. Rien d'anormal du côté des pupilles ni des nerfs crâniens.

Une cystite gangréneuse avec phlegmon du petit bassin et polyurie compléta le tableau symptomatique. Le malade succomba un mois après l'accident. On constata à l'autopsie une luxation de la septième vertèbre ayant amené un écrasement complet de la moelle à ce niveau.

Sur un cas de névrite ascendante microbienne.

M. Leyden communique, au nom de **M. Marinesco**, un cas de névrite ascendante chez une femme atteinte d'une hémiplégie gauche et qui finit par mourir d'une gangrène de la cuisse droite par oblitération artérielle. On trouva des streptocoques dans le nerf sciatique, au voisinage du foyer gangréneux. Plus on s'en éloignait, plus les microbes décelés dans le tronc nerveux devenaient rares. On rencontra également des lésions très prononcées de la moelle épinière, et les gaines des nerfs étaient le siège d'une infiltration leucocytique.

Il s'agit là d'un cas de névrite ascendante typique et d'une

authenticité incontestable puisque les streptocoques occupaient à la fois le tronc nerveux et la moelle épinière.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 15 Mars 1898.

Épanchement chyleux dans la plèvre.

M. Wiesinger a communiqué l'observation d'un garçon de 16 ans qui a eu le thorax comprimé par la roue d'un moteur à gaz. A côté d'une fracture multiple des côtes et d'une fracture de la clavicule, on trouva chez lui un épanchement de sang dans une plèvre et un épanchement de chyle dans l'autre. Le liquide d'abord teinté de rouge devint les jours suivants plus clair et prit un aspect lactescent. Sa nature exacte a été déterminée par l'examen chimique. Il s'agissait donc là une rupture du canal thoracique.

Ces cas sont excessivement rares. Le pronostic n'est pas trop mauvais à moins que la mort ne résulte d'autres lésions.

M. Kummel a observé, il y a quelques années, un cas analogue. Le malade, qui avait reçu d'escarpolette dans la poitrine, entra à l'hôpital avec une dyspnée extrême tenant à un épanchement qui remplissait entièrement la plèvre. La ponction donna issue à 3 litres de chyle. L'exsudat s'est reproduit à plusieurs reprises et le malade finit par guérir après plusieurs fonctions.

Traitement radical du lupus.

M. Urban est partisan du traitement chirurgical du lupus qu'il extirpe radicalement comme s'il s'agissait d'un cancer de la peau. La plaie qui reste après l'extirpation est suturée si elle est petite, ou bien couverte de greffe après l'hémostase si la perte de substance est grande. Le traitement post-opératoire est le même que dans les autres greffes cutanées, il consiste dans un pansement humide avec une solution physiologique de chlorure de sodium. La cicatrisation est ordinairement au bout de 4 à 6 semaines et un mois plus tard la peau reprend son aspect normal.

Les cas qui se prêtent le mieux à ce traitement sont ceux de lupus à forme exfoliante et de lupus qui n'envahit pas les oreilles, les paupières, les lèvres, le nez. Les lupus très étendus tant en surface qu'en profondeur ne sont pas passibles de ce traitement.

Si le lupus occupe une muqueuse, il faut le détruire au fer rouge.

M. Unna reproche à ce traitement de défigurer trop les malades.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 25 Mars 1898.

Paralysie ascendante aiguë à diplocoques.

MM. Th. Buzzard et **J. Risien Russell** ont relaté l'observation d'un homme de 36 ans, syphilitique depuis un an et ayant été atteint récemment de blennorrhagie, qui, un mois avant son entrée à l'hôpital, fut pris d'une paraplégie à marche progressive.

A l'examen clinique on trouva une paraplégie flasque des membres inférieurs avec paralysie des muscles de l'abdomen et du thorax, faiblesse de la main gauche et du poignet droit qui se trouvait en état de flexion. La tête était légèrement déviée à droite. Il existait du myosis de la pupille gauche qui, en outre, ne réagissait pas à la lumière. Rien d'anormal à l'examen ophthalmoscopique. Les membres inférieurs étaient complètement anesthésiques; au tronc l'anesthésie s'arrêtait au niveau du premier espace intercostal. La surface interne des deux bras était également insensible jusqu'à l'apophyse styloïde de l'os cubital. Les régions fessières présentaient des lésions de décubitus aigu. Les réflexes rotuliens et cutanés (à l'exception du réflexe crémastérien) étaient abolis. Enfin il y avait constipation et incontinence d'urine. La température était d'environ 40°.

Malgré un traitement antisyphilitique des plus énergiques institué aussitôt (frictions mercurielles, injections sous-cutanées de préparations hydrargyriques, iodure de potassium à haute dose), les phénomènes paralytiques augmentèrent rapidement d'étendue et d'intensité dans les membres supérieurs; il survint de l'incontinence des matières fécales et la respiration, qui était exclusivement diaphragmatique par suite de la paralysie des muscles du tronc, s'affaiblit de plus en plus; enfin, on vit apparaître de la cyanose, de l'œdème pulmonaire et le malade succomba.

L'autopsie révéla l'existence d'une méningo-myélite s'étendant à toute la moelle, ainsi qu'à la base du cerveau et à la partie inférieure de la face externe des deux hémisphères. L'exsudat méningitique et la substance médullaire contenaient une grande quantité de diplocoques très virulents pour la souris et le cobaye.

Ce diplocoque avait des caractères qui le rapprochait à la fois de celui de Weichselbaum et de celui trouvé par Still dans la méningite de la base chez les enfants.

Il s'agissait dans ce cas d'une paralysie ascendante aiguë (et non d'une paralysie de Landry, qui est caractérisée par une anesthésie moins étendue), dans l'étiologie de laquelle les diplocoques paraissent avoir joué un rôle important.

M. Spencer estime que l'intérêt principal de cette observation réside dans la présence d'un diplocoque dans la moelle épinière d'un individu qui présentait un écoulement uréthral.

Dans un cas analogue où le malade atteint de gonorrhée présentait en outre des symptômes médullaires, une arthrite du genou, le liquide articulaire renfermait des gonocoques qui existaient également dans l'écoulement uréthral.

Amputation inter-scapulo-thoracique pour sarcome de l'humérus.

M. Barling a communiqué l'observation d'un homme de 53 ans qui est entré à l'hôpital pour une tumeur du bras droit datant de 3 ans et qui s'était manifestée à ce moment par une fracture spontanée de l'humérus. Actuellement la tumeur occupait les deux tiers supérieurs du bras, avait envahi le bord externe de la clavicule et l'épine de l'omoplate et passé dans l'aisselle. Le diagnostic de sarcome étant certain, M. Barling fit l'amputation inter-scapulo-thoracique par le procédé de Berger en enlevant en même temps les deux tiers externes de la clavicule. Les suites opératoires furent simples, mais le malade succomba six mois plus tard à la généralisation.

Dans un second cas où il s'agit d'un homme de 37 ans, la tumeur occupait les deux tiers supérieurs de l'humérus et avait envahi l'articulation de l'épaule. L'opération faite comme précédemment a donné des résultats satisfaisants en ce sens qu'il n'y a pas encore de récidive quinze mois après l'amputation.

M. Stanley Boyd a pratiqué il y a cinq mois l'amputation interscapulo-thoracique chez un homme de 25 ans. L'opération ne donna lieu à aucun accident et le shock fut léger. Les résultats sont satisfaisants jusqu'à présent.

Entéro-anastomose pour anus artificiel.

M. Bidwell a communiqué l'observation d'un homme de 28 ans auquel il a pratiqué un anus au niveau du côlon transverse pour des accidents d'obstruction intestinale paraissant tenir à une tumeur maligne de l'angle gauche du côlon, laquelle tumeur fut jugée inopérable.

Les accidents disparurent, et six mois plus tard le malade demanda à être débarrassé de son anus. M. Bidwell fit la laparotomie et aboucha la partie terminale de l'iléon à l'S iliaque par une anastomose latérale suivant le procédé de Halsted. Cette intervention eut un résultat incomplet en ce sens que la moitié des matières fécales passait par l'anus, mais l'autre continuait à s'écouler par la fistule. Deux mois plus tard M. Bidwell intervint à nouveau : il sectionna toute la partie de l'ileus,

comprise entre le cæcum et l'anastomose antérieure et invagina les deux bouts de l'intestin occupé.

L'opération réussit on ne peut mieux, et actuellement le malade va à la selle comme tout le monde.

D'un autre côté son état général est aussi satisfaisant que possible et la tumeur qui avait causé l'obstruction intestinale a diminué de volume si bien qu'on peut se demander s'il s'agissait bien d'une tumeur maligne et non d'un néoplasme inflammatoire.

Du reste, M. Bidwell estime que l'iléo-sigmoïdostomie d'emblée est préférable dans ce cas à l'anus artificiel, même dans les cas aigus. Il a pu le constater récemment chez une femme de 66 ans prise brusquement d'obstruction intestinale aiguë provoquée par une tumeur inopérable du cæcum.

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 28 Mars 1898.

Étiologie et pathogénie de l'asthme.

M. Kingscote estime que l'asthme n'est pas une maladie autonome, mais un symptôme comme le sont la toux ou la céphalalgie et que le plus souvent il vient des terminaisons du pneumogastrique. D'un autre côté les asthmatiques présentent ordinairement une dilatatation du cœur, laquelle dilatation pourrait fort bien être la cause de l'asthme en provoquant une compression du pneumogastrique. M. Kingscote a notamment observé que quand ces malades vont bien pour ce qui est de leur asthme, la dilatation du cœur diminue également. En second lieu ces malades retirent toujours un réel bénéfice d'une médication dirigée contre leur cœur. La médication qui a le mieux réussi à M. Kingscote est la méthode d'Oertel un peu modifiée et les inhalations d'oxygène.

M. Williams considère aussi l'asthme comme une névrose, mais il la croit moins incurable que ne l'admet M. Kingstone. En tous cas l'iodure de potassium et les bains d'air comprimé lui ont toujours donné de bons résultats.

M. Simon a observé un cas d'asthme qui disparut après la cautérisation de la muqueuse nasale hypertrophiée qui présentait le malade.

M. Throgwood ne pense pas qu'on doive confondre l'asthme accompagné de dilatation du cœur avec l'asthme spasmodique ordinaire. C'est ainsi que dans un cas de premier genre la médication cardiaque fut suivie de succès, tandis que dans un autre d'asthme spasmodique les inhalations d'oxygène aggravèrent plutôt la situation.

M. Maguire ne pense pas du tout que l'asthme puisse être attribué à une compression du pneumogastrique par le cœur dilaté. Toutd'abord, dans un grand nombre de cas on ne trouve pas de dilatation du cœur et quand celle-ci existe elle est secondaire à l'asthme qui, dans ces cas, existe depuis de longues années. En second lieu l'asthme avec dilatation du cœur d'emblée n'est pas de l'asthme, mais une dypnée d'origine cardiaque.

BIRMINGHAM AND MIDLAND COUNTIES BRANCH OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Séances des 25 Février et 10 Mars 1898.

Ulcérations de la rate au cours de la fièvre typhoïde.

M. Codd a communiqué l'observation d'un homme de 33 ans entré à l'hôpital avec tous les signes d'une infection typhique extrêmement grave. Quatre jours plus tard il fut pris d'une hémorrhagie intestinale qu'on n'a pu arrêter et à laquelle il succomba 24 heures plus tard. A l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques des plaques de Peyer; une des ulcérations était perforée et oblitérée spontanément par des adhérences péritonéales.

La rate, considérablement augmentée de volume, présentait à surface quatre ulcérations assez profondes dont la surface ressemblait à celle des plaques de Peyer ulcérées. Ce fait n'a en somme rien de surprenant si l'on songe que la structure de la rate est la même que celle des follicules clos.

Une ulcération fut encore trouvée dans le larynx au niveau de la partie postérieure de la corde vocale gauche.

Sarcome de la colonne lombaire.

M. Foxwell a montré deux vertèbres lombaires provenant d'un homme de 47 ans entré à l'hôpital pour une série de symptômes qui firent penser à un calcul du rein droit. Bien que le malade fût albuminurique, ce diagnostic a dû être abandonné pour celui de compression des nerfs lombaires du côté droit par une tumeur maligne. Les douleurs intolérables dont souffrait le malade occupaient principalement le côté droit de l'abdomen et étaient surtout accusées au niveau de la fosse iliaque. Il existait en outre une contraction permanente des muscles de l'abdomen, Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un sarcome occupant la moitié droite des deux vertèbres lombaires. La moelle épinière était intacte.

Induration inflammatoire des glandes salivaires.

M. Barling a montré une glande sub-linguale et une glande sous-maxillaire qu'il a enlevées à une femme de 39 ans. Il y a six mois cette malade a présenté une tuméfaction douloureuse de la région sous-maxillaire qui disparut après expulsion spontanée d'un petit calcul salivaire. Il y a 12 mois, la tuméfaction douloureuse reparut à plusieurs reprises et il y eut encore une fois expulsion d'un petit calcul salivaire.

Lorsque M. Barling vit dernièrement la malade pour la première fois, il trouva une induration des glandes sous-maxillaire et sub-linguale qui avaient la consistance de pierre et étaient fixées au plancher de la bouche par des adhérences fibreuses. Bien qu'il n'y trouvât pas de calculs, M. Barling excisa les deux glandes.

L'examen montra une sclérose et une infiltration du parenchyme glandulaire.

Hémorrhagie intra-crânienne d'origine traumatique.

M. Barling a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme de 47 ans qui après une chute qui ne porta pas sur la tête, fut pris au bout de quelques jours de céphalalgie qui alla en augmentant, si bien que le malade fut obligé de s'aliter. Malgré le traitement, la céphalalgie persista, s'aggrava, un état comateux se dessina et le malade finit par succomber six semaines après l'accident sans qu'on fût intervenu.

A l'autopsie on constata que le crâne ne présentait pas trace de fracture ni de contusion. La dure-mère était très tendue au niveau du lobe frontal droit, et lorsqu'elle fut incisée, on trouva un ancien foyer d'hémorrhagie. Il n'y avait pas d'autres lésions dans le cerveau ni dans les autres viscères.

Anévrysme de la maxillaire interne.

M. Langley Browne a fait la ligature de la carotide primitive pour anévrysme de la maxillaire interne chez un homme de 32 ans qui avait reçu, un an auparavant, un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le maxillaire inférieur et l'os malaire du côté droit. La plaie s'infecta, et un mois plus tard on constata l'existence d'une tumeur pulsatile occupant la région sous-malaire. La tumeur augmenta rapidement de volume, s'étendit jusqu'au cou et pouvait être sentie au niveau du voile du palais. Une hémorrhagie s'étant déclarée, on pratiqua d'urgence la ligature de la carotide primitive. L'opération réussit, la tumeur s'affaissa et jusqu'à présent ne s'est pas reproduite.

Grossesse extra-utérine.

M. Langley Browne a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 42 ans, quintipare, qui, au deuxième mois de sa sixième grossesse, fut prise brusquement de douleurs violentes

dans l'abdomen. Elle a été amenée à l'hôpital avec tous les signes de la péritonite. Malgré l'état de collapsus dans lequel elle se trouvait, on fit la laparotomie qui montra la cavité abdominale remplie de sang qui provenait de la trompe droite déchirée. Ablation de la trompe et de l'ovaire et ligature de l'artère utérine droite.

L'hémorrhagie ne se reproduisit plus, mais la malade succomba à la péritonite septique 48 heures après l'opération.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Laporte à la Société de médecine légale.

Le Bulletin médical et la *Gazette hebdomadaire* ont publié simultanément les pièces relatives à la polémique de MM. Socquet et Varnier.

Quoique nous n'ayons reçu aucune lettre de M. Socquet en réponse à la question très nette posée la semaine dernière par M. Varnier, l'impartialité nous fait un devoir d'apprendre à nos lecteurs que, sous pli recommandé, M. le Dr Socquet a écrit au *Bulletin médical*.

Notre honorable confrère déclare sans ambiguïté qu'il n'a jamais écrit, signé et remis à M. le juge d'instruction le RAPPORT SOMMAIRE incriminé.

Ce à quoi M. Varnier a simplement répondu que *la copie de la pièce par lui publiée était tout entière de la propre main de Me Henri Robert;* que dès lors sa responsabilité personnelle était à couvert.

Et pour notre propre compte, nous ajouterons que si nous avons publié ces documents sans hésiter, c'est parce que nous avions *vu* cette pièce, écrite de la main de Me Henri Robert.

La discussion ci-dessous résumée de la Société de médecine légale prouve d'ailleurs que le RAPPORT MÉDICO-LÉGAL discuté par M. Varnier dans nos colonnes est parfaitement exact.

N. D. L. R.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 4 Avril 1898.

La majeure partie de la séance a été consacrée à la discussion de l'ordre du jour voté le 14 mars et qui a été le point de départ de la polémique engagée ici même par MM. Socquet et Varnier.

Cet ordre du jour, rédigé par M. Constant, avocat, était ainsi conçu :

« La Société de médecine légale, ayant *pris connaissance*, à propos d'une expertise récente, *des documents officiels* et les avoir *rapprochés des documents publiés* à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que *ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés*, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. »

M. le professeur Pouchet, qui n'a pu assister à la fin de la précédente séance, tient à dire que s'il avait été présent il n'aurait pas voté cet ordre du jour.

M. le professeur Pinard déclare qu'il est solidaire de M. Varnier dans la publication visée par l'ordre du jour et pose à M. le président Benoît la question suivante :

Où et comment la Société a-t-elle pris connaissance des documents officiels contenus dans le dossier Laporte (dossier déposé aux archives du greffe des appels correctionnels) et les a-t-elle rapprochés des documents publiés dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* et dans la *Gazette hebdomadaire* ?

M. le conseiller Benoit, président, répond que la Société s'en est rapportée aux affirmations d'un membre de la Société.

M. Constant, avocat, auteur de l'ordre du jour, avoue qu'on n'a comparé qu'un seul document, la *déposition* de M. Socquet, à la publication intitulée *Rapport sommaire* par M. Varnier.

M. Pinard. — Si *une* seule pièce a été comparée et reconnue inexacte, on n'a pas le droit de dire que *toutes* les pièces ont été incomplètement et inexactement rapportées.

M. le président Benoit. — Il est certain que dans l'ordre du jour le mot *les* est employé à tort.

M. Pinard. — La vérification que la Société n'a pas faite, je l'ai faite moi-même. Je suis allé prendre connaissance des textes officiels et je les ai comparés avec les textes publiés.

Trois des quatre documents communiqués par la défense et publiés par nous sont la reproduction exacte et complète des pièces officielles. Et je vous ferai remarquer que toute la discussion scientifique du Dr Varnier porte sur deux de ces trois pièces authentiques.

Quant au quatrième, le rapport sommaire, qui, comme les trois autres, m'a été donné par la défense et qui se trouve être *écrit de la main même de Me Henri Robert*, je ne l'ai point retrouvé dans le dossier qui était au parquet.

M. Pinard discute ensuite la communication faite par MM. Maygrier et Socquet à la dernière séance. Il constate qu'elle n'apporte rien de nouveau au débat. Les constatations de M. Maygrier, quelle que soit la valeur scientifique de notre confrère, sont entachées de nullité par ce fait capital qu'il n'a pas assisté à l'autopsie de la dame Fresquet.

M. Charpentier, vice-président, qui a vu les pièces, défend les conclusions des experts.

M. Pinard lui objecte qu'il n'a pas vu les pièces *en place*.

M. Socquet. — J'ai toujours protesté contre le *Rapport sommaire*. Il n'a jamais existé.

Quant à la discussion scientifique, je n'y reviendrai pas, surtout en l'absence de M. Maygrier. Nous maintenons toutes nos conclusions.

M. Benoit, président. — Il me semble que, pour donner satisfaction à M. Pinard, la Société pourrait voter l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine légale, ayant pris connaissance (1) à propos d'une expertise récente, des documents officiels et les avoir rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que le document intitulé une extraordinaire pièce médico-légale et duquel on tirait argument qu'aux yeux du Dr Socquet la culpabilité du Dr Laporte ne faisait pas de doute a été incomplètement et inexactement rapporté. »

M. Constant insiste pour le maintien du texte primitif dont il est l'auteur.

M. Pouchet en demande la modification.

M. Benoit fait remarquer qu'il s'agit uniquement de la dépositition de M. Socquet qui, mal copiée, a été appelée rapport sommaire.

M. le Dr Charpentier, vice-président, propose l'ordre du jour suivant :

« La Société, après avoir entendu les observations de M. Pinard et la réponse de M. Socquet décide qu'il n'y a pas lieu de modifier son précédent ordre du jour. »

L'ordre du jour de M. Charpentier n'obtient qu'*une voix* et la Société adopte l'ordre du jour présenté par M. Benoît.

S. PAQUY.

1. Voir plus haut, lignes 6 à 11.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

L'adénome vésical,

Par M. Rochet,

Agrégé à la Faculté de Lyon,

et M. Martel,

Chef de clinique chirurgicale.

L'existence des glandes de la muqueuse vésicale, contestée autrefois par Sappey, tend à devenir une notion classique, mais les auteurs qui les décrivent ne s'entendent pas encore sur leur description : les uns (Luschka, Henle, Krause, English, Hoffmann, Hermann et Tourneux, Limbeck) décrivent de simples cryptes ou de petites glandes multilobées, dues à des invaginations plus ou moins profondes de l'épithélium de revêtement, et limitées au trigone dans le voisinage des glandes de l'urèthre, dont elles seraient la continuation; Albarran au contraire décrit des glandes vésicales beaucoup mieux différenciées et en distingue 2 groupes :

a) un groupe voisin du trigone, formé par des glandes « logées dans la partie la plus superficielle de la tunique sous-muqueuse; elles ne présentent pas de membrane propre, mais bien une simple paroi formée par du tissu conjonctif; l'élément glandulaire est représenté par des cellules épithéliales cylindriques basses, presque cubiques, étagées en plusieurs couches : ces cellules limitent mal une cavité centrale irrégulière qui contient des débris cellulaires.

« *b*) En dehors du col de la vessie, dit-il encore, on peut rencontrer des glandules dans d'autres régions de la muqueuse; j'en ai vu jusque sur la paroi antérieure et cela en dehors de tout soupçon d'altération pathologique. Mais cet autre groupe de glandes est beaucoup plus simple : tantôt il n'y a qu'une crypte limitée par un enfoncement de l'épithélium, tantôt il s'agit d'une glande tubulée dont le goulot s'enfonce obliquement dans le derme muqueux et dont le corps siège parallèlement à la surface de la muqueuse dans la portion la plus superficielle de la sous-muqueuse. Ce second groupe de glandes éparses de la muqueuse présente une structure analogue à celles du premier groupe. »

L'existence des glandes de la muqueuse vésicale a une grande importance pathogénique dans l'étude des tumeurs épithéliales de la vessie : elle explique le développement de tumeurs rares, qui ont la structure histologique des adénomes. Albarran les classe sous la rubrique de *tumeurs épithéliales du type glandulaire*.

Les faits sont très rares, si on veut se limiter à la description des observations où la production adénomateuse reste typique, sans dévier vers les formes infiltrées ou carcinomateuses : Albarran ne trouvait que le cas de Kaltenbach reproduit par tous les auteurs et un cas personnel. La forme est si rare en effet que nous n'avons à y ajouter que 3 cas : *a*) un cas de Cahen qui, quoique signalé par Albarran, a dû lui passer inaperçu dans ses détails histologiques, puisqu'il reproduit à notre avis l'un des cas les plus typiques de l'adénome vésical.

b) Un cas de Ch. Audry, où, le malade ayant guéri, les renseignements anatomiques restent incomplets.

c) Enfin, nous étant trouvés en face d'un 3ᵉ cas, nous avons eu l'intention de grouper ces faits et d'essayer d'en tirer quelques conclusions.

Cette description sera limitée uniquement à *l'adénome vésical*, tel qu'il est défini par Albarran : une tumeur formée de tubes glandulaires ou d'acini glandulaires reproduisant le type glandulaire vésical, sans aboutir à une hypergénèse désordonnée ou ectopique des cellules épithéliales. Par là, nous éliminons de cette description la catégorie des adéno-épithéliomes où la prolifération glandulaire perd son caractère typique pour aboutir à une forme atypique : ainsi éliminons-nous les cas intermédiaires où, comme le fait remarquer Albarran, on saisit les transitions entre l'adénome vrai et l'épithélioma. Et cependant, ces cas ainsi éliminés ne doivent pas l'être sans bien faire remarquer que souvent, au début, il s'est agi d'adénomes vrais qui ont subi consécutivement une véritable dégénération, transformant l'adénome bénin en adénome malin ou en tumeurs épithéliales carcinoïdes (Headley-Neale, Thompson).

C'est donc sur une division purement histologique qu'est basée cette distinction, aussi bien du reste que le sont jusqu'ici toutes les classifications des tumeurs vésicales.

L'adénome vésical peut se présenter sous deux formes différentes : l'une circonscrite (obs. I, Kaltenbach; obs. II, Albarran), l'autre diffuse (obs. III, Cahen; obs. IV, Audry; obs. V, Rochet et Martel).

La forme *circonscrite* revêt le type ordinaire des petites tumeurs vésicales : tumeur lobulée pédiculée s'insérant en un point déterminé de la vessie (paroi antérieure, voisinage du col vésical). Kaltenbach décrit une tumeur de la grosseur d'une noix, à surface villeuse, sillonnée, de consistance molle et friable. La muqueuse vésicale autour est saine. Le pédicule est étalé.

La forme *diffuse* est bien différente et ne ressemble à rien de décrit : à l'examen macroscopique, Cahen ne sait quelle étiquette mettre sur cette lésion; notre étonnement fut aussi grand. La vessie ouverte est semée de petites végétations papillaires dont les plus petites ont la

grosseur d'une tête d'épingle; elles sont isolées ou agglomérées et forment de petites masses aplaties ou agminées; ces petits masses sont mamelonnées, hérissées de petites glomérules arrondis qui ressemblent plus à de petits kystes non transparents qu'à des tubercules bacillaires sous-muqueux; la surface de ces masses saillantes est blanchâtre ou rosée, mais différente de la teinte congestive de la muqueuse ambiante; quelques-uns de ces papillomes sont hémorrhagiques. Le toucher intra-vésical est bien spécial : c'est une surface veloutée qui surprend par son grenu.

La muqueuse qui entoure les végétations est saine ou congestionnée.

L'implantation semble pouvoir se faire sur tous les points de la muqueuse, elle s'étend surtout aux faces et au sommet, et respecte plus ou moins le bas-fond et, détail important pour leur origine, surtout la région du col.

La cavité vésicale peut-être diminuée de volume, si la cystite est ancienne : elle est souvent parsemée de colonnes ou de cellules. Elle peut contenir des concrétions calcaires surtout phosphatiques, dues à l'infection (Guyon).

La lésion semble limitée à la muqueuse et les autres tuniques vésicales ne présentent que les lésions de la cystite chronique. Cahen note très bien l'aspect normal de la surface extérieure de la vessie, ce qui fit rejeter l'ouverture vésicale par le professeur Bardenheuer. La surface extérieure de la vessie dans notre cas était aussi saine d'apparence, mais il existait de l'inflammation chronique et de l'épaississement des parois.

La structure histologique des deux formes (circonscrite et diffuse) est absolument identique, et l'on dirait que toutes les descriptions sont calquées les unes sur les autres : les tumeurs sont essentiellement constituées par une agglomération de superbes tubes glandulaires allongés, ramifiés, tapissés par une couche continue d'épithélium cylindrique, disposés sur une seule couche; les tubes s'ouvrent à la superficie de la tumeur dans la vessie.

Dans la profondeur, ils s'invaginent dans la sous-muqueuse et jusque dans la musculaire, se présentant soit sous l'aspect de tubes pleins terminés par une extrémité arrondie sans disposition acineuse, sous sous forme de dilatations kystiques de très petit volume.

L'épithélium qui tapisse ces tubes est continu, disposé sur une seule couche; il est formé de belles cellules cylindriques allongées avec un gros noyau, présentant même des figures karyokinétiques (Audry); le protoplasma est clair, sans striation; Audry lui décrit un plateau terminal. Au niveau de la surface vésicale, cet épithélium peut même remplacer l'épithélium stratifié de revêtement ou bien faire place à celui-ci; dans la profondeur, au niveau des dilatations kystiques, il devient cubique et dans les kystes plus grands il s'efface au point de simuler les cellules endothéliales des vaisseaux.

Les tubes sont vides ou bien contiennent du mucus, des débris cellulaires, des cellules desquamées.

Le stroma qui sépare les tubes est constitué par du tissu conjonctif jeune : l'élément vasculaire est représenté par des vaisseaux sanguins assez nombreux sans atteindre à la richesse des papillomes vasculaires; leurs parois embryonnaires fragiles permettent les extravasats faciles dans les espaces du stroma et les hémorrhagies à la surface de la tumeur.

Le tissu sous-muqueux, outre les invaginations épithéliales profondes qui le traversent, est riche en gros vaisseaux bien constitués, entourés souvent de traînées de leucocytes, traduisant à la fois l'élément congestif et l'élément inflammatoire. Le muscle vésical présente des lésions atrophiques et scléreuses de l'inflammation chronique.

Cette sclérose des parois vésicales, due à la cystite, jointe à l'obstruction possible des orifices uretéraux par des papillomes, peut expliquer la dilatation des uretères, telle que nous l'avons observée dans notre cas : elle était symétrique et paraît en raison de ce fait devoir être rattachée à une cause vésicale, une constriction de la portion terminale de l'uretère dans son passage à travers les parois sclérosées de la vessie.

Les lésions rénales, qui revêtent ici une gravité sur laquelle nous reviendrons, sont fréquentes et sont celles que l'on trouve dans l'évolution des tumeurs vésicales (Albarran, *Rein des urinaires*). Dans notre observation il y avait des reins polykystiques, scléreux, avec dilatation des canalicules urinaires et des uretères.

Ces tumeurs vésicales représentent donc une véritable néoformation glandulaire à type bien défini : ce sont des *adénomes tubulés à cellules cylindriques disposées sur une seule couche*. Leur pathogénie n'est que peu élucidée par les notions encore simples que l'on possède sur la structure des glandes normales de la vessie. S'agit-il simplement d'une réaction inflammatoire de l'épithélium vésical ou de ses dérivés glandulaires, ou bien est-ce véritablement une néoplasie? Il est certain que le type épithélial adénomateux produit dans cette variété d'adénome est différent de ce que doit être un adénome développé aux dépens de l'épithélium de revêtement, il se rapproche davantage de l'épithélium glandulaire vésical, sans cependant lui être superposable : les points de passage entre ces différents types épithéliaux permettent de les grouper et de rapporter l'épithélium des végétations adénomateuses à une prolifération des tubes glandulaires normaux qui ne sont eux-mêmes qu'un dérivé de l'épithélium de revêtement.

L'origine glandulaire purement vésicale paraît établie par l'intégrité absolue de la prostate, organe aux dépens duquel se développe ordinairement les adénomes du bas-fond vésical (Marchand). L'indépendance de la prostate est nettement constatée dans tous les cas : Audry, n'ayant pu vérifier que cliniquement l'état de cette glande, émet quelques doutes cependant.

L'adénome vésical partage l'obscurité des *conditions étiologiques* commune à toutes les tumeurs vésicales, et, pour cette variété de tumeur comme pour les autres « nous restons, dit M. Guyon, dans l'ignorance complète au sujet des véritables causes ». Il s'est agi toujours de personnes âgées; sur 5 cas, il n'y a qu'un seul cas chez la femme.

La *symptomatologie* ressemble bien aussi à celle de toutes les tumeurs vésicales : hématuries plus ou moins abondantes; plus ou moins capricieuses, qui par leur répétition amènent une anémie profonde, tel est le symptôme capital et le plus grave.

Ces hématuries précèdent longtemps le moment où le malade vient consulter; quelquefois elles s'accompagnent d'élimination de fragments de tumeur.

La douleur est rare au début; la cystite ne s'établit que plus tard et peut se présenter avec ses modalités ordinaires; cependant la douleur peut être précoce et précéder la cystite (Cahen).

La rétention d'urine n'a pas été signalée, elle se comprendrait facilement dans les cas de tumeur bouchant le col, ou dans le cas d'hémorrhagie très abondante.

Le cathétérisme, fait avec la prudence et l'antisepsie réclamée par l'exploration de toute vessie atteinte de

tumeur, peut renseigner un peu sur la nature de la lésion : on reconnaît ainsi très bien les tumeurs circonscrites, mais dans les formes infiltrées les sensations perçues sont plus indécises, on sent seulement que la sonde « pénètre dans une vessie irrégulière, vallonnée, semée de saillies ». Cette exploration peut conduire à la constatation d'un calcul.

Le toucher rectal ne renseigne guère, la palpation abdominale est ordinairement négative : Bardenheuer fait une laparotomie et, arrivé sur la vessie, s'arrête parce qu'il ne sent rien.

Chez la femme le toucher vésical peut être caractéristique (Kaltenbach).

C'est la cystoscopie seule qui peut fournir un examen utile pour faire le diagnostic de telles tumeurs.

La symptomatologie spéciale de ces tumeurs n'existe donc pas; les cas sont du reste trop nombreux pour suffire à établir des particularités nettes utiles au diagnostic : dans le cas d'adénome circonscrit, on fait le diagnostic clinique de tumeur vésicale et l'histologie le confirme, mais dans le cas d'adénome diffus le diagnostic clinique est ordinairement faux (2 fois sur 3), et l'on pense à une tuberculose vésicale. Ce qui fait penser à la tuberculose vésicale c'est non pas la lente évolution de la lésion avec ses hématuries à longues échéance, fait assez ordinaire dans toutes les tumeurs vésicales, mais c'est bien plutôt l'état de santé très précaire des malades qui sont très anémiés et prennent l'aspect de tuberculeux; ce sont surtout aussi les douleurs vives associées à l'hématurie.

Le professeur Bardenheuer a fait l'erreur; dans notre cas le malade était porteur d'une fistule anale et l'état stéthoscopique des poumons était suspect de tuberculose.

Il est difficile de faire un *pronostic* de l'affection : les adénomes circonscrits évoluent à la façon des tumeurs bénignes, les adénomes diffus ont un pronostic tout différent et beaucoup plus grave : les hématuries abondantes répétées anémient le malade à l'extrême; il n'est pas rare de trouver chez ces malades (et le nôtre en est un bel exemple), des lésions concomitantes, soit de l'appareil rénal (reins polykystiques, néphrite interstitielle), soit d'autres viscères (hypertrophie du cœur), et deux malades sur trois ont succombé à bref délai à des accidents urémiques. L'évolution naturelle de la forme diffuse paraîtrait donc se terminer par l'anémie grave liée aux hématuries abondantes et répétées, à moins qu'un accident aigu, qui peut être provoqué par une intervention chirurgicale, ne vienne terminer plus brusquement la scène.

L'intervention est indiquée par le type des lésions. Dans le cas d'adénome circonscrit, la cure radicale proposée par M. Guyon, exécutée par lui et par Kaltenbach, n'est pas à discuter : il n'y a qu'à s'occuper du traitement du pédicule et, en ayant soin de circonscrire assez largement celui-ci, on est sûr de faire l'ablation complète et suffisante et d'éviter ainsi la récidive qui pourrait être plus maligne que la tumeur primitive.

La question est un peu différente dans les cas d'adénome diffus. Le professeur Bardenheuer fait la simple dénudation de la vessie, il s'arrête parce qu'il ne trouve aucune modification des parois apparente extérieurement : le malade meurt d'urémie en 6 jours. M. Audry fait la taille simple : six semaines après, le malade est très amélioré. M. Rochet fait la taille sus-pubienne, et la complète par une destruction rigoureuse (l'autopsie l'a démontré) des tumeurs vésicales avec la curette tranchante et le thermo-cautère : le malade meurt en 6 jours d'urémie.

Nous ne discuterons pas les deux premiers cas : l'autopsie du malade du professeur Bardenheuer, rapportée par Cahen, est muette sur l'état des reins : il est probable toutefois qu'il y avait lésion rénale. L'opération tentée par M. Audry a été toute palliative, son malade a échappé non sans peine aux accidents immédiats post-opératoires (congestion pulmonaire) et le résultat annoncé ne datait que de six semaines.

Notre malade a été opéré dans de très mauvaises conditions, mais l'intervention était nettement commandée précisément par l'état d'anémie de plus en plus prononcée qui résultait de ses hématuries répétées : certes on soupçonnait l'état mauvais de ses reins, mais non aussi grave que l'a révélé l'autopsie : de par l'existence de ces lésions rénales, notre malade était, comme l'était certainement le malade de Bardenheuer, comme le sont beaucoup de malades atteints de tumeurs vésicales (Albarran), sous le coup d'accidents urémiques à bref délai. L'infection vésicale existait avant l'intervention et celle-ci, à ce point de vue, n'aurait pu avoir que l'heureux effet de faire cesser cette infection et d'empêcher sa propagation aux voies urinaires supérieures. Il s'est donc produit dans notre cas un accident malheureusement trop fréquent dans beaucoup d'interventions sur les voies urinaires, dont le pronostic opératoire immédiat est soumis à l'état des reins, si difficilement appréciable.

Malgré ces résultats mauvais des interventions pour tumeurs diffuses, il semble cependant que la méthode rationnelle de traitement doit être analogue à celle utilisée contre les adénomes circonscrits : ici l'ablation se fera par le grattage à la curette et la cautérisation de la surface vésicale par la lame du thermocautère; un tamponnement momentané à la gaze iodoformée ou à la gaze simple suffira à arrêter l'hémorrhagie qui n'est du reste jamais bien tenace.

L'adénome diffus n'a donc pas en lui-même une malignité bien plus grande que l'adénome circonscrit : ce qui fait la gravité de l'intervention c'est : 1° l'état de faiblesse considérable de l'individu épuisé par des hématuries abondantes; 2° c'est surtout l'existence fréquente de lésions concomitantes des reins. Le pronostic opératoire immédiat est sous la dépendance de l'état des reins.

L'intervention précoce, lorsque le cystoscope aura fait découvrir l'existence des lésions, sera faite dans de bonnes conditions, car, à cette période, on peut encore compter sur l'intégrité suffisante des reins; elle consistera pour la forme circonscrite et pour la forme diffuse de l'adénome glandulaire vésical dans l'ablation méthodique ou la destruction par raclage ou cautérisation de la néoplasie.

Observation I (résumée). — *Adénome papillaire de la vessie.* Professeur Kaltenbach (*Arch. für. klin. Chir.*, 1884).

Le 23 novembre 1883, arriva à la Clinique gynécologique une femme de 44 ans. Elle souffrait depuis 2 ans d'une forte hématurie qui l'avait rendue très anémique. Le mode des hématuries faisait penser qu'elles venaient de la vessie. Pas de douleurs sourdes, ni irradiées du côté des reins; par la palpation, ni douleur, ni augmentation de volume des reins. Au début de la miction la plus grande partie de l'urine venait assez claire ou peu teintée de sang, tandis que à la fin du malade évacuait souvent du sang pur avec des douleurs cuisantes; quelquefois aussi les mictions se composaient de sang non mélangé à l'urine. Sensation de serrement et de cuisson dans la région de la vessie. La patiente disait que parfois avec l'urine sortaient de petits débris semblables à de la chair. Par le cathéter on ne sentait aucun calcul dans la vessie.

Dilatation de l'orifice de l'urèthre avec une sonde en gomme et avec les doigts : on sent sur la paroi antérieure de la vessie une sorte de tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur offrait une surface velue, très crevassée et assez molle, de con-

sistance fragile et fixée par un pédicule assez large. La paroi même de la vessie ne paraissait pas envahie par la tumeur.

Le 27 novembre 1883 le professeur Kaltenbach fait une taille vésicale sus-pubienne, il cherche à saisir et à attirer la tumeur avec des pinces à mors et à polypes, mais, la mollesse de la tumeur n'offrant pas de prise solide, il attira la muqueuse ambiante et la tumeur se laissa amener au dehors. L'examen de débris recueillis auparavant n'ayant pas permis de conclure avec certitude à la malignité de la tumeur, il fit l'ablation aussi complète que possible de toute la surface d'implantation de la tumeur : la base de la tumeur fut liée avec plusieurs fils de soie et la tumeur saillante fut excisée au bistouri et aux ciseaux, et aussi au thermo-cautère. Des fils de soie passant dans l'épaisseur des parois vésicales firent la ligature de l'implantation. La vessie fut fermée par des sutures métalliques.

36 heures après, toute trace de sang dans l'urine avait disparu et la convalescence commençait. Les fils intra-vésicaux furent éliminés en bloc le 14e jour; les jours suivants il y eut de violentes douleurs expulsatrices qui amenèrent le rejet d'une masse muco-purulente, à dater de ce jour, l'urine resta claire et limpide, les mictions indolores. L'incision tégumentaire se réunit *per primam*.

Examen histologique par le professeur Boström. — Les fragments de la tumeur extraite de la vessie présentent macroscopiquement une surface finement papillaire, ils sont très mous et de couleur rouge grisâtre. Après fixation dans l'alcool et inclusion dans la celloïdine des petits morceaux effrités qui ne résistaient pas à la coupe, on voit sur de fines coupes que des fragments de la tumeur proviennent pour la plupart de formations glandulaires. Ces formations glandulaires sont fortement branchées et sont tapissées d'un épithélium cylindrique élevé et disposé sur une seule couche; cet épithélium est par places très bien conservé, par places en voie de dégénérescence muqueuse, et cela suivant des proportions variables, si bien que l'on trouve des cellules avec une ou plusieurs boules colloïdes au point de former des cellules en gobelet. Les tubes glandulaires sont tous plus ou moins dilatés et contiennent d'abondantes masses muqueuses et de petits corpuscules muqueux. Çà et là on trouve aussi la couche épithéliale détachée de la paroi par une mince couche muqueuse. Les tubes glandulaires s'ouvrent à la surface de la tumeur, qui partout paraît dépouillée du revêtement épithélial cylindrique : celui-ci, presque dans toute l'étendue, a subi la dégénérescence muqueuse, le plus souvent à un très haut degré. Dans les glandes ouvertes à la surface, aussi bien que sur la surface de la tumeur on trouve tantôt des masses muqueuses, tantôt du sang. Entre les tubes glandulaires assez rapprochés les uns des autres, on trouve un tissu jeune peu abondant, formé de petites cellules contenant des vaisseaux sanguins assez abondants et aussi des vaisseaux lymphatiques dilatés. Correspondant à l'aspect papillaire macroscopique, on trouve au centre de chaque papille un vaisseau sanguin assez fortement dilaté avec de fines ramifications qui se perdent dans le tissu jeune interstitiel. Aucun point d'accroissement de ces deux tissus : l'épithélium des glandes tout particulièrement est disposé sur une seule couche et l'on ne trouve aucune poussée de ce épithélium dans le tissu interstitiel, et ce dernier pareillement en plusieurs endroits subit la dégénérescence muqueuse.

Nous devons donc regarder cette tumeur comme bénigne et l'appeler un adénome papillaire de la vessie, provenant des follicules muqueux.

Obs. II. — *Tumeur de la vessie* (Albarran, n° 69, p. 79, pl. III, 1892).

H..., 51 ans, affection datant de 16 mois. Le premier symptôme fut l'hématurie, le diagnostic fut tuberculose. Malade non opéré, mourut 20 mois après le début de l'affection de phénomènes infectieux dus à une rétention septique. Pendant les 4 derniers mois il n'avait plus eu d'hématurie. Le diagnostic histologique fut : papillome glandulaire à cellules cylindriques, né évidemment des glandules qui avoisinent le col.

La vessie était grande, à parois rigides parcourues par des colonnes; tout près du col et à gauche du trigone, se trouvait une tumeur lobulée attachée aux parois par un pédicule qui devait lui permettre pendant la vie de boucher l'orifice du col. Sur une coupe passant dans l'axe de la tumeur on se rend bien compte de l'indépendance complète de la tumeur par rapport à la prostate. J'ai constaté aussi cette indépendance sur des préparations microscopiques comprenant à la fois la paroi vésicale, et le pédicule et la tumeur elle-même. Au microscope, le pédicule paraît formé par du tissu conjonctif et parcouru dans le sens de la longueur par des vaisseaux assez volumineux. Le corps de la tumeur est constitué par un ensemble de tubes glandulaires revêtus d'épithélium cylindrique. Ces tubes contiennent dans leur intérieur des détritus cellulaires et sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif, plus ou moins infiltré de leucocytes suivant le point qu'on examine. Ces tubes glandulaires ne pénètrent pas dans le pédicule de la tumeur (Albarran donne une figure d'une coupe histologique : fig. 16).

Obs. III (résumée). — Cahen (*Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1888).

Le 17 juin 1887 un marchand de 42 ans entra à l'hôpital pour une affection douloureuse de la vessie. N'ayant eu aucune maladie sérieuse avant, depuis un an déjà le malade ressentait dans la région de la vessie des douleurs violentes et par accès et avait des mictions abondantes et douloureuses; l'urine était claire et le jet non interrompu; mais à plusieurs reprises l'urine aurait une teinte sanguine.

C'est un homme robuste, chez lequel l'examen ne montre aucune lésion des organes internes, excepté le cœur qui semble avoir une hypertrophie du ventricule gauche. L'urine contient une faible quantité d'albumine et l'examen microscopique y révèle de nombreux leucocytes et quelques cellules cylindriques de l'épithélium vésical.

L'examen combiné de la vessie (cathétérisme et toucher rectal) ne fait reconnaître aucune modification des parois. Il n'y avait donc aucun signe objectif confirmant l'hypothèse d'une tumeur vésicale, à laquelle faisait penser l'anamnèse.

Les plaintes du patient décidèrent le prof. Bardenheuer à pratiquer une dénudation extra-péritonéale de la vessie, dans l'espoir de pouvoir, par une palpation plus facile sur la paroi de la vessie, établir un diagnostic. (Le cystoscope de Nitze ne fut pas utilisé, il aurait donné d'utiles renseignements.)

Ras la symphyse pubienne, les parois abdominales furent incisées en croissant sur une longueur de 10 centimètres), le péritoine fut refoulé et la paroi vésicale mise largement à nu. L'examen soigneux ne montra aucune modification pathologique de la vessie et l'ouverture de la vessie fut renvoyée à une autre fois; la plaie fut soupoudrée d'iodoforme et pansée antiseptiquement. — Le 1er jour après l'opération, aucune réaction; au 3e jour la température monta à 38°5, avec céphalalgie, nausées, diarrhée, et le jour suivant se développèrent les symptômes typhiques de l'urémie, qui emporta le malade le 24 juin.

L'autopsie donna comme points essentiels :

Une néphrite très marquée interstitielle bilatérale avec hypertrophie du ventricule gauche du cœur, les vésicules séminales sont gonflées, les testicules, les épididymes, la prostate n'ont rien de particulier, par contre la muqueuse vésicale a subi des modifications remarquables. Elle apparaît recouverte d'élevures blanchâtres faisant légèrement saillie sur le niveau de la surface, de forme et de grosseur très différentes. Les plus petites sont arrondies, de la grosseur d'une tête d'épingle; d'autres, rassemblées, forment de proéminences aplaties, espacées, émergeant au milieu d'autres isolées plus petites. Groupes de 1-2 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Ces tumeurs émergent nettement par leur teinte blanchâtre de la surface rougeâtre ambiante de la muqueuse; les plus épaisses et les plus allongées sont dans le 1/3 moyen de la vessie, les plus courtes et les plus petites au sommet et dans le fond. L'urèthre fut ouvert sur une partie de son étendue, la partie prostatique ne montrait rien d'anormal.

Cet état de la vessie était si extraordinaire qu'il nous fut impossible de l'interpréter macroscopiquement. L'examen microscopique nous montra dans les points qui correspondent aux tumeurs décrites sur la muqueuse, sur des coupes normales à celle-ci, des tubes glandulaires nombreux, qui sont plongés dans un stroma de substance conjonctive infiltrée de jeunes cellules. La limitation de ce tissu en dehors est irrégulière, tandis que de la couche épithéliale superficielle qui n'est restée

intacte que par places, de nombreuses invaginations soit sous forme de boyaux glandulaires réguliers, soit sous forme d'acini ramifiés, pénètrent dans l'épaisseur du stroma. Les processus glandulaires sont régulièrement ordonnés et pénètrent au loin dans le tissu fondamental; ils présentent un épithélium cubique, régulier et disposé sur une seule couche. La plus grande partie d'entre eux forme une lumière si large qu'ils apparaissent comme des cavités kystiques. La cavité des kystes est le plus souvent libre, mais dans beaucoup d'endroits elle est remplie de substance albuminoïde épanchée et de cellules épithéliales détachées. La dimension des kystes est extraordinairement variable, comme le montrent les figures jointes à l'observation. L'épaisseur de la couche glandulaire diminue progressivement en s'approchant de la muqueuse normale. Dans la sous-muqueuse aussi bien que dans les couches supérieures de la musculaire, on trouve de nombreuses agglomérations de leucocytes autour des vaisseaux.

Obs. IV (résumée). — *Adénome inopérable de la vessie. Cystostomie sus-pubienne* (Ch. Audry, *Mercredi médical*, 1893).

Un serrurier âgé de 56 ans se présente à la policlinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 3 septembre 1893.

Les accidents qui l'amènent ont commencé il y a 3 ans 1/2, le malade éprouva alors quelques douleurs de reins, des besoins fréquents d'uriner et il se mit à pisser du sang d'une manière intermittente. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus nombreuses et plus abondantes. Le malade s'affaiblit, pâlit. Enfin, il y a peu de jours, le malade a expulsé péniblement par l'urèthre un corps dur qu'il a pris pour une moitié de noyau de cerise.

A l'examen on constate l'intégrité du canal.

La sonde de Guyon-Thompson introduite facilement pénétra dans une vessie irrégulière vallonnée, semée de saillies. On a une sensation fugitive de gravier. Le malade expulse une certaine quantité d'urine sanglante en totalité (l'urine en cas d'hématurie est toujours souillée de la sorte).

Enfin l'œil de la sonde ramène quelques débris de tissus. Ces débris examinés immédiatement sont constitués par du tissu conjonctif d'apparence embryonnaire, revêtu par endroits d'une couche d'épithélium nettement cylindrique en revêtement régulier.

Les douleurs sont violentes pendant la miction et l'exploration; la vessie n'accepte pas plus de 150 à 200 grammes de liquide. Outre le sang, l'urine contient du pus en abondance. L'exploration du rectum révèle une prostate bourrée de noyaux durs; aucun point ramolli; peu ou pas de douleur au toucher, la prostate paraît mobile.

Etat général mauvais.

Le *6 décembre*, exploration vésicale sous chloroforme : on sent un gravier rugueux, peu volumineux. Taille hypogastrique : la vessie est petite et profonde; rien à sa surface ne fait prévoir ce que l'on trouve une fois la vessie ouverte; l'index introduit montre la cavité vésicale presque complètement remplie par des masses molles, court pédiculées, qui siègent surtout au niveau du segment postéro-supérieur et du segment latéral. Le trigone est relativement respecté et cette intégrité est confirmée par le palper bi-manuel qui ne peut pas percevoir de rapport assuré entre la prostate et les bourgeons néoplasiques intra-vésicaux. Un calcul phosphatique gros comme une noisette est éliminé par les lavages en même temps que de nombreux et assez gros débris de tumeur.

L'hémorrhagie est très légère.

Devant l'étendue des lésions, M. Audry se contente d'assurer le drainage sus-pubien et uréthral.

Les suites opératoires furent très simples, sans cependant que la miction, six semaines plus tard, fût possible par l'urèthre.

Six semaines après l'intervention le malade conservait sa sonde de Pezzer à demeure par la plaie sus-pubienne. Les mictions sanglantes ont à peu près complètement disparu; il n'y a plus aucune douleur. L'état général est considérablement amélioré. L'oblitération de la sonde, de la bouche sus-pubienne, amène aussitôt la réapparition des accidents.

Pas de modifications du côté de la prostate.

L'amélioration est considérable.

Examen histologique : un certain nombre de coupes de plusieurs fragments ont été diversement colorées; elles montrent ce qui suit : la tumeur est constituée par de superbes tubes d'épithélium cylindrique. Cet épithélium est formé de belles cellules hautes, régulières, avec un noyau volumineux; les cellules sont quelquefois sur une seule couche, dans les points où la coupe s'est trouvée bien perpendiculaire; d'autres fois on en trouve 3 ou 4 épaisseurs. Un assez grand nombre de noyaux sont en karyokinèse sur beaucoup de points, on trouve des cellules claires, rondes, possédant un seul noyau rond, central, fortement coloré par les réactifs et d'un aspect tout à fait particulier, mais qui ne paraissent pas être autre chose que le résultat de processus de segmentation. Nulle part on ne voit de cellules à mucus. Les rangées d'épithélium cylindrique plongent en tube dans une atmosphère de tissu conjonctif jeune, mais qu'on ne peut pas considérer comme sarcomateux; ce tissu contient des vaisseaux, mais pas dans les proportions offertes par les papillomes vasculaires; quelques-uns de ces vaisseaux sont fortement dilatés presque lacunaires. Les rangées épithéliales sont insérées sur quelques travées conjonctives délicates, à direction perpendiculaire aux cellules cylindriques; d'autre part il semble bien que l'ensemble de celles-ci soit limité le plus souvent par un plateau du côté de la lumière des tubes, plateau sur lequel nous ne voyons aucune trace de cils. En plusieurs points la végétation d'épithélium cylindrique est extrêmement riche; mais nulle part elle ne rous a paru constituer une infiltration intra-conjonctive. Enfin, dans la lumière de quelques tubes on trouve un coagulum amorphe, quelquefois semé de débris de chromatine fortement colorés.

Obs. V. — *Adénome papillaire diffus de la vessie.* (MM. Rochet et Martel, de Lyon).

B. F..., 48 ans, ouvrier, entre à la salle Saint-Sacerdos, clinique de M. le professeur Ollier, suppléé par M. le Dr Rochet, le 16 décembre 1897. Aucun antécédent héréditaire important à noter; il est marié, sans enfants. Le malade tousse facilement et souvent le rhume dure longtemps, pas d'hémoptysies. Ni syphilis, ni blennorrhagie. Le malade dit avoir souffert depuis longtemps de coliques, à intervalles irréguliers, deux ou trois fois par an, dans les flancs, sans vomissements, sans troubles intestinaux, sans irradiations douloureuses spéciales; jamais, à la suite de ces coliques, le malade n'a constaté de graviers dans ses urines. En outre le malade a souffert il y a un an d'une otite qui a cédé à des lavages boriqués.

Le malade dit avoir toujours eu des urines épaisses, sédimenteuses, déposant rapidement et abondamment dans le vase. Il y a 3 ans apparition brusque d'une hématurie sans prodromes et sans douleurs. Le sang était bien mélangé à l'urine. Depuis le régime hématurique s'est établi de plus en plus fréquent et finalement il n'est pas de miction non colorée par le sang. Les mictions sont demeurées plus fréquentes et plus abondantes. Aucun accès de rétention, pas d'incontinence. Le malade n'a jamais été sondé, ni exploré. Tout le traitement a consisté dans le régime lacté.

A son entrée à la clinique l'examen donne les renseignements uivants : la recherche de l'état des reins est négative pour la douleur ou l'augmentation de volume, la palpation profonde de la vessie à l'hypogastre n'est nullemement douloureuse. Le toucher rectal est douloureux, en raison d'une fistule anale, mais le bas-fond vésical, la prostate ne sont ni douloureux, ni modifiés. L'exploration vésicale avec le Guyon ne rencontre ni calculs, ni grosses masses néoplasiques, mais la vessie est sentie très irrégulière et comme cloisonnée. Pas de bas-fond déprimé.

Les mictions sont abondantes (3 à 4 litres), elles se produisent environ toutes les 2 heures; aucune douleur à la miction, mais hématurie à chaque miction. Ordinairement le sang apparaît à la fin de la miction, mais, s'il y a eu quelque fatigue, le sang est mélangé à l'urine durant toute la miction. Si l'hématurie manque quelquefois, l'urine laisse un dépôt trouble purulent. Parfois on constate la présence de véritables caillots assez volumineux.

Outre ces troubles vésicaux, le malade présente un état général mauvais, il se plaint d'un affaiblissement considérable et d'un léger amaigrissement. Les digestions sont pénibles, un peu de pituite le matin. L'auscultation du poumon laisse quelques

doutes au sujet de l'intégrité de l'appareil respiratoire : signes de bronchite chronique et d'emphysème, sans lésions nettes de tuberculose cependant.

Au cœur, on entend un souffle systolique doux, à la pointe.

L'haleine du malade est très fétide. Sa fistule anale est encore en pleine activité et donne un pus assez abondant.

Quoique le rein ne semble pas nettement augmenté de volume, ni douloureux à la palpation, on constate que le malade présente cependant un certain nombre de signes de néphrite chronique. Le malade a de la polyurie (4 litres environ en 24 heures). Les *petits signes dits de Dieulafoy* sont très nets chez lui : sensation de doigt mort assez fréquente, gênant même le malade dans l'exercice de sa profession. Crampes dans les mollets. Céphalée occipitale. Epistaxis petites, mais répétées. Enfin secousses électriques réveillant le malade à tout instant la nuit.

L'*opération* a lieu 5 jours après l'entrée du malade au service. Nous pratiquons la taille sus-pubienne par l'incision transversale de Trendelenburg pour avoir plus de jour dans la cavité vésicale. La vessie ouverte largement et les lèvres de son incision étant suturées provisoirement à la peau pour avoir plus facile accès dans son intérieur, on trouve la face interne du réservoir *littéralement farcie de petites tumeurs papillomateuses*, variant du volume d'une noix à celui d'une petite noisette, et dans certaines sont conglomérées au voisinage du plancher en tumeurs plus volumineuses encore.

On pratique l'exérèse de toutes celles qu'on peut voir ou sentir avec la cuillère tranchante. Puis on promène le thermocautère sur les surfaces cruentées. Comme l'hémorrhagie en nappe est assez forte, on tamponne pendant 10 minutes environ la cavité vésicale avec la gaze iodoformée.

Le reste de l'opération se fait comme pour une taille sus-pubienne ordinaire (tubes Guyon-Périer, quelques points de suture sur l'incision vésicale autour des tubes, et sur l'incision abdominale, etc.).

Le soir et lendemain de l'opération tout paraît aller bien; pas de douleurs, pas d'hémorrhagies, etc.

Mais 36 heures environ après l'intervention, le malade se met à vomir, et le pouls s'affaiblit en s'accélérant. La température monte à 39° 3.

Les vomissements deviennent incessants, et rien ne les calme. Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt 4 jours après l'intervention sans souffrir, mais en vomissant toujours.

Autopsie. — Lésions macroscopiques. Vessie : la cavité vésicale est petite, elle contient de l'urine trouble et quelques débris de la muqueuse ou de fausses membranes, dus à la cautérisation et au grattage opératoire.

La surface vésicale est du reste fort bien détergée et il n'y a pas d'escarre à proprement parler, elle est lisse et c'est à peine si, vers le bas-fond, on retrouve quelques débris de petites productions papillaires; le curetage a été très complet. La paroi vésicale est un peu épaissie. Aucune lésion appréciable du côté du col vésical, ni au niveau de la prostate; à ce niveau la surface est lisse et ne présente aucune trace de végétations polypeuses. Il semble que les masses polypeuses étaient bien limitées aux faces antérieures, postérieures et au bas-fond de la vessie, sans intéresser la région prostatique. L'urèthre est sain.

Les orifices uretéraux sont petits et, une fois ouverts, ils conduisent dans des uretères dilatés : après un passage étroit de 2 centimètres siégeant à la partie terminale de l'uretère, on trouve une grande dilatation des uretères des deux côtés, atteignant le volume de l'index : la paroi est mince, et la cavité présente au-dessus du point rétréci des petits kystes faisant saillie dans la lumière du canal, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois; petits kystes à paroi mince translucide, dont le contenu est trouble et purulent.

La dilatation, assez régulière, remonte jusqu'aux bassinets qui sont manifestement dilatés; les reins présentent l'aspect de reins polykystiques à contenu purulent, par dilatation des calices et des tubes urinifères. La coupe du rein est parsemée de petites granulations blanchâtres qui, ouvertes avec la pointe d'un bistouri, laissent échapper du pus concret. La substance corticale est très atrophiée.

Le contenu des kystes rénaux est purulent et manifestement en continuité avec la cavité distendue des calices, bassinet et uretère. L'urine qui les remplit est purulente.

Aucune lésion inflammatoire du péritoine.

Aucune lésion tuberculose pulmonaire.

Examen histologique. — Vessie. (Les fragments examinés ont été enlevés lors de l'intervention.) La couche superficielle est formée soit par la musculaire vésicale desquamée accidentellement de son épithélium de revêtement, soit par des néoplasies verruqueuses.

Celles-ci sont constituées par une agglomération de prolongements tubulés, peu ramifiés, groupés les uns à côté des autres pour donner l'aspect d'une végétation polypeuse saillante à la surface de la muqueuse; ces tubes s'ouvrent directement à la surface; leur lumière canaliculée irrégulièrement dans les parties superficielles, se dilate souvent dans la profondeur et forme de véritables kystes. Ils sont tapissés par un revêtement continu de grandes cellules cylindriques, disposées sur une seule rangée, ces cellules s'aplatissent au niveau des dilatations kystiques et prennent soit la forme cubique, soit même la forme aplatie qui les fait ressembler presque à des cellules endothéliales des vaisseaux. Le contenu des dilatations kystiques est variable, tantôt substance amorphe, albumineuse avec quelques débris cellulaires, tantôt agglomération de cellules volumineuses desquamées aplaties, bouchant la lumière du tube; c'est dans les kystes voisins de la surface que l'on trouve cette accumulation de cellules desquamées, rappelant par leur forme les cellules vésicales de l'épithélium de revêtement.

Le stroma qui pénètre entre les tubes glandulaires est formé de tissu conjonctif jeune creusé de grands vaisseaux à parois fragiles simplement endothéliales.

Dans la couche plus profonde, au contact de la musculaire et jusque dans la partie moyenne de celle-ci, on saisit de nombreux points de pénétration des productions épithéliales où les tubes, au lieu d'être kystiques, s'étirent, s'amincissent et donnent même en quelques points l'aspect d'un épithélioma en voie d'infiltration; sur certaines coupes l'orientation fait penser à une infiltration du type alvéolaire et au carcinome. Mais dans toutes ces modifications l'épithélium peut être reconnu et suivi, et on ne peut hésiter à le rapporter au type de l'épithélium glandulaire cylindrique.

L'élément vasculaire abondant dans les prolongements polypoïdes de la surface est représenté abondamment dans les couches musculaires : la paroi des vaisseaux superficiels est éminemment friable et se traduit histologiquement par de nombreuses hémorrhagies interstitielles.

Les vaisseaux des couches profondes ont des parois épaissies, et autour d'eux il y a de grosses traînées de cellules embryonnaires.

Rien qui ressemble à un processus tuberculeux.

Les couches profondes présentent des signes d'inflammation chronique avec sclérose, augmentation de l'épaisseur des traînées fibreuses et atrophie des cellules musculaires.

Reins. — Dilatation considérable des tubes urinifères; mais les glomérules sont peu altérés. L'inflammation interstitielle est peu marquée, ce qui surprend, vu la suppuration des canaux excréteurs,

Il s'agit, en résumé, d'un adénome glandulaire tubulé de la vessie en voie de prolifération, mais on ne peut en conclure à une véritable tumeur maligne dans le sens histologique : la forme des cellules est trop reconnaissable et trop typique pour admettre une dégénérescence évidente vers l'épithélioma. L'inflammation vésicale ancienne a troublé les proliférations épithéliales glandulaires dans les parties profondes de la sous-muqueuse, c'est ce qui produit cette apparence d'infiltration épithéliomateuse.

Les lésions rénales sont anciennes (néphrite interstitielle); la dilatation des uretères et des bassinets étendue aux calices et aux tubes urinifères est vraisemblablement le résultat de la sclérose des parois vésicales autour des uretères dans leur passage à travers les parois de la vessie; peut-être aussi a-t-elle été provoquée par des tumeurs situées près de l'embouchure uretérale, et obstruant plus ou moins cet orifice.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Vivier (Henry). *Sur l'infantilisme*. N° 169. (H. Jouve.)

M. Heuzard (Robert). *De la phlébite syphilitique*. N° 179. (H. Jouve.)

M. Dumas (S.). *Contribution à l'étude de la diphthérie toxique pure*. N° 207. (A. Maloine.)

M. Audiganne (Léon). *Recherches urologiques dans la tuberculose*. N° 190. (H. Jouve.)

La croissance, la reproduction, la détermination et le développement des caractères sexuels, primaires et secondaires, sont des phénomènes d'ordre nutritif : ils ont leur source dans la prépondérance prolongée de l'un ou l'autre des courants assimilation, désassimilation. Les vices de la nutrition, produit de tares héréditaires ou acquises, engendrent dans l'évolution des caractères sexuels, épisode du développement général, des troubles qui reculent plus ou moins, parfois indéfiniment, la floraison de la puberté. L'état d'enfance permanente ainsi constitué est *l'infantilisme*, étudié par M. Vivier.

Dans ce syndrome, psychique et plastique à la fois, on distingue des nuances selon que les perversions nutritives ont pour cause; *a*) la mauvaise alimentation (*rachitiques surmenés*); *b*) l'insuffisance et l'altération des conduits nourriciers (*anangioplasiques*); *c*) le fonctionnement défectueux ou nul des glandes trophogènes et particulièrement du corps thyroïde.

L'insuffisance thyroïdienne, d'origine très diverse, est la plus générale et la plus active : on ne peut la déceler sans constater l'infantilisme. Il est vraisemblable qu'elle se superpose presque toujours aux deux autres causes, dont la coexistence avec l'infantilisme n'est pas constante et dont l'effet certain est d'en modifier la morphologie.

L'infantilisme, résultat de causes variées, mais dont l'influence s'exerce surtout grâce à la déchéance glandulaire thyroïdienne, réclame un double traitement :

1° Combattre la cause originelle par la médication appropriée.

2° Instituer la médication thyroïdienne, d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce, contre-indiquée seulement mais d'une façon formelle chez les tuberculeux et les candidats à la phtisie.

Etudiant la phlébite syphilitique M. Heuzard en admet deux formes différentes.

1° Une forme aiguë ou plutôt subaiguë, qui correspond à la période secondaire de l'infection syphilitique. Cette phlébite est bien de nature syphilitique et ne saurait être rapportée à une infection secondaire, comme le prouve l'efficacité du traitement.

2° Une forme chronique, localisée (gomme veineuse) ou généralisée (phlébo-sclérose); elle répond à la période tertiaire.

Les phlébites secondaire et tertiaire occupent de préférence les veines des membres inférieurs.

Le diagnostic sera fait surtout avec la lymphangite et les autres variétés de phlébite.

De pronostic habituellement favorable, ayant une durée moyenne de 2 mois, ces phlébites sont justiciables du traitement mixte.

Se basant sur 53 observations, M. Dumas admet que la diphthérie pure, qu'elle soit localisée au nez, à la gorge ou au larynx, se manifeste par les mêmes symptômes :

a) Les muqueuses sont toujours normales, plutôt pâles.

b) Les sécrétions sont nulles; ou, si elles existent, elles consistent en quelques mucosités séreuses, *non purulentes*.

c) L'adénopathie est absente ou peu marquée : on a pu remarquer dans nos observations que c'est dans les cas les plus graves qu'elle s'est montrée moins fréquente.

d) Le pouls est accéléré et petit, et le visage toujours pâle, quelle que soit la bénignité de la diphthérie : c'est là le sceau de l'intoxication diphthérique.

e) La température est généralement peu élevée, oscillant entre 38° et 38° 5, pour descendre ensuite sous l'influence du traitement. Elle peut ne pas être en rapport avec l'état général du malade.

Les urines ne présentent rien de particulier. Cependant il semble que l'albuminurie soit plutôt rare dans la diphthérie pure, alors qu'elle est relativement fréquente dans la diphthérie associée.

Cette diphthérie pure sous l'action du sérum a une évolution typique :

Qu'elles soient peu ou très étendues, épaisses ou non, les fausses membranes disparaissent en 2 ou 3 jours; et l'état général s'améliore suivant une marche parallèle. Dans aucun cas, l'auteur n'a observé le moindre accident paralytique :

La diphthérie pure est donc bien une entité morbide des mieux définies et par sa *symptomatologie spéciale* qui résulte de l'action nécrosante et vaso-constrictive de la toxine diphthérique, et par sa *marche rapide vers la guérison*, sous l'action du sérum, et par l'absence ultérieure ou tout au moins la *rareté* des complications paralytiques.

D'après M. Audiganne dans la tuberculose, la courbe urographique de l'urée et des phosphates varie dans le même sens; elle s'abaisse ou s'élève suivant l'aggravation ou l'amélioration du malade, tout en restant généralement au-dessous de la normale.

L'élimination des chlorures dépasse sensiblement la normale pendant toute la période d'invasion et d'état de la maladie. A la période cachectique, elle descend de plus en plus, à mesure que le dénouement fatal approche. A la période terminale, les chlorures disparaissent presque complètement de l'urine.

L'albuminurie est fréquente dans la tuberculose; 10 p. 100 des urines en contiennent une quantité dosable; en tenant compte des traces les plus légères on peut dire qu'on la rencontre chez 50 p. 100 des malades.

L'indicanurie n'est pas un signe de tuberculose infantile, car elle n'est pas constante et elle existe aussi fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant (dans la moitié des cas environ).

L'urobilinurie n'est pas fréquente dans la tuberculose. On la rencontre le plus souvent chez des malades avancés, avec dégénérescence graisseuse du foie.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic de la tuberculose tubaire et péritonéale, par Bulline (*Centralbl. f. Gynäk*, n° 20, 1897). — A défaut d'un examen microscopique, on pourra préjuger, de la présence de nodules circonscrits dans les trompes, que la salpingite est plutôt tuberculeuse que gonococcique; le diagnostic sera rendu encore plus probable si l'on découvre sur les bords de la cavité pelvienne, ou le long des ligaments larges des

nodules petits (de la dimension d'une cerise), durs, râpeux au toucher.

Tuberculose végétante du col utérin, par J. Vitrac (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1898, p. 295). — Observation de lésion tuberculeuses limitée un col utérin, et caractérisée par une ulcération superficielle de la muqueuse endocervicale et par des végétations du bord cervico-vaginal sans destruction de l'épithélium pavimenteux stratifié.

La tuberculose végétante du col utérin se traduit par des douleurs, des troubles menstruels, de la leucorrhée; son évolution est lente. Elle peut simuler l'épithélioma, mais s'en distingua par l'absence d'induration. Cette forme doit être classée à côté des tuberculoses papillomateuses de la peau.

L'alumnol en gynécologie, par W. Potojenko (*Schurnal akouscherstwa i chenskich bolesnij.*, 1897, IV). — Sur 22 cas d'endométrite chronique, de salpingo-ovarite et d'endométrite puerpérale, l'emploi des injections d'alumnol a donné des résultats satisfaisants; le nombre d'injections a varié de 5 à 43, il était en moyenne de 25 à 27. Souvent le liquide injecté pénétrait dans la trompe et précisément dans celle du côté malade, le fait est rapproché des cas de grossesse extra-utérine, et pourrait servir, d'après l'auteur, à expliquer la production de ces grossesses.

Étude des bactéries contenues dans un utérus extirpé pour fibrome, par Kollmann (*Münch. med. Wochenshr.*, Febr. 98). — La présence et la nature des bactéries dans l'utérus est une question très discutée, toute observation nouvelle présente donc un intérêt. M. le Dr Kollmann, de Munich, a trouvé dans un utérus extirpé par la voie vaginale deux formes différentes de bactéries : le micrococcus et le bacterium mesentericum. Voici les caractères de ces bactéries : le *micrococcus* rond, 0,8 à 1,2 μ de diamètre, groupé par plusieurs, se colore par les couleurs d'aniline et par la méthode de Gram, mobilité faible, se développe sur la gélatine à la température ordinaire, coloration jaune avec bords nets, à 22° liquéfie la gélatine; la culture du bouillon donne des filaments blancs qui tombent au fond; l'ensemencement du sérum sanguin produit à la température ordinaire une couche blanc jaunâtre; action chimique sur le lait qui est coagulé en 2 ou 3 jours; l'injection à une souris de 0,5 centimètre cubes d'une culture de bouillon de 18 heures la rend malade le premier jour.

Le *bacille* : bâtonnets 2 à 3,5 μ de longueur, 0,7 μ d'épaisseur, se colore par l'aniline et la méthode de Gram, très mobile; se développe sur la gélatine en formant de petites colonies rondes grisâtres qui immergent bientôt dans la gélatine liquéfiée; le lait d'abord coagulé et puis le coagulum redissout.

MÉDECINE PRATIQUE

Symptômes prémonitoires de l'ostéomalacie,

D'après M. le Dr Rissmann (du Hanovre).

M. Rissmann (1) décrit 3 groupes de symptômes qui peuvent permettre le diagnostic précoce de l'ostéomalacie avant que le ramollissement des os soit sensible. Ce sont :

1° La sensibilité des os à la pression, surtout de la colonne vertébrale au voisinage de la région lombaire;

2° Les phénomènes parétiques portant sur différents muscles du bassin et de la cuisse et qui, à un degré plus prononcé, se traduisent par la démarche vacillante du malade, « comme une oie »;

3° Les douleurs subjectives spéciales, de nature ostalgique ou névralgique.

L'exagération des réflexes tendineux signalée dans l'ostéomalacie est peu importante et inconstante ainsi que la contracture du releveur de l'anus et des adducteurs. Le phosphore a donné des résultats complets et l'auteur croit que le traitement appliqué énergiquement et à temps peut éviter cette grave affection.

1. *Monatsh. f. Geburtsh. u. Gyn.*, t. VI, n° 12.

Un traitement des rétrécissements de l'œsophage d'origine caustique,

D'après M. le Dr Zechnissen.

Zechnissen (1), pour remédier à la difficulté et aux dangers des traitements des rétrécissements caustiques de l'œsophage par l'œsophagoscopie ou la dilatation avec la sonde, emploie dans ce but des boules d'argent sphériques suspendues à l'extrémité d'un fil de soie. Le soir, on fait avaler la boule au malade. Elle est retirée le lendemain matin. A l'aide de papier de tournesol, on peut constater que la boule est parvenue dans l'estomac, même dans les cas où le rétrécissement eût été infranchissable à toute autre sonde. La boule agit d'une façon mécanique par son poids; le repos au lit favorise son action et progressivement on peut augmenter les dimensions de la boule. Ce procédé simple est particulièrement utile au cas de rétrécissement annulaire.

Empoisonnement par le lait pasteurisé chez les enfants,

D'après M. le Dr H. Koplitz (2).

L'auteur s'élève contre la pasteurisation du lait que les recherches de Russel, de Schultz, ont montré absolument insuffisante au point de vue de la purification du lait. La pasteurisation est absolument impuissante contre les microbes qui sont considérés comme les facteurs étiologiques du catarrhe gastro-intestinal des enfants, c'est-à-dire : *a*) contre les bactéries qui produisent l'acide lactique; *b*) contre le groupe de celles qui donnent lieu à l'acide butyrique; *c*) contre les bactéries peptonisantes. A l'appui de son opinion, l'auteur rapporte 8 observations de gastro-entérite chez des enfants nourris au lait pasteurisé.

Le trional comme hypnotique et de son action sur la pression sanguine,

D'après M. le Dr Kornfeld (de Brünn) (3).

Le Dr Kornfeld (de Brünn) a essayé le trional comme hypnotique chez les surmenés intellectuels et les neurasthéniques. Voici le résultat de ses recherches : la dose du médicament fut de 1 gr., 1 gr. 5 à 2 gr. Le trional s'est montré particulièrement utile dans les cas de dépression et d'épuisement. Il était moins actif dans les états d'excitation psychique et nerveuse. En s'appuyant sur 472 mensurations, l'auteur a constaté que le trional n'agissait que lorsqu'en même temps il abaissait la pression sanguine. Chez les déprimés, la tension vasculaire est plus élevée que chez les individus gais ou d'humeur normale. Le trional agit comme vasomoteur.

Le sommeil qu'il produit est léger. Pendant que le malade est sous l'influence du médicament, sa tension vasculaire est diminuée; au réveil elle reprend son état habituel. Le trional est sans aucun danger; l'auteur n'a jamais constaté à la suite de son emploi ni glycosurie, ni albuminurie. Le cœur est toujours resté normal.

FAITS CLINIQUES

Un cas remarquable de hernie,

Par M. W. D. Hamaker (de Meadville) (4).

Un homme de 25 ans avait depuis plusieurs jours des symp-

1. *Centralbl. f. inner. Med.*, n° 2; 1898.
2. *Med. Rec.*, n° 9, 1898, p. 265.
3. *Wiener med. Woch.*, n° 1-3, 1898.
4. *Philadelphia med Journ.*, 15 janvier 1898, p. 122.

tômes de hernie étranglée; la hernie inguinale datait de l'enfance.

Au cours de l'opération, après que le sac herniaire fut ouvert et trouvé plein d'épiploon, l'opérateur, qui avait passé son index à travers les deux inguinaux assez larges (index), perçut en appuyant en dehors une anse d'intestin fixée sur le muscle iliaque. L'anneau résistant qui l'enserrait en un point était situé assez haut pour nécessiter une incision médiane de l'abdomen qui permit d'arriver à lui et de le sectionner. La portion d'intestin qu'on retira de l'anneau était légèrement déchirée; l'intestin était décoloré et il fallut plus d'une demi-heure pour y ramener la circulation; après que l'intestin eut été suturé et réintégré dans l'abdomen, l'épiploon fut en partie réséqué, pour le reste rentré, et les deux incisions abdominales fermées. L'état du malade était alarmant, si bien que la deuxième partie de l'opération fut pressée et que M. Hamaker ne put se livrer à des nouvelles investigations lorsque l'intestin libéré fut remis en place. Mais il était convaincu, pendant l'opération, qu'il avait affaire à deux hernies simultanées : une hernie scrotale ordinaire de l'épiploon et une hernie intestinale post-péritonéale qui s'était faite à travers une déchirure du péritoine, qui s'était graduellement épaissi et avait fait bride.

Le malade se remit promptement, eut une selle 2 ou 3 jours après l'opération; malgré la suppuration de l'incision abdominale qui fut d'ailleurs rapidement tarie par des applications de solution suturée d'acétate d'albumine, le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Le cas est particulièrement intéressant; il montre la possibilité de la coexistence de deux sortes de hernies, et les conséquences fatales qui ne tarderont pas à survenir si l'une d'elles échappe au chirurgien, ce qui peut arriver.

Péritonite chronique séreuse,

D'après M. Filatow (1).

Il existe une péritonite séreuse chronique idiopathique, distincte de la péritonite tuberculeuse; des autopsies l'ont démontré. Malgré la similitude des deux affections, on peut établir entre elles un diagnostic différentiel. Elles ont en commun : le début insidieux; l'augmentation lente et progressive de l'épanchement sans qu'il se manifeste d'élévation brusque de température, sans que les fonctions intestinales soient altérées; les douleurs et les vomissements manquent, et lorsqu'ils apparaissent ils annoncent la fin. Dans la péritonite chronique séreuse les antécédents héréditaires manquent; il n'y a pas la dénutrition des tuberculeux, le liquide ascitique est libre, mobile; la maladie n'est pas progressive et la guérison est ordinaire. Filatow ne connaît pas de traitement efficace; dans les cas qu'il a observés, les onctions au gaïacol, à l'ichtyol n'ont pas fait diminuer le liquide; les ponctions, la laparotomie elle-même n'ont pu empêcher le liquide de se reproduire.

Ce liquide, très albumineux, n'a pas donné la tuberculose aux cobayes injectés.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Avril 1898.

Sur la déclaration obligatoire aux colonies de diverses maladies contagieuses.

M. Vallin lit sur ce sujet, en réponse à une lettre du ministre des Colonies, un rapport dans lequel il propose d'ajouter la *rougeole*, la *lèpre* et la *dysenterie* sur la liste des maladies transmissibles dont la déclaration sera désormais obligatoire dans les colonies françaises. (Adopté.)

De l'obligation vaccinale dans les colonies.

M. Hervieux considérant : 1° que la variole règne depuis un temps immémorial dans les colonies françaises; 2° qu'elle y détermine chaque année une mortalité plus ou moins considérable; 3° que, devenant ainsi une cause de dépopulation, elle porte une atteinte plus ou moins sérieuse au développement et à la prospérité de nos colonies, mais aussi à l'état sanitaire de nos garnisons coloniales, émet le vœu qu'une circulaire ministérielle rappelle aux autorités administratives, qu'elles ont le droit, en vertu de la loi du 5 avril 1884, d'imposer l'obligation vaccinale aux colonies éprouvées par les endémies et les épidémies varioliques.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées par l'Académie.

Un nouvel aliment de réserve.

M. Henri Barré. — Les conserves de viande sont pour le soldat un danger permanent d'empoisonnement, danger d'autant plus menaçant que, d'après les enquêtes officielles, la plupart de ces empoisonnements sont causés par des conserves très saines en apparence.

J'ai donc été amené à chercher à composer un aliment à base azotée végétale, qui, non seulement soit aussi riche que la viande en principes protéiques, mais qui, de plus, puisse assurer au besoin, exclusivement et indéfiniment, le parfait entretien de la vie. J'ai ainsi vécu des semaines entières consécutives sans aucune autre nourriture. Cet aliment normal se présente sous la forme de petites tablettes, si condensées comme volume que un kilogramme, c'est-à-dire la ration complète pour plus d'un jour et demi, n'occuperait même pas un décimètre cube. Malgré cela, elles n'ont besoin ni de cuisson, ni même de trempage, pour être consommées; elles se croquent simplement comme un petit gâteau sec et elles ont un goût presque aussi agréable. Enfin, leur conservation serait indéfinie.

Traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique.

M. Chipault. — Depuis ma précédente communication, 40 interventions nouvelles de MM. Jaboulay. Tuffier, Ricard et Jonnesco, sont venues confirmer mes conclusions sur la bénignité réelle des interventions sur le symphatique dans l'épilepsie et la nécessité absolue, pour faire une intervention fructueuse, de comprendre parmi les temps opératoires la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs, relai cellulaire des vaso-moteurs encéphaliques.

Je citerai à ce propos les observations personnelles de deux malades, un enfant de 2 ans 1/2 et une femme de 33 ans, tous deux atteints d'épilepsie, dont les crises ont complètement disparu depuis qu'on leur a pratiqué la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. Ces opérations ont eu lieu l'une au mois de février et l'autre au mois de mars dernier.

Pathogénie et traitement du décollement de la rétine.

M. Galezowski lit sur ce sujet une note dans laquelle il soutient que le décollement de la rétine, chez les myopes, est provoqué par la rupture des festons de la zonule de Zinn. Cette rupture aurait pour conséquence la filtration de l'humeur aqueuse en arrière vers le canal godronné.

Pour obtenir la guérison d'un décollement rétinien, l'orateur propose de pratiquer une ciliotomie dans la région de la zonule de Zinn : on détermine ainsi la formation d'une cicatrice qui empêche la filtration ultérieure de l'humeur aqueuse.

La glace, appliquée en permanence sur l'œil pendant quelque temps, fait baisser la température et concourt à la guérison.

1. *Diezkaia medizina*, 1897, p. 3.

De la gastro-entérostomie dans le rétrécissement non cancéreux du pylore.

M. Hayem, à propos de la communication de M. Tuffier sur les résultats de ses opérations de chirurgie stomacale qui, sur 39 cas de sténose non cancéreuse du pylore, comprend 21 cas d'ulcère de l'estomac, de péritonite localisée, de cholélithiase, de brûlure du pylore, d'une coudure du pylore, fait remarquer que, bien que la statistique soit particulièrement favorable, la gastro-entérostomie reste une opération grave.

On peut diviser les sténoses en sérieuses, moyennes et légères.

Dans la première catégorie, l'opération s'impose; mais comme la gastro-entérostomie ne semble pas être l'opération de choix dans la sténose cancéreuse, il est très important de faire le diagnostic différentiel entre la sténose cancéreuse et non cancéreuse; ce diagnostic est le plus souvent facile; il s'appuie sur les caractères du suc gastrique.

Dans la sténose moyenne, on aura recours à la gastro-entérostomie, lorsque le traitement médical de l'ulcère chronique aura échoué. L'opération amène généralement la guérison. Si l'on étudie le chimisme gastrique après l'opération on constate que la fonction stomacale s'effectue d'une façon satisfaisante; les aliments séjournent un certain temps dans l'estomac. Quelquefois même, si la communication entre l'estomac et l'intestin n'est pas assez facile, la dilatation persiste ainsi que l'hyperchlorhydrie, mais ordinairement l'hyperchlorhydrie et les douleurs disparaissent.

M. Marage lit un travail dans lequel il cherche à expliquer comment parlent les sourds-muets.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des médecins de France.

Rapport sur les voeux par M. A.-J. Martin

L'Association générale des médecins de France se réunira les dimanche 17 et lundi 18 avril 1898.

En raison des réformes que le Parlement vient d'apporter à la législation des Sociétés de secours mutuels, le fonctionnement de cette Association va se trouver très sérieusement modifié. Mais il ne sera pas possible cette année de proposer à l'Assemblée générale un projet de réforme des statuts qui la régissent, ni même de discuter publiquement les conséquences d'une loi dont tous les articles doivent être étudiés avec soin et interprétés par nos conseils judiciaires.

La discussion des propositions qui pourraient être émises en raison des conditions nouvelles imposées par la loi à l'Association générale sera donc renvoyée à la prochaine Assemblée.

On se bornera dès lors à discuter les vœux présentés à la sanction de l'Assemblée, et c'est pourquoi nous croyons devoir publier les principaux passages du rapport de M. A.-J. Martin.

. . . .

La Société de la Gironde voudrait que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine. Cette proposition n'a guère recueilli que de l'indifférence auprès de la très grande majorité des Sociétés locales. Même en souhaitant avec M. le Dr Fiessinger, qu'on ajoute à cet enseignement celui de l'histoire de la médecine, « afin de le rendre plus suggestif et plus intéressant », il semble que le corps médical se montre fort sceptique à l'égard d'un tel enseignement didactique. Il faut reconnaître que la fréquentation de telles chaires dans nos Facultés et les nécessités de l'enseignement professionnel actuel ne sont pas de nature à faire bien augurer du succès de telles propositions. L'an dernier, notre secrétaire général déclarait ne pas croire à l'utilité d'un cours de déontologie officiel; il ajoutait que cet enseignement ne peut être donné utilement que dans les services d'hôpitaux, par les médecins et les chirurgiens qui sont à même de joindre devant leurs élèves la pratique à la théorie. Cette manière de voir est bien celle qui a été approuvée par la très grande majorité des Sociétés locales, qui ont daigné s'occuper de la question.

Quelle est d'ailleurs à cet égard la préoccupation du corps médical? Que ses devoirs et ses charges sociales soient égalisées et que son honneur professionnel soit toujours garanti.

C'est donc à bon droit que la Société de la Sarthe a émis le vœu que les médecins étrangers naturalisés soient astreints au service militaire. Toutefois il y a lieu de spécifier. En effet, aux termes de l'article 12 et de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, « les individus devenus Français par voie de naturalisation, réintégration ou déclaration faite conformément aux lois, sont portés sur les tableaux de recensement de la première classe formée après leur changement de nationalité. Les individus inscrits sur les tableaux de recensement en vertu du présent article et de l'article précédent ne sont assujettis qu'aux obligations du service de la classe à laquelle ils appartiennent par leur âge ». Il ne s'agit donc pas d'entraver davantage, par une législation spéciale, les études médicales pour les étrangers naturalisés, pas plus que pour les nationaux; mais de faire subir aux médecins qui peuvent exercer les mêmes obligations militaires, qu'ils soient Français ou naturalisés, sans faveur aucune pour ces derniers. Dans ces conditions, le vœu de la société de la Sarthe nous paraît devoir être pris en considération.

Ce même désir d'égalité se retrouve dans le vœu suivant de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins, à savoir que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux; il est complété comme suit, par la Société d'Alger, qui demande que : « la faculté d'émarger aux budgets départementaux et communaux ne soit accordée aux médecins étrangers qu'à titre de *réciprocité*, c'est-à-dire lorsque leurs pays d'origine accordent la même faveur à nos nationaux exerçant la médecine en ces pays. » Cette question de réciprocité est assurément des plus délicates. On sait qu'elle paraît presque insoluble dans l'état actuel de nos conventions diplomatiques et même pour l'exercice de la médecine dans les départements frontières où elle revêt un caractère plus important. Le mieux est de déclarer qu'à moins d'exceptions motivées par des cas de force majeure et qui devront toujours être ratifiés par l'avis des conseils compétents, la faculté d'émarger aux budgets départementaux ou communaux ne doit être jamais en principe, accordée à des médecins étrangers. Telle est la forme sous laquelle ce vœu pourrait être pris en considération.

— Un vœu plus restrictif encore est celui de la Société de l'Orne. Elle demande que tout médecin étranger qui demandera à faire partie d'une Association médicale affiliée à l'Association générale ne soit admis que s'il s'engage à n'accepter aucun service de médecine publique ou administrative. Sa dérogation manifestement établie à cet engagement entraîne l'exclusion et la perte des cotisations versées.

Sous cette forme, ce vœu va à l'encontre de nos statuts qui acceptent largement, sans conditions autres que celle de l'honorabilité professionnelle et dans les termes de l'article 41, tout médecin, quelle que soit sa nationalité, pouvant exercer légalement en France ou dans des possessions françaises. Conviendrait-il de modifier nos statuts, vieux de 26 années, par une proposition témoignant d'un ostracisme qui risquerait d'être mal compris, et ne vaudrait-il pas mieux s'associer au vœu précédent de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins, c'est-à-dire demander aux pouvoirs publics de n'accorder des fonctions administratives qu'aux seuls médecins français et naturalisés, à moins de cas de force majeure?

La réforme de la législation sur l'exercice de la pharmacie n'a pu encore franchir les nombreux écueils qu'elle a dû affronter au cours de la dernière législature. Aussi le vœu suivant de la Société du Nord est-il encore d'actualité : « que l'exercice simultané de la profession de médecin avec celle de pharmacien soit prohibé par la nouvelle loi, même pour ceux possédant

es deux diplômes, sauf dans les localités dépourvues de pharmacien ».

Il serait trop long et bien superflu de citer des exemples à l'appui de cette proposition; les rappeler ce serait dévoiler une fois de plus l'une des tristesses les plus éhontées des professions médicales et pharmaceutiques. La moralisation de l'une et de l'autre militent en faveur de ce vœu que nous vous demandons de prendre en très sérieuse considération...

La sauvegarde de la dignité médicale a inspiré à la Société de la Gironde diverses propositions. Elle demande que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales.

Aucune des Sociétés locales qui ont examiné ce vœu au cours du dernier exercice n'a consenti à établir une telle peine disciplinaire contre les hasards des examens universitaires, ni une telle censure à l'égard des erreurs et des fautes de jeunesse. Par contre, elles ont été unanimes pour repousser l'étudiant indigne. Nous nous permettons de faire remarquer que la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine a prévu, dans son article 25, l'exclusion des aspirants aux diplômes de médecine se trouvant dans une telle situation. Elle laisse aux tribunaux le soin de rechercher si cette pénalité peut être appliquée, accessoirement, à la peine principale. La proposition de la Société de la Gironde a reçu une satisfaction suffisante.

Cette même Société désire que « le titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine, mais que ce droit soit conféré, aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation infamante, par un jury professionnel composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie. »

Réduit à ses termes essentiels, ce vœu pose le problème tant de fois agité de la séparation de l'examen professionnel conférant seul le droit d'exercer la médecine et des épreuves probatives d'un titre d'ordre exclusivement scientifique. Il fut un moment où cette réforme paraissait près d'aboutir en France, lorsque après la guerre 1870-1871 notre enseignement supérieur subissait des modifications profondes; la Société des médecins législateurs, de 1875 à 1878, s'en préoccupa vivement; nombre de réformateurs, parmi lesquels il convient de citer Léon Le Fort, l'étudièrent avec une grande ardeur. Les exemples de certains pays étrangers n'étaient pas pour en dissuader. Cette idée réapparaît au vote de temps à autre et la constitution plus autonome des Universités régionales, en permettant la création d'enseignements mixtes, lui donnera bien quelque jour une consécration définitive.

On ne comprend donc guère l'indifférence que le vœu de la Société de la Gironde a récolté dans presque toutes les Sociétés locales; celles qui y ont apporté quelque attention ont simplement déclaré qu'une telle proposition n'était pas de nature à diminuer l'encombrement au début des études médicales, ajoutant que c'était là une considération devenue fondamentale. Le cadre de ce rapport ne nous autorise pas à insister davantage; mais on pense sans doute qu'il suffit que le vœu de la Société de la Gironde ait déjà été pris en considération l'an dernier, pour mériter de rester à l'ordre du jour des préoccupations de l'Université; car la question qu'il soulève est précisément l'une de celles qui ont donné, dans les pays où elle a été résolue, et depuis longtemps, plus d'élasticité dans les programmes d'enseignement, une sécurité plus grande pour les difficultés de la profession, un essor considérable aux études scientifiques et à l'instruction technique.

— Avec la Société de l'Aube, nous devons aborder des questions non moins délicates, mais singulièrement plus pénibles. Elle a émis le vœu, à la date du 14 octobre 1897, que : « le Conseil général de l'Association des médecins de France étudie les moyens de mettre désormais les médecins à l'abri des poursuites non justifiées de la justice dans les cas qui concernent l'exercice de la profession médicale ».

La date de cette proposition rappelle, on le sait, l'un des épisodes les plus douloureux de notre histoire professionnelle. Sa prise en considération vient heureusement à une heure où le corps médical a pu encore une fois triompher des défaillances momentanées de la justice, à force de courage et de générosité confraternels, grâce aux ressources toujours inépuisables de la jurisprudence et surtout grâce au réveil de la solidarité professionnelle. Mais cet exemple, ajouté à tant d'autres qui semblent vouloir se multiplier depuis quelques années, n'en rend que plus désirable l'institution de moyens permanents de défense auxquels chaque médecin saurait qu'il peut toujours faire appel. L'Association générale, la Société centrale, les Sociétés locales, les Syndicats sont prêts, ils l'ont maintes fois montré, à remplir ce devoir, même à l'égard de ceux, trop nombreux hélas!, qui l'ont négligé ou n'ont pu s'associer à leurs œuvres.

Notre Conseil général, notre Secrétaire général vient de le rappeler, a saisi cette occasion pour rendre encore mieux et plus facilement de tels services. Il a désigné dans son sein une commission permanente, dont c'est la mission spéciale et qui sera toujours prête à intervenir avec son autorité personnelle, lorsque de petits malheurs surviennent à l'un quelconque des membres du corps médical.

Un certain nombre de médecins ont depuis longtemps voulu faire davantage encore et réunir tous les praticiens sans exception dans une corporation professionnelle analogue à l'Ordre des avocats.

L'an dernier, la question a été de nouveau soulevée par M. le Dr Lasalle, membre de la Société locale de la Gironde, qui s'est fait l'éloquent apôtre de la création d'un Ordre des médecins, de chambres disciplinaires, cette proposition, ajoutait-il, pouvant seule, en outre, mettre un frein au charlatanisme médical.

Le Conseil général a décidé de soumettre exceptionnellement ce vœu à toutes les Sociétés locales, en les priant de consulter leurs membres sur le principe même de cette création. « Si la majorité des sociétés, disait-il, dans une circulaire spéciale, est favorable à ce principe, le Conseil nommera une commission qui étudiera d'urgence les moyens à adopter pour la constitution d'un Ordre des médecins; son projet sera ensuite soumis à l'examen des sociétés ».

Cette enquête a donné les résultats suivants : sur 97 sociétés consultées, 39 ont jusqu'ici répondu et 58 n'ont transmis aucun avis.

Sur ces 39 réponses, 30 sont nettement défavorables, 4 estiment que la question mérite d'être mise à l'étude et 5 seulement émettent une opinion favorable. Il faut ajouter que dans les sociétés qui se sont prononcées contre l'Ordre des médecins, le nombre des partisans a été extrêmement faible, sinon nul dans la plupart d'entre elles; le nombre d'abstentions ou plutôt d'absences de réponse considérable. On en peut donc inférer que cette création n'est demandée actuellement que par une minorité très restreinte du corps médical, soit que celui-ci reste à cet égard presque unanimement hostile, ou plutôt indifférent.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici qu'une pareille consultation eût déjà lieu en 1885. M. le Dr Surmay (de Ham) et M. le Dr Mougeot, président honoraire de la société de l'Aube s'en étaient faits les promoteurs devant l'Association; leurs projets, publiés dans l'Annuaire de l'exercice 1884, puis étudiés soigneusement par le Conseil général, furent soumis aussitôt à l'examen des Sociétés locales, 43 répondirent à la circulaire et 53 restèrent muettes. Sur les 43 sociétés qui donnèrent une réponse, 14 émirent une opinion favorable, 18 émirent une opinion défavorable, 6 ajournèrent l'examen de la question et les 5 autres ne mirent pas cette question à leur ordre du jour.

On voit qu'en somme, aussi bien en 1897 qu'en 1885, la création d'un Ordre des médecins est loin d'avoir reçu du corps médical un accueil assez favorable pour qu'il paraisse désirable d'en importuner le législateur et de courir les risques, toujours redoutables pour les médecins, des interventions parlementaires.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire dans ce sens et que la question puisse être considérée comme définitivement écartée? On le voudrait, qu'il serait imprudent de le prétendre Nous n'en voulons pour preuve que les avis très opposés que nous trouvons dans les comptes rendus des Sociétés locales et dont nous demandons la permission de citer deux des plus caractéristiques.

C'est d'abord la Société de la Drôme et de l'Ardèche qui s'exprime comme il suit :

« Considérant qu'il n'y a pas de similitude à établir entre les « avocats et les médecins; que les licenciés en droit n'acquièrent que de par leur diplôme le droit de plaider, mais qu'ils « doivent recevoir du Conseil de l'Ordre une sorte d'investiture « après présentation à la Cour ou au Tribunal;

« Que les médecins, au contraire, reçoivent de la Faculté « de médecine, en même temps que le diplôme de docteur, le « droit d'exercer la médecine sur tout le territoire français « après certaines formalités sommaires;

« Que cette différence entre les deux professions fait ressortir l'indépendance si enviée et si enviable des médecins;

« Que la création de chambres disciplinaires pourrait entrainer une tutelle peu en rapport avec cette indépendance « signalée ci-dessus;

« Que les chambres disciplinaires de notaires, par exemple, « n'ont pas pu empêcher jusqu'à ce jour les agissements de « certains d'entre eux et le maquignonnage des autres;

« Que, pour le moment du moins, l'avertissement paternel « du bureau de l'association locale a suffi dans bien des cas « pour rappeler à l'ordre certains médecins tentés de manquer « aux lois de la déontologie;

« Que les chambres disciplinaires pourraient n'atteindre « d'autre but que de poser en victimes des médecins que le « public eût parfaitement ignorés sans cette sorte de réclame;

« Par ces motifs, vos confrères, tout en demandant un supplément de discussion à la réunion de l'assemblée générale, « ont rejeté les vœux précités. »

Par contre, l'Association des médecins des Côtes-du-Nord s'associe à ce sujet aux propositions suivantes de son président, M. le Dr Guibert :

« Comme l'Association générale, à ses débuts, comme les « Syndicats médicaux à leur apparition, la création d'un Ordre « des médecins est vivement critiquée et discutée; les avis sont « partagés. Il y a quelques années, elle ne put obtenir la majorité des Sociétés locales. Vous vous êtes déjà prononcés à « une forte majorité en sa faveur. Je viens vous proposer de « maintenir votre premier avis, mais à la condition expresse « que l'organisation de l'Ordre des médecins soit, dans ses bases « et dans ses grandes lignes, analogue à celle de l'Ordre des « avocats; que toute sa hiérarchie soit uniquement due aux « suffrages des médecins.

« Dans ces conditions, vos conseils de discipline ne serviraient pas seulement à se prononcer à l'occasion de conflits « entre confrères, ils seraient chargés de défendre vos prérogatives et vos droits vis-à-vis des administrations communales et départementales, et au besoin même à l'égard de « l'autorité judiciaire. Contre les pouvoirs publics, le médecin « isolé lutte difficilement, même avec le droit pour lui. Quand « il pourra faire défendre sa cause par des délégués reconnus « comme tels par la loi, sa situation sera bien différente, et je « ne crois pas que vous ayez jamais à regretter le vote que « nous vous demandons en faveur de la création de l'Ordre « des médecins. »

Entre ces deux opinions extrêmes, nous pourrions placer les divers avis des Sociétés locales auxquels nous avons tout à l'heure fait allusion. Ils se résument dans cette interruption de l'un des membres de la Société centrale à la suite du remarquable rapport, nettement défavorable, de notre collègue M. Thibierge : « théoriquement, tous les médecins doivent être partisans d'un ordre des médecins; il est regrettable que la chose soit pratiquement irréalisable ».

Telle elle est apparue, il faut le reconnaître, chaque fois qu'on s'est préoccupé, en France, de l'adapter rigoureusement à la législation qui régit l'exercice de la médecine. Ainsi que le rappelle la société du Pas-de-Calais, « sans parler du serment d'Hippocrate qui obligeait moralement les étudiants de la Faculté de Montpellier à suivre un code spécial de déontologie pendant leur exercice professionnel, sans parler du pouvoir du doyen de l'ancienne Faculté qui pouvait requérir contre le confrère qui avait commis une faute grave, les peines disciplinaires depuis la simple amende jusqu'à l'exclusion; il y a déjà longtemps que le projet de l'institution de chambres de discipline a préoccupé le corps médical français. » En 1845, le congrès des médecins le vota à l'unanimité, sur un rapport du Dr Cerise; mais M. de Salvandy, alors ministre de l'Instruction publique, fit subir aux propositions du congrès des modifications importantes. Le projet du gouvernement, déposé et adopté en 1847, par la Chambre des pairs, fut soumis aux députés le 3 janvier 1848; il n'en fut plus question depuis cette époque.

On ne saurait oublier, comme l'a fait remarquer M. Hameau, que c'est alors que commença à germer l'idée d'une association générale que l'on vit naître dans la Gironde, puis grandir et gagner la France entière. Plus tard encore, ajoute-t-il, trouvant que cette institution bienfaisante et moralisatrice ne pouvait répondre à tous les besoins, on organisa les syndicats dont l'extension fût rapide et dont les services ne sont pas contestables.

M. Surmay en 1884, M. Dignat en 1892, reprirent la question; puis enfin l'Union des syndicats et M. Lasalle. Nous venons de dire l'accueil fait par les Sociétés locales à ces divers projets. Ainsi que nous le disions dans un rapport également défavorable du 4 juillet 1892 au nom du Comité consultatif d'hygiène publique de France, on a beaucoup écrit et disserté déjà sur cette question; les journaux de médecine, les comptes rendus de sociétés, les livres de déontologie, depuis Max-Simon jusqu'à Dechambre, en ont maintes fois fait l'exposé. Deux arguments résument toutes les discussions : d'abord la nature et l'étendue de l'assimilation qu'on est tenté de faire entre les médecins et les avocats, au point de vue de l'institution d'un Ordre pour chacune de ces professions; puis les caractères de la sanction que peuvent avoir les décisions d'une telle institution dans l'un et l'autre cas. C'est faute d'avoir jusqu'ici apporté des solutions satisfaisantes à ce double *desideratum*, que les divers projets proposés n'ont pu recueillir l'adhésion de la majorité du corps médical français. « L'Ordre ne pouvant nous protéger, disait Diday, rattachons-nous à l'Association. Du jour où nous le voudrons elle aura la force nécessaire. » Et l'opinion plus récente de la très grande majorité des Sociétés locales est, au fond celle qu'exprimait M. Hameau dans un article du 20 mars dernier : « Donc, serrons les rangs dans chaque société; ne nous laissons pas détourner par rien de l'idéal d'honorabilité qui préside à leur fonctionnement, et nous aurons obtenu tout le bien qu'on voudrait vainement demander à une institution nouvelle, décevante et pleine de dangers. »

On a volontiers opposé aux difficultés que présente en France la création d'un Ordre des médecins les institutions similaires qui existeraient dans divers pays, notamment en Angleterre, dans divers Etats allemands et en Autriche. Dans notre rapport au Comité d'hygiène, nous avons fait l'exposé de ces législations, qui viennent d'être complétées par une organisation analogue en Italie; nous en avons alors publié les textes.

Il nous suffit de dire ici que ces diverses institutions participent en général à l'administration de la médecine publique; elles forment l'un des rouages importants de cette administration dans leurs pays respectifs où le corps médical se fonctionnarise de plus en plus, et elles n'ont vraiment par suite qu'un rapport éloigné avec celles qu'on voudrait voir créer en France. Il est incontestable qu'en Angleterre, et là seulement, on trouve un conseil de discipline répondant aux *desiderata* exprimés par les défenseurs de l'Ordre des médecins. Mais il faut remarquer que ce conseil ne comprend pas de grades, mais uniquement une licence d'exercice, et que s'il accorde celle-ci, il a droit, par voie de conséquence directe, d'en prononcer le retrait, ce qui a lieu, en moyenne, trois fois par an. En France, où l'Etat donne seul, avec le diplôme, le droit d'exercer la médecine, c'est l'Etat seul qui peut actuellement le suspendre ou l'interdire; c'est d'ailleurs ce qu'à présent la loi du 30 novembre 1892, en réglant dans certains cas l'intervention du pouvoir judiciaire.

Il ne nous appartient pas d'insister davantage; notre rôle consistait uniquement à exposer l'état de la question, telle qu'elle ressort de la nouvelle consultation demandée aux Sociétés locales. On voit que ses résultats n'autorisent pas votre Conseil général, à moins d'un vote spécial de l'assemblée et comme il le demandait aux sociétés, à vous présenter un projet pour la constitution d'un Ordre des médecins.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les psychoses post-opératoires,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

La communication récente de M. Picqué à la Société de chirurgie a appelé l'attention sur cette importante question. Comme l'a judicieusement fait remarquer M. Segond, sa complexité est grande. Il paraît donc indispensable pour arriver à une solution, ou mieux pour préparer des conclusions, de rassembler le plus grand nombre possible de faits et de faire une enquête non seulement auprès des chirurgiens, mais aussi auprès des praticiens. Le chirurgien est peut-être moins bien placé pour connaître les modifications apportées dans l'état mental de ses opérés que le médecin qui les connaissait avant, les observe pendant et les suit après l'intervention. Il y a donc lieu d'avoir l'avis de ce dernier dans cette consultation ouverte par M. Picqué sur l'invitation indirecte des médecins aliénistes qui ont inscrit cette question à l'ordre du jour de leur prochain congrès. On nous permettra donc sur cet important sujet les quelques réflexions qui suivent.

Tout d'abord il faut s'entendre sur le terme de psychose post-opératoire. Si l'on veut seulement viser sous ce nom les formes plus ou moins accentuées de folie, les manies, les vésanies, les délires, nous sommes incliné à penser qu'il n'y a pas matière à grande discussion. Nous accorderons sans peine à M. Picqué, qui a pris ses observations parmi les malades des asiles, et à ses collègues qui sont venus apporter leurs statistiques, que les psychoses ainsi entendues sont exceptionnelles et ne se déclarent que chez les prédisposés. Tout au plus peut-on accuser l'acte opératoire d'avoir été dans quelques cas la cause occasionnelle des troubles mentaux qui, au reste, se seraient vraisemblablement développés sous l'action de n'importe quelle autre circonstance. Dans ce même ordre d'idées, il nous paraît importer peu que la statistique le plus intégrale nous apprenne que dans ces cas, telle catégorie d'opérations, celles en particulier qui sont du ressort de la gynécologie, n'est pas plus coupable que telle autre s'adressant au membre supérieur, à la tête ou au cou. La question ainsi posée nous semble d'une solution par trop aisée et ne mériterait pas, à notre avis, l'honneur d'une discussion magistrale si elle ne comportait d'autres aspects qui, par une sorte d'équivoque fréquente dans les assemblées des esprits les plus éminents, se trouvent avoir été laissés dans l'ombre.

Il existe en effet, au dehors de ces cas extrêmes, toute une catégorie de troubles mentaux qui semblent bien être en relation avec l'acte chirurgical. Bien qu'ils aient pour caractère commun d'être, au moins dans l'immense majorité des cas, spontanément curables, ils n'en sont pas moins pénibles pour les malades et ont l'inconvénient, en impressionnant défavorablement l'entourage, d'éloigner de la chirurgie ceux qui en ont besoin. Ils méritent donc d'être connus et étudiés avec soin, car ils pourraient souvent être prévenus. M. Lucas-Championnière les a justement comparés à l'hystéro-traumatisme : ils s'en différencient en ce qu'ils ne constituent pas un syndrome défini avec une symptomatologie précise : ils peuvent affecter les formes les plus variées de dépression ou d'excitation mentale et, quelle que soit leur importance, disparaissent avec le temps pour ne plus revenir, excepté chez les prédisposés.

Dans l'étiologie de ces psychoses il faut d'abord tenir compte des craintes qu'inspire à l'immense majorité des malades et en particulier aux femmes une intervention chirurgicale.

Ces craintes, souvent très légitimes, sont entretenues par la relation des cas malheureux : l'anesthésie, dont les accidents sont commentés dans la presse politique, est redoutée; les suites opératoires sont représentées comme fréquemment fâcheuses. « L'opération peut sans doute réussir... mais les suites !... » Aussi voit-on surtout survenir les complications d'ordre mental dans les cas où les indications ont dû être l'objet de longues et nombreuses discussions, pour lesquelles les avis d'une série de maîtres ont été à plusieurs reprises sollicités, avant d'aboutir à une décision qui tout d'abord s'imposait.

Rien n'est plus nuisible pour la cérébralité des malades que ce séjour prolongé dans « l'antichambre » de la chirurgie. Et ceci est si vrai que dans les milieux moyens, ou hospitaliers, en dehors des grands centres, où la vie médicale est intense, les troubles que nous étudions sont rares, et qu'ils présentent leur maximum de fréquence dans la clientèle aisée, dans la clientèle cosmopolite et dans la clientèle des « intellectuels ».

La nature de l'opération, le sexe des opérés ont une influence pathogénique indéniable. Il y a peu d'exemple de ces psychoses chez les hommes. Même si le danger est grand, ou redouté avec quelque exagération, le résultat obtenu, tout rentre dans l'ordre. Cependant, les interventions sur la sphère génitale semblent faire exception. On connaît l'action spécialement déprimante de la castration, même chez le vieillard ayant complètement ter-

miné sa vie génitale. La mélancolie, la lypémanie sont fréquentes : aussi a-t-on imaginé de nombreux procédés de prothèse testiculaire. La castration unilatérale chez l'adulte est, quoique plus rarement, suivie d'accidents neurasthéniques. Nous les avons vu éclater chez un jeune homme de 22 ans, après une opération de varicocèle faite avec succès et chez un homme de 45 ans, après une ponction d'hydrocèle. L'un et l'autre, mais surtout le premier, ont eu une impuissance toute psychique qui, chez l'un, persista plusieurs mois, nécessita un long traitement par le repos et ne céda qu'au cours d'un voyage entrepris à l'étranger. Qui ne connaît enfin le marasme où tombent les malades auquel on est obligé de faire un anus contre nature?

Les femmes sont au contraire, particulièrement exposées à cette sorte de choc moral post-opératoire que nous visons dans cette courte étude. Sans compter que l'existence fréquente de névroses antérieures leur crée une évidente prédisposition, certaines affections et spécialement celles de l'appareil génital, contribuent puissamment à amener chez elles l'épuisement nerveux. Aussi les opérations entreprises pour la cure de ces maladies seront-elles plus particulièrement incriminées dans les cas où consécutivement les troubles psychiques se développeront.

Nier l'influence de la castration sur l'équilibre mental de la femme serait aller contre toute évidence. De ce que le plus grand nombre d'opérées surmontent admirablement cette épreuve, et retrouvent rapidement le libre exercice de leurs facultés intellectuelles et morales, il ne s'ensuit pas qu'elles n'aient éprouvé de ce côté-là à aucun moment aucun dommage. Nous avons eu l'occasion de suivre longtemps après l'intervention plusieurs de ces malades opérées dans les meilleures conditions et avec un plein succès, et nous avons noté chez presque toutes des signes non douteux de la rupture plus ou moins marquée de cet équilibre mental dont nous parlions tout à l'heure. Cela durait un temps variable, de quelques jours ou quelques semaines à 2 ou 3 ans, suivant des circonstances que le nombre relativement restreint de faits observés ne nous permet pas encore de systématiser. Nous citerons quelques-uns des plus caractéristiques.

Une dame de 23 ans subit avec succès l'oophorectomie double pour ovaires sclérokystiques. Deux mois après, troubles de la mémoire, indifférence, diminution notable des forces, amaigrissement. Cette crise dure près d'une année après laquelle l'embonpoint reparaît, l'état mental s'améliore. Revue 4 ans après, elle paraît avoir recouvré son état de santé antérieur. Pas d'antécédents personnels. Père alcoolique.

Une autre dame, 28 ans, subit à quelques mois d'intervalle deux laparotomies consécutives pour annexite double. Elle guérit définitivement, mais pendant plus de deux ans, elle déclare avoir d'atroces brûlures dans la colonne vertébrale, de la parésie des membres inférieures, de l'inaptitude à la marche. Tous ces troubles disparaissent subitement après une maladie grave faite par son mari. Depuis elle se porte très bien. Pas d'hystérie, pas de névrose antérieure.

Une autre malade, 30 ans, hérédité neuro-arthritique; femme nerveuse, mais non hystérique, subit l'hystérectomie abdominale totale. Trois jours après l'opération, la température et le pouls restant normaux, apparition d'un délire nocturne se traduisant par des cris de terreur, des réveils brusques, des hallucinations et qui, rebelle à tous les narcotiques, disparaît pour ne plus revenir, sur une déclaration du chirurgien qui affirme avoir laissé en place les ovaires sains.

Nous pourrions multiplier ces exemples : nul doute que la plupart d'entre nous n'en possède de semblables. Au surplus, les défenseurs de l'hystérectomie vaginale n'ont-ils pas dit que l'état meilleur de leurs malades devait être attribué pour une part à la persistance dans la cavité abdominale de tout ou partie d'ovaires sains? Et d'autre part n'assiste-t-on pas à l'éclosion de procédés d'hystérectomie abdominale totale dans lesquels on conserve systématiquement les ovaires? Ceci est évidemment une preuve de l'importance qu'on attribue à la limitation des effets de la castration chez la femme.

Mais ce ne sont pas seulement ces interventions ablatives qui sont susceptibles d'entraîner des troubles psychiques. Ici encore les exemples seraient aisés à trouver.

Une de nos clientes subit avec succès dans une même séance un Schröder, une colpopérinéorrhaphie et un Alexander; elle est prise quelques semaines après l'opération de syncopes, crises nerveuses, délire, désespoirs. Tout cela disparaît après un changement dans sa vie. Une autre ayant des antécédents personnels névropathiques subit l'excision de quelques franges hyméniales et la dilatation du vagin, pour vaginisme. Quelques jours après elle est prise d'accidents de neurasthénie grave pour lesquels elle est encore actuellement traitée (après un an) par un de nos maîtres de la Salpêtrière.

Lorsqu'on accuse les opérations gynécologiques, c'est donc avec quelque raison. Il suffit pour en être persuadé de comparer avec elles d'autres interventions abdominales infiniment plus sérieuses. Les cholécystostomies, les gastroentérostomies, les pylorectomies, les néphrectomies ne sont pour ainsi dire jamais suivies de troubles mentaux, même chez les femmes qui ont conscience de la gravité de l'acte opératoire. Exception doit être faite pour l'extirpation de l'appendice à froid que nous avons vu être suivie dans deux cas, chez une jeune fille et une jeune femme, d'idées tristes, d'hypochondrie légère.

Quelle conclusion doit-on tirer de ces faits? Conduisent-ils à l'abstention opératoire, particulièrement chez la femme surtout lorsque l'appareil génital est en cause. Ont-ils comme signification ou comme portée de limiter l'initiative des chirurgiens? Evidemment non. Mais ils comportent quelques enseignements.

C'est d'abord, avant l'intervention, l'obligation de tenir compte dans la discussion des indications opératoires, de l'état mental ou névropathique des malades, surtout des femmes, comme de l'état du cœur ou du rein. Si les symptômes accusés sont hors de proportion avec les lésions constatées, s'il y a une tare nerveuse héréditaire ou personnelle, il faudra se montrer ménager de toute exérèse totale. C'est surtout dans les cas d'ovaires sclérokystiques qu'on devra savoir résister à la tentation. D'autre part si les troubles nerveux semblent relever exclusivement des lésions de l'appareil génital, il y aura souvent, en l'absence d'accidents pressants, de la prudence à temporiser. Ceci est une affaire de jugement : si la neurasthénie est purement réflexe, symptomatique, opérer; si elle constitue un processus morbide distinct, installé, caractérisé, différer, mettre les malades au repos, au grand air, attendre une période de calme et saisir le moment favorable. On se mettra ainsi à l'abri et dans la mesure du possible des accidents de névrose post-opératoire.

Mais il y a mieux à faire : c'est de chercher à prévenir le développement de ces psychoses. Et sur ce point chirurgiens et médecins ont leur part de responsabilité. L'abus de certaines opérations gynécologiques, par des mains inexpérimentées; les détails d'anatomie complaisamment et minutieusement donnés; des explications, des conversations prolongées sur les affections génitales et la conséquence de certaines opérations ; la relation des insuccès de tel ou tel confrère; les diagnostics et les indications opératoires précipitamment posés, souvent dès la

première visite; une temporisation injustifiée, quelquefois intéressée; telles sont les causes qui troublent profondément l'esprit des malades et leur ôtent, après quelques consultations prises à des portes différentes, toute vue claire sur leur avenir post-opératoire. Sans doute il est difficile de modifier sur ce point les mœurs médicales : mais peut-être y arrivera-t-on, lorsqu'il sera bien démontré que tous, médecins et malades, gagneraient à une telle réforme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 Mars 1898.

Traitement de la rage par l'injection de substance nerveuse normale.

MM. V. Babes et **Riegler** ont essayé de prévenir ou de guérir la rage par l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité de substance nerveuse du bulbe et de la moelle d'animaux sains et neufs. Ils ont tout d'abord cherché s'il était possible de neutraliser le virus fixé *in vitro* par la substance nerveuse; mais, tandis qu'ils ont constaté qu'une partie de sang de leur chiens les plus immunisés peut neutraliser jusqu'à 50 parties de virus, une partie de substance du bulbe de brebis ou de lapin ne réussit pas à neutraliser 1 partie de virus, et même 10 parties de bulbe normal n'ont pas d'effet appréciable sur 1 partie de virus fixe.

Cependant, en agissant sur des animaux, ils ont obtenu une action préventive ou curative très nette de la substance nerveuse normale sur le virus rabique, à la condition d'injecter une quantité assez abondante de substance nerveuse et de ne pas employer un virus trop fort. Ainsi, ayant inoculé par trépanation 4 chiens avec le virus après passage de 2 jours dans un lapin de 1 kilogramme, et ayant traité 3 de ces chiens, pendant 10 jours, quotidiennement par des injections de 5 grammes d'émulsion de bulbe de mouton normal, le chien de contrôle est mort de la rage le quinzième jour, un des chiens traités a succombé à la rage le vingtième jour, tandis que les deux autres résistent. De 4 autres chiens traités de la même façon, un seul résiste.

Dans une autre série d'expériences faites sur 3 chiens, en commençant les injections 3 jours avant l'infection crânienne, le chien de contrôle étant infecté en même temps, celui-ci est mort de la rage le douzième jour, alors que les 3 autres animaux résistent.

Ces expériences, qui remontent à plus de de 2 mois, prouvent qu'on peut combattre la rage par des injections de bulbe de moutons sains et non traités.

Chez le lapin, les résultats ont été beaucoup moins nets, ce qui s'explique par le fait qu'on ne peut qu'exceptionnellement sauver ces animaux, même par la méthode de Pasteur, si l'on commence le traitement après la trépanation.

Sur l'emploi du chlorure de palladium pour la recherche dans l'air de très petites quantités d'oxyde de carbone.

MM. Potain et **Drouin**. — La présence de l'oxyde de carbone dans l'air, même en proportions très petites, peut être constatée à l'aide de chlorure de palladium. Il suffit de faire passer l'air vicié, en bulles très fines, à travers une solution étendue de ce sel à la température ordinaire.

Le dispositif est très simple : un tube, en communication par une de ses extrémités avec l'air à examiner, plonge par son extrémité très effilée jusqu'au fond d'un autre tube de même calibre, l'encerclant supérieurement de façon à constituer une cavité close, et muni d'une tubulure latérale pour aspirer l'air. Dans l'intervalle des deux tubes, on introduit 10 centimètres d'une solution de chlorure de palladium au 1/10 000, contenant par conséquent 1 milligramme de chlorure et acidifiée par 2 gouttes d'acide chlorhydrique.

Par aspiration d'air, une poussière de bulles gazeuses parcourt la solution. Pour peu que cet air contienne de l'oxyde de carbone, le chlorure est en partie décomposé et du palladium se dépose en couche noirâtre sur les parois du tube.

La solution, primitivement jaune, se décolore progressivement : il suffit, pour se rendre compte approximativement de la quantité d'oxyde de carbone contenue dans l'air, de voir, par comparaison avec un tube de liqueur primitive, quelle quantité de solution il faut ajouter dans la liqueur réduite pour obtenir la même coloration.

L'oxyde de carbone, mélangé à l'air en petite quantité et à la température ordinaire, se transforme lentement en acide carbonique. Cette transformation est retardée et limitée par la présence même de l'oxyde de carbone.

Elle explique sans doute comment, malgré les quantités considérables d'oxyde de carbone produites incessamment dans une grande ville comme Paris, on n'en trouve cependant pas de traces notables dans l'air, si ce n'est au voisinage même des sources de production.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Avril 1898 (fin).

Recherches comparatives sur le phénomène de l'agglutination en culture filtrée et en culture bacillaire.

MM. Widal et **Sicard**. — On sait que les bacilles typhiques morts, tués par la chaleur ou un antiseptique, sont aussi agglutinables par un sérum spécifique que les bacilles vivants; nous en avons donné la démonstration l'an passé.

M. R. Kraus a montré, depuis, que des cultures cholériques, typhiques ou pesteuses, filtrées à la bougie, pouvaient encore donner le phénomène de l'agglutination par l'addition de sérum actif.

M. Nicolle, dans un mémoire récent, opérant avec le colibacille, le bacille typhique et le vibrion de Massaouah, a confirmé en grande partie les faits avancés par M. Kraus, a poussé plus avant les recherches sur la substance agglutinable diffusée, en a étudié la nature; il nous a apporté de plus cette notion importante, que lorsqu'on examine au microscope les flocons formés dans la culture filtrée, « on jurerait qu'il s'agit d'amas microbiens ».

Pour ses recherches sur le bacille typhique, M. Nicolle a employé une culture en bouillon de viande peptonisée et glycérinée à 1 p. 100, filtrée sur bougie Chamberland, après un mois de séjour à l'étuve. Il a reconnu que, dès les premiers jours de la mise en culture, la substance agglutinée du bacille typhique diffuse du corps des microbes dans la culture, mais qu'elle y était alors moins abondante; il a montré en opérant avec le colibacille que l'on pouvait faire usage de cultures filtrées, non additionnées de glycérine.

M. Nicolle a fait usage pour ses expériences de deux sérums typhiques agglutinant le bacille d'Eberth, l'un à 1 p. 8000, l'autre à 1 p. 300. Ces deux sérums agglutinaient également les cultures filtrées de ce même microbe. M. Nicolle spécifie que pour la recherche de ce dernier phénomène, il mélangeait, dans les deux cas, le sérum à la culture dans la proportion de 1 p. 10.

Nous nous sommes attachés à comparer, par la méthode des mensurations, le phénomène de l'agglutination des cultures filtrées et le phénomène de l'agglutination des corps bacillaires.

Les cultures filtrées, dont nous nous sommes servis, s'étaient développées dans des bouillons de viande peptonisés à 1 p. 100, laissés à l'étuve pendant un temps variant de trois jours à quinze mois.

Pour nos essais comparatifs, nous nous sommes toujours servis de deux cultures qui, avant d'être filtrées, étaient restées l'une deux mois et demi, l'autre, cinq mois à l'étuve, à 37°. Nous avons opéré avec quinze sérums typhiques provenant de l'hom-

me ou des animaux, fraîchement recueillis ou conservés depuis plusieurs mois dans le laboratoire. Leur puissance agglutinative, vis-à-vis le bacille d'Eberth, oscillait entre 1 p. 50 et 1 p. 20000.

Ces sérums, mélangés à des cultures filtrées, étaient placés à l'étuve à 37°. Après vingt-quatre heures, presque tous les sérums mélangés à la culture filtrée, dans la porportion de 1 p. 100, donnaient une agglutination plus ou moins intense, comme l'a vu M. Nicolle. Deux sérums, dont le pouvoir agglutinatif pour les bacilles était de 1 p. 200, et un autre dont le pouvoir était de 1 p. 400, n'ont jamais donné d'agglutination à 1 p. 10 avec des cultures filtrées.

Les sérums non typhiques sont presque toujours dénués de pouvoir agglutinatif pour les cultures filtrées, après mélange à 1 p. 10. Cependant deux sérums pneumoniques, un sérum de cheval normal, et un sérum de lapin, nous ont donné à ce taux une agglutination légère, mais nette.

Le taux agglutinatif obtenu avec les cultures filtrées ne s'est jamais montré très élevé. C'est à 1 p. 10 que le phénomène est le plus net; le plus souvent, il ne s'observe que dans cette proportion. Mais, dans plusieurs cas, nous avons constaté encore une fine poussière à 1 p. 20, et, dans un cas, un léger trouble à 1 p. 30.

Jusqu'ici, nous n'avons jamais vu un sérum agir sur une culture filtrée à la dose infinitésimale, à la façon d'un ferment, comme certains sérums peuvent agir sur une culture chargée de bacilles.

Le pouvoir agglutinatif d'un sérum sur une culture filtrée n'est nullement proportionnel au pouvoir agglutinatif sur les corps bacillaires. Ainsi, un sérum d'âne n'agglutinait une culture filtrée, après vingt-quatre heures d'étuve, que dans la proportion de 1 p. 10; ce même sérum agglutinait les bacilles vivants ou morts à 1 pour 20000, après deux heures de contact entre lame et lamelle, et à 1 p. 50000 après vingt-quatre heures d'étuve à 37°. Par contre, deux sérums agglutinatifs pour les bacilles, l'un à 1 p. 1500, l'autre à 1 p. 1400, agglutinaient très faiblement la culture filtrée jusqu'à 1 p. 20. Enfin, un sérum qui n'agglutinait les bacilles qu'à 1 p. 50, agglutinait cependant la culture filtrée à 1 p. 10.

Les bacilles typhiques, laissés en macération dans leur bouillon de culture, ne laissent diffuser qu'une faible quantité de substance agglutinante, alors même que cette macération a été prolongée pendant quinze mois à l'étuve. Une culture filtrée après ce long temps ne donnait qu'un léger trouble, après mélange à 1 p. 10, avec notre sérum agglutinatif à 1 p. 20000.

On pouvait se demander si l'agglutination si puissante provoquée par certains sérums au sein de cultures bacillaires n'était pas facilitée par une sorte d'action physique du corps microbien dont la seule présence augmenterait l'intensité du phénomène. M. Nicolle, ajoutant à la culture filtrée un corps inerte, comme la poudre de talc, en mélangeant toujours le sérum dans la même proportion de 1 p. 10, a vu le phénomène apparaître plus rapidement, déjà après quelques minutes ou une demi-heure, à la température du laboratoire. Nos expériences confirment ce fait. Nous avons constaté de plus que si la poudre de talc hâte la production du phénomène, sa présence ne parvient pas à révéler un pouvoir agglutinatif plus intense. Ainsi un mélange de sérum et de culture filtrée qui, après vingt-quatre heures d'étuve, ne donnait d'agglutination qu'à 1 p. 10, ne provoque pas d'agglomération en dilution plus étendue, même après addition de poudre de talc.

Dans les cultures typhiques filtrées après deux mois et demi et cinq mois d'étuve, nous avons émulsionné certains échantillons de bacille de Friedländer ou de bacilles de rhinosclérome, ensemencés sur gélose depuis vingt-quatre heures, et non agglutinables par nos sérums en expérience. A ces émulsions nous avons ajouté divers sérums typhiques, sans jamais constater à aucun moment d'agglutination à 1 p. 100.

Dans le phénomène de l'agglomération des microbes, les bacilles se rapprochent, pour leur propre compte, comme le font les grains de matière agglutinable, précipités dans les cultures filtrées, sous l'influence du sérum. Les bacilles, pour s'agglutiner, n'ont nul besoin d'être enrobés par la matière agglutinable qu'ils ont laissé diffuser; celle qu'ils détiennent suffit à la production du phénomène. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler qu'un sérum dont une goutte agglutine les bacilles épars dans plusieurs litres de culture ne peut parfois provoquer l'agglutination que dans dix gouttes de culture filtrée. Le fait que les bacilles morts se laissent agglutiner aussi puissamment que les bacilles vivants nous avait déjà fait dire que le phénomène n'était pas le fait d'une réaction vitale de la part des microbes agglomérés mais qu'il était le résultat d'une réaction passive de la part de leur substance protoplasmique.

On ne saurait trop insister sur les variations que présente le mode d'agglutination en culture filtrée. Un même sérum, mélangé en même proportion à des cultures filtrées de même âge, et provenant du même échantillon, provoque une agglomération pouvant même parfois faire défaut, sans que, jusqu'ici, nous ayons pu en saisir la raison. M. Kraus avait déjà insisté sur l'inconstance et la variabilité du phénomène.

Ajoutons que certaines cultures filtrées et stériles, surtout quand elles sont conservées depuis un certain temps, laissent déposer, sans addition d'aucun sérum, une fine poussière se répandant par agitation dans le liquide, et se présentant au microscope sous forme de petites agglomérations qui ne sont pas sans analogie avec des amas microbiens. De semblables agglomérations sont parfois constatées dans le dépôt de certains sérums. Il est donc nécessaire, pour éviter toute erreur d'interprétation, d'examiner, avant tout mélange, la culture filtrée et le sérum. Les corps qui constituent les dépôts spontanés sont peut-être voisins de ceux précipités par le mélange de sérum et de culture filtrée. Ce n'est pas un des points les moins intéressants du phénomène de l'agglutination, que de voir naître du conflit de deux liquides limpides, culture filtrée et sérum, un précipité qui va jusqu'à donner l'illusion de la matière vivante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Avril 1898.

Polypes fibreux sphacélés.

M. Tuffier distingue entre l'infection des fibromes et leur sphacèle.

Les fibromes infectés donnent lieu à des accidents septicémiques graves, et, récemment, M. Tuffier a observé une malade chez laquelle l'hystérectomie ne parvint pas à arrêter l'infection.

Les fibromes sphacélés peuvent être péritonéaux, interstitiels, ou prolabés sous forme de polypes, dans le vagin. Dans un cas de polype sphacélé qu'il n'a pu enlever, le polype s'élimina spontanément après tamponnement de la cavité utérine.

M. Tuffier a observé aussi un cas de fibrome interstitiel, chez une femme de 55 ans, que l'on croyait atteinte de cancer, par suite de la fétidité de l'écoulement ichoreux dont elle était atteinte; cette malade guérit par l'hystérectomie vaginale. Enfin il a vu, en 1878, avec M. Chauffard, une malade chez laquelle il extirpa, avec succès, un fibrome, sphacélé et tordu, de la corne droite de l'utérus, qui avait donné lieu à des accidents d'obstruction intestinale; la malade guérit.

M. Potherat n'admet d'autre procédé opératoire que l'attaque directe, au bistouri, aux ciseaux, qui permet de voir toujours ce que l'on fait, de reconnaître vessie, rectum, lèvres du col, corps utérin; ce procédé est sûr, facile, et d'une exécution rapide. Le polype enlevé, tout n'est pas terminé; il faut s'assurer que la cavité utérine est libre, se rendre compte de l'état du corps utérin, de l'état des annexes; car, dans un certain nombre de cas, l'ablation du polype devra être complétée par l'ablation de l'utérus et de ses annexes, sous peine de voir continuer les accidents contre lesquels on avait été appelé à intervenir.

M. Quénu croit que la gangrène résulte de l'addition de deux facteurs : l'ischémie et l'infection.

M. Pozzi estime que le sphacèle des fibromes est souvent dû à l'élongation exagérée du pédicule par les contractions, d'où une gangrène qui atteint généralement les couches superficielles du polype. Pour enlever le polype sphacélé M. Pozzi a exclusivement recours au bistouri. Une précaution importante est de pratiquer un curetage soigné, suivi d'un tamponnement.

M. Ricard a opéré avec succès une femme atteinte de

polype utérin compliqué de septicémie puerpérale, avec 40° et état général tellement mauvais qu'un collègue avait refusé l'intervention.

M. Bouilly insiste sur ces cas rares de masse fibromateuse, remontant, d'une part, jusqu'au niveau de l'ombilic et s'engageant d'autre part à travers le col, étalée et sphacélée dans le vagin. Du fait de la tumeur vaginale sphacélée, il y a des phénomènes de septicémie dus au sphacèle, et une compression douloureuse des organes voisins par l'enclavement de la masse, en même temps qu'il existe des contractions douloureuses de l'utérus. L'intervention est délicate : par le vagin, on ne peut enlever la masse abdominale, et par l'abdomen on risque d'infecter le péritoine par la masse sphacélée.

Deux fois il s'est trouvé aux prises avec ces difficultés. Dans es deux cas, la tumeur représentait une énorme brioche renversée, dont la partie supérieure remontait à l'ombilic et le dépassait, dont la partie inférieure volumineuse s'étalait en un énorme champignon dans le vagin et jusqu'à la vulve, et dont la portion rétrécie était serrée par le col au niveau du détroit supérieur.

Dans son premier cas, il commença par le vagin et dut terminer par l'abdomen; la malade, qui était déjà très mal, succomba.

Dans le second cas, il suivit un plan inverse : il enleva par l'abdomen toute la portion non infectée et termina par l'ablation de la portion vaginale gangrenée, complétée par l'hystérectomie vaginale. L'intervention fut laborieuse, mais se fit sans incidents. La malade guérit, après avoir présenté quelques accidents infectieux.

Des psychoses opératoires.

M. Lucas-Championnière n'a pas à réfuter les assertions semblables à celles qu'émettait, il n'y a pas si longtemps, Keith, qui disait que plus du tiers des malades castrées deviennent folles. On observe évidemment quelques cas, extrêmement rares, mais on trouve toujours qu'il s'agit de femmes prédisposées ou antérieurement atteintes de folie. C'est ainsi que chez deux jeunes femmes il a vu survenir, après castration, des accidents de manie qui furent, d'ailleurs, passagers; ces deux malades étaient des déséquilibrées. Chez une autre, âgée de 49 ans, il entreprit une hystérectomie vaginale pour un fibrome; l'intervention fut partielle. La malade fut prise de manie aiguë, qui passa au bout de six mois. Quand elle eut recouvré la raison, on opéra à nouveau et, cette fois, on lui enleva les deux ovaires. Aucun accident psychique ne survint, ce qui montre bien que la castration ne saurait être invoquée; puis la démence suivit l'intervention partielle et non l'intervention radicale.

En somme, on peut admettre que chez des prédisposées les opérations sur l'utérus et les ovaires peuvent, en de rares circonstances, amener des troubles psychiques.

M. Guinard présente un malade auquel il a extirpé le ganglion de Gasser gauche, après avoir successivement pratiqué, et avec un insuccès complet, l'opération de Jarre et l'ablation du ganglion de Meckel. Le résultat thérapeutique est actuellement parfait, le malade ne souffrant plus.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué une ostéotomie sous-trochantérienne pour une luxation pathologique de la hanche; le malade avait un raccourcissement de 7 centimètres, et ne pouvait que se traîner à l'aide d'une béquille. Le résultat obtenu est excellent.

M. Schwartz présente un malade auquel il a réséqué toute la saphène interne pour phlébite variqueuse. Il a en outre réséqué une partie de la peau, tout le long de l'incision, de manière à la rétrécir et à constituer une sorte de bas élastique naturel.

M. Demoulin relate l'observation d'une malade qu'il a opérée pour des accidents d'obstruction intestinale. La laparotomie lui a permis de voir que la cause de l'obstruction était une masse développée dans l'épaisseur du cæcum, et qui comprimait la valvule de Bauhin. Il réséqua cette tumeur et obtint un succès thérapeutique complet. L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. Gombault : il s'agissait d'inflammation simple, soit de typhlite sous-muqueuse.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 7 Mars 1898.

La toxine diphthérique aviaire.

M. G. Ferré a recueilli la toxine aviaire par les procédés qu'on emploie pour obtenir la toxine du bacille de Löffler de l'homme. Il l'a essayé sur un certain nombre de volailles, une vingtaine environ, et chez ces animaux cette substance lui a donné des accidents paralytiques. Cette action varie suivant la quantité de toxine injectée et suivant les conditions dans lesquelles elle a été conservée; et notamment suivant la durée de son exposition à l'air et à la lumière, et suivant l'âge de la culture.

Prise dans de bonnes conditions, elle donne, quand on l'injecte à la dose de 1/5, 1/4 de centim. cube, à des volailles de poids moyen des accidents paralytiques qui peuvent n'être que passagers, mais qui dans certains cas se terminent par la mort. A la dose de 2/5 de centim. cube, les animaux sont atteints de paralysie progressive et meurent. Mais si la toxine est ancienne, son action est beaucoup plus faible.

Si l'on injecte des doses suffisantes de toxine, on voit se produire des phénomènes locaux (œdème, suffusions sanguines), puis des phénomènes paralytiques qui débutent habituellement dans les membres les plus voisins du lieu d'inoculation. Les paralysies développées sous l'influence de l'inoculation de la toxine peuvent être accompagnées de contracture, ce qui donne aux volailles atteintes plus particulièrement d'accidents cervicaux un aspect tout à fait particulier, car elles sont affectées alors d'un véritable torticolis quand les contractures portent sur les muscles du cou.

Quel que soit le lieu d'inoculation, quel que soit le membre qui soit pris le premier, si la quantité de toxine est suffisante, la paralysie est progressive et s'étend lentement aux quatre membres, puis aux muscles de la déglutition et de la respiration, et l'animal succombe en présentant des phénomènes respiratoires comparables à ceux que présentent les mammifères dans l'intoxication diphthérique.

La paralysie est quelquefois plus accentuée dans une moitié du corps que dans l'autre, de telle sorte que l'animal paraît frappé d'hémiplégie. Il arrive même, chez les animaux qui ne meurent pas dans le cours de cette intoxication expérimentale, que la paralysie des ailes, par exemple, puisse céder d'abord, puis à cette paralysie succède celle des pattes, qui cède à son tour et l'animal guérit.

Après une injection de toxine faite dans des conditions telles que la paralysie des pattes se produise, on note tout à fait au début des accidents la disparition de la sensibilité dans les membres postérieurs, en commençant par les orteils.

A l'autopsie des animaux qui succombent, on trouve les reins très congestionnés, le foie jaune en masse, ou bien présentant des espaces plus jaunâtres que le reste de la substance, le cœur est décoloré.

Les nerfs ne paraissent pas malades à l'extérieur, les centres nerveux et la moelle sont congestionnés. Mais à l'examen microscopique on constate que les filets nerveux (sciatique, nerfs du plexus brachial) sont atteints de névrite absolument caractéristique; le nombre des filets atteints varie suivant les cas.

La moelle est également atteinte de poliomyélite. On y trouve des vaisseaux dilatés, bourrés de globules. Il y a en certains points des hémorrhagies. Les cellules sont dégénérées aussi bien dans les cornes antérieures que dans les cornes postérieures.

M. Ferré a essayé également quelques expériences dans le but de rechercher si dans cette intoxication les lésions portaient primitivement sur la moelle ou sur les nerfs. En expérimentant chez les volailles, il a pu établir que dans l'intoxication produite par la voie sanguine les lésions de myélite sont primitives.

Imperforation congénitale de l'uretère gauche avec hydronéphrose et atrophie du rein correspondant.

M. Guyot a trouvé à l'autopsie d'un enfant d'un mois une

imperforation probablement congénitale de l'uretère gauche avec hydronéphrose. L'uretère de ce côté, en effet, avait tout à fait l'aspect et les dimensions d'une anse d'intestin grêle descendant dans le petit bassin; ce n'est qu'en examinant attentivement sa direction et ses connexions avec le rein et la vessie qu'on pût le reconnaître. L'uretère du côté opposé était perméable; la vessie contenait de l'urine claire.

Le rein du côté gauche était de volume moindre que celui du côté opposé. L'uretère gauche contenait un liquide un peu louche, mais non purulent, tenant en suspension des débris épithéliaux; le bassinet et les calices participaient à cette dilatation, et la coupe du rein correspondant laissait sourdre de l'urine en assez grande quantité. En prolongeant l'incision suivant le grand axe de l'uretère dilaté, on trouva un véritable cul-de-sac, sans aucune trace de conduit communiquant avec la vessie distante d'environ un demi-centimètre, et séparée de celui-ci par du tissu de consistance et d'aspect fibreux.

Un cas de respiration inversée chez l'homme.

M. Micheleau a observé un tuberculeux dont chaque mouvement inspiratoire s'accompagnait d'un abaissement du larynx avec tirage sus-sternal et d'une dépression très marquée des sept derniers espaces intercostaux pendant que les organes abdominaux étaient violemment refoulés par le diaphragme; à gauche, au niveau des quatre derniers espaces, en arrière de la ligne axillaire, existait un méplat très apparent, même quand la poitrine était au repos. M. Cassaët avait émis l'hypothèse qu'il existait au niveau du diaphragme et de la partie inférieure du thorax des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, malgré le peu de valeur des signes objectifs et l'absence à peu près complète d'antécédents morbides suffisants pour expliquer cette anomalie.

Ce malade est mort d'hémoptysie, et l'autopsie a confirmé l'hypothèse de M. Cassaët : les deux feuillets de la plèvre étaient accolés au niveau du diaphragme et de la partie inférieure du thorax, surtout du côté gauche; la plèvre ne présentait ni fausses membranes, ni plaques d'épaississement, et c'est à l'absence de ces productions pathologiques que l'on peut vraisemblablement attribuer l'absence de signes stéthoscopiques constatés pendant la vie; c'est aussi par la même raison que l'on peut expliquer l'absence des phénomènes généraux, les adhérences de la plèvre à sa partie inférieure succédant le plus souvent à l'organisation des fausses membranes qui se produisent au cours d'une pleurésie aiguë, ou tout au moins primitivement aiguë. Outre les lésions tuberculeuses du sommet (cavernes), chaque poumon présentait une infiltration granulique presque totale qui s'était produite et manifestée pendant les derniers jours du malade.

M. Arnozan insiste sur ce fait qu'il y avait du tirage sus-sternal, avec abaissement du larynx dans l'inspiration, sans tirage sus-claviculaire; ce signe seul permettait de poser le diagnostic exact.

Lésion traumatique de la fémorale consécutive à un écrasement de jambe.

MM. de Fontguyon et **Aubaret** présentent une pièce provenant d'un malade qui a été victime d'un accident de voiture. Tombé sous la roue de sa charrette, il eut un écrasement de la cuisse droite au niveau du tiers inférieur et une fracture ouverte de la jambe gauche également au niveau du tiers inférieur. Il s'est présenté à l'hôpital offrant une large plaie béante située sur la partie interne du genou, ayant eu une forte hémorrhagie et la cuisse comprimée par la bande d'Esmarch. Ce malade ne tarda pas à avoir de la gangrène gazeuse : marbrures, pied froid, phlyctènes, pus huileux et fétide, tympanisme remontant jusqu'au pli de l'aine. L'état général s'était très aggravé, la fièvre s'élevait à 40°, le pouls à 150; le faciès était pâle et jaunâtre.

Devant la gravité de ces symptômes, le malade se décida enfin à accepter la désarticulation de la hanche proposée antérieurement.

La désarticulation fut faite sans incident. Le soir même, le pouls était descendu à 108, la température tombait à 37°, pour s'élever ensuite, sans atteindre cependant les degrés antérieurs. Actuellement, l'état de la plaie est aussi satisfaisant que possible.

L'examen du membre nous a permis de constater une fracture à fragments multiples engrenés les uns dans les autres, siégeant à trois travers de doigt environ de l'articulation du genou. Le péroné était fracturé à son extrémité supérieure. L'articulation du genou était remplie de pus et communiquait avec la plaie extérieure.

Les vaisseaux ont été incisés longitudinalement avec soin de la racine du membre au creux poplité.

Au niveau du foyer de fracture, l'artère et la veine fémorales étaient oblitérées chacune par un caillot allongé que nous vous présentons. L'artère offre une lésion des plus intéressantes : ses tuniques interne et moyenne sont transversalement sectionnées, l'externe restant intacte. Au-dessous de l'incision circulaire, la tunique interne est rouge, tuméfiée, ainsi que la portion correspondante de la veine.

Cette lésion traumatique accidentelle reproduit exactement celle que l'on provoque dans la ligature des artères. Selon toute probabilité, la section des deux tuniques a été faite sous l'influence directe du traumatisme sur le fémur encore intact, et non secondairement par l'une des nombreuses esquilles du foyer de fracture.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 4 Avril 1898.

Rupture du cœur.

M. Duplant rapporte l'observation d'un malade du service de M. Lépine. C'était un vitrier, âgé de 68 ans, qui depuis longtemps, souffrait de points douloureux dans le thorax à gauche. Ces douleurs avaient augmenté depuis 15 jours, et il avait dû abandonner son travail. Enfin, 4 ou 5 jours avant l'entrée, étaient apparus de la dyspnée intense et de l'œdème. Il avait pu, néanmoins, se rendre à pied à l'hôpital.

A l'entrée, l'état général était mauvais, la dyspnée menaçante; les veines du cou étaient très saillantes, sans battements. Le thorax était globuleux; la pointe se sentait dans le 5e espace, un peu en dehors du mamelon, mais on percevait les battements dans tout le voisinage, surtout du côté du sternum. La matité précordiale occupait une large surface, limitée en haut par le 3e espace, en bas par la 6e côte, sur les côtés, par le bord du sternum et la ligne axillaire antérieure. Il y avait dans les deux plèvres, aux bases, du liquide qu'une ponction exploratrice montra être légèrement hématique. Le pouls était insensible à la radiale, et même à l'humérale.

Le malade mourut quelques heures après, brusquement, sans agonie.

A l'autopsie, on trouva le péricarde rempli de caillots, qui étaient de 3 ordres : les uns, noirs, étaient libres dans la cavité; d'autres, noirs également, siégeaient entre le myocarde et le péricarde viscéral; et enfin un gros caillot fibrineux blanc rosé s'échappait de la paroi du ventricule gauche. En le soulevant, on vit qu'il traversait une perforation verticale, à peu près parallèle à la cloison interventriculaire, et située à 2 centimètres d'elle environ. Cette perforation avait 4 cent. 1/2 de haut et 2 cent. 1/2 de large. L'examen de ses bords permit de constater qu'elle était la conséquence d'un vaste infarctus du cœur. L'aorte présentait des plaques d'athérome; l'une des branches des coronaires était complètement oblitérée dans le voisinage de la perforation. Un infarctus siégeait également à la base du poumon gauche. Le cœur était dilaté, les reins scléreux et kystiques, les plèvres contenaient le liquide rosé qu'on y avait constaté pendant la vie.

Lithiase précancéreuse.

M. Bret rappelle l'extraordinaire fréquence des accidents lithiasiques chez les malades atteints de cancer primitif de la vésicule biliaire. Une statistique récente donnait à cette fréquence le chiffre de 95 p. 100. Au contraire, il n'y a guère que

15 p. 100 des cas de cancer secondaire du même organe qui aient présenté de la lithiase. Enfin, dans les deux sexes, il y a même rapport entre la fréquence relative de la lithiase, et celle du cancer primitif. Ces faits sont donc opposés à la théorie, exprimée parfois, de la lithiase secondaire au cancer. M. Bret apporte une observation clinique et anatomo-pathologique qui plaide dans le même sens que les arguments précédents. Il s'agit d'une femme de 36 ans, chez laquelle des phénomènes douloureux du côté des voies biliaires, accompagnés d'expulsion de calculs et d'ictère, précédèrent de beaucoup l'évolution d'un cancer, auquel elle succomba, et que l'on put constater à l'autopsie.

Epilepsie jacksonnienne.

M. Albertin présente un jeune malade qu'il se propose de trépaner pour traiter des crises d'épilepsie jacksonnienne qui suivent, depuis 8 ans, une marche progressivement croissante, au point de vue de la fréquence et de l'intensité. L'origine des accidents est dans une fracture du pariétal droit.

Le malade, qui avait alors 11 ans, était couché à terre, et un cheval, en passant près de lui au pas, mit un pied sur sa tête. Actuellement, le malade présente un enfoncement à la place du traumatisme, à peu près au niveau des centres moteurs de la face, et une hyperostose diffuse du frontal et du pariétal de ce côté.

Fracture de l'humérus.

M. Albertin présente un malade atteint de fracture compliquée de l'humérus, qui ne présentait aucune consolidation au bout de 6 mois. M. Albertin réunit les fragments par un appareil en platine de M. Martin qui fut abandonné. La consolidation a été obtenue en 4 mois, et s'est maintenue.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 Avril 1898.

Cholécystite suppurée.

M. Pierrot, médecin chef de l'hôpital militaire Desgenettes, a eu dans son service un officier, atteint antérieurement de lithiase biliaire, et qui présentait les signes d'une cholécystite suppurée grave. L'état général étant précaire, M. Pierrot intervint. Il trouva une vésicule débordant le foie de 4 centimètres; elle était de couleur gris bleu, mais non vascularisée à la surface. Avant de l'ouvrir, M. Pierrot explora les canaux sans les ouvrir non plus, et pendant cette manœuvre la vésicule se vida. Devant ce résultat, on ne poursuivit pas l'opération.

Les suites furent excellentes, et l'état du malade s'est maintenu entièrement satisfaisant. Aussi M. Pierrot pense-t-il que dans quelques cas, une simple laparotomie, suivie de massage modéré des canaux et de la vésicule, pourrait donner de bons résultats.

Médication thyroïdienne et fonction génitale.

M. Rivière a observé 2 malades, de 36 et 40 ans, arthritiques, de vie sédentaire et appartenant à des professions libérales, qui ayant pris des tablettes de corps thyroïdes pour combattre l'obésité, virent apparaître au bout de peu de temps une impuissance génitale absolue.

M. A. Pollosson a, par contre, traité 2 cas d'aménorrhée rebelle par la médication thyroïdienne, avec succès.

Incontinence fécale par regorgement.

M. Rivière a traité une enfant de 12 ans, atteinte d'une constipation opiniâtre ancienne, à laquelle avait succédé une diarrhée continuelle, due vraisemblablement à la rectite que l'accumulation des matières avait créée. La guérison fut assez facilement obtenue par des lavements d'huile, suivis de purgatifs légers.

Un cas à peu près analogue a été présenté par M. Demons au Congrès de chirurgie.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Février 1898.

Hémiplégie gauche avec paraphasie.

M. Vedel présente les pièces nécropsiques d'un malade qui avait une hémiplégie gauche compliquée d'un certain degré d'aphasie (paraphasie avec coprolalie). Ces accidents, consécutifs à un ictus datant d'un mois, s'accompagnaient de contractures précoces, de myosis à gauche, de paralysie des sphincters, de crises d'excitation, et aboutirent à un coma terminal. Le diagnostic porté fut celui de lésion méningée bilatérale.

L'autopsie permit de constater au niveau des deux hémisphères, à la face interne de la dure-mère, des plaques d'infiltration sanguine qui couvraient à droite les lobes frontal et pariétal, à gauche, le lobe pariétal et la troisième circonvolution frontale.

Les méninges étaient saines, et l'hémorrhagie s'était faite dans la cavité arachnoïdienne. Celle-ci doit être rapportée à la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux très accusée sur toutes les artères cérébrales.

Rôle du foie dans l'action des substances anticoagulantes.

M. Delezenne a obtenu, en faisant circuler, à travers le foie du chien, des ferments solubles, des toxines microbiennes, des toxalbumoses végétales, du venin de serpent, etc., et en le recueillant par les veines sus-hépatiques, un liquide capable, à très faible dose, d'empêcher la coagulation du sang *in vitro*. M. Delezenne pense que la présence du sang dans le foie est absolument indispensable à la production de liquides anticoagulants. Il a observé, d'autre part, que les divers agents dont il a étudié l'action anticoagulante produisent une leucolyse intense, ajoutés au sang *in vitro*, ou injectés dans le torrent circulatoire. Cette destruction des leucocytes met en liberté, dans le plasma, deux ordres de substances antagonistes, les unes (substances zimoplastiques), les autres (cytoglobine ou histone), capables, au contraire, de retarder directement la prise en caillot. D'après M. Delezenne, les premières seraient retenues au passage par le foie, les secondes resteraient seules dans la circulation, et communiqueraient au sang leurs propriétés anticoagulantes.

Anus imperforé avec absence de rectum.

M. de Rouville communique deux faits de malformations ano-rectales. Dans le premier cas, l'opération d'Amussat n'ayant pas réussi, à cause de l'absence du rectum, l'anus iliaque fut refusé par la famille, et l'enfant mourut seulement le vingt-troisième jour après sa naissance.

Dans le second cas, on fit un anus iliaque. L'enfant a maintenant 5 ans, mais son ventre est ballonné, la constipation opiniâtre et la circulation abdominale complémentaire très développée.

M. de Rouville fait observer que l'anus iliaque est un pis-aller qu'on ne doit jamais réaliser avant d'avoir tenté la méthode périnéale.

M. Estor a fait plusieurs opérations d'Amussat, mais jamais l'enfant n'a survécu. Il pense que l'on doit toujours tenter de sauver la vie du malade et toujours faire l'anus iliaque, si l'opération d'Amussat est impossible, quitte à rechercher le bout inférieur de l'intestin en introduisant une sonde par l'anus artificiel, par un véritable cathétérisme rétrograde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Janvier et Février 1898.

Aphasie et hémiplégie droite avec lésion de l'insula, sans altération du centre de Broca.

M. Bernheim communique l'observation d'une femme ayant eu à trois reprises des vertiges prémonitoires, qui fut prise d'une attaque avec coma. Les accidents comateux cédèrent, mais il persista une aphasie totale avec cécité et surdité psychique. L'état s'améliora, l'obnubilation intellectuelle céda, l'intelligence revint complètement; après être restée six mois dans le service, la malade put être employée à l'hôpital à divers travaux, mais l'aphasie motrice était définitive, sans rééducation possible. Un an après cette première attaque survint un deuxième ictus, intéressant l'hémisphère droit; coma et mort.

A l'autopsie, on trouva d'abord le foyer récent, superficiel, occupant la pariétale ascendante. A gauche, était le foyer ancien; atrophie légère de l'hémisphère. Le foyer siégeait au niveau de la moitié inférieure de la pariétale ascendante et de la frontale ascendante, mais respectait totalement la troisième frontale, dont le pied n'était pas même altéré histologiquement. Atrophie du troisième segment du lobule de l'insula et de la partie moyenne de la deuxième frontale.

Ce cas paraît à M. Bernheim appuyer l'hypothèse qui nie l'existence des centres phonétiques proprement dits, admettant qu'ils ne sont que des lieux de passage.

M. Etienne se demande s'il ne faut pas compter avec la possibilité de différences individuelles, comme il paraît en exister pour les trajets des faisceaux émanés de ces centres, celui du facial dans la capsule interne, par exemple.

M. Frœlich fait observer que Wolf (de Strasbourg) enseigne depuis longtemps que les centres n'existent pas en réalité; ses expériences sur les chiens démontreraient qu'ils ne sont que le fait d'une accoutumance par hérédité; et certains héréditaires font leurs centres ailleurs qu'au siège classique.

M. Simon rappelle que, à Nancy, Dufour a étudié dans sa thèse les cas d'aphasie motrice liés aux lésions de l'insula.

Traitement de la névralgie faciale idiopathique par l'électrothérapie.

M. Guilloz rapporte cinq observations de malades traités et guéris par l'électrothérapie.

L'un de ces malades, âgé de 62 ans, fut atteint de douleurs très intenses un mois après un refroidissement. Après une résection du nerf sous-orbitaire, la guérison dura 9 mois, puis les accidents reparurent. Après 58 applications de courants continus de haute intensité, en variant le pôle, les accidents s'amendèrent graduellement, et actuellement le malade n'a plus que quelques rares élancements. Un autre malade avait été opéré deux fois (résection du nerf), par MM. Frœlich et Heydenreich.

M. Guilloz procède en se servant d'électrodes de formes variables, à champ rétréci, suivant la région douloureuse. Il obtient facilement deux courants de 1 1/2 sans altération de la peau, qu'il faut surveiller attentivement, car il se produit, au début, de l'analgésie.

M. Heidenreich a déjà entretenu la Société de l'un de ces malades; M. Frœlich avait réséqué 4 centimètres de nerf; la névralgie était guérie; mais la sensibilité reparut, et, avec elle, les douleurs; M. Heydenreich opéra de nouveau, au même point; il réséqua 11 centimètres du même nerf; il y avait eu manifestement régénération.

M. Bernheim estime que la douleur névralgique n'est qu'un symptôme lié à des états différents du nerf. Quelquefois elle guérit spontanément. Quelquefois il y a névrite tenace durant des mois, puis guérison; quelquefois il y a une névrite définitive, et aucun traitement ne peut rien. Des névralgies durant depuis des semaines peuvent guérir après une seule séance de suggestion : il y a là une véritable névrose locale greffée sur des lésions superficilles antérieures. Dans les cas de M. Guilloz, il ne s'agit certainement pas de suggestion.

M. Simon insiste sur ce fait que, dans la première observation, il s'agit d'un tic douloureux de la face, maladie considérée jusqu'à présent comme à peu près incurable.

Influence de la trépanation sur la névrite optique dans les lésions du cerveau.

M. Rohmer a relaté l'observation d'un homme, âgé de 26 ans, qui, ayant présenté des convulsions dans le jeune âge, entra à l'hôpital pour une céphalalgie, des contractures dans le bras et la jambe droite et une paralysie droite de la face. Congestion de la papille, névrite optique œdémateuse, anosmie, convulsions.

Le 9 septembre 1897, M. Rohmer applique 3 couronnes de trépan au niveau de la zone rolandique gauche et détermine une ouverture grande comme une pièce de 5 francs.

La ponction méningée, l'ouverture au bistouri, la ponction intra-cérébrale ne donnent pas de résultats. Suture, drainage par une mèche iodoformée. Trois jours plus tard, l'exophthalmie avait diminué; 8 jours après, elle avait complètement disparu à droite, était encore légère à gauche; le malade distinguait les doigts. Les papilles étaient saillantes, légèrement vasculaires, les veines un peu gonflées. Les troubles dans les membres avaient diminué; après 15 jours, l'odorat avait reparu; cependant, de nouvelles crises survinrent, l'exophthalmie se rétablissait pendant ces crises. La céphalalgie persistait.

Actuellement, on ne considère plus la névrite optique au cours des lésions cérébrales comme une névrite par propagation; on pense qu'au début il y a seulement infiltration œdémateuse du nerf, puis seulement réaction inflammatoire et atrophie; le tout dû à l'augmentation de tension intra-crânienne. D'où cette conclusion pratique qu'il y a lieu d'intervenir le plus tôt possible pour diminuer d'une manière très précoce la tension; après 2 ou 3 mois, la lésion irritative est irrémédiablement établie.

M. Rohmer a réuni 102 cas d'opérations; 48 fois, l'état de la lésion était indiqué avant l'opération, mais pas après; 54 fois, les lésions ont été notées avant et après; 27 fois, il y a eu guérison avec disparition des accidents ophthalmiques; 17 fois, amélioration; dans 10 cas, résultats nuls : il y avait atrophie préexistante.

Il faut donc traiter la cause première par une intervention curative, si la lésion est abordable, ponction dans l'hydrocéphalie, etc.; palliative, si la lésion ne peut être atteinte; alors, craniectomie large.

Grossesse extra-utérine putréfiée.

M. Frœlich relate l'observation d'une grossesse extra-utérine tubaire putréfiée, qu'il opéra par la laparotomie.

La grossesse datait de 11 mois; le fœtus avait succombé à 4 mois. Le kyste fœtal suppuré s'était partiellement vidé dans le rectum.

Les accidents présentés par la malade, qui avait 25 ans et était nullipare, consistaient en crises douloureuses et fébriles de péritonisme.

M. Frœlich extirpa partiellement le kyste, retira les ossements du fœtus, et draina par le vagin et par l'abdomen. Guérison après une fistule stercorale qui persista 2 mois. L'utérus était fibromyomateux.

Mort consécutive à une éruption difficile de la dent de sagesse.

M. Heydenreich a communiqué l'observation d'un homme âgé de 33 ans, amené à la clinique avec le diagnostic d'oreillons; la fièvre était élevée, persistante, à 40°; agitation, délire; douleurs de névralgie dentaire; constriction des mâchoires; gonflement de la région parotidienne droite, s'étendant à la région du cou. Lorsque M. Heydenreich vit le malade au 3e jour des accidents graves, la situation était bien améliorée, la température était à 39°2 et 38°, la connaissance était entière, le gonflement très limité à l'angle maxillaire droit; le malade pouvait ouvrir la bouche; un flot de pus s'écoulait par la mâchoire. Toutes les dents existaient. Il y avait certainement une ostéite suppurée du maxillaire inférieur par éruption de la dent

de sagesse. A ce moment, il n'existait aucune indication opératoire.

Le lendemain, 4° jour, le malade tomba dans un état de semi-prostration; le soir, la température était à 40°5. Au 5° jour, le malade est amené mourant à la salle d'hôpital. Hémiplégie gauche complète. Large incision au thermocautère dans tous les sens, jusqu'aux arcades zygomatiques; on ne trouve pas de pus. Le malade meurt le lendemain à midi.

A l'autopsie, on trouva du pus à droite entre la voûte crânienne et les méninges, jusqu'au niveau de la convexité, vers la région médiane; ostéite suppurée du crâne. En fendant les méninges, on tomba sur une couche de pus jaune verdâtre très épais (méningo-encéphalite). Rien à l'intérieur du cerveau.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 Mars 1898.

Ophthalmies pouvant simuler le trachome épidémique.

M. Greeff, qui a été chargé de plusieurs enquêtes officielles sur des épidémies d'affections oculaires, a pu se convaincre que souvent les médecins confondent avec l'ophthalmie granuleuse, certains états morbides qui n'ont rien de commun avec elle. Le plus souvent il s'agit, dans ces cas, de conjonctivite infectieuse aiguë ou de simple hypertrophie des follicules conjonctivaux.

La première s'observe dans les établissements scolaires, les casernes, etc. Elle frappe brusquement un grand nombre d'individus à la fois. En l'espace d'une nuit la conjonctive et les paupières se tuméfient; il existe un larmoiement et une photophobie intenses. Au bout de deux à trois semaines tous les phénomènes morbides disparaissent. Ainsi que le montre l'examen bactériologique, les agents pathogènes de cette conjonctivite sont multiples (pneumocoques, diplobacilles, streptocoques, staphylocoques, etc.). L'épidémie reste cantonnée à certains locaux, à certaines maisons, et ne s'étend jamais à toute une région ni à des provinces entières, comme il arrive pour le trachome.

En ce qui concerne la simple tuméfaction des follicules conjonctivaux, on la trouve en temps ordinaire chez 20 p. 100 des écoliers, ainsi que chez nombre d'ouvriers travaillant dans des ateliers mal aérés. Il s'agit le plus souvent d'individus anémiques ou scrofuleux qui ne présentent aucun autre signe de trachome. En pareille occurrence, tout traitement local est plutôt nuisible qu'utile.

Traitement des fibromyomes de l'utérus par la ligature des vaisseaux utérins.

M. Gottschalk a pratiqué vingt fois la ligature vaginale des vaisseaux utérins pour des myomes, chez des malades qui avaient des métrorrhagies rebelles; or, chez 19 d'entre elles ces hémorrhagies furent immédiatement supprimées par l'opération.

Cette ligature a pour avantage de rendre les néoplasmes exsangues et de transformer peu à peu les myomes interstitiels en tumeurs sous-péritonéales ne provoquant plus d'hémorrhagies. Le plus souvent, du reste, ces myomes s'atrophient : c'est ce qui a eu lieu chez 7 de ses opérées.

Il va sans dire que cette méthode ne peut être suivie de succès que si la circulation dans les myomes est sous la dépendance des vaisseaux utérins. Lorsqu'il s'agit de myomes adhérents, de tumeurs secondaires, l'effet de l'opération sera tout au plus transitoire. Il faut donc bien choisir les cas susceptibles d'être traités par ce procédé; il n'est pas applicable en particulier aux myomes intraligamentaires ni à ceux qui occupent le fond de l'utérus; on devra également tenir compte du volume de la tumeur.

Maladie de Thomsen.

M. Kron a présenté 2 malades atteints de maladie de Thomsen. Le premier est un garçon serrurier, âgé de 25 ans, qui jusqu'à 15 ans a joui d'une bonne santé. C'est à partir de cette époque qu'il s'aperçut d'une certaine rigidité des membres inférieurs; grâce à beaucoup d'énergie et à des exercices gymnastiques répétés il réussit cependant à rendre une certaine souplesse à ses muscles.

Le second malade est un garçon de 17 ans, qui commença à l'âge de 10 ans à éprouver des engourdissements dans les jambes, lorsqu'il se tenait debout durant un certain temps. Cet engourdissement, qui a augmenté, est devenu aujourd'hui permanent, et au moindre obstacle le malade manque de tomber, parce que tous ses muscles se raidissent. Chez lui les masses musculaires des membres supérieurs et du tronc sont également prises; seuls, les muscles de la tête semblent indemnes, mais il existe de la glossoplégie. La rigidité musculaire disparait en partie par le tapotement des muscles, par l'électrisation, etc.

Il existe chez ces deux malades de la dermographie, ce qui semble indiquer que les muscles de la peau, c'est-à-dire des muscles lisses, sont également intéressés.

Fibromyome de l'utérus avec ascite.

M. Mainzer a communiqué l'observation d'une femme de 50 ans qui, ayant eu 7 enfants et 3 fausses couches, entra dans le service de M. Landau pour des ménorrhagies profuses qui allaient en augmentant. On constata la présence d'une ascite et d'une volumineuse tumeur de l'utérus qui avait acquis les dimensions d'une tête d'adulte. On pratiqua la laparotomie et on extirpa l'utérus avec le néoplasme. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait non d'une tumeur maligne, comme pouvait le faire craindre l'ascite, mais d'un fibromyome.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 22 Février 1898.

Ulcère du duodénum chez l'enfant.

M. Simmonds a communiqué 2 cas d'ulcère du duodénum chez les enfants. Un de ces cas se rapporte à un garçon de 8 ans qui a succombé à une néphrite consécutive à une pneumonie. A l'autopsie on trouva dans le duodénum plusieurs ulcérations plates des dimensions d'un haricot; une de ces ulcérations arrivait jusqu'à la séreuse.

L'examen microscopique montra une infiltration de petites cellules et la présence de nombreuses bactéries dont le rôle étiologique n'a pu être élucidé.

Le second cas est celui d'une fille de 9 ans qui a succombé aux suites d'une brûlure étendue du tronc 11 jours après l'accident. A l'autopsie on trouva dans le duodénum plusieurs ulcérations dont une, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, avait dénudé le pancréas et ouvert une artériole en causant une hémorrhagie violente. Le fond des ulcérations était occupé par de petits vaisseaux contenant des thrombus hyalins.

M. Fränkel montre l'estomac provenant d'un garçon de 5 ans qui a succombé à des brûlures étendues; sur la muqueuse on voit une série d'ulcérations des dimensions d'une tête d'épingle. On pouvait donc penser que ces ulcérations sont le résultat des brûlures. Tel n'est point l'avis de M. Fränkel qui attribue ces ulcères aux vomissements incessants qu'avait l'enfant. De même pour le second cas de M. Simmonds, il pense que les brûlures ne sont pour rien dans l'étiologie des ulcères du duodénum, d'autant que ces ulcères ont un aspect qui ne permet pas de leur attribuer une date récente. Du reste dans les autopsies des individus ayant succombé à des brûlures étendues, les ulcérations du tube digestif se rencontrent exceptionnellement.

M. Simmonds admet bien que les ulcères sont exception-

nels chez les brûlés, mais dans son second cas l'examen histologique semble montrer qu'il s'agit bien d'ulcères récents, et par conséquent attribuables aux brûlures.

Fièvre typhoïde chez une enfant de 2 ans.

M. Meinecki a communiqué l'observation d'une fillette de 2 ans 1/2 chez lequel le médecin traitant avait diagnostiqué une fièvre typhoïde et qui a été apportée à l'hôpital avec une fièvre de 40°. A l'examen on trouva une pneumonie droite et bien qu'il n'existât aucun symptôme de fièvre typhoïde on pratiqua le sérodiagnostic de Widal qui donna un résultat positif. Deux jours plus tard la fièvre tomba pour remonter le lendemain. L'état alla alors en s'aggravant et l'enfant succomba 8 jours après son entrée.

A l'autopsie on trouva une hépatisation grise du poumon droit, une ulcération au niveau du cartilage aryténoïde, une tuméfaction inflammatoire des ganglions mésentériques; sur l'iléon, au niveau de la valvule iléo-cæcale existaient trois plaques de Peyer tuméfiées et dont une présentait une ulcération superficielle. La rate était à peine augmentée de volume et de consistance normale.

Comme ces lésions n'étaient pas tout à fait typiques de la fièvre typhoïde, on ensemença la pulpe splénique, le contenu de la vésicule biliaire et des parcelles du foie : il se développa des cultures typiques de bacilles d'Eberth.

Action des rayons de Röntgen sur la peau.

M. Unna a eu l'occasion de faire l'examen histologique d'un lambeau de peau venant d'un individu qui, après avoir été radiographié, a présenté de la dermatite. D'après M. Unna, la dermatite consécutive à l'action des rayons de Röntgen présente trois types distincts : 1° la dermatite aiguë survenant chez des individus radiographiés dans un but diagnostique; 2° la dermatite chronique des radiographes professionnels; 3° la dermatite chronique qu'on provoque à dessein chez des individus atteints d'affections cutanées. D'une façon générale cette dermatite est rare et, si l'on fait abstraction du cas où il s'agit d'une véritable idiosyncrasie, elle tient soit à la durée de l'exposition aux rayons X, soit à la répétition trop fréquente des séances, soit enfin à la trop grande proximité du tube de Crookes. Mais les agents effectifs et la dermatite sont à la fois les rayons mêmes et les courants électriques. Ce qu'il y a de remarquable dans ces dermatites, c'est qu'il existe toujours une période d'incubation de trois semaines environ.

Dans le lambeau de peau qu'il a examiné, M. Unna a trouvé une accumulation de pigment dans les couches superficielles du chorion et une modification du tissu collogène. Les fibres collagènes sont tuméfiées, prennent avidement la couleur d'orcéine et présentent une dégénérescence basophile partielle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE ROSTOCK

Séance du 8 Janvier 1898.

Conjonctivite à streptocoques.

M. Axenfeld communique un cas de conjonctivite à streptocoques, affection qui jusqu'à présent semble n'avoir été observé qu'en France et en Italie.

Il s'agissait d'une femme de 28 ans qui depuis plusieurs années présentait un rétrécissement modéré du canal nasolacrymal, sans dacryocystite ni phénomènes de stase bien accentuées. Elle a été prise brusquement de conjonctivite violente avec injection péri-cornéenne, iritis, tuméfaction douloureuse des ganglions pré-auriculaires, mais sans kératite. L'ensemble très caractéristique de ces symptômes fit penser à la conjonctivite streptococcique, et l'examen bactériologique confirma ce diagnostic.

D'après M. Axenfeld l'iritis, la tuméfaction des ganglions pré-auriculaires et les symptômes généraux quand ils existent, doivent être attribués à la résorption des toxines. Ce qu'il y a de remarquable c'est que ces toxines traversent la cornée sans la frapper et provoquent par contre une inflammation intense de l'iris.

Le pronostic de cette conjonctivite n'est pas grave. Mais il faut savoir que les streptocoques peuvent donner lieu à la formation des fausses membranes et même à la nécrose de la conjonctive et devenir le point de départ d'une infection généralisée. Il vaut donc mieux ne pas employer les caustiques, comme le nitrate d'argent et se limiter à l'atropine et aux lavages antiseptiques. Jusqu'à présent on ne connaît pas de cas de transmission de cette conjonctivite.

ANGLETERRE

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 4 Avril 1898.

Névralgie faciale traitée avec succès par les injections d'acide osmique.

M. Turner a montré un homme de 33 ans qui depuis deux ans était sujet à des névralgies ayant résisté à tous les traitements. Les douleurs, qui étaient d'abord localisées au nerf sous-obrbitaire, ont fini par envahir toutes les autres branches du trijumeau. La cause de ces douleurs n'ayant pu être trouvée, M. Turner pensa à faire la résection du ganglion de Gasser, mais auparavant il essaya encore de faire une injection d'une solution d'acide osmique à 1 p. 100, dans l'épaisseur du nerf sous-orbitaire. Cette injection faite avec la seringue de Pravaz au niveau du canal sous-orbitaire provoqua tout d'abord une exagération considérable de la douleur, mais dix jours après les douleurs disparurent et ne se reproduisirent plus. D'après M. Turner la disparition de la douleur doit être attribuée à la destruction du nerf par l'acide osmique.

Le liquide de Coley dans les cancers inopérables.

M. Battle a communiqué l'observation d'un homme de 30 ans, qui six ans auparavant avait contracté la syphilis. Il est entré il y a quatre mois pour une tumeur douloureuse qui s'était développée dans le bras droite et gênait fortement les mouvements du membre; dans la suite d'autres tumeurs parurent au niveau de la clavicule et du bord droit du sternum. L'iodure de potassium à haute dose n'ayant produit aucune effet, on enleva une partie de la tumeur claviculaire, et son examen ayant montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome à cellules géantes, on soumit le malade aux injections du liquide de Coley et on continua en même temps l'iodure sous l'influence de ce traitement continué pendant trois mois, l'état général s'améliora considérablement en même temps que les tumeurs disparurent presque complètement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 1er Avril 1898.

Chancre syphilitique du col utérin.

M. Neumann a observé dans son service, de 1887 à 1898, sur 757 femmes atteintes de chancres syphilitiques, 115 lésions primitives du col de l'utérus, soit une proportion de 15 p. 100. Sur ces 115 malades, 72 étaient des prostituées. Les cicatrices consécutives à ces chancres du col ont la forme de petits godets. L'examen histologique révèle une abondante prolifération cellulaire de l'épithélium, du tissu conjonctif et des muscles lisses.

Les vaisseaux présentent des altérations caractérisées par une dilatation de leur calibre avec prolifération endothéliale.

Les chancres de la portion vaginale du col sont remarquables par leur étendue et la rapidité avec laquelle ils s'exulcèrent. Ils peuvent passer inaperçus d'autant plus facilement qu'ils ne s'accompagnent pas de la pléiade ganglionnaire caractéristique. Une conséquence ultérieure de ces chancres, c'est d'exercer une action fâcheuse sur la descendance et aussi sur la conception, la menstruation et l'accouchement par suite du rétrécissement du canal cervical auquel ils donnent souvent lieu. Dans 2 cas observés récemment par M. Neumann, il a fallu faire des incisions du col pour terminer l'accouchement.

Emploi des rayons de Röntgen en dermatothérapie.

M. Schiff a constaté que les rayons de Röntgen constituaient un puissant agent thérapeutique dans certaines affections cutanées. Dans l'hypertrichose, la chute des poils peut être obtenue sans la moindre manifestation inflammatoire. De même dans le traitement du lupus il est facile, au moyen des rayons de Röntgen, d'augmenter ou de diminuer à volonté l'inflammation nécessaire à la guérison.

Il est intéressant de noter que, avant de tomber, les poils deviennent blancs, tandis que la peau soumise à l'action des rayons X commence par brunir et ne redevient blanche qu'au bout de 2 ou 3 jours. Ce fait est dû à ce que les cellules qui produisent le pigment subissent une série de modifications nutritives.

Pour rendre l'épilation définitive, il est bon de soumettre de temps en temps le sujet à une séance de radiographie.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 23 Mars 1898.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage.

M. Ebstein a appelé l'attention sur le traitement des rétrécissements de l'œsophage par la dilatation. Dans le cas de sténose peu étendue, il se sert de tiges de laminaire qu'il laisse en place durant une demi-heure à deux heures.

Pour les rétrécissements plus étendus, il emploie des tubes de caoutchouc, qu'il tend au moyen d'un fil sur une baguette conductrice; après avoir introduit le conducteur muni du tube élastique on lâche le fil, et le tube de caoutchouc, en reprenant son volume primitif, dilate le rétrécissement. On laisse ce tube en place pendant une à six heures selon les cas.

Atrophie musculaire progressive.

M. H. Schlesinger a présenté un malade âgé de 39 ans dont l'affection débuta il y a 3 années par une faiblesse des membres inférieurs et des douleurs au niveau de la nuque; cette faiblesse augmenta de plus en plus et gagna les membres supérieurs. Actuellement, il existe une atrophie des muscles de la nuque (la tête est inclinée en avant), de l'épaule et des bras, tandis que les avant-bras et les mains sont indemnes. On constate, en outre, une scoliose de la colonne vertébrale, une parésie des extrémités inférieures sans atrophie musculaire et une exagération des réflexes rotulien et plantaire. La sensibilité et les fonctions vésicale et rectale sont intactes. Au niveau des muscles atrophiés on note parfois des contractions fibrillaires; l'excitabilité électrique des muscles de l'épaule a disparu. Il s'agit ici d'une atrophie musculaire à type spécial.

Dans un autre cas se rapportant à un homme de 24 ans qui fut atteint de faiblesse des jambes à la suite d'un surmenage excessif, les muscles de la nuque étaient hypertrophiés, ceux de l'épaule, des bras et des cuisses atrophiés, les muscles fessiers bien développés, la sensibilité intacte. Au niveau des muscles atrophiés on constatait la réaction de dégénérescence et des contractions fibrillaires. L'examen microscopique d'un fragment du deltoïde a révélé l'existence d'une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires avec énorme prolifération des noyaux; les vaisseaux n'étaient le siège d'aucune altération.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS D'INNSBRUCK

Séance du 28 Janvier 1898.

Résection de l'estomac pour fibromyome.

M. von Hacker a présenté une jeune fille de 24 ans à laquelle il a fait, il y a 3 semaines, une résection de l'estomac pour une tumeur qui occupait la paroi antérieure de l'organe, au voisinage de la petite courbure, avait les dimensions d'une tête d'adulte et pesait 2 kilos 250 grammes. L'examen histologique n'étant pas encore terminé on ne sait si la tumeur est un fibrome ou un myome ou un fibro-myxome.

Le diagnostic avant l'opération a été difficile. On a pu établir seulement que la tumeur qui occupait la plus grande partie de l'abdomen, n'était pas en connexion avec les organes génitaux. Elle était rénitente, fluctuante par place si bien qu'on avait pensé à un kyste hydatique du foie.

L'opération a montré que la tumeur appartenait à l'estomac. Il a fallu réséquer circulairement 12 centimètres d'estomac et enlever tout le pylore avec une partie du duodénum. Les suites opératoires n'ont présenté aucune particularité.

Diabète insipide.

M. Rokitansky a communiqué l'observation d'un garçon de 19 ans, boulanger de profession, entré à l'hôpital pour un rhumatisme musculaire léger et qui 5 jours après tomba dans l'escalier en se contusionnant fortement la tête. Il a pu remonter dans la salle et gagner son lit où il a eu quelques vomissements. Deux heures après il fut pris d'une soif vive et se mit à boire et à uriner. La polydipsie s'accusa les jours suivants, une polyurie s'établir et actuellement le malade urine 12 à 16 litres par jour.

L'origine traumatique de ce diabète insipide semble certaine. On peut donc penser que pendant la chute il se fit une lésion traumatique du bulbe.

Dilatation bronchique.

M. Rokitansky a présenté une fille de 30 ans entrée à l'hôpital pour une dilatation bronchique, datant probablement de l'enfance et compliquée depuis 3 semaines d'une gangrène superficielle de la muqueuse. Comme particularité digne d'être signalée il est à relever que chez cette malade la bronchiectasie avec véritables cavernes occupait le sommet droit.

Cette malade guérit très rapidement par le traitement que M. Rokitansky emploie en pareil et qui consiste en inhalations d'essence de térébenthine et d'acide phénique jointes aux injections dans la caverne d'une solution phéniquée à 3 p. 100 et à l'administration du baume de copahu à l'intérieur.

BELGIQUE

ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 Mars 1897.

Végétations adénoïdes et myxœdème.

M. Rommelaere. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport relatif à un mémoire de M. Hertoghe (d'Anvers) sur ce sujet. Dans ce travail, l'auteur fait ressortir la relation étroite qui existe entre l'appauvrissement thyroïdien, autrement dit le myxœdème, et la genèse des végétation adénoïdes, l'hypertrophie des amygdales, la rhinite hypertrophique et les affections du cavum.

M. Hertoghe s'inscrit en faux contre cette assertion des laryngologistes, à savoir que les végétations adénoïdes du pharynx seraient une cause d'arrêt de croissance. Il considère que végétations et arrêt de croissance se trouvent sous une dépendance commune, l'inanition thyroïdienne.

Il fait ainsi rentrer dans le cadre étiologique dysthyroïdien de l'infantilisme tous les cas où l'arrêt de croissance est attribué aux altérations du pharynx et de la muqueuse nasale.

Voici sur quelles preuves il fonde cette manière de voir :

a) Les enfants myxœdémateux présentent constamment des végétations adénoïdes.

b) Les adultes à myxœdème de moyenne intensité sont tous enchifrenés, s'enrhument facilement, deviennent aphones au moindre refroidissement. Leur voix est légèrement assourdie. Ils sont porteurs de végétations pharyngées et d'une hypertrophie de la muqueuse nasale.

Chez les adultes myxœdémateux avancés, ces phénomènes se perdent dans le chaos fonctionnel dû au gonflement mucoïde des surfaces buccale, naso-pharyngienne, glottique, linguale, amygdalienne.

c) Le traitement dissipe ces symptômes : la voix s'éclaircit, son timbre s'élève, la respiration nasale devient normale, le ronflement nocturne et diurne disparait. L'amélioration persiste tant que dure la médication, Si le myxœdème néglige son traitement, il revient au bout d'une dizaine de jours à son état antérieur ; les premiers symptômes de retour sont précisément l'enchifrènement, l'abaissement du timbre vocal, la raucité de la voix, la sensation d'obstruction nasale, de rhume, enfin le ronflement. Il se fait ainsi comme une synthèse du myxœdème ; on assiste à sa naissance et l'on peut étudier avec infiniment de délicatesse les phénomènes de début.

S'il est vrai que tous les myxœdémateux portent des lésions adénoïdes, il resterait à l'auteur à prouver qu'inversement tous les adénoïdiens sont des sujets pauvres en thyroïdine ou pour mieux dire des hypothyroïdiens. M. Hertoghe n'a pas cette prétention, et il se contente d'essayer de démontrer que beaucoup d'adénoïdiens sont en état d'inanition thyroïdienne ou que, du moins, ils ont une hérédité chargée d' « hypothyroïdie ». Voici les arguments qu'il émet en faveur de cette idée :

Les altérations des voies aériennes supérieures sévissent surtout dans le jeune âge, au moment où l'organisme éprouve le plus grand besoin de la thyroïdine indispensable à la croissance. A partir de la puberté, les filles sont plus souvent atteintes que les garçons, et cette prédominance est en rapport avec l'importance et la fatigue plus grandes, chez elle, de la glande thyroïde. Elle se retrouve dans le goître simple, le goître exophthalmique, le myxœdème.

Nombre d'enfants porteurs de végétations adénoïdiennes présentent le type scrofulo-tuberculeux. Or, il faut se rappeler que dans l'hérédité du myxœdème la tuberculose figure constamment.

Dans la même famille, sous le même toit, parmi un certain nombre d'enfants, il en est un, par exemple, qui se trouve atteint de myxœdème, alors que les autres paraissent sains ; mais si on examine ceux-ci de près, on s'aperçoit qu'ils sont enchifrenés, qu'ils nasonnent, tiennent la bouche toujours ouverte, qu'ils s'enrhument facilement et continuellement.

M. Hertoghe apporte à l'appui de ces faits plusieurs observations où la parenté des végétations adénoïdes et du myxœdème a été exactement et rigoureusement établie.

De l'importance des thromboses vasculaires en pathogénie générale.

M. Venneman (de Louvain). — En examinant au microscope les nombreuses pièces pathologiques que m'a fournies ma clinique ophthalmologique, j'ai acquis la conviction que les thromboses, hyalines ou granuleuses, des vaisseaux de moyen et de petit calibre, tant sanguins que lymphatiques, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Elles se retrouvent partout où, pendant la vie, a existé une infection ou une intoxication locale du sang où de la lymphe, avec, peut-être, un certain degré de ralentissement du courant. Le ralentissement de la circulation peut localiser, en certains points d'élection, les effets de l'infection ou de l'intoxication générale du sang ; d'où, par exemple, la fréquence du glaucome hémorrhagique toujours précédé de thrombose de la veine centrale de la rétine. La formation pariétale du thrombus ou manchon creux et le dépôt de la fibrine dans les coudes des vaisseaux prouvent également l'influence du ralentissement de la circulation. Il en est de même pour l'existence des leucocytes, figés sur place, lors de la prise en gelée du plasma sanguin, dans la zone pariétale du thrombus, zone qui correspond à la zone plasmatique périphérique des vaisseaux à circulation ralentie.

Contrairement à l'opinion généralement admise il ne faut, pour la formation des thromboses hyalines, ni sclérose de la tunique interne, ni inflammation aiguë de toute la paroi du vaisseau, ni ralentissement extrême de la circulation par marasme, sénilité ou agonie. L'endothélium seul marque quelque activité vitale exagérée, d'ordre pathologique : fragilité du corps cellulaire (boules sarcodiques), gonflement et division du noyau.

La lésion vasculaire est donc d'origine interne et part du liquide nourricier lui-même. C'est dans le sang ou dans la lymphe que se trouve le principe irritant qui détermine l'inflammation de l'endothélium et rend la fibrine plus précipitable. Ce principe à la fois phlogogène et coagulant du plasma sanguin ou lymphatique est rarement un microbe. Il faut penser plutôt aux toxines microbiennes et peut-être à certaines antitoxines. Les poisons de la vie anormale de la cellule humaine concourent également et de la même façon à adultérer la crase sanguine.

A côté des thromboses sanguines et lymphatiques existent les lésions anatomiques correspondant à l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux : dégénérescence, nécrose, hémorrhagies interstitielle, etc. Ces constatations anatomiques suffisent pour établir l'existence des thromboses pendant la vie. Mais j'ai vu aussi ces thromboses complètes ou incomplètes dans la rétine à l'examen ophthalmoscopique de l'œil vivant et j'ai pu, à l'occasion d'énucléations devenues inévitables, établir, sur des globes enlevés, le bien fondé de mes observations.

Ce qui existe si fréquemment dans les pièces pathologiques de la région orbitaire doit se rencontrer aussi dans toutes les autres régions du corps. Ainsi, j'estime que les ecchymoses et les hémorrhagies interstitielles qui s'observent dans les divers points de l'organisme sont dues, avant tout, à des thromboses de veinules. Les sarcomes, particulièrement les symptômes mélaniques, sont le siège de nombreuses thromboses.

Les cellules géantes des tumeurs tuberculeuses ne sont que des vaisseaux thrombosés, et leur couronne de noyaux périphériques est constituée par la prolifération active des noyaux endothéliaux.

Bien des maladies des centres nerveux trouvent leur cause dans les thromboses de petit calibre, comme les affections analogues de la rétine.

Il importerait de rechercher la cause première de cette plasticité anormale de nos liquides nourriciers, afin de pouvoir la combattre avantageusement par un régime et une médication appropriés. A ce dernier point de vue l'opothérapie hépatique m'a donné quelques succès.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 19 Mars 1898.

Plaie du foie par arme à feu.

M. Snyers rapporte un cas intéressant de blessure du foie par arme à feu. Le malade se trouvait dans un état de collapsus profond au moment où le chirurgien arriva auprès de lui. M. Snyers intervint immédiatement, débrida la plaie hépatique et tamponna cette dernière. Son malade guérit.

Hémorrhagie foudroyante de l'ovaire.

M. Depage rapporte l'observation d'une jeune fille qui, brusquement, présenta les phénomènes d'une perforation de l'appendice. La laparotomie, pratiquée d'urgence, démontra qu'il s'agissait d'une hémorrhagie intra-abdominale extrêmement abondante, due à une rupture de l'ovaire.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Des conditions que doit remplir une suture intestinale (1),

Par M. Jeannel,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Une suture intestinale doit remplir deux conditions : 1° Elle doit *fermer la plaie de l'intestin*; 2° elle doit *conserver à l'intestin un calibre suffisant.*

I. *La suture doit fermer la plaie de l'intestin.* — C'est-à-dire en procurer la réunion immédiate, totale. Or, pour aboutir à ce résultat, il faut que la suture puisse obtenir l'adhésion intime et solide des lèvres de la plaie dans toute son étendue; il faut qu'elle soit faite avec des fils aseptiques dans de telles conditions que la ligne de réunion soit protégée contre le contact des matières septiques contenues dans l'intestin.

1° Valeur de l'affrontement des séreuses. — C'est un fait aujourd'hui absolument démontré que l'adhésion bord à bord des lèvres d'une plaie intestinale, comme elle est cherchée par le point des quatre maîtres, ne peut être que très exceptionnellement obtenue; il ne faut pas y compter, elle est de pur hasard. Même alors qu'à la manière de Vella, au moyen d'une incision en biseau des lèvres de la plaie, on multiplie les surfaces et les contacts, le succès reste problématique. Il n'est obtenu que parce que la suture se noie dans des adhérences périphériques, intestinales ou épiploïques, ou bien encore lorsque la suture est faite de telle sorte qu'elle ne produit pas seulement l'affrontement bord à bord : la clinique et l'expérimentation s'unissent pour le prouver. L'affrontement et l'adhésion des séreuses sont l'unique garantie de la solidité et de la sûreté de la réunion des plaies intestinales. Ce n'est pas, il est vrai, que théoriquement la réunion immédiate bord à bord ne puisse être obtenue, mais l'union des bords séreux, musculeux, sous-muqueux et muqueux, déjà bien difficile en raison de la minceur des surfaces affrontées, exige nécessairement plusieurs jours pour se parfaire. Or, pendant ce temps, la circulation intestinale se rétablit et alors : 1° il arrive au contact de la ligne de suture des matières septiques qui l'inoculent et la traversent; 2° les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, la distension même de l'intestin par les gaz, tiraillent la cicatrice naissante et la rompent d'autant plus facilement qu'elle est mince et jeune.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'on affronte les séreuses; d'abord les surfaces affrontées sont plus larges, les contacts plus multipliés et plus intimes; mais surtout l'heureuse propriété que possèdent les surfaces séreuses, et plus particulièrement celle du péritoine, de contracter entre elles de rapides, intimes et solides adhérences, protège absolument la plaie réunie contre tout danger d'inoculation, sinon de rupture. Ces adhérences s'établissent quasi instantanément. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'en constater déjà l'ébauche au cours même de la laparotomie; au bout d'une heure, elles sont déjà appréciables entre les lèvres d'une plaie suturée.

Evidemment, l'organisation définitive, la cicatrisation de la plaie réunie, demandent du temps, six jours au moins d'après Chaput et Cornil, qui ont communiqué récemment à l'Académie de médecine (1896) le résultat de leurs belles recherches sur ce sujet; mais, dès les premières heures, la plaie est réellement fermée. Il ne convient pas de reproduire ici les constatations histologiques de Chaput et Cornil, qui ont pu exactement surprendre et décrire le processus de la cicatrisation.

Qu'il suffise de dire qu'il se fait d'abord, pendant les trois premiers jours, une cicatrice provisoire fibrineuse, complète et bien obturante, mais en somme assez fragile, pour que si l'on coupe alors les fils de suture, la réunion cède à une légère traction. A partir du quatrième jour, l'organisation commence et la cicatrice définitive se constitue : les fils peuvent disparaître sans que la réunion cède à la traction ou à la tension. En résumé, par l'affrontement des séreuses, on obtient non seulement une cicatrisation définitive précoce, mais aussi et surtout une cicatrice provisoire faite d'un mortier fibrineux qui bouche la plaie dans les intervalles des points de suture et empêche l'inoculation du péritoine par le contenu intestinal, pendant tout le temps nécessaire à l'édification de la cicatrice définitive.

C'est Jobert de Lamballe (1824) qui, le premier, a montré la nécessité de l'adossement des séreuses et la valeur des adhérences qui en résultent; c'est lui qui en a tiré les conséquences chirurgicales qu'elles comportent au point de vue de la technique de la suture des plaies intestinales. Mais, si Jobert a le mérite de la théorie, c'est à Lembert (1826) que revient la priorité de la pratique. Le point séro-séreux de Lembert est, en effet, resté supérieur à tous, celui qui réalise pour le mieux l'adossement et obtient le plus sûrement et le plus sim-

1. Ce chapitre est extrait d'un volume qui vient de paraître : *Chirurgie de l'intestin*, par M. Jeannel (Paris, Inst. de Bibliogr., 1 vol. in-8 de 400 p. avec plus de 300 fig. dans le texte).

plement l'adhérence des bords séreux de la plaie dans toute leur étendue.

L'affrontement des séreuses, tel est donc le premier desideratum à remplir par une bonne suture; cela est indiscutable et il faut laisser aux chirurgiens qui le contestent toute la responsabilité de leurs paradoxes. Mais l'adhérence des bords séreux, quelque précieuse qu'elle soit, exige pour être définitive la persistance de l'asepsie de la plaie. Or, si l'on se borne à une suture séro-séreuse pure la circulation intestinale ne tarde pas à apporter au contact de la ligne de réunion des matières septiques qui risquent d'inoculer la cicatrice fibrineuse elle-même et, par suite, d'en déterminer la dissociation et la rupture. C'est pourquoi Güssenbauer, Czerny et Wölfler ont inventé les sutures à étages dont le but est de protéger la ligne de réunion séro-séreuse contre l'inoculation, en la plaçant derrière une suture, séro-musculaire (Gussenbauër, Czerny), muco-muqueuse (Wölfler). A l'abri du rempart édifié par cette suture, capable à la vérité de subir des brèches sous les attaques des matières septiques, la deuxième rangée séro-séreuse a le temps de s'organiser définitivement, de telle sorte qu'elle devienne absolument blindée. Les sutures à étages sont donc celles qui offrent les meilleures garanties.

2° Nombre de points. — Jobert, qui faisait l'invagination après l'entérectomie et opérait avec une septicité parfaite, s'étonnant de ses insuccès opératoires (chirurgicaux et expérimentaux), les attribuait à la multiplicité des points de suture qu'il plaçait à la manière de Ramdohr. Lembert ne commit pas cette erreur : il conseille d'espacer chaque point d'environ un centimètre, c'est-à-dire de les multiplier. C'est aujourd'hui un fait acquis, il faut rapprocher le plus possible les points de suture. Madelung (1881) a insisté sur cette vérité, faisant remarquer qu'une fois réintégré dans la cavité abdominale, l'intestin, tube à paroi élastique, parésié par suite des manœuvres opératoires qu'il vient de subir, se laissera distendre par les gaz, et qu'alors des points qui d'abord semblaient rapprochés, se trouveront éloignés de telle sorte que la béance des intervalles deviendra facile. Il ne faut donc pas craindre de multiplier les points de suture. En règle, il conseille de les espacer non pas d'un centimètre mais d'un demi-centimètre.

3° Choix a faire entre la suture a points entrecoupés et la suture continue ou en surjet. — La suture à points entrecoupés offre cet avantage que si un point lâche ou coupe, les voisins tiennent encore; mais elle est longue à confectionner, exigeant autant de nœuds que de points. La suture en surjet a ce grand avantage d'être d'une confection rapide et en outre d'éviter la béance des intervalles lorsque l'intestin se distend; ceux-ci, en effet, sont soutenus par le jet du fil passant d'un point à l'autre. Mais elle a cet inconvénient que si un point coupe, les voisins se relâchent. Il importe donc de la soigner de manière à la rendre sûre, c'est-à-dire que chaque point soit certainement solide; elle devient alors évidemment supérieure, surtout si on exécute le surjet interrompu de Doyen.

Le surjet de Dupuytren, dérivé du point séro-séreux de Lembert, me paraît d'ailleurs supérieur à la suture continue de Cushing, dérivée du point de Malgaigne ou de Gély. Ce dernier, comme tous les points à trajet sous-séreux ou non, parallèle à la ligne de réunion, tel encore que le point de Hallsted et ses dérivés, a le défaut de froncer les lèvres de la plaie, lorsque l'on tire les fils pour les nouer, puisque cette traction les raccourcit. Or, ce froncement, loin de multiplier les contacts, empêche l'adossement exact et uniforme des séreuses non accolées au fond des plis, et risque de compromettre l'exactitude et la régularité de la réunion.

4° Des greffes épiploïques ou autres destinées a remplacer ou a protéger la suture. — C'est Jobert (1829) qui, le premier, imagina de greffer l'épiploon sur une plaie d'intestin pour en obtenir la réunion. Lorsque l'épiploon se présentait au-devant de l'intestin lésé, il conseillait en effet de « saisir ce repli du péritoine, d'en interposer une lame mince entre les bords de la division, sans la détacher du reste du feuillet; de rapprocher les lèvres de la plaie et de les maintenir réunies par la suture de Le Dran ». Jobert faisait ainsi une véritable greffe épiploïque. Il ne fut pas imité. Il faut en effet arriver jusqu'à Vermale (d'après Bérenger-Féraud (1870) et à Senn (1887) pour voir ressusciter la greffe épiploïque. Vermale, non pas pour obturer une perforation, mais pour assurer la solidité de la suture et garantir la grande cavité péritonéale contre sa perméabilité, imagina d'entourer les bouts d'intestin invaginés par le procédé de Ramdohr avec un repli du mésentère qui devait être compris dans la suture.

En 1887, Senn reprit cette idée et pratiqua une véritable greffe épiploïque (*omental grafting*).

La suture, quel que soit le procédé employé, est faite; c'est alors qu'il faut tailler sur l'épiploon une lanière de longueur et de largeur suffisantes pour recouvrir la plaie réunie. Cette lanière est détachée complètement ou laissée adhérente à l'épiploon par un pédicule pourvu d'un gros vaisseau nourricier. On fixe ce lambeau épiploïque sur la ligne de réunion au moyen de quelques points.

En fait, en conseillant la greffe épiploïque, Senn s'inspirait d'une observation anatomo-pathologique vraie. Lorsque l'on fait l'autopsie d'un opéré ou d'un animal en expérience, on constate en général que l'épiploon entoure plus ou moins la suture en lui adhérant, ou bien que des fausses membranes se sont formées qui noient l'anse suturée et la soudent aux anses voisines. De là à conclure que ces adhérences épiploïques ou intestinales résultent d'un effort protecteur qu'il est bon d'imiter, il n'y a qu'un pas. Mais je ne crains pas de le dire, le raisonnement pèche par la base. Ce qu'il faut considérer, ce sont non pas les autopsies d'opérés morts de l'opération, ou d'animaux en expérience, mais les autopsies de sujets morts ou d'animaux sacrifiés longtemps après l'opération. Car si l'opéré est mort, c'est que ses affaires péritonéales ont mal marché, et quant à l'animal en expérience, mort ou sacrifié, les opérations d'expérience sont, on le sait, par nature, d'une antisepsie douteuse, étant faites sur un animal. Or, sur les sujets morts, ou les animaux sacrifiés longtemps après avoir survécu à l'expérience, en règle générale il n'existe pas toujours d'adhérences entre l'anse opérée, l'épiploon ou les anses voisines.

Que veut-on du reste que fasse cette greffe épiploïque, mince et fragile? Quelle barrière peut-elle opposer à l'infection? Sans compter qu'elle peut aboutir à la production de brides, cause d'occlusion intestinale ultérieure.

C'est après avoir bien reconnu l'insuffisance de la greffe épiploïque de Senn que Chaput, en 1891, conseilla d'obturer les perforations par coup de feu au moyen de greffes de rondelles de gaze iodoformée.

L'intestin étant comprimé au-dessus et au-dessous de la perforation et bien désinfecté, on taille, dans une lame de gaze épaisse de cinq ou six doubles, une rondelle ayant

des dimensions doubles de celles de la perforation. A l'aide d'une aiguille et d'un fil, on fixe la rondelle de gaze à l'intestin, tout autour de la perforation, par un surjet. On a ainsi mis une pièce à l'intestin. D'après Chaput, qui, du reste, n'a jamais employé ce procédé de greffe que sur les animaux, la rondelle de gaz, emballée dans des adhérences épiploïques, adhérerait intimement à l'intestin, proéminerait de plus en plus à travers la perforation dans sa lumière et serait enfin éliminée avec les fèces. On trouverait, au bout de deux mois, à sa place, une cicatrice fibreuse déprimée, adhérente à l'épiploon. Chaput s'autorise de ses expériences pour préconiser la greffe de gaze iodoformée sur les sutures intestinales. Il n'est pas à ma connaissance cependant que ce chirurgien ait appliqué de parti pris cette greffe à l'homme, sauf dans le cas où il a voulu faire un drainage.

Je dois citer, pour être complet, le procédé absolument bizarre de Waldo Briggs. Pour protéger la ligne de suture et d'autre part pouvoir la surveiller hors du ventre, un certain temps, Waldo Briggs (1890) recouvre la suture avec un lambeau de péritoine emprunté à un animal quelconque, fraîchement tué, et conservé dans une solution d'acide phénique à 4 p. 100. Il maintient l'anse suturée et ainsi habillée hors du ventre, au moyen d'un anneau de zinc ou de caoutchouc dans lequel il engage l'anse et qui repose sur la paroi abdominale : quatre longues épingles embrochent l'anneau et la paroi intestinale ou le mésentère. Il n'y a qu'à enlever les épingles à l'heure voulue pour libérer l'intestin, enlever l'anneau et fermer le ventre. Inutile de dire qu'un chirurgien ne trouvera que très exceptionnellement l'occasion d'imiter cette pratique. En réalité, quand le chirurgien se méfie de sa suture au point de songer à la protéger, c'est qu'elle est mauvaise et mal faite, et alors le mieux est de la recommencer dans de bonnes conditions.

5° Des qualités de l'intestin sur lequel doit porter la suture. — Si le choix du procédé de suture est important, il est capital de reconnaître si l'intestin sur lequel on va opérer jouit d'une vitalité suffisante non seulement pour supporter le traumatisme mécanique de la suture, mais aussi pour faire les frais du travail de réparation qui est le gage du succès de la suture, c'est-à-dire de la réunion. Jobert est le premier qui se soit occupé de la question et ait étudié la résistance de l'intestin sain ou malade à l'effort mécanique de la suture.

Jobert (1829), cherchant à savoir s'il fallait, après adossement des séreuses des lèvres d'une plaie intestinale, se borner à la suture en anses de Le Dran ou fixer chaque point par un nœud, a étudié l'effet de la ligature sur l'intestin. Il constate : 1° que, sur une portion d'intestin non enflammé, la ligature coupe d'emblée la muqueuse et la musculeuse, mais respecte la séreuse ; 2° que, si la séreuse est légèrement enflammée, elle résiste peu de temps à la striction de la ligature ; 3° que si la séreuse est vivement ou anciennement enflammée, elle cède tout de suite. Et il conclut que, avec une séreuse saine, il faut serrer les points par un nœud, tandis qu'avec une séreuse malade, il faut ne pas serrer les points et se borner à la suture à anses de Le Dran, qui maintient simplement le contact des séreuses sans exercer de pression capable de les rompre ; or le contact suffit alors pour obtenir une exhalation plastique et la réunion.

Pour exacte qu'elle soit en bon nombre de cas, la conclusion de Jobert est souvent excessive ; en effet quand la séreuse, et avec elle toute la paroi intestinale, est enflammée et par conséquent infectée, la constriction du fil à ligature ou à suture coupe tellement vite qu'il s'ensuit une perforation immédiate ; le point déchire et ne tient pas. Evidemment il y a là un gros danger à éviter, mais la chose est facile, car le chirurgien constate aisément la fragilité de l'intestin malade ; il voit tout de suite que les points qu'il place coupent la paroi et lâchent, et il avise sans plus tarder. Toutefois il est possible que la paroi soit en tel état qu'elle résiste encore à la constriction du point de suture, qui ne coupe ni ne lâche ; et cependant, peu de temps après, je devrais dire peu d'heures, des zones de sphacèle se dessinent au niveau de la suture la mieux faite, présages certains d'une perforation prochaine. C'est que la paroi intestinale était déjà malade et infectée et que le traumatisme de la suture elle-même a suffi pour diffuser et activer l'infection. Toute suture nécessite un traumatisme de la paroi intestinale ; si celle-ci est saine, sous le coup de fouet du traumatisme, elle fait les frais de la réunion ; si elle est malade et infectée, sous le coup de fouet du traumatisme, tout comme un membre diabétique, elle s'infecte et se sphacèle. La règle est donc sans exception : toute suture doit être appliquée sur une paroi intestinale saine et bien nourrie.

6° De l'irritation artificielle du péritoine par la cautérisation ou la scarification. — Pour favoriser l'exsudation plastique d'où résulte l'adhésion des deux surfaces séreuses affrontées par la suture, plusieurs chirurgiens ont conseillé d'irriter le péritoine par la cautérisation ou la scarification des lèvres de la plaie. Chaput badigeonne les surfaces à réunir avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100. Senn, Von Baracz, Davis préfèrent la scarification légère de la séreuse seule faite avec le dos du scalpel. Dembowski (1889), recherchant les causes qui favorisent les adhérencee péritonéales et l'iléus, à la suite des opérations chirurgicales, arrive à conclure d'une série d'expériences que mieux que les caustiques, quels qu'ils soient, la présence des corps étrangers, tels que les ligatures, provoque les adhérences.

En réalité, la cautérisation et la scarification sont des complications inutiles et même dangereuses, car il est très aisé en cautérisant ou scarifiant de dépasser le but, c'est-à-dire de détruire la séreuse par la cautérisation, de provoquer par la scarification un épanchement sanguin qui, s'interposant entre les lèvres de la plaie, risque de compromettre la réunion.

7° Epreuve de la suture. — Lorsque la suture est terminée, il importe de l'éprouver pour réparer immédiatement ses défauts, c'est-à-dire ses points faibles. La réunion est-elle mauvaise en un endroit quelconque ? Y a-t-il un hiatus entre les lèvres de la plaie, un pli où l'adossement des séreuses soit inexact ? Il faut y placer un point complémentaire. La suture n'est-elle pas étanche, c'est-à-dire laisse-elle filtrer le contenu gazeux ou liquide de l'intestin ? il faut la consolider, la doubler, au besoin la refaire. Mais comment s'assurer de la résistance de la suture ? comment même la mettre à l'épreuve de la tension intra-intestinale ? D'une façon bien simple : il faut cesser la coprostase ; les gaz et les liquides intestinaux remplissent alors l'anse suturée. Avec les doigts poussez-les donc vers la suture en les emprisonnant de façon à y produire une certaine tension ; s'il n'y a pas de fuite, si tous les points tiennent, si aucun ne coupe, soyez tranquille et réintégrez l'anse suturée dans la cavité péritonéale.

II. *La suture doit conserver à l'intestin un calibre suffisant.* — C'est la deuxième condition que doit remplir une suture intestinale. La première était purement

d'ordre physiologique et pathologique, celle-ci est d'ordre orthopédique.

Remarquez que l'adossement indispensable des séreuses ne peut être obtenu qu'à la condition de replier les bords de la plaie en dedans, vers la cavité intestinale, sur une étendue plus ou moins grande suivant la hauteur de la suture, que par conséquent la suture au moins, la suture séro-séreuse classique, mange de la paroi et détermine la formation d'un bourrelet intérieur rétrécissant et encombrant l'intestin. Pour éviter ce grave inconvénient plusieurs procédés ont été proposés dont nous retrouverons la description au chapitre consacré à l'*entérectomie* et à l'*entérorrhaphie circulaire :* je citerai simplement le procédé de Kümmer et celui de Frey qui, au moyen de résections d'inégale longueur des différentes couches de la paroi intestinale, obtiennent un affrontement muqueux sans saillie et ménagent pour l'affrontement séreux un lambeau saillant en dehors : je citerai encore tous les procédés de suture instrumentale qui aboutissent au sphacèle et à l'élimination du bourrelet central.

Au surplus il ne faut rien exagérer, la suture de Lembert et toutes celles qui en dérivent ne produisent de rétrécissement dangereux de l'intestin que si elles sont mal faites, c'est-à-dire si elles mordent trop largement sur les bords de la plaie. Lembert empruntait au maximum *deux lignes*, c'est-à-dire 5 millimètres sur chacun des bords de la plaie; il produisait donc dans les plaies transversales un bourrelet mesurant au maximum deux lignes, c'est-à-dire 5 millimètres de saillie : il supprimait dans les plaies longitudinales 8 à 10 millimètres, soit 1 centimètre de la circonférence intestinale. C'était peu, c'était même insignifiant.

J'ai dit plus haut que les sutures à étages jouissaient d'une grande supériorité au point de vue de la sécurité : elles ont, principalement celles de Güssenbauer et de Czerny, le réel défaut d'absorber une grande étendue de la paroi intestinale, de produire un bourrelet très saillant et par conséquent d'aboutir facilement au rétrécissement. Fort heureusement d'ailleurs, on peut, par des manœuvres et des précautions, prévenir cette grave conséquence, aussi bien pour les plaies transversales que pour les plaies longitudinales.

Réintégration de l'intestin dans la cavité abdominale.

La suture est faite, il faut réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale : comment convient-il de traiter l'anse suturée ? Les uns la poussent dans le ventre avec toutes les précautions voulues pour ne pas violenter ni contusionner la suture, mais sans plus s'en inquiéter. Les autres s'attachent à maintenir la suture au voisinage de la plaie abdominale et vont même jusqu'à l'y fixer au moyen d'un point de suture. Je pense que cette pratique est au moins inutile; l'intestin suturé restant le plus souvent tout seul au voisinage de la plaie abdominale. Elle peut même être dangereuse, la suture à la paroi déterminant ou une bride sur laquelle les anses voisines peuvent s'étrangler, ou une coudure de l'anse suturée capable d'aboutir à l'obstruction. D'ailleurs, dans les sutures circulaires, ce ne serait que pour les points de suture se trouvant au voisinage de la plaie abdominale que la fixation pourrait servir ; que ferait-elle en effet pour les autres ? Mon avis est que, si l'on a des raisons de suspecter la solidité de la suture; il vaut mieux la recommencer; et si l'on craint pour son asepsie, il vaut mieux emballer carrément l'anse suturée dans une lanière de gaze faisant office de drain.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Modifications dans la composition de l'urine, sous la dépendance de troubles apportés au fonctionnement du rein,

Par R. Lépine.

L'augmentation ou la diminution relative des divers éléments de l'urine n'est pas due seulement, comme on a trop de tendance à le supposer, à l'augmentation ou à la diminution de ces éléments dans le sang. Elle peut tenir aussi, en partie, à des modifications dans le fonctionnement du rein. Par exemple, la diminution des phosphates, relativement aux autres sels, que l'on observe dans le mal de Bright, paraît devoir être surtout attribuée à ce qu'un rein atteint de néphrite laisse passer moins facilement les phosphates que les autres sels. Dans divers états fébriles on a remarqué aussi une diminution des phosphates par rapport aux autres sels et à l'urée. Bien que dans ces états, la lésion des épithéliums du rein soit minime, il est fort probable qu'il s'agit encore non d'un ralentissement de la désassimilation des substances renfermant du phosphore, mais surtout d'une rétention partielle des phosphates.

Toutefois, pour être certain que des troubles dans le fonctionnement du rein sont capables d'amener des modifications *électives* dans les rapports des divers éléments de l'urine, il fallait des expériences; il convenait notamment de léser le fonctionnement d'un des reins, en laissant l'autre intact pour servir de témoin. C'est ce que j'ai fait dans plusieurs séries d'expériences poursuivies à diverses reprises depuis 12 ans; et, si je me permets de rappeler des travaux déjà anciens, c'est à cause de l'intérêt médical que présente, actuellement, l'étude de la perméabilité rénale.

J'ai modifié, chez le chien, cette perméabilité :

1° Par section des nerfs d'un rein;

2° En exerçant à l'intérieur des tubes urinifères une contre-pression au moyen d'eau salée stérilisée introduite par un uretère ;

3° Par action toxique ou médicamenteuse.

I. Section des nerfs d'un rein. — Les effets n'ont pas été toujours identiques, soit que je n'aie pas coupé les mêmes nerfs (on sait qu'il est fort difficile de pratiquer un énervement parfait du rein), soit plutôt parce que le tonus des nerfs est variable. Quoi qu'il en soit, voici les effets observés du côté énervé, comparativement au côté sain :

1° *Quantité d'urine :* Presque toujours fort diminuée (sauf dans les cas où elle était très faible du côté non énervé). Ce résultat est d'autant plus surprenant que la majorité des nerfs du rein passent pour vaso-constricteurs.

2° *Urée :* Quantité pour 100 assez souvent augmentée; quantité absolue souvent diminuée.

3° *Sels en masse :* Quantité pour 100 plus augmentée que l'urée; quantité absolue moins diminuée que l'urée.

4° *Chlorures :* Quantité pour 100 le plus souvent augmentée; quantité absolue souvent augmentée.

II. Contre-pression. — Voici les résultats observés (comparativement au côté sain) dans l'urine s'écoulant avec une contre-pression variant de 20 à 40 cent. :

1° *Quantité d'urine :* Toujours diminuée.
2° *Urée :* Quantité pour 100 presque toujours très notablement augmentée; quantité absolue diminuée.
3° *Sels en masse :* Quantité pour 100 beaucoup moins augmentée que l'urée; quantité absolue plus ou moins diminuée.
4° *Chlorures :* Quantité pour 100 habituellement diminuée, quantité absolue presque toujours très diminuée.

III. Suites de la contre-pression. — Si l'on fait cesser la contre-pression, on obtient des résultats différents :
1° *Quantité d'urine :* augmentée (si la contre-pression a été trop forte, elle est diminuée).
2° *Urée :* Quantité pour 100 très diminuée, quantité absolue plus ou moins diminuée.
3° *Sels en masse :* Quantité pour 100 diminuée en général, quantité absolue variable.
4° *Chlorures* : Quantité pour 100 augmentée, quantité absolue souvent très augmentée.

En résumé, les expériences précédentes, ainsi que celles dans lesquelles la perméabilité rénale a été modifiée au moyen de substances toxiques et médicamenteuses, permettent de conclure que chaque substance a son coefficient de passage, et que ce coefficient varie beaucoup suivant les conditions dans lesquelles se trouve le rein. Actuellement on essaie de déterminer la perméabilité rénale avec le bleu de méthylène; mais il faut savoir que les résultats obtenus ne valent que pour cette substance, et les analogues. Il se peut donc qu'un rein très perméable au bleu de méthylène le soit très peu à certaines substances toxiques venues du dehors ou provenant de l'organisme. Aussi ne saurait-on s'étonner de rencontrer des urémies avec des reins réputés à tort perméables.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'HYGIÈNE DE MADRID

Toxine typhoïde soluble et sérum antotoxique de la fièvre typhoïde,

Par M. Chantemesse,

Professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris.

Communication au Congrès d'hygiène de Madrid.

Après la découverte de la sérothérapie de la diphthérie, on s'efforça de trouver le sérum curatif de diverses maladies infectieuses et parmi celles-ci de la fièvre typhoïde.

Il fut facile de vacciner des animaux de laboratoire contre des doses de plus en plus grandes de bacilles typhiques vivants ou morts et d'obtenir un sérum qui jouissait de propriétés anti-infectieuses, c'est-à-dire, qu'injecté préventivement à des animaux sains, il les protégeait contre une dose mortelle de microbes, inoculée quelques heures après.

Ce sérum préventif possédait-t-il des propriétés curatrices pour l'homme atteint de fièvre typhoïde? Mes premières recherches faites en 1892 avec M. Widal nous ont montré que ce sérum était dépourvu de toute action vraiment efficace contre la fièvre typhoïde.

Cette maladie est en effet le résultat d'une nfection et d'une intoxication réalisées; pour la combattre sur le terrain pathogénique il faut une substance qui agisse à la fois et contre le microbe et contre la toxine qu'il secrète.

L'observation des typhiques montre que le poison de la dothiénenterie est sécrété rapidement dans le corps de l'homme. D'un jour à l'autre la dose de poison et les symptômes qui la traduisent peuvent varier. Cependant si on cherche la présence de cette toxine dans les milieux ordinaires, où a vécu le bacille typhique, on ne la trouve pas. Le liquide de culture privé de microbes par la filtration n'est pas toxique, ou ne l'est que d'une manière insignifiante; il ne renferme pas le poison que les microbes forment dans le corps des typhiques; on ne peut compter sur lui pour obtenir l'antitoxine.

J'ai cherché pendant longtemps à saisir cette toxine typhoïde soluble, qui était la première étape vers la production d'un sérum antitoxique. En janvier 1897 j'ai fait connaître les moyens de l'avoir en quantité suffisante, et j'ai indiqué quelques-unes de ses propriétés caractéristiques. La plus frappante est sa production rapide dans des milieux déterminés et sa disparition non moins rapide dans les liquides de culture sous l'influence de l'oxygène de l'air. J'utilisais d'abord, comme milieu de culture, une macération à froid de rate et de moelle osseuse additionnée d'une petite quantité de sang humain défibriné. Le bacille typhique se développe abondamment dans ce liquide, forme un voile à la surface et sécrète une toxine qui se trouve au maximum de concentration du 5e au 6e jour de la culture et qui disparaît du 12e au 15e jour environ.

Je me sers maintenant d'une solution de peptone de rate que je prépare en faisant digérer cet organe dans de l'eau acidulée, par la peptone d'un estomac de porc suivant le méthode de M. Louis Martin, puis je neutralise avant la stérilisation. Dans chaque vase de culture, le liquide est largement exposé au contact de l'air. L'alcalinité légère du début ne disparaît jamais. Elle s'accentue au contraire. Le milieu doit être ensemencé avec un bacille typhique très virulent qui sorte du corps d'un animal ou, mieux, qui n'ait été laissé que 24 heures dans un sac de collodion enfoui dans le péritoine. Au bout de 48 heures la culture est très abondante et ne répand aucune odeur. Après 5 à 6 jours la sécrétion de toxine est au maximum et va peu à peu en diminuant.

Toxine typhoïde soluble.

Pour abréger je désignerai sous le nom de toxine le bouillon filtrée qui contiendra cette toxine soluble.

J'ai recherché avec la collaboration de M. Pion les modifications que la culture a fait subir au bouillon après 5 jours d'étuve.

Ni le bouillon, ni la toxine n'intervertissent la saccharose et ne digèrent l'albumine. Ils n'ont pas à ce point de vue des réactions de diastase. La réaction légèrement alcaline du début est devenue très fortement alcaline. La densité (méthode du flacon) qui était de 0,998 est devenue 1,011.

L'extrait sec à 100° qui était pour 2 cent. cubes de 0,076 est maintenant de 0,090.

Le poids des cendres, qui donnait pour 1 cent. cube 0,615 milligr., est tombé à 0,10 milligramme.

Action des agents chimiques.

Dans l'un et l'autre bouillon, le traitement par le chlorure de sodium, le sulfate de magnésie et le sulfate d'ammoniaque en solution saturée n'ont fourni jusqu'ici que des résultats à peu près négatifs.

Dix cent. cubes de liqueur ont été traités par l'alcool absolu en quantité suffisante pour obtenir 50 cent, cubes. Le résidu sur le filtre séché a donné comme poids : bouillon primitif 171 et bouillon culture 107 milligrammes.

Le liquide de culture est traité par l'alcool absolu évaporé, qui laisse un résidu. Avec une partie de ce résidu nous produisons par la méthode ordinaire de formation des chloro-platinates un précipité; celui-ci ne disparaît pas par l'addition de potasse et ne dégage pas d'odeur. On ne peut donc attribuer son apparition à un chloroplatinate d'ammoniaque. Peut-être est-il dû à un alcaloïde? La seconde partie du résidu a été épuisée par l'éther anhydre. Par l'évaporation de ce dissolvant, il se dépose un second résidu d'une odeur désagréable, d'une réaction très acide, alors que nous n'avons opéré jusqu'ici qu'en liqueur neutre ou alcaline et que le dissolvant lui-même était neutre. La neutralisation par la soude de ce produit acide, donne naissance à une liqueur d'odeur agréable. La partie du

résidu insoluble dans l'éther se présente sous la forme d'un liquide oléagineux, alcalin, soluble dans l'eau. Avec ce dernier produit on obtient la formation d'une cristallisation de chloroplatinate, tandis que la partie soluble dans l'éther ne le donne pas.

Le bouillon primitif soumis aux mêmes manipulations chimiques n'a fourni aucune des constatations signalées plus haut.

Le précipité que l'on fait naître dans le bouillon cultivé, par l'addition de chlorure de calcium, est séparé aussi complètement que possible par le filtre et injecté, à l'état humide, dans le péritoine. Il se montre très toxique et fait périr les animaux avec les lésions de la toxine brute. Desséché au contact de l'air, à l'étuve à 37° il perd au bout de 24 heures à peu près toute action. Le précipité calcique entraîne donc dans sa formation une bonne partie de la toxine. Si on le traite à l'état humide par l'alcool absolu il lui cède une ou plusieurs substances qui donnent les réactions que les traitements par l'alcool et l'éther de la toxine brute nous ont montrées plus haut.

Action des agents physiques.

Une dose mortelle pour le lapin enfermée dans une ampoule de verre et conservée pendant un jour à la lumière diffuse ne perd pas sa toxicité. Laissée le même temps dans un grand récipient au contact de l'air, elle se dépouille à peu près de toute action à la lumière diffuse, mais non dans l'obscurité. La lumière augmente donc l'action de l'oxygène atmosphérique. La lumière seule, à l'abri de l'air, est beaucoup moins active. L'insolation de la toxine en vase clos pendant 4 heures n'affaiblit pas sensiblement sa toxicité.

Le chauffage à 58°, pendant 1 heure, d'une dose de toxine mortelle pour le lapin lui laisse son activité. Un chauffage de 100° pendant un instant diminue son pouvoir vénéneux sans le faire disparaître entièrement. Il suffit d'acidifier avec l'acide tartrique une dose mortelle pour lui enlever la majeure partie de sa puissance; celle-ci reparaît, si on redonne au milieu par l'addition de soude sa réaction primitive alcaline.

Ce poison est retenu très énergiquement dans le noir animal par lequel on le filtre.

Action de la toxine sur les animaux.

La poule et le pigeon se sont montrés très résistants à la toxine typhique. La grenouille, la souris, le cobaye, le lapin, le mouton, le chien et surtout le cheval subissent ses effets avec une violence variable suivant les espèces. Le cheval, eu égard à son poids, présente une sensibilité très vive.

Une dose de toxine mesurée à raison de 1 centimètre cube par 80 grammes de poids du cobaye, injectée dans le péritoine de l'animal le fait périr entre 12 et 24 heures. Si la dose a été moindre, ou si le cobaye a reçu une faible quantité de sérum insuffisante pour l'immuniser, il peut survivre 3 jours. Lorsque la mort a été rapide, on constate à l'autopsie une rougeur vive du péritoine et de l'intestin, de la congestion du foie, de la rate et des capsules surrénales. Quand la mort a été plus lente la rougeur péritonéale est plus marquée. La cavité du péritoine et celle des plèvres renferment une petite quantité de sérosité citrine et parfois un peu de fibrine. Les poumons sont hyperémiés; les capsules surrénales sont franchement rouges. L'urine contient de l'albumine.

Les effets (premiers) de l'injection intra-péritoniale ou sous-cutanée au cobaye, se manifestent par un abaissement de température qui tombe au dessous de 35°. Le poil se hérisse; l'animal devient somnolent et son corps est agité de petites secousses brusques. Il n'a pas de diarrhée. Si la mort n'est survenue qu'au bout de 2 à 3 jours, les dernières heures de la vie sont marquées par des crises de convulsions toniques portant sur les membres et sur le rachis.

Le lapin à poids égal est 3 ou 4 fois plus sensible que le cobaye. L'inoculation d'une faible dose amène un accès de fièvre. L'injection d'une dose mortelle en 2 ou 3 heures, 3 centimètres cubes injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin de 1 000 à 1 200 grammes, provoquent un abaissement de température et une diarrhée jaune, ocreuse, très abondante. Une demi-heure avant la mort, l'animal gît sur le flanc, comme paralysé; le pouls est très rapide et la respiration très accélérée. Il meurt sans convulsions.

Le gros et le petit intestin sont rouges, remplis de diarrhée. La congestion est si forte qu'il y a parfois de véritables hémorrhagies dans les tuniques intestinales ou dans les feuillets du mésentère.

Le foie est très congestionné et les cellules du parenchyme présentent de la dégénérescence granuleuse. Le rein montre aussi une forte hyperémie, en même temps que des lésions des cellules des tubes contournés, et principalement des glomérules. Ceux-ci présentent un exsudat intra-glomérataire.

Les endothéliomes de la capsule de Bowmann sont très tuméfiés. La rate est plus ou moins gonflée. Les poumons sont pâles.

Chez le lapin, comme chez le cobaye le cœur est arrêté en diastole.

Ingérée par la bouche, une dose de toxine, mortelle par inoculation sous-cutanée, se montre inoffensive.

J'ai étudié avec l'aide de mon chef de laboratoire M. le Dr Courtade l'action de la toxine sur le système neuro-musculaire de la grenouille, sur la respiration du chien, sur la pression sanguine et sur le nombre et la force des battements cardiaques.

Un ou deux centim. cubes de toxine injectés sous la peau ou dans le péritoine de la grenouille produisent des effets qui se montrent en quelques minutes si la toxine est très active, ou en 25 ou 30 minutes si elle est plus faible. C'est d'abord une paresse générale qui gêne la marche et le saut. Les mouvements deviennent de plus en plus difficiles et l'animal ne répond à aucune excitation sensitive. Si on ouvre le thorax on voit le cœur battre très lentement, puis s'arrêter en diastole. La mort est la terminaison habituelle; cependant, même après une période d'immobilité complète, la grenouille peut revenir à la vie.

Pendant la durée de la paralysie, les muscles répondent très bien aux excitations faradiques. Si avant l'injection on isole les nerfs lombaires et que par une ligature on serre les parties molles de manière à empêcher toute circulation dans les membres inférieurs, l'excitabilité musculaire persiste. Donc la toxine typhique n'agit pas à la manière du curare. Elle n'agit pas non plus sur les filets nerveux, car dans l'état paralytique l'excitation du sciatique par le courant amène, comme à l'ordinaire, pour la même intensité, la contraction du gastro-cnémien.

La cause de l'impotence musculaire réside dans l'altération des centres nerveux. On sait que la section de la tête d'une grenouille augmente l'irritabilité réflexe de la moelle. Si on pratique cette section sur la grenouille intoxiquée, on voit que l'irritabilité réflexe a disparu; et cependant, à ce moment même, l'excitation électrique de la moelle, par action des cordons blancs, détermine encore des contractions très fortes dans les membres.

Les centres cérébraux ne sont paralysés qu'après que l'excitabilité réflexe médullaire n'existe plus.

La faiblesse et la diminution de fréquence des battements cardiaques peuvent être attribués à la paralysie des ganglions du cœur. Alors même que cet organe est arrêté en diastole, on peut, par des excitations soit mécaniques, soit électriques, déterminer des contractions. Cette paralysie ganglionnaire est tardive et ne se montre qu'après que les centres médullaires et cérébraux sont atteints.

La médecine expérimentale confirme donc la justesse des vues de Liebermeister sur la valeur pronostique de l'état du pouls dans la fièvre typhoïde.

L'injection de 6 à 7 centim. cubes de toxine dans la veine du chien amène au bout de 10 à 15 minutes des modifications profondes dans l'état de la circulation et de la respiration. Le cœur précipite ses battements; le pouls devient rapide et n'est plus influencé par les mouvements respiratoires. La pression s'abaisse peu à peu jusqu'à 4 ou 5 centimètres de mercure.

La respiration devient plus rapide, moins ample; elle peut doubler et même tripler de fréquence.

Ces phénomènes ne sont pas dus à l'hyperthermie; car ils surviennent bien avant que la température ne s'élève. Ils débutent pendant la première heure, et augmentent pendant la seconde heure.

C'est à ce moment que la température commence à s'élever. Pendant cette augmentation on voit la pression s'élever gra-

duellement et monter de plusieurs centimètres de mercure; mais elle n'atteint pas la hauteur primitive. Pendant cette élévation thermique, le pouls reste toujours fréquent et petit, et la respiration n'augmente pas d'étendue et ne diminue pas de fréquence.

Les vomissements surviennent habituellement pendant la première heure; ils peuvent se répéter plusieurs fois durant le cours de l'expérience. Ces vomissements paraissent très pénibles et sont précédés d'agitations de l'animal en expérience; la respiration devient irrégulière et le cœur se ralentit. Le tracé de la pression présente alors de grandes oscillations.

Préparation du sérum antitoxique.

J'ai pu injecter des chevaux et les immuniser contre la toxine typhique grâce à la libéralité de l'Institut Pasteur qui a mis à ma disposition des animaux pour ces longues et coûteuses expériences.

Le cheval est très sensible à cette toxine et son accoutumance est très lente et très pénible, entremêlée de périodes où la santé de l'animal décline et nécessite l'arrêt du traitement. J'ai injecté des chevaux pendant 2 et 3 ans consécutifs, une fois par huitaine ou par quinzaine, sans obtenir un degré d'immunisation solide. A chaque nouvelle injection l'animal réagit violemment et on ne peut que très lentement augmenter les doses.

Cette toxine persiste longtemps dans le sang du cheval avant d'être modifiée. Deux mois après la dernière injection intraveineuse le sang du cheval est encore légèrement toxique, il faut attendre davantage pour le voir dépouillé entièrement de toxicité et ne renfermant que l'antitoxine.

L'antitoxine avec laquelle j'ai fait les expériences que je vais rapporter provient d'un cheval qui a été immunisé pendant 2 ans et qui a reçu dans ce laps de temps sous la peau et dans les veines plus de 6 litres de toxine. Son sérum possède des propriétés préventives et des propriétés thérapeutiques, contre l'infection et contre l'intoxication typhique.

Propriétés préventives. — Si on injecte à des cobayes, qui ont reçu la veille dans la peau 1/200, 1/10, 1/50 de centim. cube de sérum antitoxique, la dose de toxine qui tue les cobayes témoins en 5 ou 6 heures, les animaux qui ont reçu un cinquantième de centim. cube résistent, ceux à qui on a donné un deux-centième de centim. cube vivent 24 heures, ceux qui ont reçu un centième de centim. cube survivent environ 48 heures.

Si on injecte préventivement à des lapins de 1 000 à 1 200 grammes, une dose de sérum égale à un vingtième ou un trentième de centimètres cubes ils supportent une quantité de toxine qui tue les animaux témoins.

Dans toutes ces expériences on remarque que les animaux qui ont, avant l'inoculation toxique, une tare organique quelconque, pseudo-tuberculose, psorospermie du lapin, ou simplement grossesse du cobaye, sont beaucoup moins résistants à la toxine; il faut pour les protéger une dose de sérum beaucoup plus grande que celle qui immunise les animaux sains.

Pour juger de la valeur préventive du sérum contre l'infection, inoculons sous la peau de l'oreille d'un lapin qui la veille a reçu 5 centimètres cubes de sérum, et sous la peau de l'oreille d'un lapin neuf, une émulsion de bacilles typhiques dans l'eau physiologique. Au bout de quelques heures faisons avec une pipette fine des prises dans la boule d'œdème formée par l'inoculation de l'émulsion microbienne. 7 heures après, on ne trouve presque plus de microbes libres dans le liquide pris sur le lapin qui a reçu le sérum. Les bacilles sont à peu près tous englobés par les phagocytes. L'exsudat étalé sur une lame, séché et coloré par le bleu de Kühne montre les microbes ayant conservé leur forme bacillaire dans le protoplasma des leucocytes mononucléaires, tandis que dans l'intérieur des leucocytes polynucléaires ils se présentent sous la forme de grains ou de boules. Les deux variétés de phagocytes sanguins interviennent donc pour détruire les bacilles chez les animaux auxquels le sérum a conféré une immunité passive. Dans cette phagocytose l'action des polynucléaires paraît seule capable d'amener la transformation en boule des microbes englobés. Cette constatation est tout à fait semblable à celle qui a été faite par M. Salimbeni dans l'étude de la destruction des vibrions cholériques chez les animaux immunisés contre le choléra.

Après ce même laps de temps examinons le liquide de l'émulsion typhique introduite sous la peau de l'oreille du lapin neuf. Le résultat est tout à fait différent. Les microbes sont libres dans le liquide; ils ont conservé toute leur activité et leur mobilité. C'est à peine si dans le champ de la préparation on constate la présence d'un ou deux leucocytes mononucléaires qui commencent à phagocyter; les leucocytes polynucléaires sont encore absents.

La culture sur goutte pendante de l'exsudat pris au bout de 7 heures sur le lapin qui a reçu le sérum ne se développe pas. Par conséquent le sérum s'est montré doué d'un pouvoir anti-infectieux; il a fait rapidement englober et digérer les bacilles typhiques par les phagocytes.

Propriétés antitoxiques. — La valeur antitoxique pourra être jugée chez les animaux qui, ayant reçu une dose de toxine sûrement mortelle en un temps donné, recevront en outre un traitement par le sérum, à des périodes qui s'éloigneront de plus en plus du moment de l'introduction du poison, c'est-à-dire qui se rapprocheront le plus du terme où la mort doit survenir. Il est facile de faire cette expérience sur un bon nombre d'animaux témoins et d'animaux soumis à la sérothérapie. Injectons à 4 cobayes une dose de toxine mortelle en 20 à 24 heures. Prenons un autre lot de cobayes du même poids. Les témoins reçoivent un centimètre cube de toxine par 50 grammes de leur poids; les cobayes qui seront traités, reçoivent une dose de toxine plus forte, soit un gramme pour 40 grammes de leur poids. Et puis, d'heure en heure, injectons respectivement à chaque groupe une dose de sérum antitoxique qui va d'un quart à 1, 2, 3, 4 centimètres cubes de sérum. Les témoins succombent en 20 heures. Les cobayes qui ont reçu une dose, même minime, de sérum, injectée plusieurs heures après l'introduction de la toxine survivent. Plus on s'éloigne du moment de la pénétration du poison, plus la dose du sérum doit être grande pour être curatrice. 4 et même 5 heures après l'intoxication, mortelle en 20 heures, une dose de sérum antitoxique de 1/4 de centimètre cube donnée à des cobayes les fait résister à la toxine. Ceux des animaux qui ne résistent pas malgré le traitement tardif par 1/4 de centimètre cube de sérum antitoxique ont une survie qui atteint 2 et 3 jours. Le sérum a donc un pouvoir antitoxique.

Armé de ces expériences, j'ai pu injecter à l'homme atteint de la fièvre typhoïde du sérum antitoxique. La valeur de ce nouveau mode de traitement ne peut se juger que par l'étude de statistiques et d'observations nombreuses. Je puis dire, cependant, que le sérum agit bien chez l'homme atteint de la fièvre typhoïde à la façon d'un antitoxique, diminuant et supprimant les phénomènes nerveux, abaissant la température, activant la guérison.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-1898.

M. Laurent (G.). *Contribution à l'étude de la pleurésie sèche bilatérale dans la grippe.* N° 195. (G. Laurent.)

M. Richard (Alexandre). *De l'hygroma à grains riziformes de la bourse sous-deltoïdienne.* N° 182. (H. Jouve.)

M. Bonnarme. *Contribution à l'étude de la 7e côte cervicale.* N° 181. (H. Jouve.)

M. Manolescu. *Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme.* N° 180. (P. Delmar.)

M. G. Laurent étudie la pleurésie sèche bilatérale, signalée par M. Morel-Lavallée au cours de la grippe.

Cette pleurésie sèche peut intéresser toute l'étendue des deux séreuses. Son évolution a lieu de bas en haut, par des poussées

uccessives qui se traduisent par des foyers douloureux en des points fixes et par des frottements d'un caractère spécial.

L'étiologie de ces pleurésies sèches bilatérales soulève cette question de savoir si les microbes autres que le bacille de Koch peuvent déterminer dans la plèvre des lésions et des symptômes identiques.

Le pronostic varie suivant les terrains (vierge de toute tuberculose, franchement tuberculeux ou suspect) sur lesquels ces pleurésies sèches vont évoluer.

M. Richard a étudié une variété de la périarthrite scapulo-humérale à laquelle il donne, d'après M. Campenon, le nom d'hygroma à grains riziformes de la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

L'hygroma sous-deltoïdien à grains riziformes est une affection assez rare qui se voit de préférence chez l'homme adulte.

Son évolution est lente et insidieuse, se déclarant chez des personnes paraissant indemnes de tuberculose.

Déformation lente et progressive du moignon de l'épaule par une tumeur occupant la partie antéro-externe de la région, avec effacement du pli pectoro-deltoïdien; tumeur lisse, circonscrite, molle, fluctuante, présentant la crépitation hordéiforme, sans changement de couleur de la peau; douleur spontanée rare, très fréquente lorsqu'elle est provoquée; mouvements actifs et passifs possibles, mais limités; indépendance de la tumeur et de l'articulation scapulo-humérale; tels sont les principaux symptômes qui servent de base au diagnostic.

Cette affection est toujours de nature tuberculeuse et comporte un pronostic réservé pour le présent et l'avenir.

Si l'on n'opère pas ces hygromas, les malades sont voués à une impotence absolue du bras et de plus portent continuellement un foyer bacillaire avec dangers de généralisation.

Le traitement doit être chirurgical : il faut inciser et exciser totalement la poche kystique bacillaire, et soumettre rapidement après la guérison opératoire le malade à une gymnastique appropriée (mouvements de l'épaule, massage, frictions, douches).

Il arrive fréquemment que le clinicien se trouve sérieusement embarrassé pour déterminer par l'exploration si les tumeurs osseuses symétriques situées dans le creux sus-claviculaire sont des côtes cervicales ou des exostoses ostéogéniques. M. Bonnarme a eu l'occasion d'observer un cas semblable où le diagnostic fut définitivement tranché par la radiographie. C'est là une des applications les plus intéressantes des rayons X dont l'utilité devient de plus en plus évidente pour affirmer certains diagnostics délicats et pour les préciser.

L'influence des malformations utéro-vaginales sur les différentes phases de la vie génitale de la femme est assez compliquée. M. Manolescu a entrepris une excellente revue générale de la question avec l'appui de nouveaux faits cliniques.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-98.

M. Lestrade (Albéric). *Chirurgie de l'uretère spécialement dans ses rapports avec la chirurgie gynécologique.* N° 232.

M. Benazet (A.). *De quelques affections staphylococciques infantiles au point de vue de l'hygiène scolaire.* N° 237.

M. Dedieu (Bernard). *Contribution à l'étude du salicylate de méthyle dans le rhumatisme chronique et de son action analgésique dans diverses autres affections.* N° 239.

M. Gourdou. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'exstrophie vésicale et de l'épispadias.* N° 242.

Depuis quelques années, la chirurgie de l'uretère prend une place de plus en plus importante. De nombreuses publications et des meilleures ont paru sur ce sujet en France et à l'étranger.

La thèse de M. Lestrade complète heureusement certains points en montrant surtout d'après la méthode de panhystérectomie ultra-urétérale de M. Chalot le profit qu'on peut retirer des nouveaux procédés de suture des plaies opératoires voulues ou accidentelles de l'uretère.

Dans une première partie, M. Lestrade étudie le cathétérisme de l'uretère. Le procédé de Pawlick n'a pu se généraliser en raison de ses difficultés, mais, grâce aux travaux de Nitze, Casper, Albarran, de Pawlick lui-même, le cathétérisme est devenu à la fois un élément de diagnostic et de thérapeutique. Entre les mains de chirurgiens habiles, il a fait reconnaître la présence d'un rétrécissement ou d'un corps étranger dans l'uretère. Il a permis d'apprécier les lésions de chaque rein, de juger le pouvoir sécrétant d'un des deux quand il s'est agi d'enlever l'autre. Par le cathétérisme, l'hydronéphrose, la pyonéphrose, l'obstruction calculeuse ont été traitées avec succès. Il peut être d'une grande utilité en gynécologie, car la présence d'une bougie conductrice dans les uretères évite leur blessure dans l'hystérectomie vaginale et dans l'hystérectomie abdominale.

Les cystoscopes de Pawlick, de Nitze, de Casper et d'Albarran s'emploient chez l'homme et chez la femme; à cette dernière convient davantage le procédé de Kelly.

En second lieu M. Lestrade aborde l'étude si intéressante de la réparation des solutions de continuité de l'uretère.

L'uretéro-uretérostomie rétablit la continuité de l'uretère sectionné. Elle est indiquée dans le cas de blessures accidentelles (coup, instrument, balle, etc.) et de blessures opératoires (laparotomie) pourvu que les deux bouts puissent être rapprochés sans effort.

L'uretéro-cystonéostomie est la greffe de choix; elle se propose d'implanter, dans un point anormal de la vessie, l'uretère sectionné près de son extrémité inférieure au cours d'une laparotomie ou présentant, dans son trajet pelvien, une fistule s'ouvrant dans l'utérus ou le vagin.

L'abouchement d'un uretère dans l'autre paraît aussi physiologique : aux tentatives à venir de démontrer sa valeur.

L'uretéro-entérostomie, quoique condamnée par la plupart des expériences, en partie par celles de l'auteur, s'autorise des succès cliniques de Chaput, Boari et Chalot pour revendiquer sa place dans la chirurgie de l'uretère.

Le point nouveau et particulièrement intéressant de la thèse est l'application de ces principes en chirurgie gynécologique dans la méthode de panhystérectomie ultra-urétérale de M. Chalot.

La section intentionnelle des uretères est indiquée toutes les fois que, dans une ablation de tumeur cancéreuse de l'utérus ou des annexes, leur dissection devient impossible. Elle permet au gynécologue de pousser l'exérèse aussi loin que l'exige l'étendue du néoplasme. Le courant normal de l'urine est rétabli par la greffe de l'extrémité rénale de l'uretère sur la vessie.

Si la lésion s'étend au bas-fond vésical ou si le bout supérieur du canal est trop éloigné du réservoir, le chirurgien peut, à la rigueur, aboucher l'uretère dans l'intestin.

Un très grand nombre d'affections diverses chez l'enfant sont dues au staphylocoque. M. Benazet s'est proposé d'étudier certaines de ces affections choisies parmi les plus communes, de rechercher comment elles attaquent l'organisme de l'enfant, de quelle manière on en peut atténuer les effets et empêcher la propagation.

Les staphylococcies étudiées par l'auteur sont l'impétigo, la conjonctivite pseudo-membraneuse, la vulvo-vaginite, l'angine pseudo-membraneuse.

Parfois le staphylocoque détermine une véritable infection superficielle généralisée que caractérisent des vésico-pustules disséminées sur toutes les parties du corps.

Toutes ces affections sont éminemment contagieuses.

La contamination se fait particulièrement dans les écoles.

Il est utile, pour enrayer cette propagation, de prendre des mesures prophylactiques d'autant plus sévères que ces affections se compliquent souvent d'accidents fâcheux, quelquefois mortels.

Le plus sûr de ces moyens consiste dans l'éviction des écoles de tout enfant atteint d'infection staphylococcique.

Il y a lieu d'inviter les pouvoirs publics à prendre cette mesure en inscrivant ces affections staphylococciques parmi celles prévues par le chapitre III du Règlement-Modèle du 18 août 1893.

D'après M. Dedieu, le salicylate de méthyle est un excellent médicament dans les accidents aigus du rhumatisme chronique, comme l'est le salicylate de soude dans le rhumatisme aigu,

avec cette différence qu'il ne présente pas les inconvénients de ce dernier.

Un analgésique qui a donné des résultats là ou d'autres médications ont échoué.

A ces propriétés, il faut ajouter encore les deux avantages d'être :

D'une application en général facile et d'un emploi à peu près exempt de tout danger.

M. Gourdou a fait une étude critique très détaillée des différents procédés de traitement chirurgical de l'épispadias et de l'exstrophie vésicale. A son avis, deux méthodes sont seules recommandables.

1° La méthode de suture directe des bords avivés de la vessie dans le cas de simple fissure vésicale avec un écartement modéré du pubis.

2° La méthode de reconstruction de la vessie à l'aide de la paroi postérieure dans les cas d'exstrophie complète.

La thèse comprend en outre plusieurs figures originales, et un très bon tableau de classification des divers procédés de traitement de l'épispadias et de l'exstrophie de la vessie.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Cinq cas d'interventions sur la vessie et l'urèthre des garçons (Fünf Operationen an Blase und Harnröhre von Knaben), par H. Alapy (*Centralb. f. d. Krankh. d. Harn.-u. Sex.-Org.*, 1898, vol. XI, p. 67). — Sur les cinq observations que l'auteur communique dans son travail, deux ont trait à des litholapaxies chez un garçon de 10 ans et un autre de 12 ans dont les calculs desséchés pesaient respectivement 2 gr. 4, et 5 gr. 6. Guérison sans complications.

Les trois autres cas sont ceux d'uréthrotomies : 1° uréthrotomie interne pour rétrécissement gonorrhéique récent chez un garçon de 10 ans; 2° uréthrotomie interne et externe chez un garçon de 12 ans dont le rétrécissement était compliqué d'abcès péri-uréthral au niveau du périnée; 3° uréthrotomie interne et externe chez un garçon de 10 ans qui à côté de cinq rétrécissements échelonnés le long de l'urèthre présentait une infiltration d'urine, des fistules urinaires et un calcul enclavé dans l'urèthre.

Chez les deux premiers l'uréthrotomie a été faite après l'échec de la dilatation. Tous les trois ont guéri.

Un nouveau cas d'alcaptonurie (Ein neuer Fall von Alkaptonurie), par Stier (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898 n° 9, p. 185). — Ce cas a été observé par l'auteur chez un garçon de 8 ans, de constitution faible, toujours pâle et dont le développement a toujours laissé à désirer. L'alcaptonurie était probablement chez cet enfant d'origine congénitale car la mère a constaté les caractères particuliers de l'urine de son enfant déjà peu de temps après sa naissance.

L'alcaptonurie se manifestait dans ce cas, comme dans ceux qui ont été publiés jusqu'à présent, par le noircissement progressif de l'urine qui au moment de son émission avait l'aspect normal. Ce noircissement se produisait encore quand on la traitait par la chaux. L'analyse chirurgicale de l'urine montra, comme dans tous les cas de ce genre, la présence d'acide homogentisinique dont la quantité variait chez l'enfant entre 1 gr. 59 et 3 gr. 86 par jour suivant la richesse plus ou moins grande de l'alimentation en substances azotées. Contrairement à ce qui a été observé dans les autres cas, il n'existait pas de diminution de l'acide urique dont les quantités oscillaient entre 0,286 et 0,266 grammes par jour.

Les parents de l'enfant n'avaient pas d'alcaptonurie.

En passant en revue les travaux relatifs à la pathogénie de l'alcaptonurie, l'auteur arrive à conclure que l'acide homogentisinique ne se forme pas dans l'intestin, mais provient d'une modification des échanges interstitiels, autrement dit qu'il se forme dans le sein des tissus de l'organisme.

Pylorectomie pour carcinome, par Carl Beck (de New-York) (*Clinical Recorder*, juillet 1897). — L'auteur insiste sur les points suivants : 1° importance de la précocité du diagnostic et de l'intervention; 2° une bonne suture sera toujours préférable au meilleur bouton de Murphy; les points de suture ne seront pas trop rapprochés, la nutrition des tissus pourrait se trouver compromise; les fils de suture seront d'une asepsie parfaite (l'auteur se sert du catgut au formol); 3° le lendemain de l'opération, l'estomac sera lavé avec précaution.

Lorsque le diagnostic est fait de bonne heure et qu'un bon manuel opératoire est suivi, la guérison survient avec une grande rapidité. L'auteur rapporte un cas heureux de ce genre; le malade était debout 13 jours après l'opération.

Études bactériologiques sur l'endométrite chronique, par J. Warbasse (*Amer. Journ. of. med. sciences*, Febr. 1898, p. 184). — En pratiquant le curetage sur 17 cas d'endométrite chronique le docteur Warbasse, de l'hôpital de Brooklyn, a ensemencé du bouillon avec de petites portions de la muqueuse retirée du fond de l'utérus. Dans 12 cas la culture ne s'est pas développée, sur les cinq autres il y a eu une culture pure de staphylococcus pyogenes aureus très abondante, une culture de staphylococcus pyogenes aureus avec un autre organisme ressemblant au proteus vulgaris, une culture de bacteria urae et enfin deux cultures de staphylococcus pyogenes albus. Dans ces cinq cas la culture ne paraissait pas être en relation avec les portions de muqueuse utérine qui avaient été ensemencées. Il est donc probable que l'endométrite chronique n'est pas due à l'existence d'un microorganisme quelconque. Le système glandulaire de l'utérus se compose de cellules épithéliales secrétrices disposées sur un tissu conjonctif et il est possible que l'un de ces éléments subisse un changement sous l'influence d'une irritation ou d'un trouble trophique sans qu'il y ait présence de bactéries.

MÉDECINE

Expériences physiologiques sur l'action de l'irrigation intestinale sur la tension du pouls, sur la température, la sécrétion rénale et l'absorption intestinale, par Robert Coleman Kemp (*New York m. Journ.*, 1898, p. 141). — L'auteur a employé pour ses recherches une sonde à double courant et l'eau salée à différentes températures.

Les résultats ont été les suivants.

I. *Action sur la tension du pouls.* — A 100°-102° l'augmentation de tension est peu sensible. Elle est moyenne à 105°-108° F. elle est marquée à 120° F. On peut l'utiliser avec profit dans le shock et autres conditions semblables.

L'irrigation a une valeur nulle dans le shock provenant d'hémorrhagie.

II. *Action sur la température.* — L'irrigation chaude prolongée à 110°-120° F. augmente la température du corps et du sang. L'irrigation froide abaisse la température mais produit une dépression après 20 ou 25 minutes. Au début elle a un pouvoir stimulant.

III. *Action sur le rein et sur l'absorption intestinale.* — En 10 minutes l'irrigation à des hautes températures, en particulier à 110°-120° F. stimule la sécrétion rénale. Il n'y a pas d'augmentation de la sécrétion urinaire avant 20 minutes. En clinique les irrigations intestinales chaudes sont un excellent remède contre l'urémie aiguë ou l'insuffisance rénale. L'absorption intestinale par le gros intestin se fait en 20 minutes; au bout de ce temps on retrouve de l'urine la réaction de KI absorbée.

La théorie et le traitement rationnel de l'asthme, par M. Sihle (*Saint-Petersb. med. Wochenschr.*, 1897, novembre, p. 413 et 428). — M. Sihle, médecin des maladies nerveuses à Sébastopol, à la suite d'observations nombreuses faites sur les asthmatiques pendant quatre années porte l'attention sur le fait que les mêmes accès d'asthme peuvent se produire à la suite de causes très différentes. Toutes les causes sont classées par l'auteur en trois groupes principaux : 1° excitations nerveuses périphériques soit des muqueuses du nez, du larynx ou des bronches, soit de certains points de la peau, conduit auditif, vagin, etc. 2° Surcharge du sang en acide carbonique, pro-

voquée par des mouvements rapides ou par une obstruction partielle des voies respiratoires. 3° Asthme d'origine psychique chez des personnes hystériques, neurasthéniques ou émotionnelles. Toutes ces causes produisent des excitations de centres bulbaires ou même corticaux dont dépendent les différents mouvements respiratoires. Cette théorie de l'asthme conduit à un traitement rationnel qui a pour objet, d'abord, de supprimer la cause externe qui produit l'excitation de ces mêmes centres. Par conséquent, dans les cas d'obstruction des voies respiratoires appliquer un traitement local, et, de plus, dans tous les cas d'asthme employer la psychothérapie, soit en exerçant une influence psychique sur le malade en le persuadant que son mal doit guérir et qu'il ne doit pas y penser, soit en appliquant la suggestion hypnotique. Dans des cas très graves, remontant à plusieurs années, un traitement de deux à trois mois amène une guérison complète: il est vrai que quelques fois on observe des rechutes, mais ces dernières disparaissent après quelques séances d'hypnotisation. Sur 22 cas, dont quatre sont longuement détaillés, M. Sihle a eu 16 guérisons; les six autres, dont l'état n'a pas été amélioré par la psychothérapie, présentaient une faiblesse cardiaque avec des œdèmes, trois d'entre eux avaient de l'emphysème et l'un d'eux de l'angine de poitrine.

Phagocytose des streptocoques, par L. Marchand (*Arch. de médecine expérim.*, mars 1898, p. 253). — Dans ce travail, fait sous la direction du professeur Denys (de Louvain), l'auteur compare, sous le rapport de la phagocytose un même échantillon de streptocoque à deux états : l'un atténué, l'autre virulent. Tandis que le streptocoque atténué subit facilement la phagocytose, le streptocoque virulent échappe presque complètement à son action. Ces propriétés des streptocoques à l'égard des globules blancs persistent après que les microbes ont été lavés et débarrassés de leurs produits de sécrétion; la phagocytose conserve, d'autre part, ses caractères lorsqu'on transporte la variété atténuée dans la sécrétion de la variété virulente et réciproquement. En sorte que le phagocytose paraît dépendre non de propriétés chimiques, mais de quelques propriété physique du microbe mettant en jeu les fonctions tactiles des leucocytes.

Rôle des levures dans les angines pseudo-membraneuses, par M. de Stoecklin (*Arch. de méd. expérim.*, janv. 1898, p. 1). — Le parasite du muguet (*saccharomyces albicans*) peut, en s'associant au bacille de Löffler, donner aux angines diphthériques une gravité plus grande. Bien que, par lui-même, il ne soit pas pathogène, il le devient lorsque la résistance de l'organisme est diminuée par les autres microbes auxquels il s'associe.

Un cas d'empoisonnement par la strychnine, par A. Habel (*Münch. med. Woch.*, Janv. 1898, p. 7). — Un officier, pour se suicider, avale 18 centigrammes de chlorhydrate de strychnine. Une demi-heure après il ressent des douleurs dans les articulations, des crampes musculaires, puis des contractions spasmodiques des membres; deux heures après, apporté à l'hôpital, on lui fait un lavage d'estomac avec 12 litres d'eau, on donne du café noir, et toutes les 2 heures, 10 gouttes de teinture d'iode; les crampes diminuent; température 38°, pouls 132. Le lendemain pas de contractions, mais anurie. Température 36°6, pouls 88. La fonction urinaire ne se rétablit que deux jours après l'empoisonnement. On constate dans l'urine la présence de sang et de strychnine. Guérison complète.

Pouvoir de digestion et de résorption du gros intestin (Untersuchungen über die Verdauungs- und Aufsangungsfähigkeit des Dickdarms), par Aldor (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 7, p. 161). — Les recherches faites par l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° L'injection d'un litre de lait dans le rectum et le gros intestin ne provoque, chez l'homme, de douleur ni pendant ni après l'injection; il ne survient pas non plus de phénomènes inflammatoires; il s'ensuit que le lait peut être utilisé pour les lavements.

2° La coagulation du lait sous l'influence des colibacilles, nuisible au point de vue de l'absorption du liquide injecté, peut être évitée en faisant précéder le lavement de lait d'un lavage soigné du gros intestin et en additionnant le lait de bicarbonate de soude à la la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par litre de lait.

3° Le lait n'est pas digéré dans le gros intestin; il y a par contre résorption parfaite des hydrocarbures, résorption très accusée des substances albuminoïdes, la résorption des graisses s'y effectue très mal.

4° L'injection d'un litre de lait dans le gros intestin ne fait apparaître ni sucre ni albumine dans l'urine.

Des pancréatites suppurées, par G. Etienne (*Arch. de médecine expérim.*, mars 1898, p. 177). — Observation de pancréatite suppurée polymicrobienne, mais renfermant surtout le coli-bacille. La lésion s'était produite par infection ascendante au cours d'une entérite cholériforme suraiguë chez un alcoolique. Elle avait donné lieu à une péritonite localisée par ouverture de quelques abcès acineux dans le péritoine et à des abcès métastatiques de la rate.

A propos de ce cas, l'auteur rassemble et discute les observations de pancréatite suppurée publiées par les auteurs. La suppuration pancréatique peut se produire soit par infection ascendante, soit par voie sanguine, soit par propagation d'une lésion voisine. Les lésions consistent en suppuration diffuse, par angiopancréatite ascendante, et en abcès localisés. Le coli-bacille paraît jouer un rôle important dans ces infections.

Cliniquement, la maladie évolue avec une grande rapidité, en quelques jours, et se termine presque toujours par la mort, sauf dans quelques cas d'intervention chirurgicale. Il y a généralement de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, une douleur abdominale parfois très vive, un amaigrissement rapide et excessif. On a vu quelquefois la glycosurie, l'ictère; la stéarrhée n'a pas été notée. En fait d'accidents consécutifs, on a signalé notamment la péri-pancréatite et la péritonite localisée ou généralisée, l'ulcération du duodénum, la phlébite porte, les abcès du foie, la pyosepticémie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Avril 1898.

Vaccination obligatoire.

M. Hervieux communique une notice qui lui a été transmise par M. Loir, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis, et qui montre les ravages faits par la variole dans ce protectorat. Non seulement cette affection est épidémique parmi les indigènes mais les Européens en sont très fréquemment les victimes. Pour que la vaccine soit consentie par les musulmans, M. Loir pense qu il faudrait obtenir des autorités religieuses tunisiennes une déclaration affirmant que la vaccination n'est pas proscrite par le Koran. Il conclut à la nécessité de la rendre obligatoire à tous les résidents français en Tunisie.

Guérison d'un nouveau-né atteint de goître au moyen de l'alimentation thyroïdienne administré à la mère.

M. Mossé (de Toulouse). — L'enfant, âgé de 3 mois, nourri au sein portait un gros goître bilobé. La mère en avait un, sans myxœdème, mais avec débilité intellectuelle.

La médication consista dans l'ingestion journalière de deux tablettes représentant 1 gr. 50 de corps thyroïde. Le traitement était suspendu de 6 jours en 5 jours.

Après 1 mois 1/2, le goître de la mère avait diminué et le résultat chez l'enfant était remarquable. Après une seconde période de traitement, le nourrisson était absolument guéri et son développement devenu tout à fait normal.

Sérothérapie.

M. Landouzy expose les grandes lignes de son travail intitulé « Sérothérapies, leçons de thérapeutique et matière médicale ».

La première partie de ce travail est consacrée à la sérothérapie immunisatrice. La seconde à la sérothérapie artificielle considérée comme stimulante et dépurative.

Il ajoute que la sérothérapie nous intéresse d'autant plus que l'invention de la méthode est due à deux Français, MM. Richet et Héricourt, dont les expériences sur le sang et le sérum des chiens et des lapins sont universellement connues.

MÉDECINE PRATIQUE

Usages thérapeutiques du valérianate de créosote et du valérianate de gaïacol,

D'après M. le Dr Frank Woodbury (1).

Le Dr Frank Woodbury a eu l'occasion de faire une étude comparative du valérianate de gaïacol et du valérianate de créosote. Le valérianate de gaïacol en applications sur les muqueuses ou sur la peau, en solution, donne lieu tout d'abord à une sensation douloureuse qui ne tarde pas à être suivie d'une anesthésie marquée de la région. Cette anesthésie apparaît plus lentement qu'avec la cocaïne, mais elle n'est pas suivie d'hyperémie secondaire.

Employé en badigeonnage dans les affections douloureuse des la peau accompagnées d'hyperémie, telles que l'acné inflammatoire ou les abcès du conduit auditif externe, le valérianate de gaïacol enlève la douleur et modère la formation du pus. Les engelures sont rapidement guéries par ce moyen. Quelques applications locales apportent une amélioration immédiate dans les névralgies.

Dans la rhinite aiguë, le valérianate de gaïacol doit être dilué de trois fois au moins son poids dans l'huile et sous cette forme il agit à la fois comme antiseptique et anesthésique. Dans la rhinite chronique, surtout dans la forme purulente, et dans quelques variétés de rhinite atrophique, il sera employé avantageusement à dose plus concentrée.

Sur les ulcérations d'origine tuberculeuse, quelques applications enlèvent la douleur et hâtent le processus de cicatrisation.

A l'intérieur on peut donner le valérianate de gaïacol soit dissous dans du lait ou dans l'alcool étendu, ou mieux sous forme de capsules. Il améliore la bronchorrée, diminue le nombre des bacilles tuberculeux dans les crachats et prévient la réinfection du tube digestif. Il doit être donné à doses modérées (10 à 30 centigr. par jour).

Dans le traitement du catarrhe gastrique, du catarrhe chronique avec dilatation et autres états morbides accompagnés de processus fermentatifs, Woodbury a employé, de préférence au valérianate de gaïcol, le valérianate de créosote comme ayant un pouvoir antiseptique supérieur. Il a supprimé ainsi les nausées, et avec l'aide des lavages, il a pu remettre en état la muqueuse et, rétablir l'appétit et la digestion normale.

Dans la tuberculose pulmonaire le même médicament a paru utile, mais il ne l'a pas suffisamment expérimenté. Reick, qui l'a étudié dans 23 cas de phthisie a trouvé que le valérianate de gaïacol avait une valeur réelle dans le traitement de cet état catarrhal qui est ordinairement regardé comme stade précurseur de la phthisie.

1. *New York med. Journ.*, 4 sept. 1897.

Nevrodermite érythémateuse d'origine hystérique.

Le Dr Arthur van Harlingen (de Philadelphie) rapporte dans l'*International medical Magazine* de novembre 1897 quelques cas curieux de « névroses cutanées » analogues à celles qui ont été décrites en 1875 par Erasme Vilson.

Il s'agit de malades hystériques présentant au moment de leurs règles sur différents points du corps des ulcérations analogues à celles qu'auraient causées un liquide caustique. Elles reposaient sur une base œdématiée et la surface environnante était d'un rouge vif. L'œdème disparut en quelques jours et les ulcérations se recouvrirent d'une croûte. Elles s'ouvrirent à nouveau au moment des règles, qui revinrent irrégulièrement. Un traitement hygiénique et tonique diminua la fréquence des attaques et finalement les ulcérations cessèrent d'apparaître.

Chez une autre malade, les lésions étaient limitées à la région mammaire et entourées d'une zone hyperesthésique.

La périarthrite scapulo-humérale et son traitement,

D'après M. le Dr L. Carpanetti.

La périarthrite scapulo-humérale, qu'il vaudrait mieux appeler périarthrite traumatique de l'épaule, est une affection fréquente, mais dont le diagnostic est rarement reconnu. Et cependant il est de la plus grande importance à établir, au point de vue de l'avenir des mouvements du membre supérieur. Combien de malades, déclarés atteints d'arthrite sèche, de rhumatisme de l'épaule, de douleurs névralgiques et traités par les révulsifs, le salicylate de soude, l'iodure de potassium, etc., ont perdu peu à peu, l'un après l'autre, tous les mouvements de leur articulation scapulo-humérale, pour aboutir à l'ankylose définitive, celle dont aucune thérapeutique ne peut triompher, parce que les muscles, les nerfs, les bourses séreuses péri-articulaires, sont atrophiés, détruits et transformés en une sorte de gangue fibreuse, fusionnant tous les plans et enveloppant tout l'article ?

On ne saurait donc trop attirer l'attention du praticien sur la périarthrite traumatique de l'épaule ; et il faut savoir gré à M. le Dr Carpanetti d'en avoir repris l'étude dans une thèse récente (1) à laquelle nous ferons de larges emprunts en y ajoutant simplement les résultats de nos observations personnelles.

Si dans les causes prédisposantes on peut placer le rhumatisme, il convient, à notre sens, d'affirmer l'influence directe et nécessaire du traumatisme. Les périarthrites non traumatiques de l'épaule, relevant directement du rhumatisme ou de la blennorrhagie ont une physionomie très différente de celle que nous étudions ici et sont justiciables d'une autre thérapeutique, — et ce serait créer une confusion que de les réunir dans une même description.

Donc, à l'origine, un traumatisme de la région scapulo-humérale : direct (chute, contusion sur le moignon de l'épaule); indirect (chute sur la paume des mains). Il peut en résulter une fracture, une luxation et subsidiairement de la péri-arthrite : mais nous envisagerons le cas le plus habituel, c'est-à-dire celui où il n'y a aucune lésion de l'article. Le malade se relève; il constate l'intégrité des mouvements de son épaule; tout au plus éprouve-t-il quelques douleurs à leur occasion. Rassuré, il ne fait aucun traitement pour une simple contusion dont il ne se souviendra plus dans quelques jours. Mais le lendemain, les jours suivants, l'endolorissement, loin de s'atténuer, semble augmenter, cette aggravation est surtout sensible la nuit. En même temps la gêne des mouvements s'accentue, cependant que le gonflement reste médiocre, qu'il y a peu ou point de phénomènes réactionnels locaux ou généraux. C'est ordinairement à ce moment, c'est-à-dire 2 ou 3 jours, quelquefois une semaine après l'accident, que le médecin est appelé.

A l'examen, il constate l'intégrité des surfaces articulaires dont les rapports sont normaux, mais il est frappé de l'impotence fonctionnelle, des douleurs que provoquent les mouvements communiqués et la pression de certains points déterminés. C'est au niveau et un peu au-dessous du bord externe de l'acromion, quelquefois au niveau de l'apophyse coracoïde, que la douleur est particulièrement aiguë et surtout lorsque l'on exerce une

1. L. Carpanetti, Contribution à l'étude de la périarthrite scapulo-humérale (thèse de Paris, 1898, n° 168).

compression sur les attaches inférieures du deltoïde. Les mouvements volontaires sont gravement compromis ou très limités (Duplay); celui qui consiste à porter dans la région lombaire du côté opposé la face dorsale de la main du côté lésé est, pour le malade, le plus spécialement pénible (Berne). Enfin il perçoit une crépitation sous-cutanée, qui est surtout très nette dans la région sous acromiale.

A ces symptômes qui sont le plus habituels, peuvent s'ajouter d'autres signes en relation avec un état franchement inflammatoire des tissus péri-articulaires. On retrouve, suivant les cas, de la fluctuation au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale, et même du gonflement, de la rougeur, etc., indiquant la suppuration de ce point. D'autres fois au contraire, lorsque l'affection est ancienne on constate un aplatissement du moignon de l'épaule et une excavation des régions sus- et sous-épineuse, dus à l'atrophie des muscles deltoïde, sus- et sous-épineux.

Tel est le tableau clinique auquel le praticien reconnaîtra la périarthrite traumatique scapulo-humérale. Sans suivre M. Carpanetti dans la critique de la pathogénie de cette affection et sans discuter ici la part qu'il convient de faire à l'inflammation de la bourse séreuse périarticulaire ou à la névrite du circonflexe (Tillaux) (1), tout de suite nous aborderons la question du traitement, dont l'importance est considérable au point de vue du pronostic.

Le malade souffre-t-il? Y a-t-il du gonflement au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale? Le traumatisme est-il récent? L'immobilisation est la première règle à suivre, et cela quelle que soit la conception pathogénique que l'on adopte. Elle sera faite avec l'écharpe de Mayor : on évitera les appareils inamovibles, plâtres, etc. On peut ajouter les compresses résolutives.

En quelques jours, une semaine au plus, les phénomènes aigus disparaissent : il n'y a plus de douleurs spontanées. Il faut alors tout de suite entreprendre la mobilisation de l'épaule : les mouvements combinés et d'étendue progressive, le massage, l'électricité, la révulsion (pointes de feu) constituent la série des moyens à employer pour combattre la raideur articulaire, qui sans cela serait inévitable. En résumé, d'abord immobiliser sans que cette période de traitement dépasse une semaine à 10 jours; ensuite combattre par tous les moyens la raideur articulaire, telle est la thérapeutique rationnelle et toujours efficace de la périarthrite de l'épaule.

Si l'on est en face d'une lésion ancienne, il va sans dire que le massage, l'électricité, la mobilisation de l'article après rupture des adhérences sous le chloroforme doivent être les seuls modes de traitement. De même s'il y a suppuration, hygroma aigu, il convient d'évacuer le pus par une incision appropriée, d'entreprendre au plus tôt la mobilisation de la jointure.

G. Maurange.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'empoisonnement par le sérum antidiphthérique (2),

Par M. le Dr J. Lowett Morse (de Boston).

Voici un cas d'empoisonnement par le sérum de Behring qui a été rapportée à la section clinique de la Société médicale du district de Suffolk, et qui montre qu'on ne saurait assez protester contre l'abus d'une médication qui n'est pas sans danger lorsqu'elle est entreprise en dehors de signes cliniques certains, contrôlés par l'examen bactériologique précis.

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui après avoir été en contact toute une semaine avec des diphthériques, présenta sur la langue et dans la bouche quelques plaques diphthériques. *L'examen bactériologique ne fut pas fait.* Par précaution, on lui fit 5 centimètres d'injection de sérum. L'injection fut aseptique et aucun symptôme local ne se montra. Huit jours après apparut un léger urticaire. Les jours suivants le malaise augmenta; le malade eut des vertiges, des nausées et des vomissements. L'urticaire était devenu extrêmement étendu. La face était boursoufflée, le corps tout entier était recouvert de taches d'urticaire. La température resta normale. Il n'y eut pas de diarrhée mais des vomissements muqueux, acides parfois teintés de bile. Pendant la nuit la luette et le pharynx devinrent le siège d'une tuméfaction considérable. Il en était de même de l'œsophage qui sur tout son trajet était douloureux. La respiration heureusement resta régulière. Par contre les urines furent presque supprimées et en 24 heures le malade rendit à peine 3 ou 4 onces d'urine fortement colorée, épaisse, sans albumine. Au bout du 3e jour, on put noter une hypertrophie ganglionnaire générale qui disparut en 10 jours. Le malade était dans la prostation, l'amaigrissement était déjà marqué et il était impossible d'en tirer le moindre mot. Finalement il succomba.

1. On trouve en effet dans quelques cas un point douloureux en arrière de l'émergence du circonflexe et sur tout le trajet de ce nerf, une atrophie rapide quasi-aiguë du deltoïde et des troubles trophiques — ensemble de signes qui sont attribués par M. Tillaux à la contusion primitive du nerf, déterminant une névrite aiguë.

2. *Boston med. and. surg. Journ*, 17 fév. 1898, p. 156.

Phlegmon périarticulaire d'origine gonococcique.

Par M. le Dr R. Meyer (de Breslau) (1).

De nombreuses observations faites dans ces derniers temps et les travaux de Rindfleisch et Nasse ont prouvé que le gonocoque était l'agent pathogène du rhumatisme et des synovites blennorrhagiques.

Plus rarement on a pu démontrer que le gonocoque était susceptible de provoquer des inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire.

L'observation rapportée par l'auteur est celle d'un homme de 31 ans n'ayant jamais été malade, n'ayant eu ni syphilis, ni blennorrhagie antérieure.

Marié, il a eu 3 enfants; les couches de la femme ont été normales et aucun des enfants n'eut de conjonctivite.

La maladie actuelle a commencé le 26 avril 1897. Depuis plusieurs jours le malade se plaignait de légères douleurs dans le bras gauche qui augmentèrent au point qu'il ne pouvait travailler.

A l'examen, il présente un gonflement sensible du coude gauche. Au-dessus du coude, sur la face interne du bras, la peau est œdématiée, légèrement rouge. Pas d'épanchement intra-articulaire. Tous les mouvements de la jointure sont libres et sans douleurs. Température subfébrile.

Rien dans les organes. De l'urèthre ne sort aucun écoulement, même à la pression.

Malgré les pansements humides, l'œdème augmenta et la suppuration s'établit.

Incision de 8 centimètres.

L'examen microscopique du pus révéla la présence exclusive de nombreux diplocoques, ayant les caractères typiques du gonocoque (décoloration par le Gram). Des cultures sur agar et liquide d'hydrocèle donnèrent des gonocoques types, tandis que sur agar et glycérine-agar l'ensemencement resta stérile. Le pus contenait des granulations qui durcies à l'alcool, incluses dans la celloïdine et coupées se montrèrent constituées, après coloration à la thiosine, par de nombreuses grosses cellules épithélioïdes et des leucocytes, sans cellules géantes. Les gonocoques ne se trouvaient pas dans le tissu cellulaire, mais toujours dans les noyaux.

L'examen de l'urèthre fait à la suite y montra la présence de quelques globules de pus contenant du gonocoque. Quelques injections irritantes donnèrent lieu à un écoulement qui disparut facilement avec des injections d'argonine.

Les suites furent bonnes. La guérison suivit. Les rayons X montrèrent que l'articulation était absolument saine.

1. *Centralbl. f. Chir.*, n° 1, 1898, p. 20.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Résumé des rapports lus au *4e Congrès de médecine* par les professeurs Vergely, Bard et Revilliod.

M. Vergely (de Bordeaux) estime que la tuberculose pulmonaire peut être *aiguë*, *subaiguë* ou *chronique*.

La *tuberculose pulmonaire aiguë* comprend trois formes :

a) *Forme généralisée* : En pareil cas il y a bacillémie. Que l'envahissement de l'organisme soit primitif ou secondaire, ce qui domine la scène, c'est la note infectieuse générale ou locale. On s'explique facilement la variété des réactions symptomatiques qui résultent de l'invasion microbienne, frappant à la fois toutes les séreuses, tous les viscères, à moins cependant que la décharge infectieuse ne s'opère que sur le seul appareil pulmonaire.

b) *Forme abdominale* (typhobacillose) : Parfois l'infection tuberculeuse aiguë affecte les allures cliniques d'une maladie gastro-intestinale infectieuse, et plus particulièrement les diverses formes normales ou frustes de la fièvre typhoïde. La confusion avec la dothiénentérie est facile ; mais il existe un signe précieux destiné à mettre fin à toutes les incertitudes, c'est le séro-diagnostic. Il est, à la vérité, des faits où les résultats du sérodiagnostic ont été trop tardifs ; il en est d'autres où le procédé ne donne qu'une partie du diagnostic, et où l'autopsie démontre, comme dans les cas de Meunier et Guinon, de Charrin, la concomitance d'une tuberculose miliaire et d'une dothiénentérie.

c) *Forme thoracique* : Elle peut être *suffocante*, *bronchitique*, *bronchopneumonique*, *pleurale* ou *caséeuse*.

La première présente les plus grandes difficultés de diagnostic. Parfois elle débute comme une affection saisonnière, d'une façon épidémique ; parfois on croit à l'existence d'un accès d'asthme aigu, d'une bronchite capillaire ou d'une dilatation aiguë du cœur droit : l'évolution et la persistance, en même temps que l'intensité de la dyspnée, sont les meilleurs signes différentiels.

Les variétés bronchitique et bronchopneumonique répondent au type catarrhal de Leudet et Empis, et comprennent les variétés désignées sous les noms de tuberculose splénopneumonique, bronchopneumonique, bronchite capillaire et pleurésie aiguë.

Sous la rubrique de tuberculose aiguë à forme pleurale, il faut ranger toutes les modalités cliniques de la granulie où la note pleurale domine. Il est certain qu'on a multiplié outre mesure les types, qu'en réalité la forme pleurale aiguë est rare et qu'il s'agit le plus souvent d'une forme pleuro-pulmonaire dans laquelle les phénomènes pleuraux masquent plus ou moins les phénomènes pulmonaires. Parmi les formes pleurales, il en est une qui présente un grand intérêt clinique : c'est la variété péritonéo-pleurale, d'un diagnostic souvent difficile.

La pneumonie caséeuse constitue la dernière variété de ce que nous avons compris sous la dénomination générale de forme thoracique. Cette variété est parfois fort difficile à diagnostiquer d'avec la pneumonie simple ou la pneumonie compliquée, notamment chez le vieillard. Le pronostic n'en est pas toujours fatal : comme l'a montré Grancher, il arrive que des pneumonies caséeuses limitées passent à l'état chronique et constituent une forme plus favorable que la phthisie chronique. Arnozan a observé des formes semblables, et Jaccoud a décrit une variété qui dès le début pourrait avoir une marche chronique et devenir ulcéreuse sans manifestations pyrétiques prononcées.

La *tuberculose pulmonaire subaiguë* ou *phthisie galopante*, est la forme de transition entre la phthisie aiguë et la phthisie chronique. C'est la phthisie chronique raccourcie, sans laquelle domine la note consomptive. Les lésions de la phthisie galopante sont probablement complexes ; les néoplasies tuberculeuses en constituent le fond, mais l'extension rapide, le ramollissement hâtif et la suppuration abondante de ces tubercules sont dus à des associations microbiennes. Cette forme choisit ses victimes de préférence dans l'enfance et dans l'âge adulte. Le pronostic est toujours fatal, surtout dans la forme primitive.

La *tuberculose pulmonaire chronique* comprend cinq formes :

a) *Forme commune* : « Rien n'est plus variable, rien n'est plus capricieux dans sa marche que la phthisie chronique », disent Grancher et Hutinel. Le début en est quelquefois simple, uniforme, caractéristique ; il peut se dissimuler sous l'apparence de troubles fonctionnels, dyspepsie, anémie, qui détournent l'attention des poumons ; il peut être assez silencieux, assez lent pour échapper aux investigations d'un médecin prévenu. Il est certains symptômes qui ont été donnés comme indicateurs de la tuberculose pulmonaire. C'est ainsi que, pour certains auteurs, 9 fois sur 12 la présence d'un zona indiquerait une tuberculose latente ; c'est ainsi encore qu'on a signalé dans les urines des principes qui seraient de nature à confirmer le diagnostic de la tuberculose. Les phosphates sont augmentés (Benecke, Teissier) ; les chlorures le seraient également (Burot). Senator admet une élimination plus grande de la chaux. La présence de l'albumine a été de nouveau regardée par Teissier comme un fait très fréquent dans les débuts de la tuberculose.

La tuberculose chronique peut s'arrêter indéfiniment à la première période. La sclérose barre la route à l'invasion du mal, qui, le plus souvent, il est vrai, après une suspension plus ou moins durable, continue son œuvre de destruction.

En général, dans les phthisies chroniques communes à marche régulière, c'est insensiblement que la lésion arrive à la période de ramollissement. A cette période, la formation des cavernes se traduit par l'apparition de nouveaux signes locaux, des troubles fonctionnels spéciaux ; l'état général subit, d'autre part, une atteinte grave dont les manifestations sont celles de l'hecticité progressive. La mort survient alors par les progrès d'une consomption graduelle.

Parfois cependant, les malades conservent un bon état général, bien qu'ils soient porteurs de cavernes ; mais plus ou moins rapidement ils succombent à une série de complications, lésions pleuropulmonaires, gastro-hépatiques ou intestinales, altérations cardiovasculaires, génito-urinaires, localisations tuberculeuses méningées qui modifient la marche, la durée, la terminaison de la variété commune de la phthisie ulcéreuse.

b) *Formes larvées* : Dans ces formes, des troubles multiples absorbent l'attention et donnent le change sur la véritable cause

des altérations de la santé générale. Elles comprennent : la forme *chlorotique*, certaines variétés *gastro-intestinales*, *bronchopulmonaires*, *laryngiennes*, *génito-urinaires*, *ostéo-articulaires ;* elles revêtent certains types : *addisonniens*, *nerveux*, *ganglionnaires*, *fébriles*.

Il n'est nulle maladie qui, plus que la tuberculose, revête le masque de la chlorose ou de la pseudo-chlorose, sous lequel il est difficile souvent de la dépister, malgré les nombreux signes différentiels que nous connaissons.

La forme larvée gastro-intestinale, bien étudiée par Marfan, parfois suivie de manifestations anémiques, est également très fréquente. Les troubles digestifs dépendent surtout de l'affaiblissement de la motricité stomacale et de la diminution du pouvoir digestif du suc gastrique. Les troubles dyspeptiques peuvent être pré-tuberculeux ; il est alors souvent difficile de les différencier d'avec les accidents gastriques de l'hystérie. Ils peuvent s'amender à mesure que les lésions pulmonaires s'établissent, mais le plus souvent ils s'aggravent, et la mort des malades est singulièrement hâtée par l'anorexie ou par la diarrhée persistante relevant de la tuberculose ulcéreuse de l'intestin.

La bronchite sous toutes ses formes aiguës, chronique à répétition, pseudo-grippale, peut dissimuler la germination des tubercules pulmonaires, d'autant que quelquefois, en pareil cas, l'examen bactériologique fait longtemps défaut. Au lieu d'une bronchite, ce peut être une pleurésie qui masque l'invasion de la lésion pulmonaire : il s'agit alors, suivant le cas, d'une pleurésie franche à forme aiguë, d'une pleurésie latente, d'une pleurésie sèche, d'une pleurésie à répétition, parfois même d'une pleurésie hémorrhagique ou purulente.

Les lésions du larynx sont des plus fréquentes au cours de la tuberculose pulmonaire. Mais il est une forme de tuberculose laryngée qui, ressemblant absolument à une laryngite catarrhale simple prolongée, cache ainsi son origine tuberculeuse.

Les organes génito-urinaires sont fréquemment aussi le siège de lésions tuberculeuses, qui ne sont que l'extension de lésions pulmonaires et dont les manifestations cliniques dissimulent l'évolution de la localisation initiale.

Dans la maladie d'Addison, les poumons sont presque toujours atteints de tuberculose pulmonaire, mais de plus, chez quelques phthisiques à face bronzée, on trouve une certaine tendance à déposer du pigment sur les moindres cicatrices (érosion de la peau, vésicatoire), une anémie et des douleurs thoraciques qui leur donnent l'aspect d'addisonniens, alors cependant que l'autopsie révèle l'intégrité des capsules surrénales.

Les os et les articulations sont atteints souvent en même temps que les poumons, et en ce cas la lésion ostéo-articulaire, plus bruyante dans ses manifestations, détourne l'attention à son profit. Ricard a établi quatre formes qui montrent bien la connexion des lésions articulaires tuberculeuses avec les affections pulmonaires.

Les troubles nerveux qui peuvent précéder l'apparition de la tuberculose pulmonaire ou en marquer les débuts sont des plus variés. Beaucoup de malades en puissance de tuberculose deviennent irritables, mélancoliques. D'après Daremberg, chez les sujets dont l'hérédité est tuberculeuse, une apathie sans cause connue doit faire redouter l'explosion des accidents tuberculeux. L'hystérie, la neurasthénie, la folie ont été signalées. Le système nerveux central peut être également altéré, et en pareil cas bien souvent la lésion pulmonaire reste latente; on peut même dire que les accidents cérébrospinaux sont plus habituels au cours des formes latentes de tuberculose pulmonaire.

L'adénopathie tuberculeuse, marchant de pair avec la tuberculose pulmonaire, peut se présenter sous deux formes : une forme aiguë, une forme chronique, la première étant moins fréquente que la seconde. L'adénopathie tuberculeuse précédant de peu la tuberculose s'observe surtout chez les adultes qui ont été exempts de scrofule dans l'enfance.

La forme larvée fébrile peut enfin se montrer dans certains cas où la fièvre rappelle le tableau d'une intermittente quotitienne ou d'une dothiénentérie.

c) *Forme latente :* Une place à part est à faire à la tuberculose pulmonaire latente; quelques médecins ont considéré latent et larvé comme deux mots synonymes : c'est là une compréhension erronée. Cette tuberculose latente est des plus fréquentes, et très souvent des tubercules peuvent se développer au sommet des poumons sans que leur existence soit révélée par aucun signe. Marfan a distingué deux formes de ces phthisies latentes, l'une bénigne, l'autre grave. Recourir en pareil cas à la tuberculine est parfois dangereux et souvent incertain.

d) *Formes secondaires :* La tuberculose pulmonaire est fréquemment secondaire à des tuberculoses locales primitives, et celles-ci modifient sa marche d'une façon quelquefois remarquable. Ces tuberculisations locales peuvent être suivies de tuberculoses pulmonaires qui ont dans quelques cas une certaine uniformité d'allures et une gravité ou une bénignité qui n'existe pas dans la tuberculose pulmonaire commune.

De l'avis de tous les dermatologistes, le lupus érythémateux donne lieu parfois à des tuberculoses pulmonaires assez rapides, mais les lupus ulcéreux, ulcéro-tuberculeux atteignent le poumon avec une extrême lenteur. Cette même lenteur dans la marche de la tuberculose pulmonaire se retrouve chez les sujets atteints d'adénopathies tuberculeuses ulcérées ou non, de tuberculose ostéo-articulaire, génitale. Par contre, les localisations tuberculeuses rénales, gastro-intestinales, cérébrospinales, cardiovasculaires activent l'évolution de la tuberculose pulmonaire. La pleurésie est parfois providentielle, de même que l'emphysème.

La tuberculose pulmonaire peut apparaître à titre de complication dans divers états morbides autres que la tuberculose. Il est difficile d'émettre des considérations générales au sujet de ces tuberculoses secondaires qui se greffent sur un organisme déjà sous le coup d'une affection grave. On s'accorde toutefois à reconnaître une gravité particulière à l'association de la syphilis et de la tuberculose (Balzer, Fournier, Mauriac, Landouzy). La tuberculose survenant chez un diabétique présente une évolution des plus variables, parfois suraiguë, parfois latente. La grippe a une influence variable. Parfois elle détermine le réveil d'une tuberculose latente qui peut marcher avec une rapidité extrême. Souvent cette influence fait défaut. Pour Grasset, et tel est notre avis, la grippe aggrave le plus généralement la tuberculose pulmonaire. Les affections chroniques des reins sont susceptibles d'imprimer à la tuberculose pulmonaire une marche rapide (Lasègue); dans certains cas, au contraire, la lésion pulmonaire est immobilisée ou retardée. On admet généralement aujourd'hui que l'alcool, par des procédés divers, par son influence néfaste sur les voies digestives, le foie, le rein, le système nerveux, ne peut qu'aider au développement de la tuberculose pulmonaire.

Les opinions les plus contradictoires ont régné relativement à l'influence de la grossesse sur le développement de la tuberculose pulmonaire. L'opinion actuelle, déjà soutenue par Grisolle, est qu'il y a dans la majorité des cas aggravation. L'action des pneumokonioses est des plus diverses; elles ne paraissent cependant pas provocatrices de la tuberculose; et, si celle-ci survient, sa marche peut être ralentie par le processus scléreux.

e) *Forme associée :* Le rôle des infections secondaires dans la tuberculose n'est pas encore tranché, et on ignore la part qu'elles peuvent prendre aux divers processus de la tuberculose pulmonaire.

L'opinion de Straus paraît la plus plausible; sans nier que des microbes pathogènes soient susceptibles de provoquer des poussées phlegmasiques aiguës dans le courant de la tuberculose pulmonaire, il semble qu'on ait exagéré leur importance. Schabad ne reconnaît qu'au streptocoque le pouvoir de joindre ses effets à ceux du bacille de Koch pour le développement du processus pneumonique, pour la formation des cavernes, ou pour provoquer l'apparition de la septicémie qui peut emporter rapidement les malades. La tuberculose peut succéder à l'aspergillose; cette association est souvent une cause de gravité; parfois, au contraire, l'aspergillose imprime à la lésion tuberculeuse une tendance marquée à l'évolution scléreuse.

On peut enfin signaler la pseudo-tuberculose microbienne, et, dans un autre ordre d'idées, les faits d'impaludisme (de Brun), de goutte (Potain), pouvant simuler la tuberculose pulmonaire.

Dans la tuberculose *fibreuse*, dont M. Bard (1879) a bien mis en évidence les diverses variétés : tantôt de larges nappes de tissu scléreux enveloppent le nodule tuberculeux et la zone occupée par la pneumonie intercalaire; tantôt la transforma-

tion scléreuse se fait autour d'une éruption tuberculeuse discrète; tantôt enfin la sclérose a pris naissance autour de la zone tuberculeuse et a infiltré le reste du poumon. Cette évolution fibreuse entraine l'emphysème avec sa conséquence plus ou moins tardive: la dilatation du cœur droit. Son diagnostic, au début comme à la période ultime, peut être très difficile.

Il reste à dire quelques mots de la tuberculose *infantile*, puis de la tuberculose *sénile*.

La tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse de l'enfant, bien que ne différant pas sensiblement de celle de l'adulte, présente cependant quelques caractères particuliers, tantôt dans son mode de début, succédant le plus souvent à une affection pulmonaire intercurrente ou à une fièvre typhoïde, tantôt dans son évolution, les phénomènes pulmonaires se développant rapidement. Les hémoptysies y sont peu fréquentes à la période de début; l'expectoration n'est pas abondante. Plus souvent que l'adulte, l'enfant atteint de phthisie pulmonaire peut paraître bien portant. La tuberculose pulmonaire coïncide presque constamment avec la tuberculose des ganglions trachéobronchiques (Potier). Cette association est un élément de gravité et souvent une cause de difficulté de diagnostic.

Dans la tuberculose pulmonaire sénile, l'hérédité, le défaut d'air et d'exercice physique, l'insuffisance de l'alimentation, la misère, l'alcoolisme, parfois la contagion, jouent le rôle étiologique principal. Il existe chez le vieillard, comme chez l'adulte, des formes aiguës et des formes chroniques, dont Barié a mis en lumière la fréquence comparée et les caractères différentiels.

Il paraît difficile, après cet exposé, d'établir une formule générale des conditions qui président à la genèse des différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, des rapports qu'elles affectent les unes avec les autres. Il est certain que dans la détermination de cette diversité d'aspect, de gravité, l'individu, le terrain jouent le rôle le plus important. Mais cette question du terrain est complexe : sur elle se greffe celle du milieu dans lequel est placé l'individu.

Il revient encore une part importante à l'agent microbien, à ses toxines. Straus a montré les divers procédés qui peuvent exalter ou diminuer la virulence du bacille. L'an dernier Kimly, Poupé, Vesely ont étudié cette inégalité de virulence que Koch admet aujourd'hui après l'avoir niée. Quant aux toxines, on sait qu'elles peuvent être également modifiées (Auclair). Reste enfin le mode d'introduction du bacille, qui peut aussi jouer un rôle dans la détermination des formes multiples de la tuberculose.

Si, au point de vue expérimental, ces divers éléments peuvent être suffisamment analysés pour permettre de former différents groupes de tuberculose, en clinique le problème est plus complexe. Ces éléments se trouvent, en effet, le plus souvent associés et mélangés intimement, et il est impossible de dire quelle part, dans tel cas particulier, il convient d'attribuer au terrain, au bacille, au mode de pénétration de ce dernier. C'est là cependant une notion des plus importantes, susceptible peut-être de conduire à un traitement rationnel de cette redoutable maladie.

M. Bard (Lyon). — Il y a lieu d'établir 4 premières divisions qui correspondent à 4 grands groupes de formes cliniques :

1° Les *formes parenchymateuses*, les plus communes, dans lesquelles la tuberculose frappe l'unité élémentaire de l'organe, les lobules pulmonaires; localisées ou extensives, les formes parenchymateuses ont un mode de distribution superposable aux lobulations pulmonaires;

2° Les *formes interstitielles*, dans lesquelles les tubercules, disséminés probablement par les vaisseaux ou les lymphatiques, se répartissent plus ou moins uniformément dans les espaces connectifs périlobulaires ou même péri-alvéolaires; ces formes correspondent aux lésions granuliques;

3° Les *formes bronchiques*, qui empruntent à la distribution et à la structure de l'appareil bronchique leurs particularités anatomiques, les conditions de leur dissémination;

4° Les *formes post-pleurétiques*, dans lesquelles la participation initiale des plèvres imprime aux lésions pulmonaires des caractères spéciaux.

Dans chacune de ces grandes divisions, fondées sur les localisations systématiques des lésions, il importe d'introduire des divisions secondaires, basées à leur tour sur l'évolution de ces lésions, le caractère dynamique, le devenir d'une lésion ayant plus d'importance pour le clinicien que le caractère actuel, statique, puisque c'est de lui que relève le pronostic et que doit s'inspirer la thérapeutique. Ce sont ces subdivisions qui constitueront les formes cliniques proprement dites, parmi lesquelles certaines sont déjà connues, alors que d'autres n'ont pas encore été décrites.

Formes parenchymateuses. — Ce sont les plus communes, les plus nombreuses. L'évolution des lésions y est dominée par deux tendances opposées : tendance fibreuse, tendance caséeuse. Il ne faut pas confondre toutefois, comme on le fait ordinairement, l'absence de caséification et la cicatrisation vraie; j'estime qu'il importe de maintenir entre les deux expressions de lésions fibreuses et de lésions cicatricielles une différence essentielle.

Au point de vue de leur évolution, les formes parenchymateuses comprennent une forme abortive et des formes progressives.

a) *Forme abortive :* La lésion est ici très limitée, peu bruyante, très souvent latente; frappée en quelque sorte de débilité congénitale, elle avorte. La réalité de l'existence de cette forme est mise hors de toute contestation par les autopsies; seule son histoire clinique est assez mal connue pour prêter aux discussions. Il s'agit, en effet, de phénomènes stéthoscopiques très légers, quand ils existent. La plupart des signes que Grancher donne comme appartenant aux lésions de début s'appliquent beaucoup plus exactement aux lésions abortives.

Très souvent ces lésions provoquent des hémoptysies uniques ou de courte durée, ne s'accompagnant ni de poussées congestives ni de fièvre. Ces hémoptysies, liées à la rupture d'un petit vaisseau ectasié, peuvent être à répétition. En l'absence d'hémoptysies, les lésions peuvent rester absolument latentes.

La forme abortive est bénigne : on peut la désigner volontiers sous le nom de lupus du poumon.

b) *Formes progressives* : Elles peuvent se diviser en formes caséeuses, fibrocaséeuses, fibreuses, elles sont liées surtout aux qualités du terrain, aux variations de qualité ou de quantité du virus. Chacun de ces grands groupes est susceptible de subdivisions. Le terme fibreux n'est nullement pris ici dans le sens de cicatriciel, et ces deux termes ne doivent pas être considérés comme synonymes : une lésion cicatricielle est une lésion éteinte; une tuberculose fibreuse est au contraire une lésion torpide, mais faiblement progressive,

Les formes caséeuses présentent plus d'unité que les deux suivantes; il suffit de distinguer une forme caséeuse lobaire à lésion massive, dont la symptomatologie répond à la pneumonie tuberculeuse classique; une forme caséeuse extensive, plus localisée à son début que la précédente et dont l'évolution répond assez bien aux cas décrits sous le nom de phthisie galopante. L'état général s'altère vite, mais plutôt sous la forme de dépression des forces, de cyanose, voire même d'œdème cachectique, que sous celle d'amaigrissement et de consomption; le malade paraît plus intoxiqué qu'émacié. A l'auscultation, les caractères dominants sont la grande humidité des lésions. Parfois latente à son début et d'un diagnostic difficile, elle atteint rapidement en général la période d'état. Le pronostic en est fatal, la thérapeutique impuissante.

Les formes fibrocaséeuses sont caractérisées par l'entrée en scène, à côté de la caséification, de la tendance fibreuse. Leur histoire clinique est celle de la phthisie ulcéreuse commune; mais il existe quelques différences qui permettent d'en distinguer 5 variétés.

La première se rapproche de la forme caséeuse pure, c'est la forme fibrocaséeuse extensive; son évolution est assurément moins rapide, mais son pronostic est à peine moins sévère. Les zones envahies les premières, les sommets presque toujours, présentent les signes d'un mélange de lésions fibroïdes et de lésions caséeuses; les râles diminuent de nombre et font place à la rudesse et aux souffles.

La forme fibrocaséeuse congestive, à laquelle me paraissent se rattacher la plupart des faits de splénopneumonie de Grancher, est caractérisée par l'existence de poussées tuberculeuses, actives, fébriles, souvent hémoptoïques, mais récidivant surtout sur place. Elle se rencontre principalement chez les adolescents. Elle peut s'apaiser et aboutir à un état cicatriciel favorable.

Les formes caséeuses cavitaires localisées, constituées par la production de cavernes, affectant le caractère de lésions locales, doivent se diviser elles-mêmes en deux catégories distinctes. Dans la première, forme cavitaire ulcéreuse, les cavernes présentent une marche envahissante de dedans en dehors, sans l'intervention de poussées tuberculeuses nouvelles, mais grâce vraisemblablement à des infections secondaires multiples. Dans la seconde, forme cavitaire localisée stationnaire, les cavernes sont sèches, à parois fibreuses lisses; elles correspondent aux géodes de Cruveilhier.

Une place à part, malgré sa rareté relative, est à faire à une forme ulcéro-fibreuse cachectisante. Il s'agit de malades âgés porteurs de cavernes suppurantes, entretenant un état cachectique, et qui restent limitées grâce à un processus de sclérose.

Les formes fibreuses sont caractérisées par la prédominance de l'évolution fibreuse d'emblée, la tendance caséeuse étant à peine indiquée par quelques petits blocs enkystés graisseux ou calcaires, ou par quelques petites cavernes sèches. Le tissu conjonctif fermente comme dans les formes caséeuses; mais la fermentation est lente, la prolifération modérée.

Cette phthisie fibreuse, que j'ai déjà eu à étudier dans ma thèse de doctorat, a été considérée à tort comme un mode de terminaison propre aux cas favorables, alors qu'il s'agit d'une forme spéciale dès son origine. Elle peut se subdiviser en trois variétés.

L'une, rare, la pneumonie hyperplasique fibreuse tuberculeuse, est caractérisée par une hépatisation lobaire de coloration ardoisée, à peine parsemée de points plus clairs, et dans laquelle on trouve quelques tubercules fibroïdes élémentaires. Elle survient plutôt à titre épisodique au cours de tuberculoses fibreuses anciennes; son évolution est relativement rapide.

La forme fibreuse par sclérose dense est la plus commune; sa connaissance remonte jusqu'à la phthisie mélanotique de Bayle. Les lésions sont très compactes, très dures, d'aspect ardoisé; l'emphysème est limité; les signes d'auscultation se réduisent à de la matité, de la rudesse ou des souffles. Elle Elle retentit plus ou moins rapidement sur le cœur droit.

La troisième variété est la forme fibreuse par sclérose diffuse avec emphysème. La sclérose s'étend à des zones plus vastes, mais elle garde un caractère plus superficiel; elle épaissit les travées sans supprimer les alvéoles. Elle provoque de la bronchorrée, de la dyspepsie, de l'asthme symptomatique; l'emphysème généralisé résulte de tout ce processus; le cœur droit s'hypertrophie et se dilate. Les formes fibreuses n'ont aucune tendance à la production d'ulcération; elles permettent, exception faite pour la pneumonie hyperplasique, des survies indéfinies; elles sont d'ailleurs progressives.

La palpation large du cœur permet de reconnaître l'hypertrophie du cœur droit, par les chocs musculaires qu'elle fait percevoir dans la région droite du cœur.

Ces phénomènes cardiaques perçus à droite ont dans la tuberculose pulmonaire d'autant plus d'importance clinique que non seulement ils ne se rencontrent que dans les formes à évolution fibreuse et lente, mais encore que dans ces formes elles-mêmes, ils appartiennent aux périodes d'accalmie de la tuberculose; ils s'atténuent ou disparaissent, en effet, quand la tuberculose donne lieu à des poussées parenchymateuses, surtout granuliques. J'ai pu observer, à de nombreuses reprises, cette alternance entre les phénomènes asystoliques et l'évolution de la tuberculose elle-même. Rien n'est plus fréquent, mais malheureusement aussi rien n'est plus souvent méconnu que les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire arrivées à l'asystolie droite.

Formes interstitielles ou granuliques. — La forme d'Empis, la grande granulie, est la plus rare de toutes les formes granuliques. On peut distinguer 4 formes cliniques de granulie :

En premier lieu la *granulie généralisée* classique, qui peut affecter de nombreuses variétés symptomatiques.

La *granulie suppurée*, assez rare, est représentée par des séries de granulations suppurées au lieu d'être caséeuses : le tableau clinique est celui d'une tuberculose aiguë à type fébrile pyohémique. Il y a vraisemblablement infection mixte d'emblée.

La troisième variété, *granulie migratrice*, est caractérisée, en dehors de lésions pulmonaires parfois latentes, par des localisations extrapulmonaires qui peuvent prendre temporairement le rôle principal dans la symptomatologie. Les poussées tuberculeuses polyviscérales, parfois subintrantes, peuvent se résoudre complètement, et à l'autopsie on ne trouve que les poussées ultimes ayant déterminé l'issue fatale. Le pronostic de cette variété est aussi sombre que celui des deux précédentes.

La dernière forme de tuberculose interstitielle est la *granulie discrète :* c'est la plus fréquente et la plus importante à connaître, bien qu'elle n'ait encore été l'objet d'aucune description précise. Elle survient presque exclusivement chez les tuberculeux fibreux et de préférence chez ceux qui présentent des formes de sclérose dense; elle est le plus souvent curable, quand elle est convenablement traitée. Autant que la rareté des autopsies permet de l'affirmer, elle consiste dans une éruption de granulations fines, discrètes, aboutissant à la résolution ou à des points de sclérose. Les phénomènes d'auscultation sont à peu près nuls. Il y a souvent de petites hémoptysies, mais le caractère essentiel est la fièvre, qui peut être très élevée et dont l'écart diurne est peu considérable. L'état général est à peine touché. C'est dans ces formes que les badigeonnages de gaïacol, en petit nombre, donnent d'excellents résultats.

Formes bronchiques. — Elles sont caractérisées par la localisation exclusive ou prédominante des lésions tuberculeuses sur l'appareil bronchique lui-même. Ces formes sont mal connues. Hoffmann admet bien qu'il doit exister une forme bronchique autonome, mais il ajoute qu'il n'a pu la discerner. Or, il semble facile, dans un grand nombre de cas, de la reconnaître. Il importe seulement de savoir que les bronchites tuberculeuses affectent une symptomatologie et une évolution tout à fait comparables à celle des bronchites liées à d'autres causes infectieuses.

Elles peuvent se diviser en trois catégories, qui sont presque superposables aux bronchites capillaires aiguës, aux bronchopneumonies subaiguës et aux bronchites chroniques non tuberculeuses.

La forme de bronchite capillaire tuberculeuse est la plus rare; c'est à elle qu'il faut rapporter les granulies suraiguës asphyxiques.

La forme de bronchopneumonie tuberculeuse est plus fréquente, mais moins que ne le fait prévoir l'emploi souvent exagéré de cette dénomination pour les formes subaiguës les plus diverses. Elle est caractérisée par sa bilatéralité, et le syndrome clinique est absolument semblable à celui des bronchopneumonies subaiguës grippales ou morbilleuses; à tel point que le diagnostic, pour être posé avec certitude, réclame l'examen bactériologique des crachats. Cette forme est grave et rapide dans son évolution.

Les formes de bronchite chronique tuberculeuse sont les plus fréquentes et les plus importantes à connaître, parce qu'elles comportent un pronostic plus favorable que les autres modalités de la tuberculose. Il n'y a aucun signe d'induration ou de collapsus des sommets; l'apyrexie est complète. Elles répondent à deux variétés : dans l'une, bronchite chronique tuberculeuse profonde, l'expectoration est plus abondante; elle peut s'accompagner de péribronchite et de dilatation bronchique; dans l'autre, bronchite chronique tuberculeuse superficielle avec emphysème, les crachats sont rares, se détachent avec difficulté.

C'est dans ces formes souvent méconnues que la médication sulfureuse donne ses plus beaux résultats.

Formes post-pleurétiques. — Ces formes répondent à deux catégories de faits bien distincts : la première, constituée par les pleurésies proprement dites auxquelles s'associent des lésions pulmonaires plus ou moins marquées, que je n'envisagerai pas ici; la seconde constituée, au contraire, par des lésions pulmonaires progressives, s'accompagnant de symphyse pleurale. Cette seconde variété comprend deux groupes bien tranchés : la forme post-pleurétique à lésions progressives localisées, dans laquelle le sommet seul est atteint; la pneumonie pleurogène tuberculeuse à lésions très étendues, étagées sur toute la hauteur du poumon.

M. L. Revilliod (de Genève). — Pour être exacte et complète, une division des formes cliniques devrait comprendre autant de formes qu'il y a de tuberculeux. Chacun se comporte selon son déterminisme, qui lui fournit une part d'immunité, une part de réceptivité.

Les conditions héréditaires, hygiéniques ayant été suffisamment étudiées, M. Revilliod se borne à considérer l'influence

des maladies plus ou moins constitutionnelles ou accidentellee qui ont modifié l'organisme d'une manière plus ou moins durable, de façon à donner l'immunité ou la réceptivité à ceux qui ne la possédaient pas. Parmi les maladies tuberculigènes, on peut citer la grippe (Grasset, Baivy), la diphthérie (Revilliod), la syphilis (Straus, P. Tessier et Fournier), la puerpéralité, l'alcoolisme. La variole semble assez impuissante en bien comme en mal vis-à-vis de la tuberculose.

Les conditions propres à constituer une diathèse antituberculeuse, dont la réalité est démontrée par la résistance des 6/7 de l'humanité, par le stigmate de tuberculose guérie spontanément chez 1/4 des sujets peuvent se diviser en deux catégories : 1° celles qui, innées, constitutionnelles s'opposent à l'invasion tuberculeuse ; 2° celles qui, tout en ayant permis une infection momentanée, ont provoqué la curabilité en s'opposant au processus ultérieur. Dans la première catégorie rentre l'arthritisme avec ses ramifications multiples, goutte, rhumatisme, scléroses viscérales, affections rénales, etc., maladies essentiellement chroniques, constitutionnelles.

On peut dire, en résumé, que lorque l'organisme est envahi par une maladie générale, chronique, la tuberculose ne l'attaque pas. C'est chez les cardiaques, les brightiques, les hépatiques, chez les surchargés de graisse et d'acide carbonique que l'on peut retrouver le plus de tuberculeux guéris.

L'incompatibilité du goître et de la tuberculose énoncée par Morin (de Colombier), semble réelle. Il semble qu'il en soit de même pour l'épilepsie.

Il faut encore étudier l'action des maladies qui semblent agir sur une tuberculose déjà établie et pure de toute influence accessoire. A ce titre, l'érysipèle a été considéré comme modifiant favorablement les lésions tuberculeuses; toutefois, la question mérite d'être réservée. La scarlatine est, pour M. Revilliod, une maladie antituberculeuse par excellence; si la tuberculose survient par exception, la lésion est toujours limitée. La fièvre typhoïde peut être également considérée comme antagoniste de la tuberculose. Réserve faite des erreurs de diagnostic tenant à la polymorphie clinique de la dothiénenthérie, les faits connus de tuberculose et de fièvre typhoïde simultanées sont assez rares pour ne pas être une objection sérieuse à cette idée.

Là ne se bornent pas les ressources de la spontanéité favorable. Nous savons que l'appel d'un processus tuberculeux sur un autre point du corps peut constituer un puissant dérivatif de l'infiltration pulmonaire. Il est d'autre part certaines conditions anatomiques locales qui, agissant directement sur le poumon, modifient son tissu de façon à le rendre impropre à l'évolution de la tuberculose (sclérose, emphysème, bronchite putride, gangrène).

La pleurésie séreuse et même la pleurésie purulente, le pneumothorax (réserve faite des interprétations à donner à l'action réelle de l'eau épanchée dans la plèvre comme dans le péritoine) peuvent s'opposer à l'évolution de la tuberculose. De nombreux faits personnels ou recueillis par les auteurs le prouvent surabondamment.

Cette énumération d'états antituberculisants est forcément incomplète; mais il n'est pas nécessaire, pour se trouver à l'abri du bacille, d'être en puissance d'un état constitutionnel anormal. D'où vient cette immunité? Est-ce simplement de l'observance des règles de l'hygiène antituberculeuse? Assurément non. Pourquoi ne pas admettre une accoutumance, sorte de sérothérapie spontanée due à un contact permanent à petite dose avec le milieu tuberculeux, accoutumance dont l'immunité relative du corps médical peut être donnée comme preuve.

A l'expérimentation revient le rôle de rechercher quelle est cette antitoxine, qui dès l'origine existe dans certains organismes ou qui se forme spontanément en eux sous l'influence ne certains accidents qui ont traversé leur existence.

REVUE DES CONGRÈS

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Madrid du 10 au 16 avril 1898.

Influence favorable du chauffage du sérum antidiphthérique sur les accidents post-sérothérapiques.

M. Spronck (d'Utrecht) en s'appuyant sur les observations de MM. Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard a eu l'idée de rechercher l'influence qu'exerce le chauffage du sérum antidiphthérique sur les accidents post-sérothérapiques. Le procédé auquel il s'est arrêté est le suivant :

Le sérum, recueilli dans des conditions d'asepsie parfaite et sans l'addition d'aucune substance antiseptique, est réparti dans des petits flacons d'une capacité de 10 centim. cubes, fermés avec un bouchon et un capuchon de caoutchouc. Ces flacons sont maintenus pendant 20 minutes à une température qui oscille entre 59° et 59°5.

Voici quels sont les résultats obtenus avec du sérum préparé à Utrecht dans les années 1895, 1896 et 1897.

En 1895 et 1896, sur 1 365 malades traités avec du sérum non chauffé, 208, soit 15,2 p. 100, ont présenté des accidents post-sérothérapiques.

En 1897, sur 251 malades injectés, des accidents se sont manifestés chez 12 seulement, soit dans 4,7 p. 100 des cas.

On voit par ces chiffres qu'en 1897 le nombre des accidents post-sérothérapiques, qui dépassait auparavant 15 p. 100, n'atteint plus même 5 p. 100.

L'action curative du sérum chauffé n'est pas inférieure à celle du sérum non chauffé. En 1897, la mortalité fut même moins élevée qu'en 1895 et 1896. A l'hôpital Wilhelmina-Gasthuis et à l'hôpital de Haarlem, la mortalité a été de 18,5 p. 100 en 1895 et 1896, de 13,1 p. 100 en 1897.

Sur la toxine de la tuberculose.

M. Behring (de Marbourg), comme beaucoup d'autres médecins, espérait trouver une antitoxine active de la tuberculose avec une toxine correspondante; mais jusqu'à l'heure actuelle, il n'y a pas encore réussi. Il serait même sceptique à l'égard d'un résultat heureux, s'il n'avait trouvé que des oiseaux étaient beaucoup plus favorables à cet ordre de recherches que les mammifères.

Avec de la soude et d'autres réactifs, on peut extraire des bacilles de la tuberculose une mucine, ainsi que d'autres substances chimiques. Ces corps n'ont rien à voir avec la toxine de la tuberculose. Si l'on soumet les bacilles à une température de 150°, qu'on les dégraisse et qu'on les traite avec de l'eau glycérinée, on obtient des corps albumineux insolubles, qui présentent une virulence 20 fois plus élevée. Il n'y a donc pas identité entre la toxine de la tuberculose et la substance primitive. Le corps trouvé par M. Behring est 80 fois, même 100 fois plus actif que la tuberculine de Koch.

M. Behring a également obtenu une antitoxine en opérant des passages par le cheval. Mais on ne saurait, chez le phthisique, en injecter plus de 0 c.c. 5 à 1 centim. cube sans voir se produire des effets généraux et locaux.

M. Behring pose en principe que l'innocuité d'une antitoxine est indispensable pour en permettre l'application. Mais il faut bien savoir si les actions accessoires de la tuberculine qui contre-indiquent son emploi sont le fait de l'antitoxine ou du sérum. Or, en prenant le sérum de chevaux sains, on obtient des actions accessoires tout à fait identiques à celles que l'on constate après l'injection de sérum de chevaux immunisés. C'est là un fait très important pour la classification de ces effets accessoires. Jusqu'ici d'ailleurs, les observations faites à cet égard ne sont pas concordantes.

Beaucoup d'autres obstacles encore s'opposent au traitement spécifique de la tuberculose et devront être surmontés avant que

ce traitement puisse entrer dans la pratique. Son application est beaucoup plus facile chez les bovidés, où il est possible de guérir une tuberculose déclarée. Chez l'homme, il en va tout autrement, car la cure de la tuberculose par la toxine entraîne chez certains sujets une exacerbation souvent suivie d'une issue fatale. Chez les animaux, cela importe peu, et l'on n'a à tenir compte que des considérations économiques. Si sur 100 animaux injectés avec du sérum, on en guérit 90, il faut évidemment adopter le traitement spécifique. Mais si l'application du sérum met une seule vie humaine en péril, ce traitement devient impraticable. A l'Ecole vétérinaire de Berlin, on va entreprendre des expériences étendues pour déterminer la valeur du traitement sérothérapique de la tuberculose.

Tétanos cérébral et traitement du tétanos déclaré.

M. Borrel (de Paris) a étudié, avec M. Roux, à l'Institut Pasteur, d'abord la maladie tétanique qu'on obtient lorsqu'on inocule diversement la toxine tétanique dans l'écorce cérébrale des animaux sensibles. Il donne le nom de *tétanos cérébral* à une maladie très spéciale caractérisée par des phénomènes d'excitation, des crises convulsives épileptiformes, des troubles moteurs, de la polyurie, etc. Cette maladie tétanique est absolument différente du tétanos ordinaire, avec les contractures si caractéristiques; elle n'en est pas moins spécifique.

Suivant les points de la substance cérébrale qui sont touchés, la maladie se présente avec des symptômes différents qui correspondent à l'excitation de tel ou tel groupe cellulaire par le virus.

L'inoculation dans le cerveau a montré qu'un animal immunisé par une injection de sérum antitoxique sous la peau n'est pas immunisé contre le tétanos cérébral. D'où la conclusion que l'antitoxine injectée sous la peau n'atteint pas les cellules nerveuses, ne les protège pas, lorsque la toxine a pénétré dans la substance nerveuse. Ceci explique les échecs obtenus jusqu'ici dans le traitement du tétanos déclaré par les injections de sérum antitoxique.

En portant directement l'antitoxine dans la substance cérébrale, on a pu guérir des cobayes, des lapins, alors que le tétanos était déjà déclaré depuis plus de 14 heures, et à un moment où l'injection de doses massives de sérum sous la peau ne donne aucun résultat.

Ces expériences permettent d'espérer une utilisation possible de sérum dans le cas de tétanos déclaré chez les animaux et chez l'homme. De petites quantités de sérum suffisent. Au point de vue de la théorie de l'immunité, l'étude du tétanos cérébral a permis de montrer que ce n'est jamais la cellule nerveuse qui est immunisée; toujours l'immunité acquise comme l'immunité naturelle tient à ce que les toxines sont arrêtées avant d'aller atteindre les cellules sensibles. L'immunité ne tient donc pas à une accoutumance ou à une insensibilité des cellules nerveuses.

De la fièvre aphteuse.

M. Löffler a communiqué ses recherches sur l'étiologie de la fièvre aphteuse. En ponctionnant aseptiquement de pareilles vésicules, on n'y constatait jamais la présence de germes; et cependant, une très faible quantité de liquide ainsi prélevée provoquait la maladie soit que l'on l'inoculât sous la muqueuse buccale, soit que l'on injectât dans le sang. Il était donc vraisemblable d'admettre que l'on se trouvait en présence d'un microorganisme encore inconnu. Or, en filtrant le liquide vésiculaire sur porcelaine, on constatait que la sérosité filtrée produisait la fièvre aphteuse typique. Il s'agissait d'en déterminer l'origine, et on pouvait penser à deux choses : ou à un poison soluble, ou à un ferment figuré assez petit pour passer à travers le filtre.

S'il était possible de reproduire la maladie après des filtrations et des injections alternatives et répétées, on serait certain qu'on a bien affaire à un microorganisme. Or, après plusieurs filtrations et injections successives, on nota une remarquable atténuation dans la virulence du poison. Il était donc impossible d'arriver à un résultat en suivant cette voie, et il fallait avoir recours à une autre méthode. M. Löffler atteint son but en procédant de la façon suivante :

Il a prélevé 1/50 du contenu d'une vésicule aphteuse de porc. Ce liquide était dilué, filtré, puis injecté au veau par la voie sanguine. Sur l'une des vésicules produites chez le veau inoculé, on prélevait un échantillon analogue que l'on soumettait aux mêmes manipulations que le précédent. En admettant que chaque vésicule contînt 3 c. c. de sérosité, chaque inoculation représentait 1/150 de c. c. Comme on a opéré 6 passages successifs avec la même sérosité filtrée après chaque prélèvement, le dernier animal a été inoculé avec la sixième partie de 1/150 de c. c., ce qui représente une dose infinitésimale. Il est impossible d'admettre qu'un poison agisse à cet état de dilution. On doit penser, au contraire, que l'on se trouve en présence du microorganisme producteur de la fièvre aphteuse. Ce microbe a certainement des dimensions extrêmement faibles, se trouvant au delà de la limite de la visibilité. On s'est efforcé de faire des cultures de cet agent, mais on n'y a réussi que sur milieu animal; toutes les autres tentatives avec les milieux usités habituellement ont échoué.

Comme les travaux de Pasteur et ceux plus récents de Koch ont appris qu'il est possible de guérir des maladies telles que la rage et la peste bovine dont on ne connaît pas l'agent pathogène, M. Löffler a recherché s'il existait un moyen prophylactique contre cette maladie. Il a trouvé des substances actives dans le sang des animaux auxquels il a inoculé la fièvre aphteuse. En mêlant ce sang à la sérosité et en injectant ce mélange, la maladie ne se déclarait plus. Il a même été possible de créer ainsi une immunité suffisante pour protéger la majorité des animaux contre l'infection.

Il a pu traiter des animaux guéris avec des doses croissantes de sérosité aphteuse. Pour rendre malade un animal neuf, il suffit de 1/20 000 de c.c., tandis qu'un animal traité de la sorte peut supporter 1/100 de c.c. Il devient ainsi possible de vacciner, au moins temporairement, des animaux n'ayant pas encore contracté la maladie ; en cas d'épidémie, on pourra donc garantir des étables non atteintes par des inoculations préventives contre l'infection aphteuse.

Diphthérie humaine et diphthérie aviaire.

M. Ferré (de Bordeaux). — La diphthérie aviaire, en laissant de côté tout ce qui a trait à la tuberculose et à la grégarinose, paraît, comme la diphthérie humaine, liée à l'évolution d'un certain nombre d'espèces microbiennes. Parmi ces microorganismes, on rencontre des microcoques, des staphylocoques, des streptocoques, des pneumobacilles et des espèces bacillaires dont deux particulièrement intéressantes. Ces deux espèces ne se différencient pas nettement d'emblée par leurs propriétés morphologiques, mais elles se différencient en ce que l'une prend le Gram au cristal violet tandis que l'autre ne le prend pas. La bactérie qui ne prend pas le Gram pouvait être assimilée aux colibacilles; le bacille qui prend le Gram au cristal violet possède bien les caractères morphologiques du bacille de Löffler. Il peut se présenter sous les formes longue, moyennes ou courte ; il est enchevêtré ; il en a les propriétés physiopathologiques. Il donne des fausses membranes au lapin, au pigeon, à la poule. Il est virulent pour le cobaye, le lapin, les oiseaux, non virulent pour la souris. La toxine paralyse le cobaye et la volaille ; elle n'a pas été essayée sur d'autres espèces.

On trouve dans la diphthérie aviaire et dans la diphthérie humaine les mêmes espèces microbiennes : microcoques, staphylocoques, streptocoques, pneumobacille, bacillus coli communis, bacille de Löffler. Dans ces conditions, il est impossible de nier l'étroite similitude de ces deux maladies et la possibilité de leur transmission de la volaille à l'homme et réciproquement.

Comme faits de démonstration accessoires, on peut remarquer que le sérum antidiphthérique provenant d'animaux préparés avec la toxine extraite des cultures du bacille de la diphthérie de l'homme, agit très favorablement sur les fausses membranes aviaires et sur les accidents que développe la toxine extraite des cultures du bacille de Löffler trouvé chez la volaille.

De même que chez l'homme, on décèle dans la cavité buccopharyngienne de la poule saine les microbes de la diphthérie aviaire. De plus, chez la volaille saine, on rencontre le bacille

de Löffler avec ses différentes formes dans la cavité cloacale. Le bacille de Löffler s'observe, en outre, dans la cavité bucco-pharyngienne d'un certain nombre d'espèces animales à l'état sain.

Au point de vue prophylactique, les volailles atteintes de diphthérie devront être isolées, surtout celles qui présenteront des phénomènes paralytiques. Quant aux volailles saines, on ne devra s'en préoccuper ni s'en inquiéter outre mesure, pas plus qu'on ne s'inquiète de la présence du bacille de Löffler dans la gorge de l'homme normal, pas plus qu'on ne se préoccupe de la présence du pneumocoque, du streptocoque et de bien d'autres espèces pathogènes de la cavité naso-bucco-pharyngienne de l'homme normal.

M. Löffler ne croit pas que la diphthérie du pigeon soit identique à celle de la poule. Il préférerait donc éviter le terme de diphthérie aviaire et ne parler que de la diphthérie d'une espèce bien déterminée.

Substitution de la levure à la viande pour la préparation de la toxine diphthérique.

M. Spronck a complètement renoncé à l'usage de la viande fraîche ou fermentée pour la préparation de la toxine diphthérique, et il lui a substitué de l'emploi d'une décoction de levure.

Il se sert de levure du commerce, et non de levure de bière. Un kilogramme de levure est délayé dans 5 litres d'eau; on fait bouillir pendant vingt minutes en ayant soin d'agiter constamment avec une spatule, puis on laisse reposer pendant 24 heures: la levure se sépare, laissant au-dessus d'elle un liquide louche qu'on décante. A ce liquide légèrement acide on ajoute, par litre, 5 grammes de sel marin et 20 grammes de peptone de Witte; on neutralise avec de la soude et on ajoute encore par litre 7 centimètres cubes d'une solution de soude au titre normal; après avoir chauffé et filtré, on stérilise à 120°.

Le milieu de culture préparé comme il vient d'être indiqué a toujours fourni des toxines plus actives que le bouillon provenant de viande avancée. La production de la toxine est très rapide.

L'emploi de la décoction de levure pour la production de la toxine diphthérique n'amène chez les chevaux aucun inconvénient. La filtration des cultures par une bougie Chamberland est parfaitement superflue. En filtrant simplement sur papier après addition de 3 centimètres cubes d'acide phénique par litre, la toxine obtenue est tout à fait limpide et se conserve très bien.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 Avril 1898.

Ankylose de la hanche par ostéophytes multiples et volumineuses.

M. Launay montre un os iliaque et un fémur gauches, pris sur un sujet de dissection âgé d'une quarantaine d'années. L'os iliaque et le fémur présentent autour de l'articulation coxo-fémorale, indemne, une série de productions osseuses enveloppant la capsule suivant la direction générale des muscles: psoas, droit antérieur, petit et moyen fessiers, et immobilisant l'articulation.

La nature de ces exostoses est fort difficile à déterminer, étant donné l'absence totale de renseignements. Il n'y a aucune trace de fracture ni du bassin, ni du fémur: ce sont probablement des ossifications périostiques consécutives à un violent traumatisme.

M. Mauclaire a trouvé sur un cadavre de l'Ecole pratique un cas que les vétérinaires appellent l'ankylose cerclée de la hanche. La pièce de M. Launay ressemble à un début de cette lésion. Dans le cas sus-indiqué, les ostéophytes formaient un demi-cercle qui remontait très haut dans la fosse iliaque externe.

Sarcome fuso-cellulaire de l'utérus.

MM. Glantenay et **R. Marie** montrent des coupes d'un sarcome fuso-cellulaire de l'utérus, vraisemblablement d'origine myomateuse, avec cavités pseudo-kystiques. La pièce a été enlevée par hystérectomie abdominale totale. La femme qui présentait cette tumeur était âgée de 25 ans, et, depuis deux ans, les règles étaient devenues plus fréquentes et plus abondantes. L'utérus présentait le volume d'une tête de fœtus. Les kystes ne sont pas tapissés par un épithélium; leur paroi est formée par les éléments mêmes de la tumeur. Ils semblent résulter d'un clivage qui s'est fait entre les éléments néoplasiques.

Rétrécissement et insuffisance aortique d'origine artérielle.

M. Hauser communique l'observation d'une femme de 38 ans, à antécédents tuberculeux, morte de granulie, et chez laquelle on avait noté un souffle systolique de rétrécissement aortique.

A l'autopsie, le poumon, le rein sont farcis de granulations miliaires. Au cœur, on constate un énorme rétrécissement aortique compliqué d'insuffisance et causé par l'hypertrophie de l'anneau fibreux et l'induration athéromateuse des sigmoïdes aortiques. L'athérome occupait l'aorte ascendante; il n'y avait pas d'artério-sclérose périphérique.

L'insuffisance aortique concomitante n'a pu être diagnostiquée pendant la vie. Le cœur n'avait pas réagi fonctionnellement ni physiquement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Avril 1898.

Présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale.

M. F. Besançon et **V. Griffon**. — Il est de notion courante que le pneumocoque peut être rencontré dans la gorge, en dehors de tout état pathologique, en qualité de simple saprophyte. Si l'on inocule, aux animaux réceptifs, la salive d'individus normaux ou atteints de lésions non pneumoniques, la mort de l'animal survient 20 fois sur 100 par pneumococcie généralisée (Netter).

Cette notion classique de fréquence doit être remplacée par la notion de la constance du pneumocoque dans la gorge normale ou pathologique. Nous sommes arrivés à cette conclusion en substituant à la pratique de l'inoculation massive de salive, la méthode de la culture du mucus amygdalien dans un milieu électif pour le pneumocoque.

Les 40 individus dont nous avons analysé la gorge étaient dans des conditions les plus variées: enfants en bas âge, adultes, vieillards, les uns fréquentant des milieux hospitaliers, les autres les laboratoires; d'autres, enfin ne pouvant être soupçonnés de contamination. Aucun de ces sujets n'avait de pneumonie dans ses antédents.

Ainsi donc, le pneumocoque comme le streptocoque (Widal et Bezançon), est un hôte constant de la cavité buccale. Si jusqu'à présent, on ne l'y avait trouvé que dans un cinquième des cas, la divergence n'est qu'apparente; elle s'explique par le changement de technique: culture, en milieu électif, du mucus amygdalien, et non pas inoculation de salive.

M. Barbier estime qu'il faudrait spécifier les conditions du milieu dans lequel vivent les sujets observés, et les saisons pendant lesquels les examens furent faits. Ces deux points sont très importants, car, en somme, le parasitisme de la bouche n'est que la résultante du parasitisme ambiant; et si la présence du pneumocoque est constante dans la bouche des sujets habitant les villes, il est possible que ce pneumocoque soit très rares chez les sujets habitant un milieu moins infecté.

M. Griffon répond que parmi les sujets dont ils ont analysé la gorge, il y avait en outre, un cocher de fiacre qui n'était jamais entré dans hôpital ou un laboratoire, des malades dont la gorge était ensemencée sitôt leur entrée à l'hôpital. D'autre

part, plusieurs individus bien portants ne séjournèrent dans le laboratoire que le temps nécessaire à l'ensemencement.

Quant à la question des saisons, les recherches sont commencées depuis plus de huit mois; elles ont donc été faites à la fois en été, en automne et en hiver.

Statistique de la diphthérie à l'hôpital Trousseau.

M. Richardière. — La statistique que je soumets à la Société porte sur le premier semestre et sur les deux derniers mois de l'année; elle comprend 696 malades, dont 125 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 17,9 pour 100. En retranchant 31 cas de mort survenus moins de 24 heures après l'entrée à l'hôpital, la mortalité se trouve réduite à 13,5 p. 100.

Parmi ces cas, 344 dipthéries sans opération ont donné 4,1 p. 100.

172 enfants ont été tubés, 47 moururent, soit 27,2 p. 100.

La cause de la mort des enfants opérés a presque toujours été la bronchopneumonie.

La trachéotomie primitive, pratiquée 11 fois, a donné 5 morts, soit 45,4 p. 100.

La trachéotomie secondaire, après tubage, a été faite 56 fois: 11 enfants seulement ont survécu.

Avec les interventions opératoires, le traitement a consisté à peu près exclusivement dans les injections de sérum antitoxique.

Comme traitement local, on a fait de grands lavages à l'eau bouillie de la gorge et du nez. Dans les cas graves, les lavages ont été faits avec des solutions de permanganate de chaux à 1 p. 4000.

Comme accidents consécutifs à ces injections, on n'a observé que des éruptions et quelques phénomènes articulaires.

On a noté 19 fois des paralysies diphthériques, mais il est probable que plusieurs petits malades eurent des paralysies après leur sortie. Les autres complications furent exceptionnelles.

Les examens bactériologiques ont montré que presque toujours que les bacilles de Löffler étaient accompagnés d'autres espèces microbiennes: streptocoques, staphylocoques, cocci divers, tétragènes, etc., etc.; la constatation de ces espèces coexistant avec le bacille de Löffler n'a aucune signification au point de vue du pronostic.

Insuffisance glycolytique.

MM. Achard et **E. Weil.** — L'insuffisance glycolytique, trouble de la nutrition qui consiste dans l'impossibilité pour les tissus de fixer et d'utiliser la glucose, et qui se reconnaît au moyen de l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée, ne caractérise aucune maladie d'une façon exclusive. Elle se rencontre dans diverses circonstances pathologiques.

Nous avons déjà montré ses relations avec le diabète et publié cinq observations dans lesquelles elle existait sans glycosurie habituelle et sans dépendre d'une maladie bien déterminée. Nous avons proposé le terme de diabète fruste pour désigner cette modalité de l'insuffisance glycolytique constitutionnelle. Depuis, nous en avons observé trois nouveaux cas, dans lesquels on relevait, comme dans les précédents, divers stigmates, l'arthritisme, l'alcoolisme, la tendance à l'obésité.

Dans la cachexie tuberculeuse, nous avons constaté cinq fois l'insuffisance glycolytique. Nous l'avons vue encore chez deux cancéreux, et, à un degré très faible, chez un troisième. Chez un asystolique, elle s'est également rencontrée, mais le sujet présentait, en outre, les attributs habituels du diabète fruste.

Dans diverses affections nerveuses (hystérie, tabès, goitre exophthalmique), nous avons obtenu des résultats négatifs ou constaté seulement une insuffisance si légère qu'on ne saurait lui attribuer une importance clinique. Cependant, chez un hystérique, elle était bien accusée. Nous l'avons rencontrée aussi chez un myopathique, en même temps tuberculeux, et chez un sujet atteint de paralysie infantile très étendu. Dans un cas de myxœdème, elle existait également.

Ce sont là des faits assez disparates, recueillis au hasard de l'observation clinique, et qui ne sauraient indiquer d'une façon précise avec quelle fréquence relative l'insuffisance glycolitique se rencontre au cours des différents états morbides. La seule conclusion qui s'en dégage, c'est que ce trouble de la nutrition existe dans des maladies multiples.

De l'hyperchlorhydrie par saturation alcaline.

M. Hayem attire l'attention sur les effets produits par l'usage prolongé ou très fréquemment renouvelé des alcalins. De nombreux faits lui ont démontré que l'emploi à doses élevées et suffisamment prolongées du bicarbonate de soude détermine chez certains sujets la plus forte hyperchlorhydrie qu'on puisse observer. En d'autres termes, les alcalins et notamment les bicarbonates de soude paraissent être les agents provocateurs les plus puissants de l'hyperchlorhydrie typique.

Les alcalins agissent plutôt par absorption que par effet topique et, par suite, les eaux minérales, qui en facilitent l'absorption, sont peut-être plus nocives encore que le bicarbonate en nature, bien que la dose de celui-ci prise par les malades soit généralement très supérieure à celle que renferme les eaux minérales, même lorsqu'elles sont employées très largement.

L'hyperchlorhydrie paraît donc être la conséquence plutôt de l'élimination du sel alcalin que de son effet direct sur l'appareil glandulaire. Il est nécessaire, pour que les alcalins produisent de l'hyperchlorhydrie, que la muqueuse stomacale renferme des glandes nombreuses et actives. De là résulte qu'un semblable effet ne peut être observé que chez certains malades.

Chez les sujets dont la muqueuse stomacale est dégénérée ou atrophiée, et par suite dont le suc stomacal donne chimiquement un type hypopeptique, l'usage des alcalins loin de produire un relèvement du type chimique avec tendance à l'hyperchlorhydrie, en amène une dépression pouvant aller jusqu'à l'apepsie.

En somme, les alcalins tendent toujours à exagérer le type chimique primitif.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 6 Avril 1898.

Conséquences de la rupture des membranes pendant la grossesse.

M. Bar fait connaître les particularités peu connues auxquelles peut donner la rupture des membranes :

1° Pendant la grossesse simple, l'amnios peut se rompre seul, et la grossesse continue à évoluer, le fœtus se logeant entre le chorion et l'amnios. Dans ce cas il n'existe pas d'hydrorrhée puisque l'œuf n'est pas ouvert et le diagnostic ne peut se faire qu'après la délivrance. On trouve alors, à la base du cordon, une petite poche amniotique ouverte formant collerette, beaucoup trop petite pour loger le fœtus. La face interne du chorion est irrégulière et tomenteuse. On y trouve souvent des prolongements fibreux qui flottent dans le liquide amniotique. Le fœtus est souvent malformé.

Le chorion et l'amnios peuvent se rompre en même temps. On est alors en présence de l'hydrorrhée amniotique si fréquente pendant la dernière partie de la grossesse. On peut cependant observer des cas dans lesquels il ne s'échappe pas de liquide. En examinant les membranes on constate cependant la présence d'un orifice régulier intéressant à la fois le chorion et l'amnios. Les bords de l'orifice sont nets et les deux membranes sont adhérentes l'une à l'autre sur tout le pourtour de la perforation. Je crois que ces cas sont des arrêts de développement des membranes et que ces orifices ne sont que la trace de l'ombilic amniotique.

Dans d'autres cas encore plus rares, et Tarnier en a publié une observation probante, le fœtus se développe complètement en dehors de l'œuf. Les membranes se rompent pendant la grossesse, le fœtus sort de l'œuf et continue à vivre en contact direct avec l'utérus. Ce sont souvent des cas d'arrêt de développement de l'amnios.

2° Pendant la grossesse gémellaire, et notamment dans la grossesse bivitelline les deux jumeaux sont toujours contenus dans une poche séparée; M. Bar a cependant observé un cas dans lequel les deux poches communiquaient. Il y avait perfo-

ration de la cloison et cette perforation avait les mêmes caractères que ceux signalés plus haut. Il croit donc qu'il s'agit là encore d'un vestige de l'ombilic amniotique s'étant produit à la fois sur les deux œufs.

Accouchement gémellaire dans un bassin rétréci.

M. Maygrier a communiqué l'observation d'une femme ayant un bassin de 10 cent. 1/2 de diamètre promonto-sous-pubien qui se présenta à l'hôpital en travail. Les deux enfants étaient faciles à explorer par la palpation. Le premier se présentait par le sommet et, malgré les contractions vigoureuses de l'utérus n'avait aucune tendance à s'engager. M. Maygrier pratiqua la version et put extraire un enfant vivant pesant 2980 grammes. Le second accouchement fut plus difficile au moment du passage de la tête dernière. Il se produisit même un enfoncement du crâne extrêmement prononcé. Cet enfant ne pesait que 2400 grammes. Les deux nouveau-nés se portent, du reste, très bien. Il est étonnant que l'enfant qui pesait le plus a justement donné moins de difficultés pour l'extraction. Il est vrai que l'occiput n'était pas en contact avec la même portion du bassin dans les deux cas. L'un est sorti en position droite et l'autre en position gauche.

Oblitération complète du col utérin consécutive à l'accouchement.

M. Boissard a communiqué l'observation d'une femme qui, après un accouchement à la Maternité, a présenté des suites de couches pathologiques. On fut obligé de pratiquer plusieurs écouvillonnages et de faire des applications de solution de chlorure de zinc sur son col. Elle revint quelques mois après pour des douleurs abdominales violentes.

A l'examen on trouva un utérus volumineux, fluctuant, sans trace d'orifice externe. La ponction de l'utérus par le vagin donna issue à un verre de sang noirâtre. On restaura le col à l'aide du bistouri et on sutura soigneusement les bords de l'orifice cervical ainsi fait. La guérison s'est maintenue complète.

M. Bar a observé un cas semblable pour lequel on fut obligé de pratiquer l'hystérectomie à cause de l'impossibilité de retrouver le col complètement englobé par la cicatrice résultant d'un accouchement antérieur.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 Avril 1898.

Conjonctivite pseudo-membraneuse à streptocoques.

M. Valude. — Il s'agit d'un cas de conjonctivite infectieuse suivie de panophtalmie et dont la cause doit être cherchée dans une infection générale de nature streptococcique. Le sujet était une femme porteur, à gauche, d'un œil artificiel sur un moignon oculaire atteint d'une cicatrice cornéenne fistuleuse. Cette femme, étant enceinte de 7 mois et 1/2 et rachitique, fut prise d'infection grippale à complications pulmonaires et, au bout de quelques jours, survinrent les douleurs de l'accouchement. M. Bar, dans le service duquel se trouvait la malade, dut pratiquer la symphyséotomie pour terminer l'accouchement. Les suites de couches, en raison de la grippe à peine terminée, furent compliquées; les lochies devinrent fétides et la plaie de la symphyse se recouvrit de couennes remplies de streptocoques.

Ensuite survint de l'infection de l'œil du côté où était porté l'œil artificiel; la conjonctivite se recouvrit de fausses membranes remplies de streptocoques, puis, 2 jours après, l'œil devint dur, très douloureux, protrusé au dehors. Il n'était pas douteux qu'il existait un phlegmon aigu de l'œil qui réclamait une intervention immédiate. M. Valude pratiqua une éviscération du globe oculaire et fit le drainage avec de la gaze iodoformée; le corps vitré fut trouvé rempli d'un pus qui contenait du streptocoque, comme les fausses membranes conjonctivales.

Dans ce cas l'infection du globe provenait certainement et directement de l'infection conjonctivale par l'intermédiaire de la cicatrice cornéenne mal fermée, filtrante, qui existait sur le moignon oculaire de la malade. Quant à la conjonctivite pseudo-membraneuse streptococcique, elle avait probablement pour origine l'infection générale de la malade, car, si l'on voulait admettre un apport direct, par les doigts, du contage infectieux génital, il n'y aurait pas de raison pour que cette conjonctivite ne fût pas double.

Il est à remarquer que le début de la panophtalmie s'est accusé par une élévation de température supérieure à celle de l'infection génitale et de la pneumonie.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés dans l'île de Cuba.

M. Fernandez (de la Havane) communique sa statistique concernant l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Il en résulte que cette maladie se montre, à Cuba, d'une bénignité remarquable, même dans les cas tardivement traités. Des cornées qui baignent dans le pus, s'écoulant à flots quand on entr'ouvre les paupières, demeurent indemnes, ce qu'on ne voit pas en Europe. Cette bénignité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est d'autant plus remarquable que, dans cette même île de Cuba, l'ophthalmie gonorrhéique de l'adulte a une gravité bien plus élevée qu'en Europe.

Le traitement employé par M. Fernandez a été : les lavages avec antiseptiques peu irritants, notamment avec le permanganate de potasse; légères cautérisations avec le nitrate d'argent.

M. Billot signale qu'en Algérie il a fait des constatations analogues à celles de M. Fernandez. Non seulement l'ophthalmie purulente des nouveau-nés y est bien moins grave qu'en Europe, mais il en est de même de la conjonctivite purulente de l'adulte. Les cas non traités sont loin d'avoir, de l'autre côté de la Méditerranée, la même gravité que dans notre pays. Les lésions de la cornée y sont moins fréquentes, moins précoces, dans les cas de granulation.

M. Péchin fait remarquer que les statistiques non accompagnées d'examen bactériologique — comme c'est le cas pour M. Fernandez — sont peu probantes.

M. Valude estime que, même avec examen bactériologique, elles n'ont qu'une valeur très limitée, tellement les cas, les séries sont dissemblables.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Mars 1898.

Hernie épigastrique.

M. Mongie communique l'observation d'un homme de 50 ans, très obèse qui constata, il y a 15 ans environ, l'existence d'une grosseur du volume d'un œuf, occupant la résion épigastrique. Cette grosseur augmenta lentement de volume, et depuis 3 ans égalait celui d'une tête de fœtus. A l'examen, on constata une tumeur occupant la région épigastrique et s'étendant sur la ligne médiane, de l'ombilic à l'apophyse xyphoïde. Diagnostic : hernie épigastrique.

Le malade est opéré après avoir été anesthésié à l'éther. Malgré la graisse très abondante qui recouvre le champ opératoire, le sac est isolé et disséqué. Une fois ouvert, on aperçoit une masse intestinale considérable, parsemée d'un épiploon graisseux et adhérant en de nombreux points à la face interne du sac. Cet épiploon est enlevé en grande partie, après application de ligatures partielles.

L'orifice herniaire proprement dit, et qui était large comme la paume de la main, est effacé par des points séparés de suture à la soie. Le feuillet superficiel de l'aponévrose des droits et le tissu cellulaire sous-cutané sont suturés par un long surget au catgut; enfin la peau est réunie aux crins de Florence et recouverte d'un pansement antiseptique.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et 15 jours après, le malade levé mange et digère, n'ayant plus ni tumeur ni douleurs.

Épulis dégénéré en sarcome.

M. Mongie présente les débris d'une tumeur qu'il a enlevée, il y a 5 mois environ, à une femme de 72 ans, très maigre, mais très robuste, qui remarqua, il y a 15 ans, à la suite de l'ablation d'une dent, la première molaire supérieure gauche, qu'une tumeur, du volume d'un pois, occupait le rebord de la gencive, au niveau du point où siégeait autrefois la dent. Cette tumeur augmentait de volume, mais si peu que la malade, finissant par s'y habituer, ne s'en inquiéta plus.

Il y a 6 mois seulement, elle remarqua qu'elle devenait gênante pendant la mastication et qu'elle grossissait; en même temps elle provoquait des douleurs du côté gauche de la face, au niveau du rebord sous-orbitaire et de l'articulation temporo-maxillaire.

A l'examen, la tumeur avait le volume d'une petite noix, bourgeonnante, saignant difficilement, dure, fixée à la gencive, doublant le rebord gingival et s'étendant à 1 centimètre environ sous la voûte palatine, gagnant d'autre part le sillon gingivo-labial. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'examen de la tumeur enlevée montra qu'il s'agissait d'un sarcome. On avait donc affaire à une dégénérescence sarcomateuse d'un épulis.

Spasme du pylore.

MM. Mongour et **Lafarelle** présentent une jeune fille de 19 ans dont les antécédents névropathiques héréditaires ou personnels ne sont pas très chargés.

Depuis 2 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, elle présente des troubles de dyspepsie flatulente suivis parfois de vomissements.

Le 2 novembre 1897, elle fut atteinte de grippe; apparurent alors des vomissements incoercibles qui suivaient d'une 1/2 heure à 1 heure l'ingestion des aliments. Ces aliments étaient annoncés par une violente douleur au niveau de la région pylorique, suivant le trajet de la petite courbure et aboutissant au grand cul-de-sac. Tout essai de thérapeutique ayant échoué, on conclut à l'existence d'una sténose pylorique et on adressa la malade à M. Dubourg pour lui pratiquer une gastro-entérostomie. Pas de gastro-sucorrhée. Distension, mais non dilatation permanente de l'estomac.

Le diagnostic de sténose pylorique fut accepté par tous, lorsqu'au cours de l'examen clinique on constata l'existence d'une anesthésie généralisée. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

A la suite de cet examen, le 11 mars, une tentative de sommeil fut faite avec succès. On suggestionna à la malade sa propre guérison; dans la journée, elle put garder tous les liquides absorbés; deux nouvelles séances de suggestion à l'état de sommeil furent faites à quelques jours d'intervalle, et actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

M. Verger trouve que, dans le cas présent, le diagnostic de sténose permanente du pylore n'était pas obligatoire. Dans le service de M. Pitres se trouve depuis plusieurs années une malade hystérique qui a des vomissements incoercibles et ne présente pas cependant de sténose pylorique, puisqu'on peut la faire manger dans certaines conditions, par exemple avec une sonde. Elle a de l'intolérance, mais non une sténose.

M. J. Vergely fait remarquer qu'au début, la malade qui vient d'être présentée a eu des vomissements électifs; ce qui n'implique pas l'hypothèse d'un rétrécissement pylorique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 Avril 1898.

Du diabète expérimental.

M. Marcuse pense, contrairement à Moriz et Prausnitz, qu'il y a une différence notable entre le diabète pathologique et le diabète expérimental produit par la phloridzine. Le diabète pathologique est le résultat d'une modification des échanges organiques, tandis que le diabète phloridzinique provient d'une irritation des reins. Les différences qui séparent le diabète pathologique du diabète phloridzinique sont bien mises en lumière par l'expérience suivante : si l'on injecte à une grenouille une petite quantité de bleu de méthylène, l'urine ne devient pas bleue, mais reste claire; le bleu de méthylène a donc été réduit par l'organisme. En augmentant la quantité de bleu de méthylène injectée, il y a un moment à partir duquel l'urine devient bleue, ce qui signifie que la force réductrice de l'organisme est épuisée. Si l'on injecte de la phloridzine en même temps que le bleu, le résultat est le même, mais on trouve en outre du sucre dans l'urine; on produit donc de cette façon le diabète phloridzinique, sans avoir modifié la force réductrice de l'organisme. Mais lorsqu'on injecte 1 c.c. d'une solution de sucre de raisin à 10 p. 100, le résultat change : l'urine, au lieu d'être bleue, reste claire; pour qu'elle devienne bleue, il faut y ajouter un agent oxydant, tel que le peroxyde d'hydrogène.

Le résultat est le même chez l'homme, quand on administre du bleu de méthylène et qu'on injecte en même temps de la phloridzine. D'autre part, en déterminant chez ce même sujet une glycosurie alimentaire par l'ingestion de sucre de raisin et en administrant du bleu de méthylène, on constate une réduction encore plus considérable de ce principe colorant que dans le diabète phloridzinique.

Cette expérience prouve bien que les formes graves du diabète pathologique sont dues à une profonde altération des échanges.

Il reste à savoir si le bleu de méthylène exerce une influence sur l'organisme du diabétique. Quelques médecins français ont soutenu que le bleu de méthylène faisait diminuer la glycosurie chez les diabétiques : le fait ne pourrait s'expliquer que par une oxydation du sucre, ce qui revient à dire que les échanges organiques du diabétique pourraient être rendus normaux par le bleu de méthylène.

Lésions de la moelle dans l'anémie pernicieuse.

M. Brasch présente des préparations microscopiques provenant de 2 malades atteints d'anémie pernicieuse compliquée de paraplégie. Le premier, un homme de 47 ans, succomba au bout d'une année; les érythrocytes étaient chez lui beaucoup moins nombreux qu'à l'état normal et leur teneur en hémoglobine était seulement de 10 p. 100. Les lésions de la moelle épinière intéressaient surtout la substance blanche; les cordons postérieurs et les cordons latéraux étaient le siège d'altérations circonscrites.

Chez la seconde malade, les lésions occupaient principalement les cordons postérieurs; les altérations des cordons latéraux paraissaient de date récente.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 1er Avril 1898.

Des complications de l'otite suppurée.

M. Hennebert communique 3 cas d'otite suppurée compliquée, qu'il a pu observer dans ces 2 derniers mois. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, atteint d'otite aiguë au cours de l'éruption d'une dent de sagesse; il y eut perforation du tympan, avec douleurs à la région mastoïdienne; puis survint une angine avec fièvre intense et état général mauvais. Après quelques jours de rémission, les douleurs augmentèrent dans l'oreille et à l'apophyse mastoïdienne, en même temps que l'otorrhée diminuait de plus en plus; le malade dut alors s'aliter, eut des vomissements, un frisson vio-

lent, une fièvre de suppuration des plus marquées. Puis il se plaignit de douleurs dans l'œil droit, qui offrit de l'œdème palpébral, ainsi qu'une légère exophthalmie; l'examen ophthalmoscopique ne révéla à ce moment qu'un peu d'hyperémie papillaire, dans les deux yeux du reste. On percevait derrière la carotide un cordon dur, formé par la veine jugulaire, tandis que des douleurs erratiques apparaissaient dans diverses articulations. Sous l'influence de soins locaux appropriés et d'un traitement général tonique avec quinine à hautes doses, ces symptômes alarmants s'atténuèrent, et le sujet est actuellement en convalescence complète.

Dans le 2e cas, une otite survint, à gauche, chez un enfant de 8 ans, à la suite d'une angine scarlatineuse compliquée de parotidite double. On vit ici un engorgement énorme des ganglions cervicaux; la région mastoïdienne douloureuse devint le siège d'un œdème considérable. Ces phénomènes disparurent toutefois peu à peu. L'otite suppurée s'est accompagnée dans ce cas d'une périostite du conduit osseux, dont la lumière obstruée empêchait l'examen du fond; il y eut aussi un début de mastoïdite par extension de l'infection au niveau de l'attache fibreuse du conduit auditif cartilagineux.

Enfin, dans la 3e observation, un enfant, souffrant d'otorrhée purulente, présentait une tuméfaction fluctuante à la région mastoïdienne, l'état général restant bon. Brusquement, une aggravation se produisit, une intervention fut décidée, et l'incision d'un abcès sous-cutané mastoïdien montra deux fistules osseuses dont la supérieure, conduisant sur la dure-mère, laissa jaillir du pus, comme sous l'influence d'une hypertension intra-crânienne; l'inférieure, également purulente, menait dans l'antrum, qui fut cureté. Les suites furent apyrétiques, et la guérison est actuellement complète.

M. Hennebert insiste sur le premier cas où il croit pouvoir poser le diagnostic de phlébite de la veine jugulaire et du sinus latéral avec pyohémie, suite d'otite suppurée aiguë. Ce diagnostic, en général difficile à établir d'une façon précise, semble s'imposer ici, bien que l'issue ait été favorable et que le pronostic de cette complication soit ordinairement des plus graves, celle-ci étant justiciable d'une opération qui n'est pas exempte de difficultés.

Lésions annexielles.

M. Van Engelen a pratiqué la laparotomie dans 2 cas de lésions annexielles considérées comme suppurées. Dans le premier cas, une femme de 33 ans, nullipare, toujours bien portante auparavant, présenta, il y a 6 mois, une métrorrhagie abondante, due probablement à un abortus. Récemment, elle fut prise de frisson et fièvre, une tumeur se développa dans la fosse iliaque gauche, avec irradiations douloureuses dans la jambe du même côté. Le diagnostic d'annexite suppurée fut posé, et à l'ouverture du ventre, on trouva un utérus adhérent à la partie latérale gauche du bassin, par une masse organisée, consécutive sans doute à une phlegmasie chronique des annexes correspondantes et dénuée de tout foyer purulent; la masse était inextirpable et la paroi abdominale fut fermée aussitôt. Les suites opératoires furent simples, à part une poussée fébrile après 36 heures, avec expectoration purulente à caractère nummulaire, qui céda après l'absorption d'un vomitif.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme, curetée il y a un an pour abortus; la guérison fut momentanée. Elle revint consulter pour des douleurs abdominales, accompagnées de frissons et de fièvre; on sentait dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse résistante. Le pyosalpinx diagnostiqué fut reconnu, après laparotomie, être un kyste ovarien sans suppuration. Ici aussi les suites furent normales.

M. Van Engelen fait ressortir qu'il est parfois bien difficile de diagnostiquer l'état anatomique des lésions pelviennes, et notamment leur caractère suppuratif.

Fistules salivaires du conduit de Sténon.

M. Van Heerswynghels a observé 2 cas. Dans le premier, chez une jeune fille opérée pour adénite préauriculaire, on constata dans la plaie, dès le 22e jour, le suintement d'un liquide clair, augmentant par la mastication. Plusieurs procédés ont été employés sans succès (compression, cautérisation); la malade fut perdue de vue au bout d'un mois.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 33 ans, présentant à la partie moyenne de la joue une tumeur apparue depuis 3 mois. On pensa à un kyste salivaire, mais comme la salive parotidienne se déversait normalement dans la bouche, on diagnostiqua une tumeur maligne ou un kyste sébacé. C'était en effet une tumeur, dont l'examen histologique n'a pas été fait, mais qui était probablement de nature tuberculeuse : le sujet avait l'un des sommets pulmonaires entrepris. La plaie guérit par première intention; mais un mois plus tard, la cicatrice prit à sa partie inférieure un aspect lupeux; sous la narcose, on vit un stylet, introduit dans le canal de Sténon par la bouche, sortir au niveau de l'ulcération cutanée; il y avait bien un kyste salivaire, consécutif à un processus tuberculeux probablement. Ce kyste fut incisé, beaucoup de salive s'écoula; puis, avec assez de difficulté, un petit drain fut attiré par une fine sonde dans le canal et coupé à ras dans la plaie, qui fut suturée endodermiquement. Le drain fut retiré après 4 jours, et la guérison obtenue par première intention.

A ce propos, M. Van Heerswynghels rappelle les différents procédés utilisés contre ces fistules : la dilatation de la partie inférieure du canal, la ponction simple au trocart ou au fer rouge, la ponction double, l'ablation de la parotide, enfin l'atrophie de celle-ci (ligature du conduit). Cette atrophie est fréquemment obtenue en médecine vétérinaire par l'injection de liquides irritants dans le conduit. L'ammoniaque, la teinture d'iode amènent une réaction parfois violente; l'acide lactique à 5 p. 100 est actuellement très employé, et les accidents sont rares. Cette méthode pourrait être tentée chez l'homme.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 4 Avril 1898.

Fracture du crâne avec amnésie verbale.

M. Lavisé présente un malade ayant eu une fracture du crâne du côté droit. Les signes cliniques ont permis de diagnostiquer une fracture par écrasement du sommet du rocher. A la suite de cet accident, le malade présenta de l'amnésie verbale typique, qui dura un certain temps et finit, par une série de progrès insensibles, par disparaître complètement. Le fait remarquable c'est que la fracture siégeait à droite, tandis que le centre de la mémoire verbale est situé à gauche. Il faut donc admettre que cette amnésie résulte d'une contusion indirecte de ce centre à gauche.

Xanthome tubéreux non glycosurique.

M. Bayet présente un malade atteint de xanthome tubéreux.

Ce malade, fortement bâti, une peu gros, a les extrémités assez développées. Il y a 5 ans, il a observé le début de son mal au coude droit; à cet endroit se développaient de petites nodosités d'un jaune chamois, nettement séparées de la peau voisine. Six mois après, le coude gauche était envahi; 2 ans plus tard, ce fut la main; enfin, il y a 2 ans, les fesses se couvrirent d'une éruption de papules jaunes. Cette éruption était absolument indolore.

Actuellement, le maximum des lésions siège aux coudes, aux mains et aux fesses. Elles représentent un type classique de xanthome tubéreux, avec ses nodosités jaunes, se réunissant pour former des tumeurs plus volumineuses, atteignant, comme aux coudes et au dos des mains, le volume d'une noisette. Elles ont une tendance marquée à se localiser aux articulations, du côté de l'extension.

Les plis de la main présentent la coloration caractéristique du xanthome. Il n'y a pas d'ictère, et les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Cette forme de xanthome se rapproche beaucoup de celle que l'on observe parfois chez les diabétiques. Le xanthome affecte avec la glycosurie des rapports absolument établis.

Ce qui distingue le xanthome non glycosurique de celui qui

s'observe chez les diabétiques, c'est que ce dernier a une apparition brusque, en quelque sorte éruptive, l'éruption disparaît spontanément pour reparaître ensuite. Cette involution ne s'observe pas dans le xanthome non glycosurique; les stries des plis de la main n'existent pas dans le xanthome glycosurique; enfin, la consistance des éléments éruptifs est plus grande dans cette variété. Faut-il en faire deux variétés d'un même type morbide? C'est là un point que l'histologie pourra éclaircir et sur lequel M. Bayet reviendra ultérieurement.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 19 Mars 1898.

Ligature de la carotide externe.

M. Dandois, contrairement à l'avis exprimé par M. Depage dans la dernière séance, croit aux avantages de la ligature de la carotide externe dans les résections graves de la mâchoire supérieure. Son expérience lui a démontré que l'hémorrhagie, à la suite de cette opératoire préliminaire, est peu abondante et que le chirurgien trouve toutes ses aises pour opérer sous le chloroforme. D'autre part, la ligature de la carotide externe ne prédispose pas à la nécrose des lambeaux ostéo-cutanés.

M. Depage est intervenu sur le naso-pharynx, avec ou sans ligature de la carotide externe. D'après lui, la suppression du courant sanguin dans la carotide externe ne diminue pas sensiblement l'hémorrhagie. Il conseille, dans ces cas, de faire la compression de la carotide primitive.

M. Gallet croit que la ligature de la carotide n'est pas nécessaire dans la plupart des cas. La ligature temporaire est indiquée quand on ne peut préciser d'avance les limites de l'opération : il conseille dans ces cas de passer un fil derrière l'artère et de tirer sur les deux chefs, ou de placer une pince à mors en caoutchouc sur l'artère si l'hémorrhagie devient trop abondante dans le cours de l'opération. Des expériences sur le chien lui ont démontré qu'une ligature plus ou moins serrée, placée sur la carotide, altère la paroi de l'artère et, si la constriction est un peu forte, peut amener la formation d'un caillot.

M. Depage fait remarquer qu'il a pratiqué chez un malade la ligature provisoire des deux carotides externes; la constriction a duré une demi-heure et après l'enlèvement du fil, il a pu constater le rétablissement rapide de la circulation.

M. Venneman attribue une grande importance à l'élasticité des parois artérielles. Chez le vieillard, les artères sont dures et friables, et une constriction, même légère, par un fil peut altérer les parois du vaisseau.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-98.

M. Boissel (Pierre). *Contribution à l'étude du diagnostic des paralysies hystériques et de la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant.* N° 243.

M. Delfour (Emile). *Des colonies scolaires de vacances.* N° 233.

M. Maury (Henri). *Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique et de son diagnostic par la glycosurie alimentaire.* N° 234.

Le diagnostic de paralysie hystérique est, en maintes circonstances, fort difficile. M. Boissel rappelle que les stigmates hystériques manquent très souvent chez l'enfant. Etant donné le jeune âge du malade, sa connaissance trop vague de ses sensations, sa susceptibilité, l'examen des troubles sensitivo-sensoriels, quand ils existent, ne donne presque jamais de résultats bien précis. Enfin, les associations hystéro-organiques viennent augmenter doublement la difficulté du diagnostic. Derrière un même symptôme, paralysie, il faut quelquefois chercher deux maladies distinctes : l'hystérie et l'affection organique.

Pour lui l'absence de réaction de dégénérescence dans les paralysies hystériques a une importance capitale.

Dans le diagnostic de la pseudo-paralysie syphilitique, plusieurs cas peuvent se présenter au clinicien.

L'enfant est objectivement syphilitique, on constate, au niveau des lignes juxta-épiphysaires, du gonflement, de la crépitation de la mobilité anormale.

Cet examen provoque de violentes douleurs.

La paralysie est une paralysie flasque; le membre pend comme disloqué (Parrot).

Devant de pareilles constatations, le clinicien fait, sans regrets, le diagnostic de pseudo-paralysie syphilitique.

L'enfant n'est porteur d'aucun stigmate spécifique, mais la lésion est aussi nette que dans le cas précédent. Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ostéomyélite des nouveau-nés.

Les signes de l'hérédo-syphilis sont très évidents, mais les symptômes de la lésion osseuse sont peu nets. Il faudra, selon les conseils de Broca, insister longtemps sur leur recherche qui souvent donnera des résultats positifs. Un médecin exercé trouve des signes de la lésion juxta-épiphysaire là où un autre n'a rien trouvé. Enfin, dans nombre de cas, chez de jeunes hérédo-syphilitiques porteurs d'une monoplégie ou d'une diplégie flasques, on n'a pu déceler le moindre symptôme de la lésion de Parrot.

Dans ces cas, on doit admettre une origine névropathique du symptôme paralysie.

Les colonies de vacances sont une institution d'hygiène destinée à procurer les avantages de la campagne, pendant les vacances, aux enfants pauvres des écoles des grandes villes.

Il semble que c'est en Suisse, vers 1864, que les premiers essais ont été tentés. Depuis, elles ont été acceptées par un grand nombre de nations.

Les endroits d'où doivent partir et où doivent aller les colonies; le choix, l'âge et le nombre des enfants; les mesures d'hygiène avant le départ, les constatations médicales à l'arrivée, doivent être l'objet de la sollicitude des médecins hygiénistes.

Les types de colonies scolaires peuvent, d'après M. Delfour, être rapportés à trois :

1° Enfants logés en commun;

2° Enfants logés chez l'habitant et ne travaillant pas;

3° Enfants logés chez l'habitant et se livrant à de petits travaux.

La durée du séjour doit être d'environ trois semaines.

Des colonies de vacances résulte un double bénéfice physique et moral pour l'enfant et la société.

Le foie est insuffisant toutes les fois que la cellule hépatique est au-dessous de sa tâche et qu'il y a suppression passagère ou durable de ses diverses fonctions physiologiques.

L'insuffisance hépatique qu'étudie M. Maury est en tout comparable à l'insuffisance rénale et à l'insuffisance cardiaque. Toutes les infections, les intoxications et les auto-intoxications sont susceptibles de produire ce syndrome dont la manifestation est souvent favorisée par les tares héréditaires. De bonne heure l'insuffisance hépatique se traduit par des troubles des diverses fonctions du foie, et on pourra facilement la déceler par la recherche de l'hypoazoturie, de l'urobilinurie, de prodnits étrangers dans l'urine (leucine, thyrosine), de la toxicité urinaire et de la glycosurie alimentaire.

La glycosurie alimentaire, sans être d'une exactitude scientifique absolue, constitue le moyen le plus simple pour apprécier l'état d'intégrité de la cellule hépatique.

Toute glycosurie qui suit l'ingestion d'une certaine quantité de sucre (150 à 200 grammes de sirop) paraît liée à des altérations du foie.

Mais, comme y ont insisté Achard et Castaigne, les troubles de l'absorption gastro-intestinale et de l'élimination rénale peuvent fausser les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Dans les cas où cette épreuve donne un résultat négatif, il convient donc de s'assurer de l'état fonctionnel de l'intestin et du rein.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Un cas de goître exophthalmique; action de la sympathicotomie (opération de Jaboulay) sur l'exorbitisme et sur la tachycardie.

Note lue à l'*Académie de médecine*

PAR

M. le Dr Combemale et M. le Dr H. Gaudier

Professeur de clinique médicale Ex-chef de clinique chirurgicale

de la Faculté de médecine de Lille.

La bénignité des interventions chirurgicales sur le sympathique est admise, depuis que l'on aborde par la résection des ganglions cervicaux supérieurs le traitement de l'épilepsie essentielle. Le cas dans lequel nous avons pratiqué la sympathicotomie pourrait venir à l'appui de cette bénignité de l'opération, si c'était là le point que nous désirons mettre en lumière. Mais telle n'est pas notre intention.

Ce qui, dans l'observation suivante, nous paraît digne de retenir l'attention, c'est que, par la résection du sympathique dans le goître exophthalmique, l'exorbitisme et la tachycardie disparaissent, l'un en quelques heures, l'autre en quelques jours, et que cette disparition de deux symptômes cardinaux de la maladie de Basedow est durable. Nous en tirons volontiers la conclusion que, lorsque la tachycardie est intense et continue, lorsque seule ou de concert avec l'exophthalmie, elle est cause d'accidents menaçants, la sympathicotomie devient une opération de nécessité.

Voici du reste l'observation qui, en exposant le cas devant lequel nous nous trouvions, nous absoudra d'avoir cédé à l'indication d'intervenir.

Mme Elise Deg..., ménagère, âgée de 32 ans, de Roubaix, qui a hérité de sa mère d'un nervosisme accentué et est mère de deux enfants sans tare apparente, n'avait pas d'histoire pathologique quand elle contracta l'hiver dernier une bronchite simple de nature. Vers le même temps, son cou, qui avait toujours présenté une pointe de goître médian, augmentait progressivement de volume, sans que l'état général subît de ce fait la moindre atteinte. Peu à peu cependant apparurent des phénomènes de compression bronchique : toux fréquente, accès de dyspnée nocturne, sensations d'étouffement, et des sensations douloureuses dans la région précordiale : palpitations par accès, angoisse presque continue; parmi d'autres symptômes contemporains encore, ce furent l'émotivité extrême du caractère, l'apparition d'idées lypémaniaques vagues, la saillie graduelle des globes oculaires, le tremblement continu et très menu des extrémités, la moiteur permanente de la peau, la sensation de chaleur par tous les temps.

En sept à huit mois, ce tableau classique de la maladie de Basedow s'était constitué chez notre malade, sans qu'aucune étiologie particulière (grossesse, fatigues physiques, allaitement, état moral) puisse être invoquée. Du reste, le sommeil était bon dans les conditions favorables de decubitus, les règles normales, l'appétit conservé, car il n'y avait pas de dysphagie. Elle était dans cet état quand un médecin consulté proposa la thyroïdine : d'alors date un amaigrissement subit et notable, une poussée nouvelle de palpitations, d'exorbitisme; l'apparition d'une parésie de la corde vocale droite sans phénomènes inflammatoires, amenait peu après la malade à la consultation de l'un de nous.

A l'examen, ce qui frappait d'abord, c'était le goître volumineux, donnant au cou un pourtour de 36 centimètres mesuré au cordeau, formant une tumeur nettement trilobée (chaque lobe ayant le volume d'un œuf d'oie), écartant les muscles superficiels du cou, rejetant le paquet vasculaire en arrière, et battant à chaque pulsation cardiaque d'une manière très apparente à la façon d'un thrill. Malgré la gêne respiratoire, la dyspnée qu'il provoquait, la malade supportait la présence de son goître sans réclamer de secours thérapeutique.

Mais ce dont la malade demandait à être soulagée, en plus de la voix bitonale et de l'aphonie passagère provoquée par sa paralysie laryngée, c'était des sensations douloureuses précordiales qu'elle éprouvait; palpitations constantes, angoisse presque continue qui la tenaient dans un cauchemar permanent. L'auscultation révéla un cœur véritablement affolé, dont il était impossible de compter avec exactitude le nombre des battements; cependant le nombre de 200 fut dépassé à l'un des examens subis; inégal, irrégulier, mais frappant violemment la poitrine par véritables bonds, ce cœur ne présentait pas de bruit de souffle, de lésions d'orifices. Le pouls radial participait de ces caractères; à peine ondulé, tellement il était rapide et dépressible, ainsi qu'en témoigne la sphygmogramme obtenu, il avait parfois des soubresauts subits, 210 pulsations furent comptées un jour; à plusieurs reprises le chiffre de 160 fut dépassé. Comme les carotides, les jugulaires étaient animées de battements transmis. La tension artérielle n'était cependant pas modifiée : elle atteignait 18 millimètres.

Ce surmenage cardiaque évident et la crainte des accidents menaçants pour la malade du fait de sa tachycardie nous firent lui proposer dès la troisième visite une intervention chirurgicale, qu'elle accepta de prime abord sous réserve du consentement de son mari. En faisant cette proposition, nous nous souvenions que déjà M. Jaboulay, par la simple section du sympathique dans un cas de goître exophthalmique, avait obtenu des résultats immédiats excellents sur la tachycardie, et que M. Jonnesco avait également obtenu des effets durables modérateurs de l'accélération cardiaque par la résection du cordon sympathique de chaque côté jusqu'au ganglion inférieur. Nous n'ignorions pas aussi que, dans des observations nouvelles, MM. Jaboulay, Faure, Gérard-Marchand, Quénu, Soulier, Juvara affirmaient que l'opération rapidement conduite et

exécutée dans certaines conditions était particulièrement bénigne, mais qu'elle ne donnait pas toujours tous les résultats qu'on en attendait. De tout cela la patiente fut informée.

Cependant, avant que d'opérer et en attendant la réponse nous eûmes recours à une médication destinée à l'éréthisme cardiaque : 10 centigrammes par jour d'ipéca, d'extrait d'opium et de digitale en pilules furent ordonnés; le résultat dans la huitaine fut bien d'abaisser à 140 le nombre des pulsations, de faire disparaître l'angoisse précordiale, mais, trois jours après la cessation de la médication, le pouls remontait, les palpitations reprenaient intenses. La malade vint demander l'opération. Nous l'hospitalisâmes aussitôt, d'autant que sa toux et sa dyspnée augmentaient : de fait des râles de bronchite ronronnaient dans sa poitrine, que nous attribuâmes à la compression par le goitre.

L'examen minutieux auquel nous la soumîmes à peine entrée à la maison de santé une dernière fois nous révéla dans les urines l'absence de pigments anormaux, mais une forte coloration par l'urochroma; rares, foncées, uratiques elles présentaient des traces d'albumine, de l'urée en quantité normale (16 gr. par litre) de nutrition. Les conditions étant donc favorables pour opérer. Le sang avait une richesse globulaire normale de 4 millions 500000 hématies, mais une légère diminution dans le taux de l'hémoglobulinure; nous ne notâmes pas de leucocytose, pas de formes nucléées dans les hématies. Il n'y avait donc pas d'asphyxie chronique sanguine. La température oscillait entre 37°2 et 37°9. L'état nerveux était très accusé : besoin de déplacement, insomnie du fait d'une angoisse morale continuelle,

Du côté des yeux, l'exophthalmie quoique fort nette, n'était pas excessive. comme on peut le voir sur cliché stéréoscopique, pris par le docteur Dhaine, mais le signe de Græfe existait, c'est-à-dire qu'il y a dissociation des mouvements synergiques des paupières et des globes oculaires, mais des scotomes scintillants traversaient parfois son champ visuel. A part cela, l'acuité visuelle est normale, il n'y a pas de diplopie, pas de conjonctivite.

La malade étant préparée comme d'usage, l'opération eut lieu le 12 mars 1898, le pouls bat près de 200, quelques minutes avant l'entrée dans la salle d'opérations.

Chloroformisations sans incidents. — Le docteur Gaudier commence l'opération par la droite. Incision de 12 centimètres suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien : elle commence un peu au-dessus de l'angle du maxillaire et finit à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. Section de la peau, des fibres du peaucier et de l'aponévrose; chemin faisant, le bistouri divise les branches transverses du plexus cervical superficiel.

La veine jugulaire reconnue, turgescente, est dénudée sur toute la longueur de la plaie et donnée à l'écarteur. En dedans de la veine, on reconnaît la carotide interne, et le pneumogastrique. L'artère et le nerf délicatement isolés, sont donnés, ainsi que la veine à l'écarteur. Immédiatement derrière la carotide, on aperçoit, dans l'aponévrose prévertébrale, un tronc nerveux, aplati, fin, juste au-devant des tubercules antérieurs des apophyses transverses. Ce filet est suivi en haut et en bas; en haut, dans l'angle supérieur de la plaie, très profondément, on finit, en écartant bien, par apercevoir le ganglion supérieur, renflé et d'où émergent de fins rameaux. Le sympathique est alors sectionné d'un coup de ciseau, au-dessus du ganglion, puis disséqué de haut en bas, en le décollant, sur une longueur de 7 centim. 3. Il est très friable, et en bas la pince qui le maintient en déchire un fragment.

Au moment de la section, la pupille droite se rétracte nettement, et l'exophthalmie commence à diminuer; une 1/2 heure après la protusion de l'œil droit avait disparu.

La plaie, complètement exsangue, est fermée par un plan de sutures superficielles. Pas de drain. Pansement antiseptique. L'opération a duré 22 minutes.

Du côté gauche, l'opération est conduite de la même manièrre, mais beaucoup plus rapidement (8 minutes); le sympathique est rapidement atteint, car on est moins gêné qu'à droite par le volume des vaisseaux du cou. Le ganglion supérieur et le sympathique sont réséqués sur une étendue de 6 centimètres. Au moment de la section, la pupille devient punctiforme; mais la disparition de l'exophthalmie est moins appréciable que de l'autre côté. Sutures comme à droite.

La malade a très bien supporté le chloroforme, qu'administrait avec prudence le Dr Ingelrans. Elle se réveille rapidement : l'aspect de la figure a déjà changé, le regard n'a plus la fixité d'il y a 1 heure. Nous notons que le pouls n'a pas subi de modifications très appréciables.

Les suites opératoires furent excellentes. La courbe thermique que l'on peut suivre ci-contre ne révèle, au reste, rien d'anormal, sinon la température de 38°4 le soir même de l'opération, et 39°1, 39°2 le lendemain; ces températures, qu'il convient d'attribuer à la bronchite subaiguë que présentait la malade, et sur laquelle nous avions passé pour l'opération, ne se représentèrent du reste plus.

La courbe du pouls, que l'on peut suivre sur le même tracé, ne montre aucune modification sensible du nombre des pulsations jusqu'à 3 jours après. En présence de ce fait que le pouls restait le lendemain au même chiffre qu'avant l'opération, nous administrâmes dès le second jour les pilules dont nous avions déjà obtenu l'effet appréciable. Ce fut comme une amorce à la chute du pouls; diminuant de moitié la quantité d'ipéca le jour suivant pour suspendre le 4e jour, nous vîmes successivement le pouls tomber à 120 le 15 mars, à 104 le 17. Cinq jours après l'opération, le 18 mars, alors que l'ipéca était suspendu depuis 2 jours, le pouls était à 98 et s'y maintenait tout le jour, ses qualités étaient celles que montre le tracé sphygmographique ci-joint, la tension artérielle était à 17 mm. 5. On pouvait presque dire que le cœur battait régulièrement, nuits excellentes d'autre part, état moral complètement revenu.

Le 20 mars, les fils sont enlevés; il y avait réunion linéaire par première intention.

Le 28 mars, 16 jours après l'opération, la malade quitte l'hôpital, enchantée de son nouvel état : elle n'a plus de sensation douloureuse précordiale, ni de dyspnée.

Elle ne sent plus son cœur. Elle va, vient, monte les marches de l'escalier. Le pouls, en moyenne, oscille entre 90 et 100 au repos.

En comparant la stéréoscopie que voici à la précédente, on s'aperçoit que l'œil droit est absolument rétracté, le gauche restant encore un peu saillant, que le goître n'a toutefois pas changé de volume.

La malade s'est présentée à l'un de nous, il y a quelques jours : de palpations il n'en est plus question, l'exophthalmie et le goître sont restés en l'état que nous avons décrit. La malade a repris de tous points ses occupations antérieures.

Si nous résumons cette intéressante observation, nous voyons qu'il s'agit d'une femme atteinte d'un goître latent qui, sous une influence de nous inconnue s'est mis à grossir, s'accompagnant d'exophthalmie, de tachycardie et de tout l'appareil symptomatique de l'hyperthyroïdisation; qu'une médication malencontreuse par la thyroïdine augmente encore cet état alarmant par lui-même. Après une tentative médicamenteuse peu efficace pour calmer le cœur, dont l'affolement menace la vie de la malade, nous avons recours à la section du sympathique cervical. Le résultat de cette intervention est : 1° la diminution immédiate de l'exorbitisme; 2° l'abaissement de 200 à 100, dans la semaine, du nombre des battements cardiaques, en même temps que la disparition des phénomènes douloureux précordiaux sur le goître; 3° l'absence de modifications du goître.

La sédation des phénomènes douloureux : plus de palpitations, moindre dyspnée, plus d'angoisse, a paru suffisante à la malade pour qu'elle se déclare satisfaite. La disparition de la tachycardie et des accidents qu'elle menaçait de faire courir à notre malade nous a récompensé de notre intervention audacieuse.

Au milieu des considérations théoriques que cette observation pourrait soulever, il en est une à laquelle nous attachons beaucoup d'importance, parce que du résultat que nous avons obtenu doivent surgir dorénavant, à notre avis, les indications de l'intervention chirurgicale

dans le goître exophthalmique. Nous voulons parler de la chute du pouls à la suite de la section du sympathique. Les chirurgiens qui ont effectué cette opération semblent penser que la tachycardie, dès la section du sympathique, cesse du fait d'une action directe ou du voisinage sur le cœur, de nerf à nerf. Les effets attardés de la section du sympathique sur le pouls ne légitiment pas cette hypothèse. Nous estimons plus volontiers, avec M. le professeur Wertheimer, que les filets sympathiques de la thyroïde, après la section du tronc, cessent de présider ou d'activer la sécrétion thyroïdienne, cause de la tachycardie, et qu'ainsi l'ébullition cardiaque cesse faute d'éléments pour l'entretenir.

L'objection tirée du fait que le goître chez notre mamalade n'a pas diminué de volume après l'opération. n'est pas pour nous convaincre d'erreur dans notre hypothèse : les deux sécrétions, colloïde et toxique, de l'organe coexistent à l'état normal et à l'état pathologique, l'une peut être très exagérée et l'autre peu, comme dans les petits goîtres avec hyperthyroïdisation; l'inverse peut se produire, comme dans les gros goîtres sans thyroïdisation : la charpente dans cette matière n'est pas plus la sécrétion toxique, que la sécrétion toxique n'est la sécrétion colloïde; la surintoxication accidentelle par la thyroïdine de notre malade en est une preuve.

Jusqu'à plus ample informé, nous croyons donc notre hypothèse plausible.

Si elle est vraie, quand la tachycardie est intense et durable dans un cas de goître exophthalmique, la section du sympathique paraît le traitement de choix. C'est la conclusion à laquelle il ne nous paraît ni trop hardi, ni trop téméraire de se rallier.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Montpellier du 12 au 16 Avril 1898.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

M. Comby (de Paris). — A l'hôpital des Enfants-Malades, sur 235 sujets, dont l'âge ne dépassait pas 2 ans, ayant succombé au cours de l'année 1897-98, 207 étaient indemnes de toute localisation tuberculeuse et 28 seulement se sont montrés tuberculeux. Donc, sur 100 nourrissons hospitalisés, près de 12 seraient entachés de tuberculose. La fréquence de cette affection varie d'ailleurs beaucoup suivant l'âge : la tuberculose, exceptionnelle avant 3 mois, s'accroît régulièrement des premiers mois de la vie où elle est au minimum, à la seconde année où elle atteint son maximum.

Sur 24 petits malades suivis avec soin, M. Comby, a pu distinguer les formes cliniques suivantes : 1° *tuberculose apyrétique* (10 cas), tantôt avec granulie généralisée, tantôt avec cavernes pulmonaires. Ces enfants, âgés de 4 à 14 mois, ont présenté pour tous symptômes de la diarrhée, des vomissements, de l'amaigrissement; on les prenait pour des dyspeptiques ou des athrepsiques. 2° *Tuberculose fébrile* (12 cas) avec hyperthermie, râles bronchiques, souffle; on pensait à la pneumonie ou à la bronchopneumonie. Dans certains cas la fièvre s'accompagnait d'embarras gastrique, de prostration, d'état typhoïde, et le diagnostic de méningite, de fièvre typhoïde a été quelquefois porté; 3° *phthisie ulcéreuse commune* (2 cas), analogue à celle des adultes.

Chez le nourrisson, à vrai dire, toutes ces formes de tuberculose évoluent plus vite que chez l'enfant et chez l'adulte. La tuberculose, d'une part, a une tendance bien connue à se généraliser.

Certaines maladies du jeune âge, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la diphthérie, etc., ont une influence aggravante des plus manifestes.

M. Haushalter (de Nancy) conclut, d'après 94 cas de tuberculose infantile avec autopsie qu'il lui a été donné d'observer, à la rareté de la tuberculose chez le nourrisson, à sa fréquence croissante à mesure que celui-ci approche de la seconde enfance. La tuberculose est très rarement localisée; le plus souvent elle est généralisée et a alors une évolution chronique, subaiguë ou aiguë. Les lésions trachéo-bronchiques, presque constantes, sont ordinairement caséeuses, et plus anciennes en date que les lésions du poumon; parfois elles se montrent isolées; elles sont une preuve de plus que la tuberculose infantile est habituellement une tuberculose par inhalation.

M. Haushalter a constaté quelques faits d'associations microbiennes (pneumocoque, bacille typhique) au cours de la tuberculose miliaire du nourrisson.

Transmission de la tuberculose par voie transplacentaire.

MM. Auché et **Chambrelent** (de Bordeaux). — Une femme atteinte de tuberculose pulmonaire au 3e degré et enceinte de 7 mois accouche spontanément d'un enfant vivant. Elle meurt 3 jours après l'accouchement, et l'autopsie démontre la présence des lésions ordinaires de la tuberculose pulmonaire cavitaire, l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, l'intégrité des voies tubo-utérines. Des fragments du placenta inoculés au cobaye déterminent une tuberculose générale typique.

L'enfant, placé dans une couveuse, vit 26 jours. La nécropsie décèle dans le foie et la rate des tubercules, presque tous caséeux, excessivement confluents; dans les poumons, des granulations grises transparentes en petit nombre; dans le rein, quelques rares tubercules situés dans la substance corticale; dans le ventricule droit, une nodosité tuberculeuse endocarditique. Le tube digestif est absolument sain.

Il s'agit certainement ici d'un cas de transmission interplacentaire de la tuberculose, vu l'existence sur le placenta de nombreux tubercules riches en bacilles de Koch, la distribution des tubercules surtout dans le foie et la rate, la diminution constante du poids de l'enfant de la naissance jusqu'à la mort.

Il est à noter, d'autre part, que les lésions tuberculeuses contenaient une quantité prodigieuse de bacilles. Cette constatation vient à l'encontre de l'hypothèse de Baumgarten, d'après laquelle les tissus du fœtus et du nouveau-né seraient doués d'une résistance spéciale à l'action du bacille de la tuberculose.

Tuberculose post-ganglionnaire; tuberculose post-pleurale.

M. Meyer (médecin militaire) a observé deux formes de tuberculose assez spéciales dans leur début et dans leur évolution.

La première, assez fréquente chez les soldats, était post-ganglionnaire et affectait une marche aiguë; la mort survenait assez rapidement par complications méningées ou généralisation tuberculeuse.

La seconde, succédant à une pleurésie sans épanchement et évoluant très lentement, était, en Algérie, plus spéciale aux Arabes.

Évolution de la tuberculose pulmonaire dans l'hérédo-syphilis tardive.

M. Etienne (de Nancy) a pu suivre plusieurs malades hérédo-syphilitiques et restés malingres et infantiles, chez lesquels la tuberculose pulmonaire, malgré des conditions hygiéniques très mauvaises, évolua vers la guérison. Il se produisit dans tous les cas un processus sclérogène dont l'origine paraît attribuable au terrain de l'hérédo-syphilis tardive, jouant ici le même rôle que la syphilis tertiaire acquise.

Pronostic et traitement du pneumothorax chez les tuberculeux.

M. Galliard (de Paris). — C'est surtout dans les cas où le début est brusque et solennel que le pneumothorax suffocant résiste au traitement médical (oxygène, morphine, etc.) et indique la thoracentèse d'urgence. L'aspiration de la collection gazeuse ne doit être interrompue qu'après cessation de la dyspnée. Elle a été pratiquée d'une façon continue pendant 4 jours par H. V. Williams (de Buffalo), qui, au bout de ce temps, a constaté chez son patient, phthisique avancé, la guérison complète du pneumothorax. Le seul accident sérieux de la thoracentèse est l'emphysème sous-cutané, lequel a nécessité chez un de mes malades, en 1894, la pleurotomie hâtive. La canule à demeure expose, comme l'incision, à l'infection de la plèvre.

Contre le pneumothorax toléré, rien à faire. Il peut persister à l'état de simplicité chez les phthisiques pendant six semaines (Villemin), onze semaines (Schrötter), et disparaître au bout d'une telle période. Les récidives sont toujours à redouter.

L'hydropneumothorax est généralement chronique. Il y a cependant une pneumo-pleurite aiguë ou subaiguë qui peut guérir en 22 jours (Woillez), 25 jours (S. West), 6 semaines (Nonne), 8 semaines (Guttmann, Troisier). Que l'évolution soit rapide ou lente, il faut s'abstenir de la thoracentèse à moins que l'épanchement ne devienne incommode.

Le pyopneumothorax des phthisiques est, dans la majorité des cas, comme l'hydropneumothorax, un *noli me tangere*. On cite quelques rares succès attribuables à l'intervention chirurgicale. Mais combien d'insuccès n'a-t-on pas omis de publier! La pleurotomie ne s'impose qu'en cas d'épanchement fétide.

Les injections antiseptiques dans la cavité pleurale peuvent être utiles lorsque les malades ont de la fièvre.

Tuberculose révélée par un pneumothorax au cours d'un diabète latent.

M. Rauzier (de Montpellier) communique l'observation d'un homme de 64 ans qui fut pris subitement d'une douleur du côté gauche avec dyspnée; ces phénomènes s'étaient atténués en quelques heures. Il y avait absence complète du murmure vésiculaire, de l'amphorisme, du bruit d'airain. Dans les antécédents de ce malade on pouvait retrouver quelques légères hémoptysies, de l'amaigrissement, faits qui confirmaient l'origine tuberculeuse de ce pneumothorax. Quant à la cause de cette tuberculose survenue tardivement chez un homme arthritique, elle a été fournie par l'examen des urines, qui a révélé l'existence du diabète.

Arthropathies tabétiques et tuberculose.

MM. P. Parisot et **L. Spillmann** (de Nancy) relatent l'observation d'un tabétique, chez lequel une arthropathie de nature purement nerveuse au début, devint dans la suite tuberculeuse. Il s'agissait d'abord d'une arthropathie indolore du genou gauche avec subluxation du tibia, puis, le malade ayant contracté la tuberculose au cours de ses divers séjours hospitaliers, le bacille de Koch ne tarda pas à envahir l'articulation primitivement atteinte, laquelle devint très douloureuse.

A l'autopsie on trouva sur la synoviale articulaire un semis de petits tubercules; le cartilage était détruit. Le pus contenu dans le genou renfermait le bacille de Koch en grand nombre. Il existait, d'autre part, une sclérose marquée des cordons postérieurs de la moelle et une névrite parenchymateuse des différents troncs nerveux du membre inférieur gauche.

La tuberculisation d'une arthropathie tabétique est donc possible; toutefois cette complication doit être rare, car, à notre connaissance, elle n'a pas encore été mentionnée.

Injections de sérum artificiel chez les tuberculeux.

MM. Ardin-Delteil et **Carrieu** (de Montpellier) ont repris les tentatives de Hutinel et de Sirot, en vue d'établir une méthode de diagnostic précoce de la tuberculose par une réaction thermique inoffensive provoquée à l'aide d'injections de sérum artificiel. Dans ces expériences, les sujets recevaient à plusieurs jours d'intervalle une injection de 20 centimètres cubes de sérum artificiel simple ou concentré, et la température axillaire prise d'heure en heure révélait les modifications thermiques obtenues. Chez des individus simplement suspects de tuberculose, on n'a observé aucune variation de la température.

Histogénèse du tubercule.

M. Maurel (de Toulouse) a étudié le développement du tubercule hépatique chez le lapin. Sur des coupes colorées à la safranine ou à la fuchsine on constate que les tubercules se développent exclusivement dans les vaisseaux, qu'ils sont formés par les leucocytes et les cellules endothéliales. Les cellules hépatiques ne présentent aucun phénomène de réaction; on n'y observe pas de figures de karyokinèse.

Quand les animaux sont sacrifiés tardivement, c'est-à-dire lorsque déjà les tubercules sont confluents, les cellules du foie s'aplatissent, deviennent fusiformes, disparaissent par atrophie simple au moyen d'un processus analogue à celui que l'on note au voisinage des noyaux cancéreux secondaires du foie.

Tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées.

MM. Brousse et **Ardin-Delteil** (de Montpellier) communiquent l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chloro-anémique, scrofuleuse depuis son enfance, qui, à la suite d'un *spina ventosa* survenu à l'âge de 4 ans au gros orteil du pied droit, a subi une série d'auto-inoculations de la surface tégumentaire. Ces inoculations avaient abouti à des lésions d'une étendue considérable et remarquables par leur multiplicité et leur variété, lesquelles ont permis de trouver réunies sur un même sujet, à des stades divers de leur évolution, toutes les variétés décrites de tuberculose cutanée, à savoir de la tuberculose verruqueuse, des gommes scrofulo-tuberculeuses, des placards de lupus tuberculeux vrai.

Ces diverses manifestations ont été considérablement améliorées par un traitement local combiné (curetage et ignipuncture, application de chlorophénol, etc.).

Agglutination du bacille de la tuberculose vraie.

M. Arloing. — Je suis parvenu à obtenir des cultures en milieu liquide parfaitement homogènes dans lesquelles les bacilles de Koch étaient isolés les uns des autres, et j'ai pu réaliser l'agglutination de ces derniers par le sérum sanguin de certains animaux, tels que le lapin et la chèvre, ayant reçu auparavant quelques inoculations sous-cutanées de tuberculine ou d'émulsion de bacilles de la tuberculose.

J'ai remarqué que le pouvoir agglutinant, dans le sang normal, semble en raison inverse de l'aptitude des espèces à contracter ou à supporter la tuberculose.

Le sérum d'un animal rendu agglutinant par des inoculations du bacille de Koch ou des produits qui en dérivent agglutine aussi le bacille de la tuberculose aviaire. Ajouté au bouillon glycériné dans la proportion de 1/4, il provoque l'accolement en grumeaux des bacilles qui pullulent dans la culture. Comme conséquence, j'ai cherché si le sang de l'homme, au cours d'une infection tuberculeuse, serait capable d'agglutiner et si l'on pourrait utiliser le phénomène de l'agglutination pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose.

Des essais que j'ai faits jusqu'à présent et qui vont être poursuivis, il résulte que le sérum du sang de l'homme agglutine le bacille de Koch : 94 fois sur 100 dans la tuberculose pulmonaire, 91 fois sur 100 dans la tuberculose chirurgicale, 34 fois sur 100 dans des affections diverses dont quelques-unes peuvent être superposées à la tuberculose, 22 fois sur 100 chez des individus en apparence bien portants.

Il est donc permis de concevoir des espérances sur le parti que l'on pourra tirer de ces constatations.

Variabilité de la tuberculose pulmonaire en Algérie.

M. J. Crespin (d'Alger) fait sur ce sujet une communication que nous résumons ainsi :

Toutes les formes de tuberculose peuvent s'observer dans la population arabe, avec cette particularité, qui paraît paradoxale eu égard à l'influence si heureuse de la climatothérapie, que toutes ces tuberculoses présentent une évolution excessivement rapide.

M. Crespin s'appuie sur ces faits pour conclure que si le climat d'Alger peut convenir seulement en hiver aux tuberculeux qui ne doivent pas travailler et se trouvent dans d'excellentes conditions hygiéniques, il est funeste à ceux qui vivent dans des conditions contraires.

Effets de la tuberculose inoculée dans la cavité péritonéale des grenouilles.

MM. Auché et **Hobbs** (de Bordeaux). — Si l'on injecte une culture de tuberculose humaine ou aviaire, diluée, dans la cavité péritonéale de la grenouille, on voit au bout d'une demi-heure — mais le phénomène est tout à fait évident à la fin de la première heure — les leucocytes se porter en masse vers les bacilles et leur faire un véritable rempart : il y a donc là un fait de chimiotaxie positive.

Cette chimiotaxie nous conduit à étudier la phagocytose, qui commence dès la première heure pour arriver à son maximum au voisinage de la septième heure. A ce moment les leucocytes ont presque complètement absorbé les bacilles, et certains en sont tellement bourrés qu'ils ont pris l'aspect de cellules lépreuses.

Si on laisse le bacille évoluer, au bout de 8 jours on observe des granulations tuberculeuses remplies de bacilles et disséminées sur tous les organes. Cette tuberculose va en se généralisant, les granulations deviennent intraviscérales, et au centième jour elles sont arrivées à la période de dégénérescence graisseuse.

La tuberculisation des grenouilles est donc possible et cette tuberculose passe par tous les stades.

Nous avons ensuite recherché la virulence des bacilles inclus dans ces granulations. L'inoculation au cobaye a montré leur virulence positive, mais nous devons dire cependant qu'un cobaye ayant reçu des produits tuberculeux de la grenouille datant de 60 jours présente une tuberculose moins généralisée que le cobaye inoculé avec des produits de 30 jours; il y a donc une certaine altération du bacille.

De la marche de la pleurésie purulente tuberculeuse.

M. Cassaët (de Bordeaux) appelle l'attention sur les dangers que l'ouverture de la plèvre fait courir aux tuberculeux atteints de pleurésie purulente. Quels que soient les soins dont on entoure l'empyème, il entraîne toujours l'infection secondaire du foyer et donne ainsi à la maladie un caractère d'acuité et de gravité qui, jusqu'alors, ne lui appartenait aucunement.

A la suite des réinfections successives que provoquent les pansements répétés, il se développe des accidents de septicémie plus ou moins aiguë, qui altèrent rapidement l'état général : les malades maigrissent, s'infiltrent et succombent sous le poids de leur dénutrition et de leur cachexie. On ne peut, en effet, attendre de cette intervention, dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, tout le bénéfice qu'elle donne dans les pleurésies aiguës.

Aussi, dans l'impossibilité où se trouve l'empyème, seul ou aidé de la résection costale, d'assurer la guérison du malade, ou même sa survie, en lui maintenant une santé suffisante pour lui permettre de remplir à peu près les charges de sa profession, y a-t-il lieu d'abandonner en ce cas ces larges interventions et de se borner à la simple évacuation de la plèvre par la ponction, toutes les fois que par sa masse le liquide gêne les fonctions de la respiration et de la circulation. C'est cette manière de faire qui a rendu à M. Cassaët de nombreux services pendant ces dernières années, et, notamment, chez un malade qui supporta allégrement un certain nombre de ponctions, mais faillit succomber à des accidents de septicémie chronique, consécutifs à une rechute que l'on avait traitée par l'empyème et dont il souffre encore.

M. Cassaët signale, en terminant, un cas de symbiose microbienne pleurale. Il s'agissait d'une malade atteinte de pleurésie hémorrhagique latente, chez laquelle 13 ponctions successives avaient été nécessaires : un jour le liquide devint louche et aussitôt la collection se transforma et devint purulente. Dans le pus, on trouva à la fois des streptocoques, des staphylocoques, des diplocoques encapsulés colorés par le Gram, des tétragènes; ce pus devint fétide, tandis que se développait un pyopneumothorax. Or, dans les crachats qui antérieurement à l'empyème avaient changé d'aspect, on retrouvait les mêmes microbes, et il a suffi de 2 injections de chlorure de zinc à 1 et 1,5 o/oo pour empêcher la reproduction de cet épanchement.

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'action antitoxique, d'après l'influence exercée sur la respiration et la circulation par la toxine et l'antitoxine diphthériques.

M. Arloing (de Lyon) attire l'attention sur les troubles imprimés à la respiration et à la circulation, troubles qui ont été enregistrés minutieusement à l'aide de la méthode graphique.

De l'étude de ces troubles, il résulte que la toxine et le sérum antidiphthérique modifient ces fonctions dans le même sens, sauf quelques légères variantes. Toutes deux augmentent le nombre des respirations et des pulsations et font baisser la pression artérielle.

Toutefois, la toxine accélère davantage le pouls, le sérum davantage la respiration; ce dernier provoque aussi une chute plus grande de la pression sanguine. Des chutes manométriques énormes coïncident avec une vasodilatation considérable allant jusqu'à l'hémorrhagie, principalement au niveau de la muqueuse gastro-intestinale.

L'action neutralisante exercée par le sérum antidiphthérique ne tient donc pas à l'existence d'effets physiologiques opposés à ceux de la toxine. Bien plus, si le sérum est introduit dans l'organisme lorsque la toxine a déjà développé une partie de ses effets, l'action propre du premier s'ajoute à celle de la seconde et précipite le dénouement fatal.

On ne peut pas comparer cette action à l'antagonisme vrai ou faux, tel qu'on le comprend en thérapeutique générale. Elle se rattacherait plutôt à l'action synergique des médicaments et serait capable de s'exercer tant que les éléments anatomiques spéciaux ne seraient pas mis dans l'impossibilité de réagir par les effets de l'une des substances introduites isolément.

M. Charrin (de Paris) fait remarquer que le volume de l'urine fléchit sous l'influence des toxines, tandis que le sérum le relève. Pour la vitesse du cœur, la toxine et l'antitoxine produisent des effets inverses.

Quant à la pression, peut-être a-t-on eu le droit de penser que la suppression de la capsule surrénale détruite par hémorrhagie, lorsqu'on injecte le poison diphthérique, entre en jeu dans la genèse de l'abaissement de la pression par ce poison. La capsule normale élève la pression, la capsule détruite par la toxine est inactive. D'autre part, entre le moment de l'injection de la toxine et celui de l'abaissement de la pression, il s'écoule un temps plus ou moins long nécessaire à la détérioration de ces organes.

En dehors des lésions, l'antitoxine défend l'organisme en s'opposant à la production d'une série de troubles fonctionnels; ces troubles suffisent pour perturber le jeu des viscères, du foie, du rein. Cette protection s'étend aux plasmas : le sérum relève l'alcalinité abaissée; or, le maintien de l'alcalinité importe au premier chef pour la défense de l'économie.

Ces influences peuvent s'exercer par le système nerveux, peut-être aussi par les sécrétions.

Déplacements du cœur dans la pleurésie.

M. Pitres (de Bordeaux), qui a étudié les déplacements du cœur dans la pleurésie est arrivé à cette conclusion paradoxale en apparence, en tous cas imprévue, à savoir que l'ectopie cardiaque n'est pas un danger menaçant pour le malade, mais un procédé providentiel de protection de l'organe central de la circulation contre l'augmentation de pression intrathoracique.

Quand un épanchement s'accumule dans une cavité pleurale, il exerce une pression excentrique sur toutes les parties qui l'entourent. Le refoulement du médiastin a pour effet d'entraîner le cœur, qui se trouve refoulé en masse et non déplacé par un mouvement de rotation autour de son axe. Cette rotation du cœur est du reste anatomiquement impossible, tandis qu'on peut par des injections coagulantes démontrer ce refoulement en masse.

L'agent efficace de la protection du cœur est le péricarde, solidement attaché en haut et en bas. Lorsque l'épanchement se produit, il abaisse le diaphragme; le diaphragme abaissé entraîne le péricarde qui se tend et prend une position verticale, refoulant ainsi le cœur qui se trouve de la sorte dans une atmosphère à pression normale, permettant aux oreillettes de fonctionner. Dans les cas d'exsudat bilatéral, cette action providentielle, ne se produit pas, d'où la gravité de ces pleurésies bilatérales agissant par un mécanisme analogue à celui que réalise la péricardite aiguë et qui a été démontré par François-Franck.

Splénopneumonie et congestions grippales.

M. Lemoine (de Lille) distingue trois genres de splénisation pulmonaire grippale.

Un premier type reproduit la forme de Grancher, mais avec des allures un peu spéciales. Ces splénopneumonies se déclarent toujours chez des sujets qui viennent de présenter des manifestations générales de la grippe et débutent par un point de côté et des symptômes généraux caractérisant les affections pulmonaires graves.

La deuxième forme, qui a l'aspect d'une congestion passive avec splénisation, est caractérisée par de l'obscurité respiratoire généralement sans coexistence de râles, par du souffle avec submatité et augmentation des vibrations thoraciques, par une fièvre et une dyspnée intenses et souvent des crachats hémoptoïques.

La congestion passive avec splénisation, mais avec tendance à la chronicité et avec apyrexie, représente le troisième type. L'obscurité respiratoire, la submatité peuvent persister indéfiniment. Ordinairement cette variété de splénisation siège aux bases; elle a été rencontrée plusieurs fois aux sommets : dans ces cas il y a lieu de la distinguer de la tuberculose.

Quelle que soit l'étiologie adoptée, il est vraisemblable que ces diverses formes de splénisation pulmonaire, survenant au cours de la grippe, sont le résultat d'une même cause et probablement de l'action spéciale de l'intoxication grippale sur les centres nerveux.

La contracture tétanique n'est pas fonction d'une lésion appréciable des cellules médullaires.

M. J. Courmont (de Lyon) relate les expériences qu'il a faites sur ce sujet avec MM. Doyon et Paviot. Deux auteurs, Nissl et Marinesco, ont cru trouver, à l'aide de la méthode de Nissl, des lésions spécifiques du tétanos dans les cellules motrices médullaires. On pourrait de la sorte reconnaître facilement une moelle de tétanique. Ainsi s'expliquerait l'incubation fatale de l'empoisonnement tétanique, un des arguments de la théorie de Courmont et Doyon. M. Courmont a affirmé, dès juillet 1897, que ces lésions, si tant est qu'elles soient constantes, n'avaient aucun rapport avec la contracture tétanique. Tous les travaux parus depuis cette époque ont confirmé cette manière de voir : Goldscheider et Flatau en Allemagne, Nageotte et Ettlinger en France, ont vu des lésions banales et déclaré qu'elles ne peuvent jouer un rôle dans la production des contractures. M. J. Courmont a refait des expériences sur le cobaye, le lapin et le chien, sacrifiés en pleine contracture. La moelle a été colorée par la méthode de Nissl et au bleu de Unna. Ces recherches confirment les premiers résultats obtenus : la moelle du lapin n'offre aucune lésion; celle du cobaye présente des lésions banales et bilatérales, alors que la contracture est unilatérale.

Ainsi donc, la méthode de Nissl est incapable de déceler, dans la moelle des tétaniques, des lésions cellulaires pouvant être considérées comme la cause des contractures et de l'incubation fatale de l'empoisonnement tétanique.

Histogénèse, étiologie, prophylaxie et inoculabilité du cancer et du sarcome.

M. Bosc (de Montpellier). — L'histogénèse des tumeurs est singulièrement éclairée par la conception de leur nature parasitaire. L'étude des tumeurs spontanées du lapin nous a montré que sous l'influence de l'envahissement de l'épithélium par les parasites, il se fait une prolifération et une hypertrophie des cellules épithéliales; mais après la destruction de celles-ci, les parasites envahissent le tissu conjonctif, de sorte que la tumeur, primitivement épithéliale, devient uniquement conjonctive; l'inverse peut avoir lieu. L'ensemble du processus ne diffère en rien des modifications que l'on constate dans les tissus chroniquement enflammés, non cancéreux.

Ces notions sont entièrement applicables aux tumeurs humaines. L'épithélioma peut donner naissance à un processus prolifératif de nature conjonctive; le carcinome, d'origine épithéliale, devient dans la suite de son développement une tumeur de nature conjonctive; le sarcome représente une tumeur primitivement conjonctive. Le seul élément spécifique des tumeurs est le parasite; la formation de la tumeur doit être ramenée à un processus d'inflammation chronique portant sur un ou plusieurs tissus.

L'étiologie et la prophylaxie découlent de la connaissance que nous avons du rôle des sporozoaires et de leur fréquence dans la nature. Les sporozoaires du chien, du rat, du lapin, des gallinacés, des poissons, etc., contaminent le milieu humain ou sont un danger pour son tube digestif. Les klossia peuvent être l'agent causal du cancer de l'estomac, lequel est fréquent dans les localités où on mange beaucoup d'escargots crus. Tous les insectes, les vers, les larves renferment des quantités énormes de spores; et l'on sait que le cancer est surtout fréquent à la campagne, dans les endroits humides et boisés où les sporozoaires trouvent les conditions les plus favorables à leur développement et où les insectes sont partout présents, sur les vêtements, sur la peau, etc.

Un insecte écrasé au voisinage immédiat d'une porte d'entrée (mamelon excorié, lèvre de fumeur, orifices en particulier) constitue un danger de contamination. Le cancer, étant parasitaire, doit être considéré comme contagieux dès qu'il est ulcéré. On connaît des cas de transmission de l'animal à l'homme, de l'homme à l'homme. Les expériences de Morau montrent la possibilité de la transmission du cancer par les punaises. De là découlent des règles prophylactiques : éloigner de l'homme les animaux porteurs de sporozoaires; améliorer l'hygiène de l'habitation à la compagne; rejeter de l'alimentation ou soumettre à une cuisson suffisante les animaux porteurs de sporozoaires; surveiller le lavage des légumes mangés crus et les eaux de boisson; répandre dans les campagnes les règles d'une hygiène minutieuse de la peau et des vêtements; considérer le cancer ulcéré comme contagieux. Le chirurgien doit y trouver des raisons pour être prudent vis-à-vis de son opéré (faire l'ablation totale de la tumeur, éviter d'ensemencer la plaie opératoire).

M. Vedel (de Montpellier) a fait avec M. Bosc un grand nombre d'inoculations de tumeurs malignes de l'homme à divers animaux.

Chez le lapin, l'inoculation sous-cutanée de fragments, en dehors des abcès et des décollements, a été suivie dans plusieurs cas de néoformations dures avec hypertrophie ganglionnaire adhérente à la peau. A la suite d'inoculations intrapéritonéales, nous avons constaté la formation de petites tumeurs à la surface du foie ou de la rate et de structures conjonctives à grosses cellules nucléées.

Chez le cobaye on a obtenu trois cas d'inoculation positive de sarcome mélanique après injection sous-cutanée ou intrapéritonéale.

Chez le chien les inoculations sous-cutanées et intraveineuses sont restées sans résultat. Par contre, les inoculations intrapéritonéales de gros fragments de tumeur ont donné dans trois cas des résultats positifs.

Ces recherches, ajoutées à celles des expérimentateurs qui nous ont précédé, paraissent résoudre dans le sens de l'affir-

mative la question de l'inoculabilité des tumeurs malignes de l'homme aux animaux.

Insuccès de la greffe de capsules surrénales chez les addisoniens.

M. Paul Courmont (de Lyon) a fait à une femme atteinte de maladie d'Addison la greffe sous-cutanée de glande surrénale de chien : la malade succomba en 24 heures avec hyperthermie, affaiblissement et ralentissement du pouls et collapsus. Il en a été de même dans deux autres cas actuellement connus de greffe de capsule de chien chez l'homme (Augagneur, Jaboulay). L'explication de ces faits doit être cherchée dans une intoxication suraiguë (insuffisance capsulaire du malade, grande toxicité pour l'homme des glandes surrénales de chien, forte dose ainsi absorbée). Il semble que les résultats favorables des physiologistes obtenant une survie plus grande, chez les animaux acapsulés, par la greffe de glande surrénale soient dus à ce qu'ils emploient des capsules provenant de la même espèce que le sujet opéré. Les produits des glandes surrénales d'une espèce animale, antitoxiques pour les sujets de celle-ci, peuvent être toxiques pour d'autres. Il en est ainsi, d'ailleurs, de beaucoup de sécrétions internes dans la série animale.

Pour toutes ces raisons, M. P. Courmont estime que, malgré les bons résultats de la greffe thyroïdienne chez les myxœdémateux, il faut renoncer, dans le traitement de la maladie d'Addison, aux greffes sous-cutanées de capsules surrénales ou du moins de glandes de chien.

Grands abcès du foie tardifs post-dysentériques dans nos climats.

M. Boinet (de Marseille) a pu observer quatre nouveaux cas, relatifs à des malades chez lesquels une dysenterie légère avait précédé de plusieurs mois ou d'un an le développement d'une collection purulente dans le foie.

Dans ces abcès du foie nostras, les adhérences sont exceptionnelles, alors qu'elles sont fréquentes dans les abcès tropicaux. Il importe donc de rechercher avec soin, dans les antécédents d'un malade porteur d'un abcès du foie de ce genre, l'existence même éloignée d'une dysenterie.

2° QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

Les associations microbiennes et les infections mixtes.

M. F. Widal (de Paris) s'occupera surtout dans cette étude des constatations *in vivo* des phénomènes dus à l'association.

Rôle favorisant des associations microbiennes dans certaines infections. — L'exemple le plus saisissant est fourni par le *tétanos*. On connaît la puissance du poison tétanique. Les recherches de Vaillard et Rouget nous ont enseigné que les spores tétaniques, débarrassées de leur toxine, sont sans action sur les animaux Ces spores injectées ne peuvent germer parce qu'elles sont détruites immédiatement par les cellules phagocytaires ; et cependant, si l'on inocule à des animaux une parcelle de terre tétanigène, ils succombent en quelques jours avec des contractures. Or, parmi les conditions capables de faciliter leur action, la plus importante est l'association microbienne. Si on tue par chauffage à 85° — qui respecte les spores tétaniques — les microbes contenus dans une terre ou un pus tétanigène, ce pus ou cette terre devient sans effet; mais si l'on y ajoute quelques-unes des espèces microbiennes qui y étaient contenues auparavant, du même coup on lui rend son pouvoir tétanigène. Vaillard et Rouget ont pu du reste déterminer, parmi ces espèces bactériennes, celles qui étaient favorisantes, celles qui étaient capables de produire toutes ces altérations de la plaie tétanique dont le bacille de Nicolaier n'est nullement la cause. Ils nous ont appris également que leur action pouvait ne pas être infectante au même degré pour l'homme et pour les animaux.

La connaissance de ces associations dans l'étiologie du tétanos naturel et expérimental a une portée pratique sur laquelle il est à peine besoin d'insister; il semble bien en effet qu'une antisepsie rigoureuse des plaies puisse réduire au minimum les chances d'infection tétanique.

M. Besson nous a montré pour le vibrion septique ce que M. Vaillard nous avait enseigné pour le bacille de Nicolaïer.

Dans les foyers de gangrène vulgaire, on trouve toujours une flore bactérienne des plus variées, dont la présence semble indiquer que le processus gangréneux n'est que le fait d'associations microbiennes (Netter, Widal et Nobécourt, Zuber et Veillon). Pour ces derniers auteurs, il s'agirait surtout d'espèces anaérobies.

Les infections à streptocoques, l'*infection puerpérale* en particulier, doivent leur développement à des phénomènes de symbiose. Chez la nouvelle accouchée, les produits de la cavité utéro-vaginale constituent un excellent milieu de culture pour les bactéries de la putréfaction. D'après Menge, les saprophytes vulgaires du vagin, adaptés depuis longtemps à ce milieu spécial, seraient sans cesse prêts à réfréner le développement d'autres microbes introduits accidentellement : cet antagonisme serait un facteur de premier ordre dans le mécanisme de l'autoaseptisation du vagin.

Pour le *choléra*, Metchnikoff a prouvé le rôle des associations bactériennes (sarcines, torula blanche). Renon a démontré récemment l'action favorisante du colibacille sur le bacille virgule. Metchnikoff, d'autre part, a mis en évidence l'action antagoniste de certains germes sur le développement de ce même vibrion.

L'absence de ces associations favorisantes, la présence de ces actions antagonistes, peut aider à comprendre l'immunité de certaines personnes, de certaines localités (Metchnikoff).

C'est par un phénomène de commensalisme analogue que s'expliquerait, pour M. Sanarelli, le mode de propagation de la *fièvre jaune* à bord des navires. Cet auteur a établi à quel point les moisissures favoriseraient la reviviscence et la multiplication du bacille ictéroïde et il les incrimine comme la cause principale de l'acclimatation facile de la fièvre jaune à bord des navires (humidité propre au développement des moisissures).

Tous ces faits d'association bactérienne n'aboutissent pas à l'infection mixte proprement dite; ils aident simplement à la mise en train d'une infection spécifique.

Infections mixtes. — Des germes vulgaires, en s'associant au microbe spécifique, peuvent changer l'évolution normale de l'affection.

La *fièvre typhoïde* nous offre des exemples multiples de semblables associations : tel le pneumotyphus, dont l'origine bactériologique n'est pas encore tranchée; telle l'association de la grippe et de la fièvre typhoïde (Potain, Hanot, Ombrédanne), ou celle de la fièvre typhoïde avec l'impaludisme, la tuberculose, le choléra.

La bactériologie nous a appris à connaître les associations du bacille typhique avec le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille.

L'infection combinée par le bacille typhique et le streptocoque peut être mixte d'emblée; le plus souvent, l'infection streptococcique est secondaire et survient dans le cours de la fièvre typhoïde; elle peut avoir pour conséquence une forme morbide spéciale décrite par Vincent et Vaillard sous le nom de forme *streptotyphique*. L'invasion par le streptocoque est, à notre avis, un facteur de haute gravité au cours de la fièvre typhoïde, mais elle n'a pas, dans la léthalité de la maladie, l'importance qu'on avait voulu lui accorder tout d'abord.

Le rôle favorisant du streptocoque à l'égard de l'infection typhique est surtout dû aux toxines (Chantemesse et Widal). Pennato a rapporté récemment quelques cas d'infections mixtes à staphylocoques et à bacilles d'Eberth, bénignes avec le staphylocoque blanc, graves avec le staphylocoque doré.

Sanarelli pense que le colibacille a une grande part dans les complications diverses de la maladie. Réserve faite des hypothèses de cet auteur sur la nature ou la localisation de l'infection typhique, il n'est pas douteux que le colibacille ne puisse chez le typhique occasionner fréquemment des infections secondaires. Mais les recherches bactériologiques faites sur l'homme montrent que le colibacille ne joue pas dans la fièvre typhoïde le rôle prépondérant que lui a attribué Sanarelli en s'appuyant sur les données expérimentales.

La *diphthérie* est peut-être la maladie dans laquelle les infections mixtes ont le plus d'importance. Leur connaissance intéresse le pronostic, la prophylaxie et la thérapeutique.

Les *angines non diphthériques* présentent souvent des associations diversement combinées de streptocoques, de staphylocoques, de colibacilles, de proteus, de saccharomycètes (Hudelo et Bourges, Vincent, etc.).

Ces infections mixtes peuvent se retrouver dans la *pourriture d'hôpital* (Vincent), dans la *stomatite ulcéro-membraneuse* (J. Bernheim), dans la *pneumonie caséeuse* (Cornil et Babes, Mosny, Aviragnet, Marfan, Ortner). A l'égard de cette dernière toutefois, les avis sont partagés, Fränkel et Troje, Straus ayant avancé que le bacille tuberculeux seul était susceptible de réaliser les lésions de la peumonie caséeuse. Vedel se range à une opinion éclectique et il semble, en effet, que ce soit là la vérité.

L'association de la *syphilis* et de la *tuberculose* est bien établie cliniquement aujourd'hui, et l'on en connaît la gravité (Fournier, Landouzy).

Depuis la découverte du bacille de l'*influenza* par Pfeiffer, tous les bactériologistes sont restés d'accord sur le rôle prépondérant qu'il convient d'accorder aux infections surajoutées (streptocoques, pneumocoques).

On connaît la fréquence de l'association du streptocoque à la *scarlatine*. Je n'y insiste pas, pas plus que sur le rôle des staphylocoques dans la *variole*.

L'observation clinique a depuis longtemps appris que la *vaccine* inoculée à l'homme pouvait se compliquer d'impétigo, d'ecthyma, de vastes ulcérations, d'érysipèle, de septicémie, de syphilis. Ce sont là autant d'infections surajoutées.

L'examen bactériologique de la lymphe vaccinale y décèle une flore variée qui tend à disparaître par le vieillissement de la pulpe vaccinale (Straus, Chambon et Saint-Yves Ménard).

Dans le *charbon*, il existe quelques faits d'association (Baumgarten), mais ils sont exceptionnels.

On a un peu exagéré le rôle des associations dans la *pyogénèse*, mais il n'est pas douteux que ces associations peuvent exister et modifier l'évolution et le pronostic des foyers de suppuration; la pathologie nous en offre de nombreux exemples.

Infections secondaires. — Ici le même micro-organisme, facteur de l'infection mixte, intervenant plus tardivement en se localisant d'une façon spéciale, laisse à l'infection primitive toute son autonomie et n'apparaît plus que comme un agent de complication.

Dans la fièvre *typhoïde* le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille peuvent occasionner des infections plus ou moins tardives, en général localisées : péritonite à colibacille (Barbacci, Laruelle et Malvoz); néphrite colibacillaire (Chantemesse et Widal); angiocholite et cholécystite colibacillaire (Dupré); suppurations par les pyogènes (Chantemesse et Widal, Dunin, Enriquez, Spillmann et Etienne, Vincent, etc., etc.); pneumonie.

Marfan, avec Nanu et Marot, a montré l'importance de l'invasion colibacillaire préparée par la maladie intestinale, dans la *dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons*.

Ces infections secondaires existent également dans la *diphthérie* (Darier, Prudden et Northrup, Belfante), dans la *phthisie pulmonaire* (Thérèse, Pasquale, Evans, Tschistowitsch, Mosny, Patella, Schabad, Jakowsky et Petruschky). Leur importance est sans doute, en ce qui regarde la phthisie pulmonaire, diversement appréciée, de même que leur rôle dans la fièvre hectique, nié notamment par Straus.

Les associations bactériennes paraissent fréquentes chez les lépreux. Cornil et Babes ont insisté particulièrement sur les infections mixtes produites dans le poumon par le bacille de la tuberculose et celui de la lèpre; ils ont constaté également dans les viscères la présence du staphylocoque doré, du pneumocoque, de bacilles indéterminés.

Pour ce qui concerne l'*influenza*, nous retrouvons dans les infections secondaires les mêmes éléments bactériens que dans les infections mixtes.

Le streptocoque peut être également dans la *scarlatine* un agent d'infection secondaire, et il s'agit bien là du streptocoque pyogène (Widal et Bezançon), et non d'un streptocoque particulier comme le voulaient Kurth, d'Espine et de Marignac. Il est impossible de dire actuellement si le streptocoque est réellement l'agent pathogène de la scarlatine, comme l'admettent certains auteurs.

Dans la *rougeole*, dans la variole, dans la coqueluche, le streptocoque, le pneumocoque, le colibacille se retrouvent à des degrés divers de fréquence.

La *pneumonie* primitive peut se compliquer d'infections secondaires (méningites, arthrites, abcès à staphylocoques ou streptocoques). Netter a montré que l'abcès du poumon, dans la pneumonie, relevait de l'action des pyogènes; cela il est vrai, n'est pas constant, comme en témoignent les observations de Zenker et de Griffon.

La *blennorrhagie*, maladie généralement locale, peut prêter à l'éclosion de manifestations multiples dues à la généralisation du gonocoque ; mais elle peut se compliquer aussi d'infection secondaire.

Sanarelli, pour la *fièvre jaune*, a prouvé que le bacille ictéroïde pouvait être supplanté dans l'organisme par les germes de l'infection secondaire; et, pour la peste, Wyssokowitz et Zabolotny, Sticker ont établi l'existence d'associations secondaires.

Ces faits nous montrent à quel point nous devons redouter pour nos malades la contagion des infections secondaires; ce sont là des données dont la prophylaxie tire parti.

Pathogénie des infections mixtes et des infections secondaires. — L'infection primitive peut agir en ouvrant brutalement une porte d'entrée et en permettant aux germes de pénétrer par effraction dans l'organisme. On doit reconnaître que le mécanisme est rarement aussi simple, la défense s'organisant vite autour de la perte de substance; il faut donc que la route soit libre.

Localement, au niveau de la porte d'entrée, l'association microbienne peut agir par deux procédés différents : ou bien l'espèce en concurrence accapare les leucocytes, qui ne sont plus alors assez nombreux pour s'opposer à la pénétration de l'espèce associée (tétanos); ou bien l'une des espèces sécrète localement des toxines qui écartent les phagocytes par chimiotaxie négative.

Un microbe déjà installé dans les profondeurs de l'organisme peut, suivant sa localisation, prêter à l'éclosion d'une infection secondaire par les procédés les plus variés, les plus inattendus.

Les faits expérimentaux abondent d'autre part pour nous montrer comment l'imprégnation de l'organisme par les toxines d'une infection première le rendent apte à contracter une infection seconde (Bouchard, Grawitz et de Bary, Roger, Monti, Trombetta, etc., etc.). Nous savons également, de par les recherches de Bouchard, Charrin, Roger, Courmont, que l'action favorisante des substances solubles d'un microbe ne s'étend pas seulement à des bactéries associées, mais que ces substances peuvent encore prédisposer à l'action pathogène de leurs microbes producteurs.

Comment se fait l'exaltation de virulence des germes associés dans les infections combinées? Est-ce par simple contact de leurs substances sécrétées? Est-ce par l'intermédiaire de l'organisme qui, affaibli par une infection première, se laisse envahir par des saprophytes acquérant de la virulence en s'adaptant à ce nouveau milieu? Les expériences *in vitro* montrent l'action favorisante de diverses bactéries développées dans le voisinage l'une de l'autre; mais il est probable que cette action favorisante s'exerce par des mécanismes divers. Pour M. Bouchard, les toxines pourraient affaiblir le processus phagocytaire non seulement par chimiotaxie négative, mais encore indirectement par l'intermédiaire du système nerveux. D'un autre côté, les lésions cellulaires dégénératives de certains organes causées par les toxines infectieuses doivent faciliter parfois les invasions microbiennes secondaires : altérations hépatiques (Sanarelli); altérations rénales (Polacci, Pernice, Fischer). Enfin, certaines altérations cellulaires ou humorales qui paraissent prédisposer aux associations microbiennes se retrouvent dans les maladies de la nutrition, dans les maladies nerveuses, dans les cachexies, qui jouent également leur rôle dans la détermination de ces infections mixtes ou secondaires.

Antagonismes microbiens. — L'antagonisme proclamé entre certaines infections, telles que la fièvre typhoïde et la tuberculose, par exemple, ne résiste pas à l'examen des faits. Il faut se garder, d'autre part, d'exagérer l'action bienfaisante en clinique du streptocoque sur les syphilides, la tuberculose cutanée, etc. Les associations bactériennes *in vitro* fournissent, au contraire, des exemples multiples d'antagonisme microbien, que

M. Malvoz a bien mis en lumière. Nous ne rappellerons que pour mémoire les observations de ce genre faites par Emmerich (steptocoque et bactéridie charbonneuse), Pawlowsky (pneumobacille et bacillus prodigiosus), Bouchard (bacille pyocyanique et bacille charbonneux), Buchner (bacille de Friedländer et bacille charbonneux).

Jusqu'à présent, l'étude des antagonismes microbiens n'a fourni aucune application à la thérapeutique humaine; cependant, comme le disait Pasteur, tous ces faits autorisent peut-être les plus grandes espérances.

Actions humorales dans les infections combinées. — Il était intéressant de rechercher comment se présentaient les réactions humorales acquises par l'organisme au cours des infections combinées. Pour cette étude, nous avons fait appel à la réaction agglutinante. Avec M. Sicard, nous avons pu, par inoculation de cultures de bacilles typhiques, de vibrions cholériques, de colibacilles, de proteus, faire apparaître chez le même animal toute une superposition de propriétés agglutinatives, qui se retrouvent chez les petits issus des mères en expérience. Le même sérum est doué d'un pouvoir agglutinatif différent vis-à-vis ces divers microbes inoculés aux mêmes doses, et aussi vis-à-vis d'un même microorganisme relevant de diverses origines, comme nous avons pu, M. Nobécourt et moi, nous en assurer pour divers vibrions cholériques.

Le fait à retenir de ces expériences est le suivant : lorsque des infections disparates se superposent chez le même individu, chacune d'elles impressionne les humeurs de l'organisme, pour son propre compte et à son heure. L'expérimentateur peut ainsi retrouver dans le sérum la marque de chacune de ces infections.

M. Spillmann (de Nancy), *co-rapporteur*, n'a envisagé la question des associations microbiennes qu'au point de vue clinique. Il n'a, du reste, publié encore aucun travail d'ensemble sur ce sujet, « et cette œuvre est peut-être prématurée dans l'état actuel de la science ».

Quoi qu'il en soit, voici comment le rapporteur établit la synthèse clinique des associations microbiennes.

Il les divise en deux classes : *a*) forme septicémique; *b*) forme pyohémique.

La forme septicémique peut présenter plusieurs types cliniques : 1° un type pur, d'infection générale, sans localisation apparente; 2° un type à localisation vasculaire (endocardite, endartérite, thrombose); 3° un type hémorrhagique; 4° un type érythémateux.

Ces différents types ne sont que des variétés cliniques d'une infection générale, qui se manifeste avec une certaine prédilection sur un appareil déterminé.

A. Forme septicémique. — 1° *Type septicémique pur, d'infection générale, sans localisation apparente.* — Ce type diffère de celui que l'on observe dans les pyosepticémies primitives : son début se confond avec la maladie primitive qui le masque dans bien des cas, pour un observateur non prévenu par exemple au cours d'une tuberculose pulmonaire ou d'une infection typhoïdique.

L'attention peut être attirée, toutefois, dans ce dernier cas surtout, par une élévation nouvelle de température.

Cliniquement, l'infection générale se traduit, quand elle est confirmée, par l'aggravation de l'état général, avec prostration, adynamie profonde; le visage est pâle, terreux, cyanosé, parfois bouffi; la peau est sèche, couverte, par moments, d'une sueur froide; les yeux sont enfoncés dans l'orbite, cerclés; l'expression indique l'angoisse.

Le malade présente généralement de l'hyperthermie. L'ascension peut être continue, sans rémission, et atteint environ 40°.

Le frisson est fréquent et peut se répéter à plusieurs reprises.

La marche de la température peut présenter différents types que l'on a décrits sous le nom de type à grandes oscillations, type intermittent, type paroxystique et enfin continu.

La respiration est accélérée, superficielle; le pouls est à 100, 150; quelquefois, dès le début, on constate des intermittences; d'autres fois, le pouls est bigéminé, dicrote; parfois il devient incomptable, filiforme.

Les contractions cardiaques traduisent les mêmes irrégularités; les bruits du cœur sont sourds, éloignés, et les accidents cardiaques occupent parfois le premier plan.

Les phénomènes gastro-intestinaux sont plus ou moins accusés. L'appétit est diminué ou nul; il peut y avoir des vomissements, de la diarrhée fétide ou de la constipation.

La rate est presque toujours grosse; le foie déborde les fausses côtes; il peut même exister une teinte subictérique.

Les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses.

Quant au système nerveux, il traduit sa souffrance par des alternatives d'adynamie et d'excitation légère et même par des douleurs polynévritiques plus ou moins accusées.

Ces phénomènes s'accentuent rapidement; la consomption marche à grands pas, et le plus souvent le malade succombe dans le marasme.

2° *Type à localisation vasculaire.* — Ce type ne se distingue du précédent que par l'adjonction des symptômes provoqués par la myocardite, l'endocardite et l'aortite.

Les lésions peuvent aussi porter sur les vaisseaux periphériques; elles donnent lieu alors tantôt à l'artérite, tantôt à des troubles circulatoires qui peuvent aller jusqu'à la gangrène, ou à la phlegmatia alba dolens avec les œdèmes qui l'accompagnent.

3° *Type hémorrhagique*, caractérisé par l'apparition du syndrome purpura : pétéchies, ecchymoses, suffusions sanguines, hémorrhagies viscérales.

4° *Type érythémateux* avec érythème rubéoliforme, scarlatiniforme, polymorphe.

B. Forme pyohémique. — Nous retrouvons ici les suppurations multiples bien connues de la peau, des articulations, des os (ostéomyélite), des séreuses, des viscères, etc.

En résumé, toute maladie fondamentale peut être troublée par l'apparition d'un des types cliniques précédemment décrits, types que peuvent engendrer indistinctement le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, peut-être le bacille pyocyanique, le coli-bacille ou le pneumo-bacille de Friedländer, certains organismes des putréfactions, les proteus, le bacillus Zopfii par exemple. Tous ces éléments microbiens interviennent ici en tant qu'agents vulgaires d'infection, en dépouillant la spécificité qui les caractérise dans des cas déterminés (érisypèle pour le streptocoque, pneumonie franche pour le pneumocoque) en favorisant la vitalité et la virulence de l'agent de l'infection fondamentale. Ainsi les seuls produits solubles du micrococcus prodigiosus peuvent agir dans ce sens.

Vouloir décrire, dans l'état actuel de nos connaissances, des types cliniques spéciaux, bien déterminés, en se basant exclusivement sur l'agent pathogène (pneumococcie, streptococcie, staphylococcie, colibacillose), c'est aller au delà de l'observation clinique.

Traitement. — En dehors du traitement symptomatique des accidents provoqués par les associations microbiennes, leur traitement propre est celui des infections graves.

Les effets obtenus dans la diphthérie par la sérothérapie font entrevoir le moment où d'autres éléments pathogènes, agents des infections secondaires, pourront aussi être combattus suivant la même méthode et, dans d'autres cas, par des méthodes de sérothérapie combinée. Mais le devoir de l'hygiéniste et du médecin est surtout de prévenir le développement des infections secondaires.

Grancher a insisté sur le danger de l'accumulation des enfants atteints de rougeole et sur le danger de la contagion de la broncho-pneumonie. Hutinel a montre le rôle joué par les fissures labiales et les érosions buccales comme porte d'entrée des infections secondaires à streptocoques et à staphylocoques. Les complications gangréneuses, le noma, les angines gangréneuses, les accidents gangréneux de la fièvre typhoïde deviennent de plus en plus rares. Cette amélioration est due en grande partie à l'application des règles de l'antisepsie.

En somme, grâce à l'isolement des malades atteints d'infections aiguës et à l'application d'une hygiène rigoureuse, on peut entrevoir la disparition progressive des infections secondaires, soit locales, soit générales, qui ont une influence si funeste sur la marche des maladies infectieuses.

M. Malvoz (de Liège), *co-rapporteur*. — La grande question des associations microbiennes peut et doit être éclairée par les notions tirées de l'expérimentation *in vitro*; c'est ce que les pathologistes ont compris, et la littérature fourmille véritablement de travaux poursuivis dans cette direction.

Il y a plusieurs façons d'étudier *in vitro* les associations mi-

crobiennes. On peut ensemencer dans un milieu nutritif vierge deux ou plusieurs espèces bactériennes. On peut prendre une culture au sein de laquelle a déjà proliféré un microbe et observer le sort d'une espèce nouvelle qu'on y ensemence. Au lieu de la culture elle-même contenant encore des microbes vivants, on peut étudier l'influence de ses produits de désassimilation obtenus par filtration.

Les modifications résultant de ces associations sont des plus variées : tantôt l'association est fatale pour l'un des microbes, le plus faible, qui est détruit; tantôt, sans que les facultés de prolifération soient modifiées, la virulence de l'un des microbes est atténuée ou perdue; tantôt une exaltation de virulence se produit. Les fonctions zymogène, toxicogène, chromogène, etc., peuvent être complètement déviées. Garré a montré que le milieu de culture dans lequel a proliféré le bacillus fluorescens putidus est impropre au développement du bacille typhique, du pneumocoque, du staphylocoque doré. Chantemesse et Widal ont montré, en 1887, qu'un nouvel ensemencement de bacille typhique sur un milieu dont la surface a été détergée est négatif. Les expériences de Freudenreich, de Döhle, de Pavlovsky, Beco, etc., ont entraîné des constatations du même genre, également intéressantes. En 1894, Metchnikoff, étudiant *in vitro* les antagonismes microbiens, a montré que dans l'intestin de certains animaux il existe de microbes qui paralysent la multiplication du bacille-virgule de Koch.

Tous ces faits concernent l'arrêt de développement par un autre. On possède également d'assez nombreux exemples de prolifération microbienne favorisée par la présence d'un autre microorganisme (Sirotinine, Bernheim, Metchnikoff, Penzo). D'autre part, un certain nombre d'expériences démontrent l'action profonde des associations microbiennes, non plus sur la prolifération des germes pathogènes, mais sur leur virulence. Le bacille pyocyanique atténue considérablement la virulence du bacille charbonneux (Charrin et Guignard); de même le bacille cholérique (Zagari). Des milieux additionnés de toxine tétanique augmentent beaucoup la virulence de certains microbes pathogènes (Roncali. Klein, Pisenti et Bianchi-Moretti). Mosny, Metchnikoff ont fait pour d'autres microbes des observations du même genre.

Enfin, il est une série de faits des plus intéressants, étudiés par Nencki surtout, dans lesquels l'activité chimique de deux ou plusieurs microbes est complètement transformée du fait de leur coexistence dans le substratum nutritif. Ce bactériologiste a découvert deux bactéries capables de sécréter, quand elles sont associées, un produit chimique *nouveau* qu'aucune d'elles n'élabore quand elle est seule. L'association du microbe du charbon symptomatique et d'un anaérobie en milieu sucré aboutit à la formation d'un produit très abondant, l'alcool butylique.

Burri et Stutzer ont suivi le développement du colibacille et d'un microbe isolé des fèces du cheval, sur des milieux contenant des nitrates : aucun de ces deux microbes n'attaque à lui seul les nitrates; associés, ils les décomposent complètement. J'ai moi-même décrit des colibacilles presque complètement éberthisés que j'avais retirés de l'intestin des cholériques de l'épidémie de Liège; les propriétés zymogènes du colibacille étaient supprimées par la présence dans les sécrétions du bacille-virgule.

Ce sont les travaux de Nencki qui ont inspiré son élève von Schreider, auquel on doit cette notion, à savoir que la symbiose du bacille diphthérique et du streptocoque modifie les activités chimiques du bacille de Löffler qui, dans ces conditions, sécrète une toxine beaucoup plus active.

Ces quelques considérations suffisent à montrer l'importance de l'étude des associations microbiennes *in vitro*; les contradictions observées entre différents expérimentateurs résultent le plus souvent des conditions différentes dans lesquelles ils se sont placés. Il faut tenir compte du moment de l'ensemencement, du milieu de culture. C'est ainsi, par exemple, que dans le bouillon ensemencé de vibrion cholérique et de colibacille, c'est le premier qui l'emporte; dans le lait c'est tout le contraire, parce que le colibacille y sécrète, aux dépens de la lactose, de l'acide lactique qui contrarie fortement le bacille-virgule. On n'a pas assez tenu compte, d'autre part, des différences qui peuvent résulter du mode de stérilisation (chaleur, filtration).

Les causes de l'antagonisme ou de la symbiose sont multiples : les unes peuvent être attribuées aux changements de réaction apportés au substratum nutritif (élaboration de produits acides ou alcalins); les autres tiennent certainement à l'intervention de produits de sécrétion bactéricides. Quand à l'explication des phénomènes de symbiose aboutissant à un produit nouveau, il faut bien avouer que nous l'ignorons encore.

La difficulté d'interpréter les résultats observés *in vitro* laisse prévoir la complexité du problème quand il s'agit de se rendre compte de ce qui se passe dans les associations microbiennes constatées dans l'organisme malade.

Rôle des associations microbiennes.

M. Paul Courmont arrive, après l'étude microbiologique d'un cas typique de pyopneumothorax putride, aux conclusions suivantes :

1° Le pus du pyopneumothorax putride spontané renferme ordinairement plusieurs espèces microbiennes;

2° Dans certains cas on peut isoler plusieurs germes virulents capables de causer des lésions diverses et même des pleuro-péricardites purulentes expérimentales chez le lapin, mais ne produisant pas de gaz.

L'inoculation du pus total de la plèvre reproduisant, au contraire, soit accidentellement chez le malade, soit expérimentalement chez le lapin des abcès gazeux, la production spontanée de gaz dans la plèvre paraît être surtout fonction des associations microbiennes, de l'action simultanée de plusieurs germes.

Du rôle des infections secondaires dans les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives.

MM. Haushalter et **G. Étienne** (de Nancy). — Dans la variole les accidents hémorrhagiques paraissent être la conséquence d'une infection secondaire habituellement due au streptocoque. Telle est la conclusion à laquelle nous croyons devoir nous arrêter d'après l'étude des circonstances dans lesquelles se sont développées les formes hémorrhagiques que nous avons été à même d'observer. C'est le streptocoque que nous avons trouvé en culture pure dans le sang et les viscères d'un enfant mort de septicémie hémorrhagique survenue à la période de pustulation d'une variole jusque-là normale, variole elle-même contractée à l'hôpital dans la convalescence d'une diphtérie. D'autre part, nous avons observé une enfant atteinte d'une variole discrète très bénigne, qui évoluait normalement, lorsque, au cours de la convalescence, survinrent des accidents hémorrhagiques mortels; or, pendant la première période de sa variole, cette enfant avait été hospitalisée dans une salle où étaient des malades atteints de variole hémorrhagiqne.

En outre, la forme hémorrhagique paraît indépendante des vaccinations antérieures.

Il peut donc exister dans la variole une infection hémorrhagique streptococcique mixte ou secondaire.

Une observation de septicémie hémorrhagique staphylococcique à la phase de desquamation de la scarlatine permet de généraliser ces conclusions et de les étendre par analogie aux autres maladies éruptives.

M. Widal a toujours trouvé dans les autopsies de varioleux un streptocoque virulent. Le streptocoque est, en outre, l'agent d'infection secondaire qui passe le plus facilement de la mère au fœtus, et la raison de cette transmission si facile à travers le placenta, c'est qu'il constitue par excellence le microbe qui se généralise par la voie lymphatique et par la voie sanguine. Le staphylocoque, au contraire, se généralisant moins bien, est l'agent des suppurations circonscrites.

M. Sabrazès (de Bordeaux) en étudiant au point de vue histo-bactériologique le revêtement cutané d'un fœtus porteur de pustules varioliques, expulsé au 7° mois de la grossesse par une varioleuse à la période d'état de la maladie, a vu des colonies de streptocoques formant de longues chaînettes enchevêtrées, obstruant les vaisseaux superficiels du derme et cela exclusivement à la base des pustules ombiliquées. Il est intéressant de constater qu'un agent d'infection secondaire, comme le streptocoque, vienne se cantonner par voie embolique dans les téguments d'un fœtus de varioleuse atteint lui-même de variole,

se fixer et coloniser dans les vaisseaux superficiels du derme précisément au niveau des lésions spécifiques ombiliquées.

M. Arloing a vu l'injection intraveineuse à un jeune poulain de virus-vaccin déterminer une éruption généralisée de vaccine. Dans les pustules, et exclusivement à leur niveau, on a recueilli du staphylocoque. Il semble donc que le virus-vaccin ait entraîné avec lui dans le derme des germes qui étaient en circulation dans le sang.

Sur le sérum antistreptococcique.

M. J. Courmont. — L'état de la question est donc le suivant : le streptocoque représente une famille microbienne mal différenciée, composée d'une série de variétés impossibles à distinguer. Le sérum qui immunise contre l'une n'immunise pas contre l'autre. On ne peut donc pas actuellement livrer aux cliniciens un sérum antistreptococcique sûrement efficace.

Grippe avec septicémie.

MM. Carrieu et **Pelon** (de Montpellier) ont observé un malade, traité à l'hôpital de Montpellier pour une grippe très grave ayant débuté brusquement par un violent frisson et un point de côté, immédiatement suivis de troubles cérébro-méningés, qui durèrent 5 jours, puis s'amendèrent et disparurent complètement. Ce cas, rapproché de ceux qui ont déjà été rapportés, notamment par MM. Sevestre, Comby, Gaucher, Juhel-Rénoy, etc., prouve bien que si la grippe s'accompagne parfois de méningite grave, trop souvent mortelle, dans d'autres cas aussi il s'agit d'une lésion méningée moins avancée, simplement congestive et susceptible de guérison. La pleuropneumonie qui a suivi les accidents méningés a évolué normalement et s'est terminée par résolution.

Le point le plus intéressant de cette observation est le type bien spécial qu'a revêtu la fièvre. La courbe thermique, en effet, s'est caractérisée pendant les dix premiers jours par de grandes oscillations; il n'y a jamais eu apyrexie complète. L'examen bactériologique ayant montré de nombreux streptocoques dans les crachats, on a rapporté la fièvre à une septicémie streptococcique. Des injections de sérum de Marmorek, au nombre de quatre (20 centim. cubes chaque fois), ont eu pour résultat de faire diminuer d'abord l'amplitude des oscillations thermiques, puis d'amener la chute complète de la température, alors que l'antipyrine et la quinine avaient échoué. Le malade a complètement guéri.

Éruptions de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe.

M. Pelon a eu l'occasion d'observer cet hiver 3 cas de grippe avec taches rosées. Les malades présentaient des symptômes nettement typhiques : abattement, céphalée, vertiges, langue blanche en son milieu, rouge à la pointe et sur les bords, diarrhée, douleur iliaque, température élevée. Sur l'abdomen et le thorax, on voyait des taches rosées lenticulaires typiques s'effaçant à la pression, en nombre considérable chez 2 sujets, moins abondantes chez le 3e. Le diagnostic clinique était dothiénentérie; mais le sérodiagnostic fut, dans les 3 cas, absolument négatif. En outre, les symptômes s'amendèrent rapidement, en même temps que la température revenait à la normale. C'était une grippe à forme typhoïde qu'avaient présentée ces malades.

Épidémie de pneumonies infectieuses.

MM. Lop et **Monteux** (de Marseille), ont pu suivre, de décembre 1896 à mars 1897, une épidémie de pneumonies infectieuses qui a sévi dans trois immeubles contigus. Le nombre des malades a été de 25, avec 11 décès. On retrouvait chez la plupart la contagion directe.

La maladie était remarquable par la gravité de l'état général : le système nerveux se trouvait sidéré d'emblée; le cœur fléchissait tout de suite; les signes pulmonaires, très atténués, ne se manifestaient que deux ou trois jours après le début.

Cette épidémie, qu'on crut à un moment donné, être de la psittacose ou de la grippe, est à rapprocher de celles qu'ont déjà observées Bonnemaison, G. Sée, Massalongo, Helme, Ménétrier.

L'étiologie n'a pu être élucidée. L'évacuation des locaux contaminés a, comme dans les épidémies de ce genre, fait cesser le mal.

Iridocyclite grippale et rhumatismale.

M. Truc (de Montpellier) rapporte un cas d'iridocyclite grippale et rhumatismale qui avait entraîné la cécité presque complète malgré les traitements habituels, qui avait été même aggravée par les injections sous-conjonctivales de sublimé, mais que de grandes irrigations conjonctivales très chaudes (44°), suivies d'iridectomie double, avaient presque guérie. Il insiste à ce propos sur la portée diagnostique et thérapeutique des associations morbides et sur la nécessité de distinguer, comme les chimistes, les mélanges et les combinaisons.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 Avril 1898.

Kystes hydatiques multiloculaires observés en France chez les animaux.

MM. Raillet et **Morot.** — Les kystes hydatiques multiloculaires ou alvéolaires sont fréquents chez l'homme et les animaux, dans une partie de l'Allemagne (Bavière, Wurtemberg) et dans le nord de la Suisse. Ils sont rares ailleurs et encore inconnus en France. Le seul cas signalé jusqu'ici se rapporte à un Bavarois.

Nous avons observé cette forme parasitaire chez un grand nombre de bœufs sacrifiés pour la consommation à l'abattoir de Troyes (une centaine environ par an), et parfois chez les moutons. Elle a eu pour siège habituel le foie, mais peut s'observer aussi dans le poumon.

Il est probable que ces tumeurs, formant à la surface du foie des plaques saillantes irrégulièrement bosselées ou perlées, ont été prises souvent pour des foyers tuberculeux (phthisie perlée ou pommelière), de même que, chez l'homme, on les confondait souvent avec le cancer colloïde.

Les coupes histologiques, montrant un stroma fibreux creusé de petites alvéoles renfermant des masses gélatiniformes, permettent d'éviter cette erreur. L'examen microscopique démontre que ces masses gélatineuses ne sont que des échinocoques faciles à reconnaître en raison de la structure lamellaire de leur cuticule.

On peut donc s'attendre à découvrir quelque jour, en France, l'échinocoque multiloculaire de l'homme.

Pleurésie purulente avec distension gazeuse de la plèvre.

M. Lemaître (de Limoges). — Une jeune femme de 21 ans, à la suite d'un accouchement, présente une pleurésie gauche à répétition. L'état général s'aggravant, on se décida à pratiquer l'empyème qui donna issue à 14 litres de pus très très fétide. Et pourtant, avant l'opération, tandis qu'on constatait que le cœur battait à droite, on avait observé, en avant du poumon jusqu'à la 5e côte et dans le creux axillaire, une sonorité tympanique. Aussi avait-on pensé qu'il n'y avait que peu de liquide dans la plèvre.

Dans 2 autres cas de pleurésies gauches, j'ai observé les mêmes symptômes.

J'attribue à la distension de l'estomac et du côlon cette sonorité anormale, et je me base sur l'expérience suivante : vient-on à placer dans une boîte une vessie remplie d'eau, remplissant complètement la boîte, si cette boîte est placée sur

une membrane capable de vibrer telle que celle d'un tambourin et qu'on percute la boîte, on obtient une sonorité marquée.

Telle est l'explication de ce qu'on entend dans les cas de pleurésies abondantes avec sonorité conservée.

Iodure d'arsenic dans la scrofule.

M. Rousseau a obtenu de bons résultats thérapeutiques en administrant l'iodure d'arsenic dans la scrofule. Il fait prendre 10 à 30 gouttes par jour d'une solution d'iodure d'arsenic à 2 p. 100, ce qui correspond à la dose de 1 à 3 centigrammes par jour.

La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie, le goitre exophthalmique et le glaucome. Résultats définitifs.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — J'ai pratiqué cette opération chez 35 épileptiques, dont 15 ont été suivis assez longtemps pour pouvoir parler des résultats définitifs. Sur ces 15 malades 9 sont guéris, 4 améliorés et 2 restés dans le même état. Ces guérisons durent pour 5 cas depuis 1 an 1/2, pour 1 depuis 1 an et 1 mois et pour les autres depuis 9 mois à 1 an; les améliorations datent de 9 et 9 mois 1/2. Ce bon résultat est dû, sans conteste, à l'opération radicale, c'est-à-dire à la résection totale, car elle seule atteint et détruit toutes les fibres vaso-constrictives des vaisseaux de l'encéphale, contenues dans le sympathique cervical. Les opérations limitées à la simple section ou à des résections partielles n'ont pas donné et ne peuvent donner de pareils résultats.

Quant au goitre exophthalmique, j'ai 5 opérés, dont 2 datent de 20 mois, les autres de 10, 4 et 3 mois avec des résultats excellents; la guérison parfaite de tous les symptômes : goitre, exophthalmie, tachycardie et tous les symptômes accessoires. Là aussi les résultats sont dûs, sans conteste, à la résection totale que je pratique, la résection partielle étendue peut aussi donner de bons résultats, tandis que les résections partielles limitées ou la simple section ne peuvent donner que des résultats incomplets ou transitoires.

Dans le glaucome, la résection du ganglion cervical supérieur m'a donné des résultats excellents tant au point de vue du tonus oculaire qu'à celui de la vue dans les 7 cas de glaucome chronique simple que j'ai opérés. Notamment 3 malades déjà iridectomisés sans résultats, et dont la vue était presque totalement disparue, ont repris un excellent état après l'opération, le tonus oculaire tombe, la vue revient excellente.

MÉDECINE PRATIQUE

Nouveau mode d'emploi de la glycérine pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel,

D'après M. le Dr Saft (de Breslau).

L'action abortive de la glycérine injectée entre les membranes de l'œuf et l'utérus a été souvent préconisée, mais n'est pas sans dangers. On peut à la suite observer des phénomènes d'intoxication qui tiennent au pouvoir hygrométrique particulier de la glycérine. Pour éviter cet inconvénient Saft (de Breslau) conseille (1) d'employer la technique suivante : il introduit des vessies de poissons, désinfectées à l'éther et au sublimé alcoolique, remplies de glycérine, entre l'utérus et les membranes. Dans ces conditions on n'a jamais de phénomènes d'intoxication et ce procédé est sans aucun danger. L'auteur croit que ce n'est pas seulement à titre de corps étranger que ces vessies agissent, mais bien en raison de l'action spécifique de la glycérine.

1. *Deut. med. Woch.*, 20 janv. 1898.

Moyens d'assurer l'asepsie des mains avant une opération,

Par M. le Dr Menge (de Leipzig).

D'après le Dr Menge (1) le meilleur moyen d'obtenir l'asepsie des mains serait le suivant :

1° Lavage mécanique à fond des mains à l'eau chaude, au savon alcalin, à la brosse; en même temps nettoyage des ongles et espaces sous-unguéaux. Ce premier lavage doit être prolongé.

2° Désinfection soigneuse de la peau dans une solution antiseptique aqueuse ou, si la peau le supporte, dans une solution antiseptique faiblement alcoolique.

3° Plonger les mains dans l'alcool à 70°, puis sécher avec une serviette stérile.

4° Mettre sur les mains une couche de solution de xylopa-raffine stérilisée. Après quoi sécher les mains avec une serviette stérile.

Action thérapeutique de la coronilline,

D'après M. le Dr Guth (de Prague).

La coronilline est un glucoside dérivé de la « coronilla scoporioides » qui a été recommandée pour remplacer la digitale. A la dose de 0 gr. 40 à 1 gr. 50 par jour, elle augmente la diurèse, elle diminue la tension vasculaire, et la dyspnée ainsi que la diarrhée et les vomissements qu'on a souvent en même temps. Elle ne s'accumule pas.

Guth l'a essayée (2) à la clinique de Jaksch, à Prague, à la dose de 0 gr. 50 par jour dans 8 cas d'affections cardiaques et 1 cas de cirrhose hépatique et a pu confirmer toutes les propriétés ci-dessus énumérées.

Action hémostatique de la nitroglycérine dans les hémoptysies,

Par M. le Dr Lawrence Flick (de Philadelphie).

D'après le Dr Lawrence Flick, l'emploi de la nitroglycérine dans le traitement de l'hémoptysie serait supérieur à toute autre méthode (3).

Dans les cas où il l'a employée, l'auteur donnait toutes les heures une demi-goutte de solution alcoolique de nitroglycérine à 1 p. 100. L'hémorrhagie s'arrêta sans l'aide d'aucun autre médicament, en quelques heures.

Emploi de l'huile d'olive dans l'appendicite et dans la fièvre typhoïde,

D'après M. le Dr Terry.

Le Dr Terry, major général de la garde nationale des Etats-Unis (4), a recours dans l'appendicite à un traitement purement médical dont l'huile d'olive est l'élément principal et qui dans 43 cas sur 45 lui a donné d'excellents résultats.

Après avoir donné un purgatif cathartique qui est l'huile de castoreum mélangée à 2 parties d'huile d'olive, il fait maintenir sur la région malade des applications chaudes d'huile d'olive. A l'intérieur il donne également à doses fractionnées et prolongées l'huile d'olive jusqu'à ce que la douleur ait disparu.

L'huile d'olive serait susceptible de rendre également service dans le traitement de la fièvre typhoïde. D'après le Dr Paget (de Western Australia) l'huile d'olive, donnée en lavements quotidiens chez tous les typhiques, aurait abaissé sensiblement la mortalité au cours d'une épidémie qu'il eut à soigner.

1. *Münchener med. Woch.*, 1898, n° 1.
2. *Therap. Monatsh.*, janvier 1898.
3. *Philadelphia med.*, 1898, t. I, p. 344.
4. Congrès annuel des chirurgiens militaires américains (*Med. Record*, 5 février 1898, p. 199).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Kyste mucoïde du prépuce,

Par M. Chavannaz,

Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

On peut rencontrer au niveau du prépuce des kystes congénitaux : les uns dermoïdes, les autres mucoïdes. Ces derniers sont tout particulièrement rares et Mermet, dans son travail sur les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal, n'a pu en réunir que trois exemples.

Nous avons observé récemment un cas de ces kystes mucoïdes et son étude complète nous a semblé digne d'être rapportée.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, Jules C..., entré le 21 septembre 1897 dans le service de notre maître le professeur agrégé Pousson que nous avions alors l'honneur de suppléer.

Ce jeune homme vient à l'hôpital, demandant à être débarrassé d'un phimosis très prononcé dont il est porteur depuis sa naissance.

En l'examinant, à part le phimosis, nous trouvons sur la partie inférieure du prépuce, à quelques millimètres de l'orifice préputial une petite tumeur du volume d'une noisette. Elle est située sur la ligne médiane, mais elle déborde celle-ci plus à droite qu'à gauche. Cette tumeur est indépendante des téguments qui glissent facilement sur elle, sauf cependant en un point extrêmement limité; à ce niveau la peau est un peu rouge, très légèrement enflammée. Quand on a soin de fixer convenablement la tumeur on constate que sa consistance est nettement fluctuante.

Le malade croit qu'il a toujours eu cette petite tumeur; il peut affirmer en tout cas qu'il en était déjà porteur à l'âge de 5 ans; à cette époque elle avait le volume d'un pois.

Il ne peut dire depuis quand elle a grossi; il ignore également la date d'apparition des phénomènes inflammatoires décelés par la rougeur de la peau.

Le sujet appartient à une famille dans laquelle on n'a jamais, à sa connaissance, constaté de malformations. Il a toujours été bien portant, sauf une blennorrhagie contractée à l'âge de 20 ans et qui a parfaitement guéri. Enfin, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, il aurait eu une seconde blennorrhagie, mais il faut bien dire que du côté de son urèthre notre examen est resté négatif et, aussi bien avant qu'après la circoncision, nous n'avons pu constater aucune sécrétion anormale de son canal.

En présence de ces symptômes, nous portons le diagnostic de phimosis avec kyste congénital du prépuce sans spécifier du reste la nature dermoïde ou mucoïde.

Le 28 septembre nous pratiquons la circoncision et le malade sort guéri le 4 octobre 1897.

A la coupe, la tumeur laisse échapper quelques gouttes de liquide d'aspect purulent. Elle se présente sous la forme d'une cavité divisée en deux loges par une cloison incomplète. La paroi est plus ou moins épaisse suivant les points considérés; cette épaisseur flotte entre 1 et 4 millimètres.

L'examen histologique a été pratiqué par notre maître et ami, M. le professeur agrégé Auché qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

La cavité comprend deux portions bien distinctes : une première portion, à paroi parfaitement nette et tapissée dans une assez grande partie de son étendue par un épithélium cylindrique, c'est la cavité kystique proprement dite; une deuxième portion, séparée de la précédente par une sorte d'écran très incomplet, dont la surface interne est irrégulière, déchiquetée, dépourvue de paroi propre; c'est la cavité d'un petit abcès qui s'est fait jour dans l'intérieur du kyste. Il est situé entre le kyste et le bord libre du prépuce.

I. *Cavité kystique proprement dite.* — La face interne de la paroi kystique est irrégulière et présente une série de petits mamelons de volume variable, situés surtout dans la partie du kyste opposée à l'abcès; ces mamelons donnent un aspect fortement chagriné visible même à l'œil nu. Outre cet état, la surface de la couche sous-épithéliale est légèrement dentelée et offre ainsi une sorte de disposition papillaire.

La paroi est constituée essentiellement par deux tuniques superposées : une tunique épithéliale, une tunique conjonctive.

a) *Tunique épithéliale.* — Elle n'est bien nette que sur quelques régions très limitées de la paroi. Ailleurs elle est à moitié détruite, les cellules se trouvant décapitées ou arrachées en partie de la couche conjonctive. Ailleurs elle manque même complètement, détruite par la suppuration ou tombée à la suite des malaxations subies par le kyste pendant les lavages pré-opératoires. Dans les points où il est bien conservé, ce revêtement présente les caractères d'un épithélium à cellules cylindriques très allongées, à plateau et sans cils vibratiles. Les noyaux parfaitement colorés, un peu allongés dans le sens de l'axe de la cellule, sont situés sur des plans différents, si bien qu'au premier abord on serait tenté de croire qu'il existe plusieurs couches de cellules. En réalité, il n'y en a qu'une, mais les cellules sont très irrégulières de forme; les unes ont leur extrémité libre renflée, leur noyau est situé près de ce renflement et leur partie profonde est fortement effilée, pressée entre d'autres cellules qui au contraire ont leur extrémité libre effilée et leur extrémité profonde renflée, avec un noyau situé vers leur base d'implantation.

D'autres encore sont gonflées dans leur centre qui occupe le noyau et effilées à leurs deux extrémités; mais toutes ont un point d'implantation sur la membrane basale. Au contact avec cette membrane basale, entre l'extrémité profonde des cellules épithéliales, se trouvent des petites cellules triangulaires, à noyau arrondi, représentant des cellules de remplacement.

b) *Tunique conjonctive.* — On peut y décrire deux couches : une couche superficielle sous-épithéliale, analogue à la région papillaire du derme, une couche profonde fibreuse.

La couche sous-épithéliale est formée de fibres et de fibrilles conjonctives entrecroisées en tous sens, mais en général parallèles à la surface du kyste. Entre elles existent de très abon-

dantes cellules d'ordres divers : cellules fixes du tissu conjonctif plus ou moins hyperplasiées, leucocytes mononucléés et polynucléés, lymphocytes, quelques mastzellen. Dans quelques-uns des mamelons situés sur le côté opposé à l'abcès se trouvent de véritables points lymphatiques caractérisés par de gros amas de lymphocytes tellement pressés dans le centre des îlots que le réticulum est difficilement visible, mais de plus en plus espacés à mesure qu'on s'éloigne de ce centre et se perdant finalement dans le tissu conjonctif voisin.

En un point le nodule lymphatique est tout à fait en contact avec l'épithélium. Les fibres élastiques sont rares, grêles et peu nodulées. Elles partent de la couche fibreuse plus extérieure et dirigent obliquement ou normalement vers la tunique épithéliale et se coudent ensuite de façon à marcher parallèlement à la surface et dans le voisinage immédiat de l'épithélium. Les vaisseaux sont grêles et peu nombreux.

La *couche fibreuse* est constituée par des faisceaux très denses de fibres conjonctives dirigées parallèlement à la surface mais dans des sens différents puisqu'ils sont coupés les uns parallèlement, les autres perpendiculairement à leur direction. Entre eux sont disséminés de loin en loin quelques petits faisceaux de fibres musculaires lisses parallèles à la surface du kyste, mais coupés dans des sens différents.

Ils sont toujours composés d'un très petit nombre de fibres cellules.

Les fibres élastiques sont très nombreuses, peu ondulées et dirigées comme les faisceaux fibreux et musculaires, parallèlement à la surface du kyste. Les vaisseaux sont rares.

Plus en dehors on trouve le tissu conjonctif préputial abondamment pourvu de vaisseaux et ses deux revêtements épidermique et muqueux, sauf bien entendu, au niveau de la portion adhérente du prépuce où a porté la section.

La *cavité du kyste* est vide sur nos préparations.

II. *Abcès.* — Il siège entre le kyste et le bord libre du prépuce. Il est séparé de la cavité kystique par deux éperons formés par la paroi du kyste repoussée, ulcérée et largement perforée. Le centre de l'abcès est à peu près vide sur nos coupes. La zone la plus superficielle de la paroi est formée de globules de pus entre lesquels se voient quelques débris de fibrilles conjonctives. Plus profondément le tissu est fortement infiltré de cellules leucocytiques d'autant moins abondantes qu'on s'éloigne davantage de l'intérieur de l'abcès. Ces lésions inflammatoires n'atteignent pas le revêtement épidermique et muqueux du prépuce qui est partout conservé et intact.

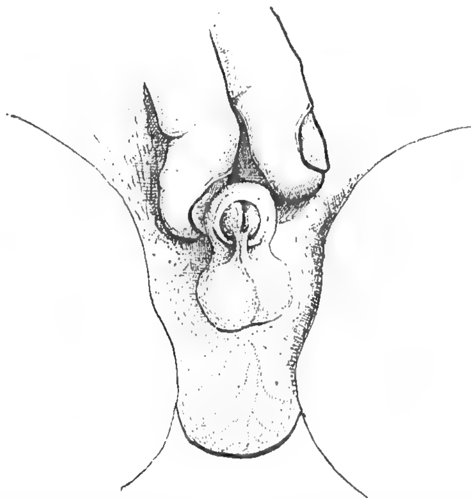
Nous avons donc eu affaire à un kyste mucoïde suppuré du prépuce.

Il est permis de se demander si la seconde blennorrhagie accusée par le malade a vraiment existé et si tout ne s'est pas borné à quelques symptômes de balano-posthite au cours de laquelle affection le kyste préputial aurait suppuré. Quoi qu'il en soit de cette explication, ce kyste de par son inflammation se serait certainement bientôt ouvert à l'extérieur, donnant ainsi naissance à un trajet fistuleux analogue à celui que MM. Balzer et Souplet ont communiqué à la Société française de dermatologie en 1893.

Nous ne pouvons insister davantage sur cette observation, tout au plus ferons-nous remarquer que nos recherches ne nous ont pas permis de trouver dans la littérature médicale d'autre exemple de kyste mucoïde suppuré du prépuce.

En ce qui concerne le traitement de ces tumeurs, la circoncision sera le moyen le plus parfait à employer, du moins quand le kyste siégera près de l'anneau préputial.

Au début même de ce travail nous avons insisté sur la rareté des kystes mucoïdes du prépuce. Grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr A. Broca, chirurgien de l'hôpital Trousseau, nous pouvons reproduire ici le dessin d'un autre de ces kystes, qui a été observé par lui chez un enfant de 18 mois. Bien que dans ce dernier cas l'examen histologique n'ait malheureusement pas été pratiqué, le diagnostic ne saurait être douteux et de par l'aspect même de la poche kystique et de par la nature de son



contenu. Le traitement employé en a été comme dans notre cas la circoncision. Il est inutile d'ajouter que le petit malade a parfaitement guéri.

Recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu,

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. E. Tavel (de Berne).

Rapport par M. A. Broca.

Pour le traitement des plaies par armes à feu, il est fort important de savoir si l'infection de ces plaies est primitive, apportée par la balle ou les divers corps étrangers, ou secondaire. Les expériences entreprises en Allemagne surtout sur ce sujet ont conduit leurs auteurs à des résultats contradictoires. Aussi le professeur E. Tavel (de Berne) a-t-il fait faire des recherches nouvelles par ses élèves N. Pustoschkin, A. Muller, T. Probst, F. Schwarzenbach et F. H. Koller. C'est le résumé de ces investigations qu'il a soumis à votre appréciation.

Les expériences ont toutes été faites avec le fusil militaire suisse, modèle 1889. La balle, de 7 millimètres 1/2 de diamètre, est en plomb dur, avec chapeau d'acier. Elle a été tirée, tantôt stérilisée, tantôt infectée avec un microbe déterminé dans une boîte en fer blanc remplie de gélatine; et pour observer les colonies microbiennes *in situ* sur le trajet même du projectile, M. Tavel a imaginé un dispositif fort ingénieux : le cylindre de gélatine qu'a perforé la balle a été transporté directement dans une éprouvette de culture, actionnée comme l'emporte-pièce dont se servent les marchands pour goûter les fromages.

Mlle Pustoschkin a d'abord tiré dans la gélatine des balles mises stériles dans le fusil, mais infectées par passage à travers un morceau d'étoffe infecté, ou bien infectées directement au niveau du corps ou au niveau de la pointe avant d'être mises dans le fusil. Dans les 2 cas, après un simple coup de feu, le trajet est manifestement et purement infecté; mais après feu de magasin, les colonies sont plus clairsemées, parfois même nulles.

Pour expliquer cette stérilisation au moins relative de la balle, deux facteurs peuvent être invoqués : 1° l'échauffement de la balle; 2° le frottement qu'elle subit dans le canon du fusil, d'où une action mécanique. C'est à cette seconde cause surtout que croit M. Tavel, car la stérilisation n'est jamais complète pour une balle stérile tirée à travers une étoffe infectée, même

après feu de magasin; et d'autre part elle est moindre quand la balle a été infectée au niveau de la pointe, qui ne frotte pas, que quand elle a été infectée au niveau du corps. Et pour en fournir mieux la preuve, après avoir tiré une balle infectée, on a tiré une balle stérile, de façon à bien savoir s'il restait des microbes dans le canon du fusil : or le trajet de cette seconde balle dans la gélatine reste sinon toujours, au moins presque toujours stérile.

Donc, presque toujours un coup suffit à stériliser le canon, même si la balle avait été artificiellement infectée.

On peut conclure qu'en pratique, la balle emporte avec elle hors du fusil au moins une partie des germes qui l'infectaient primitivement. Mais les infections expérimentales prouvent que les colonies sont moins florides que celles obtenues par ensemencement direct de la gélatine avec la culture mère, et cela a conduit M. A. Muller à rechercher si les microbes emportés par la balle conservent toute leur virulence.

Ici, l'expérience a été faite sur l'animal vivant : les balles ont été tirées dans la cuisse de lapins, en évitant de léser soit le fémur, soit l'artère fémorale.

Quand cette condition anatomique est bien réalisée, l'animal survit toujours à une plaie par balle stérile. Par contre, il succombe toujours si la balle est infectée soit directement, soit par passage à travers une étoffe infectée; et la mort a lieu avec une rapidité, avec des accidents locaux et généraux qui excluent l'idée d'une atténuation de virulence par échauffement ou par frottement.

S'il y a un peu d'atténuation — ce que semblait prouver le mode de culture sur gélatine dans les expériences de M[lle] Pustoschkin — les conditions anatomiques spéciales aux plaies par armes à feu se chargent, et au-delà, de rétablir l'équilibre, d'aggraver considérablement l'infection.

L'asepsie absolue d'une plaie, même opératoire, n'est jamais réalisée. Mais quand la virulence des microbes est moyenne ou faible, quand leur quantité est petite, l'infection survient ou ne survient pas selon que le terrain s'y prête ou ne s'y prête pas.

Depuis longtemps déjà les expérimentateurs ont cherché à préciser l'influence du terrain. Les expériences ont porté, avec des plaies par instrument tranchant, soit sur le péritoine, soit sur le tissu conjonctif, tantôt normaux, tantôt altérés en particulier par l'action de divers antiseptiques. Et M. Tavel nous résume les expériences par lesquelles ses élèves, Lwowitch et Dorst, ont mis en évidence le rôle défavorable des hématomes.

Or les plaies d'armes à feu, abstraction faite de leurs complications osseuses, articulaires, viscérales, présentent des conditions anatomiques très favorables à l'infection. Déjà, en tirant des balles dans de la gélatine, ou dans des parties molles d'animaux vivants, Karlinski a constaté qu'autour du séton se produisent des fissures, dans lesquelles sont projetés, quelquefois à grande distance, des corps étrangers parcellaires. Cet effet explosif, qui évidemment rend la désinfection illusoire, a été vérifié sous la direction de M. Tavel par M[lle] Pustoschkin.

Et avec des balles enduites de poussière de charbon, M. Koller a bien mis en évidence cette dissémination.

Dans une plaie ainsi fissurée tout autour, les microbes pullulent sans doute avec facilité : et M. Probst, avec des balles rendues septiques par une quantité déterminée d'un microbe déterminé, a très nettement prouvé que, à inoculation égale, une plaie d'arme à feu est le siège d'accidents bien plus graves qu'une plaie par instrument tranchant. L'expérience est décisive sur le lapin, aussi bien pour le streptocoque que pour le staphylocoque, le bacille pyocyanique, la bactéridie charbonneuse; à des degrés de virulence où, dans une plaie d'instruments tranchants, ces microbes ne causent que des accidents légers ou nuls, ils provoquent des accidents très graves dans une plaie d'arme à feu.

Or, quoiqu'en ait pensé primitivement Kocher, les expériences de M. Schwarzenbach font conclure que cette différence ne tient pas aux corps étrangers si volontiers implantés dans les plaies d'armes à feu, car la gravité est la même pour une plaie par balle infectée ou par une plaie par balle stérile dont on inocule secondairement le trajet sans y laisser de corps étranger.

Quant à l'infection primitive de la plaie, M. Schwarzenbach a vu que, quoi qu'on en ait dit, il suffit, pour qu'elle existe, que la balle ait traversé une étoffe usagée.

Donc, en pratique courante, on doit admettre que toute plaie par arme à feu est le siège d'une infection primitive, légère ou grave; et, avec ses élèves, M. Tavel s'élève contre la doctrine qui considère ces plaies comme primitivement aseptiques.

Aussi M. Tavel est-il parti de cette idée qu'il devait être utile de la désinfecter primitivement, que Bergmann, Langenbuch avaient tort de prêcher l'abstention systématique immédiate. Mais ici la pratique a donné tort à la théorie. Avec des balles qu'infectait le streptocoque de Marmorek, microbe de grande virulence et d'action certaine, MM. Müller et Köller ont constaté que, sur le lapin, les tentations de désinfection étaient plus nuisibles qu'utiles. Drainage, cautérisation à la teinture d'iode ou au thermocautère, désinfection à l'acide phénique, etc., tout cela aggrave plutôt l'infection, et l'aggrave d'autant plus que l'agent est plus énergique. Il en est de même pour les autres microbes expérimentés par les auteurs, et la conclusion pratique est que, pour une plaie des parties molles, moins on fait, mieux on fait.

Certes, des lésions ostéo-articulaires, vasculaires, viscérales résultent des indications opératoires plus ou moins pressantes et formelles. Mais on ne doit pas songer à désinfecter primitivement une plaie des parties molles. Un simple pansement occlusif suffit, et on surveillera le blessé pour agir sans tarder si des complications septiques surviennent.

Les recherches que je viens de vous exposer ne modifient donc pas ce que nous savions en pratique, mais en théorie elles sont importantes, puisqu'elles nous démontrent qu'on a eu tort de considérer comme aseptiques primitivement les plaies par les armes de guerre modernes. Aussi je vous propose de remercier M. Tavel de nous en avoir fait part.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Montpellier du 12 au 16 Avril 1898.

Sur les propriétés des sérums des animaux immunisés à l'égard du bacille d'Eberth et du colibacille.

M. Rodet (de Montpellier), qui a étudié le pouvoir agglutinant du sérum de divers animaux (mouton, cheval, cobaye) à l'égard des diverses races de bacille d'Eberth et d'un très grand nombre de races de colibacilles, a constaté d'une part, que certaines races de colibacilles procurent un sérum qui agglutine le bacille d'Eberth aussi bien que le ferait un sérum à bacille d'Eberth et, d'autre part, que le sérum à bacille d'Eberth peut agglutiner certaines races de colibacilles de la même manière qu'il agglutine le bacille d'Eberth.

Les phénomènes agglutinatifs des sérums des animaux immunisés à l'égard du colibacille et du bacille d'Eberth ont été très variables pour certaines races de colibacille retirées de l'intestin de l'homme, d'eaux diverses ou des humeurs du cobaye.

Le réflexe cutané abdominal chez le vieillard.

M. Pierre Parisot (de Nancy) a constaté que le réflexe abdominal fait rarement défaut d'une manière totale dans la vieillesse, mais il est généralement moins intense qu'à l'âge adulte et s'épuise rapidement après deux ou trois excitations, à à cause de l'irrigation défectueuse de la moelle sénile. Les vieillards dont le système nerveux n'a pas subi les atteintes de l'involution sénile ont un réflexe abdominal aussi fort que celui de l'adulte. En pathologie sénile, le réflexe abdominal est faible ou aboli dans la démence sénile, il est plutôt fort dans le tremblement sénile; dans l'hémorrhagie cérébrale, récente ou ancienne, il se comporte comme Rosenbach l'avait indiqué. Dans certaines formes d'auto-intoxication par insuffisance rénale, le réflexe abdominal s'exagère; au cours d'infections telles que la grippe

ou la pneumonie, il est souvent aboli; sa réapparition est ici d'un pronostic favorable et devient parfois un indice de convalescence.

Recherches sur la perméabilité rénale chez les personnes atteintes de cataracte.

M. H. Frenkel (de Lyon) a trouvé sur 32 cas de cataracte examinés à la clinique ophthalmologique de Lyon, par le procédé de MM. Achard et Castaigne, 8 fois un retard dans le début de l'élimination et 24 fois un retard dans la fin de l'élimination du bleu de méthylène. La durée de l'élimination dans ces derniers cas était de 72 à 120 heures, voire même de 144 heures. On peut donc admettre, pour ces cas, une diminution de la perméabilité rénale.

Lorsque le bleu apparaissait dans l'urine dans les délais normaux ou disparaissait au bout de 48 à 60 heures, on a pu expliquer cette élimination normale par ce fait que la cataracte était soit d'origine diabétique (2 cas), soit d'origine locale (irido-choroïde, cataracte chez des forgerons). Dans quelques cas, les causes de l'exception à la règle n'ont pu être élucidées.

L'examen comparé des cas d'irido-choroïdite sans cataracte (3 cas) a montré que la perméabilité rénale est normale ou exagérée malgré l'âge quelquefois avancé de ces malades. L'examen comparatif de la perméabilité rénale chez des viellards non atteints de cataracte a révélé une diminution de celle-ci, diminution toutefois moins considérable que chez des cataractés de même âge.

Il est très probable qu'une des causes de la diminution de la perméabilité des reins dans la cataracte sénile réside dans l'âge et dans les lésions scléreuses des reins qui sont de règle chez les vieillards. Il est néanmoins possible que chez des cataractés, cette perméabilité soit encore plus faible que chez des vieillards non cataractés, car le retard dans l'élimination du bleu n'est pas proportionnel à l'âge et s'observe aussi bien chez des cataractés relativement jeunes. Nous avons d'ailleurs montré, dans des recherches antérieures sur la toxicité urinaire chez des cataractés, qu'il en est de même pour la diminution de cette toxicité.

Si la courbe de l'élimination du bleu de méthylène est souvent rémittente et polycyclique chez les cataractés, cela ne tient pas aux lésions ou aux troubles fonctionnels du foie qui faisaient défaut dans nos cas, mais aux variations de la réaction urinaire, conformément aux indications de M. Bard, de MM. Linossier et Barjon.

L'épreuve du bleu n'est qu'un réatif de la sécrétion tubulaire du rein et n'indique pas l'état des glomérules (Bard); elle est influencée, en outre, par l'état des autres organes, comme M. Charrin et M. Chauffard l'ont bien indiqué.

Enfin, nous n'avons pas observé, sous l'influence des injections de bleu de méthylène, d'augmentation de la diurèse, ainsi que Yakowlew l'a soutenu.

Des troubles psychiques dans l'impaludisme.

MM. Boinet et **Rey** (de Marseille) rapportent une série de faits prouvant que l'impaludisme peut à lui seul provoquer des troubles psychiques qui sont souvent plus hâtifs, plus graves, plus tenaces lorsque d'autres facteurs étiologiques, tels que l'alcoolisme, la dégénérescence, l'insolation, le surmenage, la syphilis entrent en ligne de compte. Des certificats d'origine rédigés au moment de l'apparition des troubles intellectuels indiquent l'époque où sont survenues les premières manifestations palustres et complètent leurs observations; ces certificats d'origine donnent, avec les certificats de situation des Asiles, une série de détails qui permettent de préciser l'origine, le développement, la marche et le mode de terminaison de ces troubles psychiques liés à l'intoxication palustre.

M. Maurel (de Toulouse), pense, comme M. Boinet, qu'il peut y avoir des accidents psychiques dans le paludisme surtout chez les individus prédisposés; mais il ne croit pas que ces troubles psychiques soient particulièrement fréquents. A la Guyane, où il a pu étudier pendant assez longtemps le paludisme chez les déportés, l'aliénation mentale a été excessivement rare, même chez les vieux paludéens.

Parasites pathogènes et histogénèse des maladies varioliques : clavelée, variole, vaccine.

M. Bosc. — L'étude symptomatique générale de la variole, de la vaccine et de la clavelée nous montre entre elles des analogies frappantes. Ce sont des maladies éminemment infectieuses et contagieuses, présentant une incubation et une évolution identiques dans leur ensemble. Les éléments éruptifs sont également comparables, si, pour la vaccine, on ne se base pas sur la pustule atténuée, mais sur la maladie primitive (cox-pox, horse-pox). Au point de vue pathogénique, les recherches bactériologiques démontrent qu'il ne s'agit pas de maladies bactériennes banales; l'étude des produits frais et des coupes histologiques, à des périodes variées, dénote l'existence de formes anormales exogènes qui constituent des êtres organisés, des parasites.

L'identification des formes parasitaires et du processus histogénique tendrait à faire penser que ces trois maladies seraient dues à un même parasite pathogène et, par suite, il y a identité entre la variole du mouton, la variole de l'homme et la clavelée, d'où leur groupement sous le nom de maladies varioliques.

Les parasites de ces maladies entrent dans la classe des sporozaires de par leur siège, leur structure, leurs cycles évolutifs et sont absolument semblables aux formes parasitaires pathogènes du cancer.

Du sérodiagnostic des affections à pneumocoques.

M. F. Bezançon (de Paris) a examiné 12 nouveaux cas d'affections à pneumocoques. Il a trouvé dans ces 12 faits que le sérum des malades possédait des propriétés agglutinatives vis-à-vis du pneumocoque. L'agglutination était plus ou moins nette, avec amas bien formés ou microbes seulement accolés en chaînette en forme de streptocoques.

Les propriétés d'agglutination ne se sont manifestées dans quelques cas que vis-à-vis du pneumocoque retiré de l'exsudat pneumonique des malades infectés, et non vis-à-vis du pneumocoque cultivé depuis longtemps au laboratoire.

Dans un cas, grâce à un sérodiagnostic positif, on a pu établir la nature pneumococcique d'une infection douteuse.

Dans un autre cas où le pneumocoque avait passé dans le sang et où on a examiné le sérum, la veille de la mort, la réaction agglutinante n'était qu'ébauchée, mais la réaction peut se produire alors que le pneumocoque existe dans le sang.

De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement des angines pseudo-diphthériques et des angines simples.

M. Meyer emploie le salicylate de soude sous forme de gargarismes : 6 à 8 grammes de salicylate de soude en solution dans 120 grammes d'eau. Le malade verse une cuillerée à bouche de cette solution dans un demi-verre d'eau tiède et se gargarise toutes les heures. La sensation douloureuse de constriction disparait bientôt : le patient se sent mieux, la déglutition est plus aisée. Dans les angines pultacées les fausses membranes disparaissent rapidement en 2 ou 3 jours. Le salicylate de soude agit sans doute comme agent anesthésique et comme modificateur de la circulation, car il donne de bons résultats dans les enrouements.

Depuis trois ans M. Meyer a traité plus de 300 cas d'amygdalite, de pharyngite, de laryngite ou d'enrouement avec des succès constants.

Sur les rapports de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion chlorhydropeptique continue.

MM. A. Mathieu et **Laboulais** (de Paris). — L'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersécrétion permanente est bien établie.

La forme grave du syndrome de Reichmann est le plus sou-

vent liée à l'existence d'un ulcère de l'estomac. Ce n'est pas uniquement par la sténose mécanique du pylore que l'ulcère simple peut amener l'hypersécrétion permanente; on peut invoquer aussi la viciation de la motricité du muscle gastrique due à la destruction d'une étendue plus ou moins grande des parois stomacales, aux adhérences contractées avec les organes voisins et à l'action réflexe partant de l'ulcère pour se réfléchir sur le système glandulaire de la muqueuse gastrique.

La forme bénigne du syndrome de Reichmann peut reconnaître la même pathogénie. Cependant, on constate moins souvent avec elle les signes de probabilité de l'ulcus qu'avec la forme grave. Dans la forme bénigne, l'hypersécrétion semble l'emporter sur la stase, quels que soient du reste leurs rapports de priorité.

L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère simple, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux qui font partie du syndrome de Reichmann, ce qui fait qu'on doit en tout cas lui reconnaître une part très grande dans la genèse de l'ensemble dyspeptique.

Si la thérapeutique doit viser avant tout à faire disparaître les causes de la stase, elle doit aussi chercher à diminuer l'hyperexcitabilité sécrétoire de la muqueuse et à atténuer les conséquences douloureuses et autres de l'hyperchlorhydrie.

Du réflexe pupillaire dans quelques maladies infectieuses.

M. Coste (de Marseille) a trouvé que dans les maladies infectieuses le réflexe pupillaire peut rester intact, faire complètement défaut durant toute la maladie, ou disparaître plus ou moins quand il survient une complication.

Il reste normal dans la rougeole, la variole et la scarlatine; il est plus ou moins aboli dans les varioles hémorrhagiques primitives.

Dans la fièvre typhoïde, le réflexe devient paressenx s'il surgit une complication pulmonaire; dans l'endocardite infectieuse, le réflexe peut être totalement paralysé. Dans le choléra, lorsque l'issue doit être mortelle, le réflexe peut disparaître. Dans la fièvre puerpérale, il ne fait défaut qu'au cours de complications endocardiques ou péritonéales; dans les péritonites, il manque également. Dès lors, en présence d'une lésion abdominale, l'état du réflexe pupillaire peut indiquer si le péritoine est enflammé ou non.

Névrite du plexus brachial atrophie des muscles de l'épaule, consécutive à la fièvre typhoïde.

MM. Poix et **Gaillard** (du Mans) communiquent l'observation d'un homme de 32 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et d'allure normale, présenta au niveau du membre supérieur droit des phénomènes de douleur, bientôt suivis de parésie, avec atrophie musculaire consécutive des muscles rhomboïde, grand dentelé, deltoïde, sus- et sous-épineux du côté droit. Le malade ne pouvait élever le bras au-dessus de l'horizontale; dans cette position l'omoplate présentait avec le thorax un écartement de 8 centimètres; pas de contractions fibrillaires; diminution de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse, au niveau des fosses sus et sous-épineuses; pas de troubles vasomoteurs ni trophiques; réaction de dégénérescence au niveau des muscles atteints.

Tous les muscles qui ont été touchés appartiennent au groupe innervé par les branches collatérales du plexus brachial.

XVI° CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 13 au 16 avril 1898.

Traitement du diabète.

M. Leo (de Bonn), estime que la thérapeutique du diabète doit viser un double but : 1° restreindre la production du sucre; 2° augmenter la combustion du sucre existant dans l'économie.

En restreignant l'ingestion des hydrocarbonés, on diminue la formation du sucre, mais il est important aussi de ne pas affaiblir l'organisme puisqu'il est nécessaire qu'il soit en mesure d'utiliser le sucre qui y existe. Cette restriction doit donc être, au début de la cure, aussi complète que possible, mais ne peut guère dépasser 3 à 4 semaines, suivant les tolérances individuelles, et l'on doit tenir compte aussi du plus ou moins de gravité des symptômes ou des accidents que peut présenter, dans chaque cas, la maladie. La privation trop absolue d'hydrocarbonés ne permettrait pas d'assurer suffisamment la restauration des pertes subies par l'organisme. Du reste souvent on voit les symptômes généraux s'amender, bien que la glycosurie reparaisse, lorsque, après une période d'abstinence efficace, l'état des forces a rendu opportune une atténuation de la sévérité du régime à l'égard des aliments hydrocarbonés.

En dehors des périodes d'abstinence sévère, il convient donc d'autoriser, avec l'usage des albuminoïdes, l'ingestion d'une certaine quantité de beurre et de quelques légumes dont la privation est ordinairement mal tolérée, et il faut permettre aussi l'usage du café, du thé et de l'alcool, mais l'exclusion de la bière, qui est trop riche en hydrocarbones et qui est principalement contre-indiquée en raison de ses effets toxiques. Avec la saccharine on peut édulcorer les aliments et éviter ainsi chez les malades le dégoût et la perte de forces consécutive.

Les forces du patient doivent être, en effet, d'autant plus ménagées que pour remplir la seconde indication thérapeutique, c'est-à-dire pour favoriser la transformation du sucre préexistant, il faut pouvoir mettre en jeu, dans une certaine mesure, l'activité musculaire. Mais à cet égard encore, il ne faut pas toujours avoir en vue la disparition totale de la glycosurie, car certains malades ne sont pas en mesure de faire les frais d'un travail musculaire, et celui-ci, loin de diminuer la glycosurie, aurait pour effet de l'accroître. Dans quelques cas graves, le massage peut se montrer absolument indiqué.

M. Leo n'insiste pas sur les nombreux médicaments préconisés jusqu'ici dans les cas de diabète et dont aucun n'a fait preuve d'efficacité réelle.

Il signale à cette occasion les essais qu'il a fait récemment avec la zymase extraite par E. Buchner de la levure soumise à de fortes pressions. L'injection hypodermique de 20 centim. cubes du suc ainsi préparé a fait disparaître le sucre de l'urine chez des chiens rendus préalablement glycosuriques, mais a provoqué la formation d'abcès. Chez un diabétique l'ingestion de cette même substance a permis d'obtenir une diminution de la glycosurie dans une proportion de 16 p. 100.

M. Grube (de Neuenahr) insiste sur la fréquence de l'albuminurie dans le diabète. Sur 473 cas de diabète, il l'a constatée 191 fois . Les principaux facteurs étiologiques de cette albuminurie sont l'artériosclérose, la goutte et surtout l'alcoolisme.

Dans l'albuminurie des formes graves du diabète, l'indication thérapeutique est difficile à établir. Dans l'albuminurie par stase de la circulation générale l'indication est de tonifier le muscle cardiaque. L'indication est la même dans l'albuminurie sénile, qui ne se trouve liée ni à la goutte ni à l'alcoolisme et qui se montre de bonne heure chez les diabétiques.

Lorsqu'il s'agit de l'albuminurie fonctionnelle, qui ne peut être imputée à aucun élément pathologique en dehors du surmenage rénal occasionné par la surcharge glycosurique de l'urine, il importe, pour prévenir le développement d'une néprite chronique, d'éviter toute irritation nouvelle de l'organe et par conséquent de proscrire sévèrement l'usage de l'alcool. Enfin, dans l'albuminurie par néphrite chronique, qui semble être une forme mixte, à la fois scléreuse et parenchymateuse, bien distincte de la néphrite goutteuse, et qui constitue assez souvent une lésion primitive du rein, le médecin devra encore, en instituant le traitement du diabète, éviter autant que possible toute cause nouvelle d'irritation des cellules rénales.

M. Hirschfeld (de Berlin) attire l'attention sur ce fait que dans le diabète les effets d'une thérapeutique varient suivant les circonstances; ainsi, dans la névrose traumatique avec glycosurie il a vu, après la restriction de l'activité musculaire pendant une période de temps plus ou moins longue, la reprise de cette activité amener tantôt une diminution, tantôt une aggravation de la glycosurie. Chez d'autres diabétiques, dont l'alimentation s'est trouvée restreinte pendant un temps variable, il a vu le

retour à une nourriture plus abondante s'accompagner soit d'une diminution, soit d'une augmentation de la glycosurie.

Il en est de même de certains médicaments (antipyrine, antifébrine, phénacétine) qui exercent sur la glycosurie et sur l'état général une influence tantôt favorable et tantôt fâcheuse. Il faut donc toujours instituer une médication individuelle, et ne pas viser d'une façon théorique, en quelque sorte systématique, l'atténuation immédiate de la glycosurie; car il est des cas de diabète grave où une amélioration de la nutrition a semblé manifestement enrayer ou prévenir l'explosion d'accidents mortels.

M. F. Blumenthal (de Berlin) a réussi dernièrement à extraire du pancréas un corps à l'état pulvérulent, dont le pouvoir glycolytique est très supérieur à celui des extraits organiques précédemment employés.

Sous l'action de cet extrait, la transformation du sucre, *in vitro*, fournit de l'acide carbonique et de l'eau.

Dans l'éprouvette, comme dans l'organisme, l'effet est surtout remarquable à l'égard du sucre de raisin, du sucre de lait et des pentoses.

En injection, ces deux ferments se montrent inoffensifs pour le lapin; mais chez l'homme ils provoquent souvent des infiltrations et des abcès.

Chez l'homme, au cours d'un essai récent, sans aucune modification de l'alimentation, qui comprenait 250 grammes d'hydrocarbonés, la transformation de ces éléments s'est élevée, après une seule injection, de 80 à 120 grammes, c'est-à-dire de 50 p. 100 en 2 jours, pour se maintenir encore, après 3 jours, à 110 grammes. L'effet persiste au moins 3 à 4 jours après l'injection.

M. Jacobi (de Berlin). — Le ferment glycolytique diffère des autres ferments; il ne s'agit pas là d'une fonction commune à beaucoup d'organes, et mes recherches sur le ferment d'oxydation ainsi que sur le ferment glycolytique m'ont montré que, conformément à l'assertion de M. Lépine, il n'y a pas identité entre ces deux ferments.

M. Strauss (de Berlin) attribue la glycosurie alimentaire à l'imprégnation de l'organisme par des hydrocarbones, car elle est rare chez les sujets qui boivent habituellement des alcools distillés, et fréquente, au contraire, chez ceux qui consomment habituellement de la bière, plus riche en substances hydrocarbonées. Lorsqu'il s'agit de cas aigus, la glycosurie alimentaire est plus fréquente et plus grave, parce qu'il y a intoxication et diminution corrélative de l'assimilation, et parce que l'imprégnation de l'organisme par les hydrocarbonés contenus dans la bière est plus rapide.

D'autre part, les sucres non dédoublés et surtout le sucre de lait semblent déterminer, en général, une glycosurie alimentaire plus grave que ne le font les sucres dédoublés.

M. von Jaksch (de Prague) a trouvé, dans 65 p. 100 des cas d'empoisonnement par le phosphore, une glycosurie alimentaire coïncidant soit avec une augmentation, soit avec une diminution de volume du foie. Les lésions du foie jouent donc un rôle efficace dans la production de la glycosurie.

M. von Jaksch estime qu'il ne faut pas priver les diabétiques d'hydrates de carbone. Il a essayé de les administrer chez eux sous différentes formes : les résultats ont été médiocres avec la maltose, et satisfaisants avec la lévulose; les pentoses sont bien résorbées et utilisées, même par les fébricitants, sans augmenter la glycosurie; parmi elles, c'est la rhamnose qui est le mieux supportée par l'estomac.

Injections nutritives de solutions sucrées dans le tissu sous-cutané.

M. Gumprecht (d'Iéna) a trouvé que chez le lapin, on peut, au moyen de l'alimentation sucrée par voie hypodermique, obtenir au moins 4 p. 100 de glycogène hépatique en moyenne; par suite, chez l'homme, on pourrait emmagasiner ainsi 60 gr. de glycogène dans le foie et 120 grammes de glycogène dans l'ensemble de l'organisme, c'est-à-dire environ 500 calories.

Cette réserve, peu considérable, il est vrai, est très aisément et très rapidement utilisable au profit des échanges moléculaires. Quatre expériences nouvelles, faites à l'aide d'injections sucrées dans les veines mésentériques, ont en effet démontré à M. Gumprecht que si l'on élève les besoins de l'animal à l'égard des calories, par une laparotomie ou par une réfrigération, la presque totalité du glycogène peut être comburée en l'espace d'une 1/2 heure. Aux dépens des hydrocarbones uniquement, l'animal peut consommer dans l'unité de temps 5 fois plus de combustible qu'il n'est capable de le faire à l'état normal avec l'aide de toutes les autres substances nutritives. L'alimentation sucrée par la voie hypodermique pourrait donc être utilisée en pratique, lorsque l'organisme doit parer subitement à une dépense considérable de calories.

M. von Leube (de Wurtzbourg) a trouvé, dans ses expériences sur les injections hypodermiques nutritives, que les solutions sucrées, pour ne pas être douloureuses, doivent être très diluées, et elles ne fournissent alors à l'organisme qu'un nombre restreint de calories.

M. Jacob (de Berlin) a pu, chez un malade qui ne pouvait être alimenté par la voie buccale, soutenir efficacement la nutrition pendant 3 semaines à l'aide d'injections hypodermiques d'huile d'olive, en quantité assez considérable, et sans provoquer de douleurs ni d'infiltration, grâce à la facile résorption de l'huile d'olive. Les autres graisses, comme le beurre par exemple, seraient d'un emploi plus difficile en raison de la chaleur nécessaire à leur manipulation.

En solution à 5 p. 100, le sucre injecté sous la peau a provoqué des douleurs et des infiltrations; mais en injectant avec beaucoup de lenteur des solutions à 4 p. 100, il a pu éviter ces inconvénients, et, même après l'absorption de 100 grammes de sucre, il n'a constaté aucune trace de glycose dans les urines.

M. J. Müller (de Wurtzbourg) n'a pas trouvé, dans un cas où il avait injecté de l'huile d'olive à un malade, que la résorption et l'utilisation de cette substance par l'économie fussent rapides. Quant aux injections de sucre de raisin, même en solutions moins concentrées que les solutions expérimentées par M. von Leube, il les a toujours trouvées douloureuses.

Recherches expérimentales sur la saccharine.

M. Bornstein (de Landeck) a pris pendant plusieurs jours de suite la dose de 2 gr. 50 de saccharine pure, additionnée de 5 grammes de bicarbonate de soude. Ses digestions, jusqu'alors absolument normales, furent suivies de quelques selles diarrhéiques, ainsi que d'une augmentation de la diurèse. Les fèces, dont la quantité était augmentée de 20 p. 100 environ, devinrent plus riches en azote, en graisses libres et en acides gras. Soit qu'elle exerce une action purgative, soit qu'elle restreigne l'absorption des substances nutritives, la saccharine doit donc être incriminée ou au moins suspectée chez les diabétiques qui au cours de son emploi éprouveraient des symptômes de dyspepsie intestinale.

XXVII° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu de Berlin du 13 au 16 Avril 1898.

De l'asepsie chirurgicale.

M. Mikulicz (de Breslau) expose les tentatives qu'il a faites dans sa clinique pour perfectionner l'asepsie opératoire. Pour ce qui est de la stérilisation des instruments et du matériel de pansement. M. Mikulicz a recours a un procédé qui permet d'exercer ce contrôle nécessaire :

Il consiste dans l'emploi d'une bande de papier sur laquelle est imprimé en caractères noirs le mot « stérilisé ». On imprègne ce papier de solution iodo-iodurée de Lugol, ce qui le colore entièrement en noir, en faisant disparaître les caractères d'impression. On place une bande ainsi préparée dans chaque boîte en fer blanc renfermant les objets de pansement, avant de la porter à l'étuve. Or, la coloration noire produite par la solution

de Lugol disparaît sous l'influence prolongée de la vapeur, et nos expériences ont prouvé que les pièces de pansement peuvent être considérées comme absolument stérilisées dès que la décoloration s'est effectuée. La réapparition, sur les bandes de papier, du mot « stérilisé », prouve donc la stérilité complète du matériel renfermé dans la boîte.

S'il est aisé d'obtenir l'asepsie parfaite des instruments et du matériel de pansement, il n'en est pas de même de l'air ambiant, du champ opératoire ni des mains du chirurgien.

On sait que Lister a attribué une importance exagérée à cette source d'infection, tandis qu'elle a été au contraire trop négligée au cours de ces dernières années, comme le démontrent les expériences de M. Flügge. Les germes infectieux se rencontrent dans l'air soit sous forme de poussières, soit en suspension dans des gouttes microscopiques de liquide. La première forme ne présente pas de grands inconvénients, à moins qu'il ne s'agisse de locaux contaminés fréquemment par du pus : c'est dans ces conditions qu'on a constaté, en effet, la présence d'une forme virulente de staphylocoque doré dans l'air d'une salle d'opérations.

Un rôle beaucoup plus important revient aux microorganismes renfermés dans des gouttelettes de liquide dues à l'air expiré par l'opérateur et ses assistants. L'examen de la cavité buccale de 48 individus sains a permis à M. Flügge de déceler l'existence d'un staphylocoque doré virulent chez le tiers de ces sujets. Chez plusieurs d'entre eux il trouva aussi des streptocoques. Il est évident que ces microbes augmentent considérablement de nombre et de virulence dès qu'il s'agit d'une personne atteinte d'angine ou de toute autre affection de la cavité buccale.

Il est donc indiqué d'observer un silence aussi complet que possible pendant toute la durée de l'intervention opératoire. Le danger d'infection sera, en outre, d'autant plus réduit que l'opération sera moins longue. M. Mikulicz a essayé d'écarter entièrement ce danger en se couvrant la figure d'un masque très léger rappelant le masque à chloroforme d'Esmarch, et fixé aux oreilles à la façon d'une paire de lunettes. Des recherches bactériologiques ont prouvé qu'il est nécessaire de recouvrir ce masque d'une double couche de gaze pour éviter la pénétration des germes infectieux dans l'air ambiant, mais que cette double couche est encore insuffisante vis-à-vis des gouttelettes projetées hors de la bouche par l'éternuement.

Quant à la désinfection du champ opératoire, l'asepsie complète n'est possible que dans un cinquième des cas, et elle est irréalisable pour certaines parties du corps, telles que la région inguinale et le périnée; on fera donc bien de protéger la suture cutanée par une pâte légèrement désinfectante, telle que la pâte à l'aïrol, ou tout simplement par de la pâte à l'oxyde de zinc.

Quant à la désinfection des mains du chirurgien, de nombreuses expériences ont démontré qu'on parvient tout au plus, dans les trois quarts des cas, au moyen des procédés usuels, à obtenir l'asepsie des couches superficielles, de l'épiderme. Cette asepsie n'est, en outre, que de courte durée, et l'on peut facilement s'assurer, en effet, qu'à la fin d'une opération un peu longue, la peau renferme de nouveau un certain nombre de microorganismes. Les mains munies de gants, par contre, restent plus longtemps aseptiques. Les gants de fil sont loin de réaliser l'idéal. Il n'existe cependant encore aucune espèce de gants qui remplisse toutes ces conditions. M. Mikulicz complète donc, depuis quelque temps, la désinfection des mains par l'application de teinture d'iode sur la dernière phalange, puis il met des gants de fil. Les résultats qu'il a obtenus en procédant de cette manière sont remarquablement bons, puisqu'il a eu une série de 70 opérations aseptiques sans un seul cas d'infection.

M. Landerer (de Stuttgart) estime qu'on est tombé dans une sorte d'exagération pour tout ce qui concerne l'asepsie. Si on compare les suites des infections chirurgicales observées autrefois et celles que l'on relève à l'époque actuelle, on ne note même plus d'élévation de la température, et l'inconvénient principal de ces infections consiste dans la formation d'une petite fistule qui se ferme dès qu'on a enlevé le fil qui en est la cause. Il n'en est pas moins nécessaire d'éviter tout ce qui peut produire les infections même les plus légères.

En ce qui concerne l'asepsie du champ opératoire, M. Landerer est parvenu cependant à la réaliser dans 90 p. 100 des cas par l'application prolongée de compresses au formol. Il n'a pas encore essayé de se servir de gants pour opérer, la désinfection prolongée à l'eau chaude, au savon et à l'alcool lui ayant donné jusqu'ici des résultats satisfaisants. Il est toutefois un point sur lequel il voudrait attirer l'attention : c'est la nécessité de plonger souvent les mains dans l'eau stérilisée au cours de l'intervention.

M. Landerer a encore constaté que les pansements secs restent souvent aseptiques, qu'ils soient ou non imprégnés d'une substance antiseptique, tandis que les pansements humides n'ont été trouvés aseptiques dans aucun cas. Les germes sont plus nombreux dans les pièces de pansement appliquées sur la peau que dans les couches superficielles; d'où la nécessité de ne pas laisser trop longtemps en place le premier pansement dès qu'il se trouve humide.

M. Perthes (de Leipzig) a constaté que les gants de soie, laissent pénétrer facilement des germes infectieux dès qu'ils sont humides. Il en a donc abandonné l'emploi, pour se servir de gants imperméables, dont l'usage paraît indiqué d'abord pour les opérations septiques où le chirurgien veut éviter tout contact avec des produits infectieux, puis dans les cas où les circonstances ne permettent pas une désinfection minutieuse, enfin pour les pansements, surtout dans les grands services de chirurgie.

M. Döderlein (de Tubingue) communique les résultats d'une série d'expériences bactériologiques qu'il a entreprises sur les gants d'opération. D'après le conseil de M. Mikulicz, il s'est servi de gants de fil pour pratiquer une ovariotomie dans des conditions absolument aseptiques. Il fit faire, au cours de l'opération, des ensemencements avec le liquide dont ses gants étaient imbibés, et constata le développement de nombreuses cultures de microbes. Il poursuivit ces expériences dans un certain nombre de laparotomies et d'opérations vaginales, et obtint toujours le même résultat. Il imprégna ensuite ces gants de paraffine, mais sans que cela eût la moindre influence sur le nombre de microbes renfermés dans les gants. Il se mit ensuite à opérer avec des gants en caoutchouc, et il examina le liquide qui se trouvait à la surface de ces gants durant l'opération. Les cultures bactériologiques prouvèrent qu'ils n'étaient point aseptiques, mais qu'ils hébergeaient cependant beaucoup moins de germes que le liquide prélevé sur les gants de fil. D'où il résulte que ceux-ci ne donnent aucune garantie d'asepsie, et qu'ils recueillent, au contraire, tous les germes susceptibles de se trouver dans l'air ambiant et dans le champ opératoire. Il est évident que dans ces conditions le changement de gants au cours de l'opération, proposé par M. Mikulicz, ne suffit point pour aseptiser les mains.

M. Döderlein procéda enfin à l'examen bactériologique de l'épiderme, préalablement bien désinfecté au savon et à l'alcool, et qui avait subi, au cours de l'opération, sous le gant en caoutchouc, une réelle macération : les cultures, à son grand étonnement, restèrent stériles. Cette expérience fut répétée plusieurs fois, toujours avec le même résultat. M. Döderlein conclut qu'il est possible d'obtenir une véritable asepsie des mains, pourvu qu'elles n'aient pas été en contact, peu de temps auparavant, avec du pus virulent ou avec des lésions charbonneuses. Il lui paraît donc inutile de se servir de gants lorsqu'il est possible de procéder à une désinfection énergique des mains, et il en réserve l'usage, suivant en cela l'exemple de M. Zöge von Manteuffel, pour les cas exceptionnels. Par contre, il croit devoir insister sur la nécessité d'un lavage fréquent des mains durant l'opération même.

M. Bunge (de Kœnigsberg) a fait des recherches sur l'asepsie des couches profondes de l'épiderme; il a trouvé que la stérilité des couches profondes, au point de vue bactériologique, n'avait été obtenue dans aucun des cas examinés. En comparant l'effet de l'alcool à 50° à celui de l'alcool à 95°, il a constaté que le nombre des microbes était beaucoup plus considérable lorsqu'on employait le premier liquide. Le minimum de germes, et très exceptionnellement la stérilisation complète, ont été obtenus après l'application prolongée de compresses à l'alcool. Des expériences analogues, faites sur des jambes qui venaient d'être amputées et sur lesquelles l'examen des couches profondes de l'épiderme pouvait être pratiqué plus facilement que chez le vivant, n'ont jamais donné de stérilisation absolue.

M. Prutz (de Kœnigsberg) fait connaître les essais institués à la policlinique chirurgicale de Kœnigsberg relativement à la désinfection par l'alcool. Ces essais ont donné des résultats très satisfaisants. Le champ opératoire est préalablement lavé, pendant 20 à 30 minutes, avec du savon et de l'eau aussi chaude que possible, puis frotté avec de la paille de bois, après quoi il est rasé et désinfecté à l'alcool. Les mains de l'opérateur sont désinfectées par le même procédé, et immergées ensuite dans du sublimé à 1 p. 1000. On a obtenu en procédant ainsi, 94 fois sur 100, la guérison par première intention. Dans 2 cas seulement, on a vu se développer une suppuration proprement dite.

M. Zöge von Manteuffel (d'Youriev) estime que les gants d'opération ont pour but, d'une part, d'augmenter l'asepsie des mains et, d'autre part, de les préserver du contact des produits infectieux. Il résulte des expériences faites par M. Döderlein et par M. Perthes que l'usage des gants de tricot doit être abandonné. Les gants de caoutchouc, tels qu'on les fabrique encore maintenant, sont peu commodes, mais leur emploi a néanmoins sensiblement amélioré ses résultats opératoires.

M. Lauenstein (de Hambourg) dit que les gants sont adoptés uniquement par les chirurgiens mécontents des résultats fournis par leurs procédés antérieurs d'asepsie. Il insiste, par contre, sur la nécessité d'une asepsie prophylactique.

M. Wolfler (de Prague) pense que l'emploi de gants en caoutchouc constitue un point essentiel de l'asepsie prophylactique. Il a constaté que les gants en fil et en cuir ne s'opposent à l'infection que pendant 10 à 20 minutes.

M. Neuber (de Kiel) pense, pour ce qui est de la désinfection des mains, qu'un lavage énergique à l'eau chaude et au savon, puis à l'eau stérilisée, en constitue le facteur essentiel, et il a abandonné, depuis nombre d'années, l'emploi des désinfectants. Il n'a qu'à se louer des résultats ainsi obtenus. Il est donc absolument indifférent que, après cette désinfection, il reste ou non des germes dans l'épiderme; l'essentiel, c'est la marche aseptique de la plaie vers la guérison.

M. Mikulicz dit qu'il n'est pas disposé à proscrire entièrement les gants de fil, attendu que par leur usage il a vu le nombre des infections opératoires s'abaisser de 16 à 5 p. 100.

M. Garrè (de Rostock) condamne l'emploi du masque proposé par M. Mikulicz, car il pense que cet appareil risque d'inonder le champ opératoire de germes se détachant de la barbe du chirurgien, par suite du frottement exercé par le masque.

M. Helferich (de Greifswald) déclare qu'il n'est pas partisan des gants d'opération, la main du chirurgien pouvant être suffisamment désinfectée. Pour ce qui est de l'asepsie prophylactique, on ne peut pas exiger de l'opérateur qu'il évite tout contact avec des produits infectieux, mais il est absolument nécessaire qu'il se désinfecte très énergiquement chaque fois que le fait se produit.

M. Heidenhain (de Worms) a vu un exemple assez démonstratif d'infection par l'air : il s'agit d'une péritonite septique survenue après une ovariotomie très simple; on apprit après l'opération que l'assistant était atteint à ce moment-là d'une bronchite grippale.

M. Riedel (d'Iéna) demande à M. Döderlein de vouloir bien indiquer les résultats thérapeutiques obtenus dans les cas dont il vient de parler.

M. Döderlein dit que ces résultats ont été des plus satisfaisants, et il n'a eu, sur une centaine de laparotomies, aucun décès par infection septique. Il pense cependant que certaines élévations de température post-opératoires, désignées généralement sous le nom de fièvres aseptiques, doivent être considérées comme étant dues à une légère infection.

Traitement aseptique des plaies récentes.

M. Friedrich a inoculé de la terre dans la partie périphérique du triceps de lapins, puis il a étudié la propagation de l'infection vers les parties centrales du muscle. Il a pu se convaincre que l'infection reste localisée pendant les 6 ou 7 premières heures, et qu'il est possible d'empêcher sûrement sa généralisation en pratiquant l'excision complète du foyer d'inoculation durant le laps de temps qui vient d'être indiqué. Si l'on ne supprime ce foyer qu'après 7 ou 8 heures, les résultats ne sont pas aussi certains, et une excision pratiquée après la 8e heure n'est plus capable d'empêcher la mort du lapin. Celle-ci survient alors au bout de 40 à 60 heures après l'infection, l'animal présentant les symptômes de l'œdème malin. Si l'on infecte un second lapin avec la substance musculaire prélevée ur un premier lapin, on constate que le virus est devenu beaucoup plus puissant, car l'excision du foyer d'infection, pratiquée de 30 minutes à 1 heure après l'inoculation, n'est plus capable de sauver l'animal, et celui-ci succombe infailliblement au bout de 19 à 28 heures.

Il résulte de ces expériences que toute infection se produisant dans les conditions habituelles reste localisée pendant un certain temps, et qu'elle peut être combattue avec efficacité par l'ablation totale du foyer, faite dans les premières heures qui suivent l'infection. Il est évident qu'il faut éviter, en la pratiquant, tout contact entre les parties infectées et les tissus sains.

M. Friedrich s'est inspiré de ces principes dans le traitement des nombreuses blessures qu'il a eu l'occasion de soigner à la policlinique chirurgicale de Leipzig. Il est clair toutefois que l'exérèse du foyer infecté ne peut être exécutée que dans un petit nombre de cas de blessures chez l'homme. Il s'est donc demandé si dans ces conditions elle ne pourrait pas être remplacée par la désinfection chimique. Les expériences ont prouvé qu'il n'en est point ainsi, et que les désinfectants dont l'application a donné les meilleurs résultats, à savoir le sublimé, l'iodoforme et le xéroforme, n'ont fait autre chose que de ralentir l'infection. Le procédé qui a le mieux réussi lorsque l'excision du foyer était impossible, a consisté à traiter la plaie plus ou moins à ciel ouvert.

M. Notzel (de Kœnigsberg) a constaté, en infectant les plaies récentes avec une culture charbonneuse que l'on trouve la bactéridie au bout de 10 minutes dans les différents viscères, pourvu qu'on l'ait introduit en nombre suffisant dans la plaie et qu'on procède à un examen très minutieux des organes. D'où il ressort que le bacille du charbon est absorbé par la plaie au même titre que les autres microorganismes.

M. Schloffer (de Prague) a examiné la sécrétion de 30 plaies opératoires traitées aseptiquement et réunies par première intention, et presque constamment décelé, quelques heures après l'intervention, des saprophytes et des staphylocoques blancs. Dans quelques cas où la plaie offrait une certaine réaction, il a trouvé également le staphylocoque doré, mais jamais il n'a constaté la présence du streptocoque. Chez 15 sujets, il a complété ses recherches par l'examen du pouvoir bactéricide de la sérosité sécrétée par la plaie, et il a vu que ce pouvoir atteint son maximum de 5 à 10 heures après l'opération, pour diminuer ensuite sensiblement. Quant à la virulence des staphylocoques blancs rencontrés dans ces plaies, elle est très faible, ce qui explique, avec le pouvoir bactéricide de la sérosité en question, la marche normale de la plaie vers la guérison. Celle-ci peut être troublée cependant lorsqu'il y a rétention de l'exsudat. C'est ainsi qu'il a vu survenir une hyperthermie passagère dans un cas où la sécrétion de la plaie, en état de rétention temporaire, renfermait un grand nombre de staphylocoques blancs.

M. Henle (de Breslau) a fait des expériences qui l'ont amené au même résultat que M. Friedrich. Il n'y a qu'un seul point sur lequel il ne soit pas entièrement d'accord avec lui : c'est la question de la désinfection chimique des plaies. Il a notamment réussi à aseptiser, au moyen de lavages au sublimé, des plaies infectées par des streptocoques, et il est d'avis qu'il faut recourir à la désinfection par des substances chimiques.

M. Petersen (de Kiel) croit que les expériences faites sur le lapin par M. Friedrich ne sauraient être appliquées, du moins dans tous leurs détails, à la pathologie humaine.

M. Storp (de Kœnigsberg) a institué des recherches bactériologiques, au cours de la ligature de la veine saphène d'après le procédé de Trendelenburg, pour élucider certaines questions de l'asepsie des plaies opératoires. Il a frotté, au cours de l'opération, le fond de la plaie et les bords de l'incision cutanée avec des tampons de gaze stérilisée, et il a trouvé que les premiers étaient aseptiques, tandis que les seconds renfermaient généralement le staphylococcus albus ou cereus. En faisant des ensemencements avec des fils de soie ayant servi à la suture de la

peau, il a obtenu, malgré la guérison par première intention, dans tous les cas le staphylocoque blanc et exceptionnellement le staphylocoque doré. Par contre, si, en pratiquant la suture, il faisait passer les fils de soie à travers de petits tubes de verre et empêchais ainsi le contact de la soie avec la peau, ces fils restaient stériles. Tout porte donc à croire que généralement l'infection des plaies opératoires provient des microorganismes logés dans le tégument.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Avril 1898.

Vitalité du bacille de Koch incorporé au lait de vache.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Du lait de vache stérilisé à l'autoclave, deux à trois heures après la traite, est ensemencé en surface avec du bacille de Koch et laissé pendant deux mois et demi à l'étuve à 39°. A cette date, il n'existe aucune différence entre ces laits et un lait témoin : le bacille tuberculeux ne s'est pas développé; l'analyse démontre que la composition du milieu n'a pas varié. Le résultat est le même si le lait est préalablement neutralisé. Par contre l'inoculation en série au cobaye de ces laits ensemencés reste positive. Si le bacille tuberculeux ne se développe pas dans le lait même à la température optime de 39°, il n'en reste pas moins vivant dans ce milieu et cela pendant plusieurs mois.

MM. E. Berger et **Robert Lœvy** font une communication sur l'état des yeux pendant le sommeil et la théorie du sommeil.

M. Péron est arrivé à provoquer une dégénérescence graisseuse totale du foie en injectant dans les veines des cultures tuberculeuses très virulentes. Le poison stéatosant est détruit à une température de 100°.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Avril 1898.

Psychoses post-opératoires.

M. Routier a observé un certain nombre de cas de psychoses post-opératoires, soit immédiatement, soit quelque temps après l'opération.

Dans un cas, où il s'agit d'une femme de 31 ans, opérée pour une appendicite, le délire bruyant éclata 48 heures après l'opération, et a persisté pendant 5 semaines, bien que la mèche iodoformée servant de drain fût enlevée dès que le délire s'était déclaré. Dans un autre cas, qui s'est également terminé par la guérison, le délire hypochondriaque s'est manifesté à la suite de la castration pour hypertrophie de la prostate compliquée d'accidents vésicaux. Dans un troisième cas, qui s'est aussi terminé par la guérison, le délire avec idées de persécution s'est manifesté après l'opération d'une épiplocèle ombilicale chez une femme. Dans un quatrième cas, où il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant subi la castration pour annexite double, la malade a présenté après la guérison et présente encore de l'agoraphobie. Un malade, chez lequel le délire s'est déclaré après l'ablation du sternum atteint de carie, s'est suicidé. Une malade, enfin, à laquelle M. Routier a fait la colpo-périnéorrhaphie, a eu à plusieurs reprises du délire psychique.

M. Hartmann n'a observé de psychoses post-opératoires que chez les femmes adultes. La nature de l'intervention ne joue sous ce rapport aucun rôle, et, si les psychoses semblent plus fréquentes chez les femmes, c'est que celles-ci sont plus souvent malades avant l'intervention.

Parmi les cas observés par M. Hartmann, il y a tout d'abord elui d'une femme opérée pour une hernie crurale. 8 jours après l'opération, elle présenta un délire de persécution avec refus d'alimentation. On a été obligé de l'alimenter avec la sonde nasale. Au bout de 3 semaines, elle fut renvoyée chez elle, et, le jour même qu'elle se retrouva dans sa maison, le délire cessa.

Dans le second cas observé par M. Hartmann, le délire se déclara après une laparotomie pour grossesse tubaire rompue. Le délire persista, et actuellement la malade est à Sainte-Anne. Sa mère est morte dans un asile d'aliénés.

M. Potherat cite un certain nombre de cas de psychoses dont les unes relevaient de la septicémie, d'autres de l'intoxication. Parmi ces cas, il y en a un de psychose vraie chez une femme à laquelle il a fait la colpopérinéorrhaphie. Le délire maniaque existait chez elle en germe avant l'opération; quelque temps après l'opération, on a été obligé de l'interner à Sainte-Anne. Comme tous les chirurgiens, M. Potherat n'a jamais vu l'opération créer de toutes pièces la folie.

Gastro-entérostomie pour ulcère au début.

M. Hartmann a eu l'occasion de faire la gastro-entérostomie chez un individu chez lequel il avait diagnostiqué un ulcère de l'estomac au début, en s'appuyant sur l'existence d'une gastrosucorrhée à jeun, et des douleurs intolérables survenant après l'ingestion des aliments. Tous ces symptômes ont disparu après l'opération, et le malade, qui ne mangeait presque plus à cause de ses douleurs, a engraissé et se trouve actuellement dans un état excellent. La gastrosucorrhée a diminué dans une proportion considérable.

M. Tuffier a opéré, il y a 5 ans, un homme qui, à côté d'une gastrosucorrhée, présentait les signes de sténose pylorique que M. Tuffier pensa être d'origine cancéreuse. L'opération montra que le pylore était sain, et, comme tous les symptômes ont disparu après la gastro-entérostomie, M. Tuffier pensa que la sténose était produite par un spasme du pylore.

Infection et traitement des plaies par armes à feu.

M. Broca. — Voir page 398.

M. Nimier fait remarquer qu'en pratique les choses se passent autrement et qu'à la surface des balles on trouve peu de germes. Il semble même que les balles, surtout celles qui sont pourvues de capsules en cuivre, possèdent un pouvoir de désinfection spontanée, tenant probablement à la formation des sels métalliques antiseptiques qui peu à peu arrivent à détruire les microbes.

M. Jonnesco (de Bucarest) lit une observation d'extirpation totale du larynx pour épithélioma.

M. Quénu donne la description d'un appendice qu'il avait enlevé à un individu après une seconde attaque d'appendicite. L'appendice était séparé en deux parties réunies entre elles par quelques adhérences. Une partie adhérait au cæcum; la seconde, complètement séparée de la précédente, était transformée en cavité close et entourée d'une collection purulente.

M. Berger présente un malade auquel il a fait l'ostéotomie intertrochantérienne oblique pour une ankylose vicieuse de la hanche.

M. Picqué montre les radiographies : 1° d'une fracture cunéiforme du tibia; 2° d'une fracture du péroné avec subluxation du pied en arrière.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Avril 1898.

Valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques.

MM. A. Chauffard J. Castaigne. — Nous pensons que

l'élimination intermittente du bleu de méthylène, après injection sous-cutanée, est un excellent signe révélateur de l'insuffisance de la cellule hépatique.

Nous sommes arrivés à cette conclusion, après avoir repris, pour ainsi dire à la base, les faits relatifs à la courbe d'élimination du bleu, et après avoir étudié cette courbe successivement chez des sujets indemnes de toute lésion rénale et hépatique, chez des brightiques, et, enfin chez des hépatiques avérés.

L'élimination du bleu, étudiée chez 6 sujets sains, s'est faite suivant le type normal, indiqué par MM. Achard et Castaigne, et la courbe a été 5 fois nettement continue cyclique, et 1 fois légèrement continue polycyclique, mais jamais elle n'a été intermittente.

Chez 6 brightiques, il y a toujours eu retard dans l'apparition du bleu dans les urines, et surtout prolongation anormale de l'élimination. Quant à la courbe, elle fut 2 fois continue cyclique, 2 fois continue polycyclique, 2 fois intermittente. Mais un de ces cas d'intermittence concernait un malade dont la cellule hépatique était nettement insuffisante, puisque la glycosurie alimentaire fut positive, puisqu'il y avait hypoazoturie et urobilinurie; chez l'autre brightique, dont l'élimination fut intermittente, on négligea de rechercher les syndromes révélateurs d'une lésion hépatique, mais, quelques jours plus tard, on recommença l'épreuve, et l'élimination fut continue.

Chez 10 hépatiques, au contraire, la courbe d'élimination du bleu fut toujours nettement intermittente, comme dans les cas observés et publiés par MM. Chauffard et Cavasse.

Ces intermittences ne sont pas dues, chez les hépatiques, à une alcalinité passagère des urines, comme l'ont supposé, *a priori*, MM. Linossier et Barjon. En effet, nous avons trouvé la même réaction dans les urines franchement bleues et dans celles dont la coloration diminuait ou devenait absolument nulle.

La conclusion logique de ces faits, c'est que l'élimination intermittente du bleu de méthylène est un signe d'insuffisance hépatique, auquel on peut demander la confirmation des autres syndromes révélateurs de cette insuffisance. Peut-être même a-t-il une valeur supérieure à ces autres signes, car, dans un cas de volumineux kyste hydatique du foie (6 litres de liquide), alors que l'on ne pouvait constater ni urobilinurie, ni glycosurie alimentaire, l'épreuve par le bleu n'en a pas moins donné une courbe nettement intermittente.

D'autre part, cette nouvelle méthode d'exploration de la cellule hépatique est précieuse en ce sens, qu'elle nous apporte des notions toutes nouvelles au point de vue de la pathologie générale, et des modes d'élimination urinaire chez les hépatiques : elle met en évidence ce fait que, chez les malades dont la cellule hépatique est viciée dans sa structure en son fonctionnement, l'élimination du bleu est modifiée dans sa forme et dans son rhythme; or, comme d'après les recherches de MM. Guyon et Albarran, confirmées par des analyses d'urines faites par MM. Achard et Castaigne, comparativement chez des cardiaques et des brightiques, et par une analyse très complète dans un de nos cas d'intermittence, il semble que l'on soit en droit de conclure du rhythme de l'élimination du bleu à celui des autres matières dissoutes dans l'urine. Ce nouveau signe d'insuffisance hépatique montre donc bien que, lorsque le foie est lésé, la dépuration urinaire se fait par alternatives en plus et en moins, ce qui n'est que l'expression clinique de l'influence, bien connue en pathologie, des lésions hépatiques sur le filtre rénal.

M. Hirtz a observé cette élimination intermittente du bleu de méthylène chez un hystérique, polyurique et alcoolique, qui, par conséquent, pouvait avoir une lésion hépatique; ce fait confirme ceux de M. Chauffard.

M. Troisier a fait l'année dernière l'épreuve du bleu de méthylène chez un diabétique; il a remarqué que ce bleu s'éliminait d'une façon intermittente; comme ce malade avait une lésion hépatique, c'est donc un nouveau fait à ajouter à ceux de M. Chauffard.

Sur l'emploi des alcalins dans le traitement des états dyspeptiques.

M. A. Mathieu est d'accord avec M. Hayem pour reconnaître que l'usage continu des alcalins à haute dose n'amène pas la guérison de l'hyperchlorhydrie. Toutefois, il paraît prématuré de conclure que c'est l'usage, ou même l'abus des alcalins qui a causé l'hyperchlorhydrie. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que l'usage des alcalins, même à haute dose, ne modifie pas le chimisme stomacal chez les malades hyperchlorhydriques; ce traitement a, néanmoins, un grand avantage, car il fait cesser rapidement la douleur. Dans les cas typiques, l'hyperesthésie de l'estomac ayant disparu en quelques jours ou en quelques semaines, les malades qui ne souffrent plus peuvent être soumis à un traitement sans alcalins dont le régime alimentaire est la base fondamentale.

D'après M. Hayem, les alcalins exagéreraient le type chimique de toutes les dyspepsies; les eaux alcalines seraient particulièrement à redouter.

M. Mathieu ne partage pas les appréhensions de M. Hayem; d'après son impression personnelle, les dyspeptiques bénéficient souvent d'un traitement par les sels alcalins ou par les eaux minérales. En somme, on doit continuer à employer les alcalins, mais il faut en surveiller l'emploi.

Note sur la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite (pouce et index) au cours de la tuberculose pulmonaire.

M. A. Béclère. — La tuberculose verruqueuse caractérisée par le développement de placards dont l'aspect rappelle celui des verrues enflammées est, d'après les observations de M. Béclère, de toutes les formes de la tuberculose cutanée, celle qu'on observe le plus souvent au cours de la bacillose pulmonaire des adultes; elle est plus fréquente que la forme ulcéreuse, et, en particulier, que les ulcérations tuberculeuses situées au voisinage de la bouche ou de l'anus, leur siège habituel.

On jugera de la fréquence de la tuberculose verruqueuse chez les phthisiques par ce fait que, dans son service de l'hôpital Tenon, M. Béclère, sur 24 hommes atteints de tuberculose pulmonaire, on comptait, récemment, 3 porteurs, à la main droite, dans la région d'élection, d'un placard de tuberculose verruqueuse. L'un des 3 malades, ayant quitté le service, ne tarda pas à être remplacé par un sujet presque semblable, avec cette différence cependant que, chez ce dernier, le placard de tuberculose verruqueuse, toujours situé à la région d'élection, occupait la main gauche; il s'agissait d'un homme gaucher de naissance, si bien que cette apparente exception à la règle ne fait que la confirmer. Chez ces 4 malades il existait des signes de ramollissement pulmonaire, et l'expectoration purulente avait précédé le début de la localisation cutanée. Chez 2 d'entre eux seulement, une blessure accidentelle avait été manifestement le point de départ de la tuberculose verruqueuse, en ouvrant une porte d'entrée à l'auto-inoculation. Enfin l'un de ces malades, maçon, reconnait qu'il s'essuyait souvent la bouche avec le dos de la main pour faire tomber, de sa moustache, la poussière de plâtre et en hiver le givre qui s'y mêlait, tandis que le quatrième accuse des démangeaisons fréquentes au niveau de la lèvre supérieure et l'habitude de frotter assez vivement cette région avec le dos du pouce. Dans les autres services de l'hôpital Tenon, M. Béclère a trouvé plusieurs faits de tous points semblables à ceux qu'il rapporte avec photographies à l'appui, tous ses collègues lui ont dit en avoir observé un certain nombre, mais presque exclusivement chez des hommes. Cela vient à l'appui de l'explication fournie par Vidal sur le rôle des moustaches dans cette auto-inoculation tuberculeuse, dont la fréquence chez les phthisiques d'hôpital mérite d'être signalée.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 Avril 1898.

Érythrodermie prémycosique.

MM. Balzer et **Mercier** présentent un homme âgé d'une quarantaine d'années, qui est atteint depuis 5 ans de poussées congestives vers la face et les extrémités. La face était rouge avec un œdème très accentué des paupières et des joues, avec

des placards rouges et de nombreuses taches purpuriques. Mêmes altérations à la face dorsale des mains. Ganglions hypertrophiés, au cou, dans les aisselles et les aines. La maladie procède par poussées pendant lesquelles le malade ressent une vive cuisson et des démangeaisons. Sur les parties latérales du cou, on voit des saillies rosées, d'apparence ortiée, mais permanentes.

M. Balzer a observé déjà une malade semblable; pendant longtemps elle présenta des poussées congestives semblables avec tuméfaction permanente de la peau et purpura au visage. Plus tard, la maladie s'accentua assez pour que l'on pût nettement diagnostiquer un mycosis.

Onychogriphose hypertrophique.

MM. Balzer et **Mercier** présentent un malade âgé de 63 ans, conducteur de bestiaux, dont les ongles des deux mains sont extraordinairement épaissis à partir de leur partie moyenne jusqu'à leur extrémité. Ces ongles sont extrêmement durs, noirâtres sur leur coupe qui est lisse et nullement fendillée. Ils sont resserrés sur les côtés et très bombés sur la ligne médiane; au-dessous d'eux, il semble que la peau soit attirée et comme pincée entre les bords latéraux de l'ongle. L'affection a débuté il y a 6 ans et s'est développée sans aucune douleur. Les ongles des pieds sont très légèrement atteints. On ne peut invoquer d'autre pathogénie qu'un trouble dystrophique survenu chez un individu qui a eu du rhumatisme, ainsi qu'en témoignent les déformations des petites jointures, et qui a aussi un peu abusé des boissons alcooliques.

Lymphadénie de la face.

MM. Hallopeau et **Laffitte**. — L'examen histologique de la peau a démontré ,en même temps qu'une transformation du derme en un tissu tout à fait semblable à celui des ganglions lymphatiques, l'absence des plasma-zellen que l'on trouve habituellement dans le mycosis : rapproché des différences signalées dans le tableau symptomatique, ce fait tend à établir que cette lymphadénie cutanée, coexistant avec une leucémie, diffère du mycosis.

Dermatose séborrhéique.

MM. H. Hallopeau et **Michaud**. — Il s'agit d'une éruption caractérisée par des éléments qui ont l'aspect de papules lenticulaires de lichen, mais qui présentent pour la plupart dans leur partie centrale une gouttelette de pus nullement saillante; cette éruption est disséminée sur toute la surface du corps : dans certaines régions, particulièrement les coudes et les aines, elle devient confluente : au visage, un masque constitué dans son tiers moyen par des squames, latéralement par de l'érythème et des papulo-pustules offre un aspect des plus étranges et insolites; ces papulo-pustules diffèrent par leur forme plane, lenticulaire, et l'absence de poils centraux des folliculites séborrhéiques, la présence d'éléments éruptifs dans les paumes des mains explique la participation des glandes sudoripares; cet ensemble caractérise une forme non encore signalée de dermatose séborrhéique.

Tuberculides aiguës.

M. Gastou présente un garçon de 8 ans atteint de tuberculides aiguës, et présentant un lupus tuberculeux de la face. La mère présente également la même lésion.

Il y a un an, le malade fit une poussée fébrile qui dura 8 jours environ, la température oscilla entre 38° et 39°, il eut de la bronchite diffuse, de la diarrhée, de la céphalalgie et brusquement après une poussée éruptive existant encore actuellement, tout rentra dans l'ordre.

L'éruption est caractérisée par des taches rouge brun, légèrement papuleuses et squameuses par places, avec des ombilications croûteuses en d'autres points. Elles siègent sur le thorax, principalement sur le sternum, les aisselles et la gouttière vertébrale.

Histologiquement, elle est formée d'un tissu peu inflammatoire contenant diverses variétés de cellules conjonctives et des cellules géantes très abondantes sans bacilles.

C'est une véritable granulie de la peau.

Polyarthrite blennorrhagique de la main.

MM. Emery et **Glantenay** présentent un malade atteint de cette affection bien décrite par M. le professeur Fournier qui la considère comme une modalité absolument pathognomonique de l'infection articulaire blennorrhagiqne (déformation en radis et en fuseau). Elle n'affecte pas, comme on a pu le penser, le système osseux ou périostique de la main. La tuméfaction est purement due au gonflement du tissu cellulaire et fibreux périarticulaire, et on constate nettement sur l'épreuve radiographique, l'intégrité des épiphyses phalango-phalangiennes.

M. Jacquet croit qu'en pareil cas, il ne faut pas avoir une confiance exagérée dans les résultats que donne la radiographie. Il a eu dernièrement la preuve manifeste d'une lésion accentuée du calcanéum qu'une épreuve radiographique n'avait pu déceler. Le tissu osseux jeune a d'ailleurs une grande analogie de structure avec le tissu fibreux et rien ne prouve qu'il doive nécessairement intercepter les rayons Röntgen d'une façon très appréciable sur une épreuve photographique.

Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis.

M. Sauvineau. — En dehors de la chorio-rétinite et de la rétinite épithéliale pigmentaire, on rencontre fréquemment chez les hérédo-syphilitiques, des lésions de la papille optique et des altérations pigmentaires. Certains auteurs, comme M. Antonelli (de Naples) considèrent toutes ces diverses lésions comme des stigmates caractéristiques de l'hérédo-syphilis. Or, les modifications pigmentaires, considérées d'ailleurs jusqu'ici comme de simples anomalies, se rencontrent fréquemment chez des sujets non syphilitiques, et doivent tout au plus être considérées comme un simple stigmate de dégénérescence.

Mais il est tout autrement des lésions du nerf optique. Celles-ci (traces plus ou moins marquées, mais toujours manifestes, de névrite optique) ne se rencontrent pas chez les sujets sains, et sont au contraire si communes chez les hérédo-syphilitiques, qu'il est rationnel de les rattacher directement à la syphilis héréditaire, soit que l'infection syphilitique ait déterminé chez ces sujets une névrite périphérique, soit qu'elle ait touché les nerfs optiques par l'intermédiaire d'une méningite bacillaire.

Traitement du lupus par le calomel.

MM. Emery et **Milian** présentent 3 petites malades atteintes de lupus de la face et traitées par les injections de calomel depuis 4 mois (1 injection de 0 gr. 05 par semaine). Ainsi que le montrent les photographies faites avant le traitement et l'examen actuel des malades, ce traitement a été absolument inefficace et il est impossible de constater la moindre amélioration.

Il a paru intéressant aux auteurs de publier ces 3 cas traités avec persévérance et où l'inoculation au cobaye a prouvé l'origine tuberculeuse des lésions, puisqu'on a publié des cas de guérison complète, de nature à provoquer dans le public médical une confiance exagérée dans cette méthode.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 18 Avril 1898.

Fracture de la colonne vertébrale avec syndrome de Brown-Séquard et hémi-tremblement.

M. Annequin rapporte l'histoire clinique d'un malade de son service à l'hôpital militaire Villemanzy. Il s'agit d'un homme de 23 ans, qui fut pris dans un monte-charge, et eut une fracture compliquée de la cuisse gauche et une fracture de

la colonne vertébrale dans la région dorso-lombaire. Aussitôt après l'accident, le malade éprouva de vives douleurs, et il se produisit de la rétention d'urine. Les mouvements étaient très difficiles aux membres inférieurs; mais il n'y avait pas, à proprement parler, de paralysie.

Le lendemain, on constata un syndrome de Brown-Séquard complet (hémiparaplégie, qui siégeait du côté droit, avec hémianesthésie croisée). Les réflexes rotuliens étaient supprimés à droite, normaux du côté anesthésié. La température s'éleva, et se maintint entre 39° et 40° pendant 48 heures.

La rétention de l'urine et des matières fécales dura près de 3 semaines; en même temps, un tremblement s'établissait dans le membre paralysé. Au début, il se produisait pendant les mouvements seulement; mais il vint à se prolonger après la cessation des mouvements. Il a persisté, depuis plus de 9 mois que l'accident s'est produit sans se modifier. Il est provoqué et exagéré par les mouvements, et dure souvent assez longtemps dans l'intervalle. Les réflexes rotuliens ont naturellement reparu de ce côté et sont très exagérés; il y a des clonus du pied. L'anesthésie existe toujours du côté gauche. Enfin, depuis quelque temps, un tremblement léger et inconstant est apparu au membre supérieur du côté droit. Le tremblement du membre inférieur ressemble beaucoup à celui des hémiplégiques par lésion cérébrale. Son association au syndrome de Brown-Séquard, à la suite d'un traumatisme de la colonne, fait l'intérêt de ce cas.

Perméabilité rénale.

M. Dreyfus a fait une série de recherches sur la perméabilité rénale au moyen d'une substance colorante rouge, le rosaniline-trisulfonate de soude, employée déjà depuis quelque temps dans ce but par M. Lépine.

Chez les sujets sains, la quantité qui passe dans l'urine représente la presque totalité de la quantité injectée, sans que la quantité d'urines émises influe en rien, ni sur la durée de l'élimination (de 24 à 36 heures) ni sur la quantité de matière éliminée. Dans les cas de néphrite, il en passe une moins grande quantité, mais la durée de l'élimination ne présente aucune différence avec celle des sujets sains.

Quant à la courbe de l'élimination, le maximum a lieu, dans toutes les observations, 4 heures après l'injection.

L'ensemble de ses expériences conduit M. Dreyfus à la même conclusion que celle formulée d'autre part par M. Lépine au Congrès de Montpellier; c'est-à-dire que la perméabilité rénale, très variable suivant les substances, ne peut pas être exactement déterminée par les conditions d'élimination de l'une d'elles; ce qui explique que l'on peut avoir des cas d'urémie avec des reins qualifiés perméables.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 20 Avril 1898.

Cancers du pylore opérés.

M. Comte présente, au nom de M. Jaboulay, 2 malades porteurs de cancer limité du pylore, et traités l'un par la pyloroplastie, sans toucher à la tumeur qui ne pouvait être enlevée; et l'autre par une gastro-entérostomie, suivie ultérieurement de pylorectomie.

Les résultats ont été très satisfaisants dans les 2 cas.

Latéro-flexion de l'utérus gravide.

M. A. Pollosson rapporte 3 cas de flexion latérale de l'utérus avec grossesse, qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic de la part de divers chirurgiens. Il s'agissait, dans les 3 cas, de multipares; les diagnostics portés primitivement furent ceux de : salpingite, kyste de l'ovaire, et grossesse extra-utérine.

La difficulté du diagnostic réside dans l'indépendance apparente du corps de l'utérus et de la tumeur, et l'existence d'un col assez long pour simuler un utérus normal.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 21 Mars 1898.

Amaurose hystérique unilatérale.

MM. Fromaget et **Mongie** présentent une jeune malade qui, depuis deux mois, s'est aperçue qu'elle n'y voyait pas de l'œil gauche. Il y a deux ans, elle fut atteinte de crises de nerfs violentes qui l'obligèrent à se mettre au lit. Elle sent souvent une boule qui part du creux épigastrique et lui remonte à la gorge. Son humeur gaie est devenue triste après quelque temps.

L'œil gauche présente une acuité visuelle inférieure à 1/10; l'œil droit une acuité normale. Les réflexes lumineux sont très nettement conservés des deux côtés. L'examen du fond de l'œil est négatif; tous les milieux sont transparents; la rétine, le nerf optique, la choroïde sont indemnes.

Le champ visuel est rétréci d'une façon concentrique des deux côtés. Il n'y a pas de dyschromatopsie de l'œil droit.

L'examen de la sensibilité a montré des signes très importants. Il existe une anesthésie de tout le côté gauche qui est celui de l'amaurose. La malade, en fermant l'œil droit, n'y voit pas de l'œil gauche. Mais si elle a les deux yeux ouverts et qu'on fasse passer sans qu'elle en sache les conséquences, un verre convexe fort devant son œil droit, elle lit l'échelle de Snellen. Elle y voit donc de l'œil gauche. En la faisant lire, si on place une règle devant son œil droit, elle continue la lecture; la vision binoculaire existe donc.

L'épreuve avec les verres colorés, fondée sur les couleurs complémentaires, donne les mêmes résultats. Il en est de même de la boîte de Flees, de l'épreuve du prisme.

La malade y voit donc bien de son œil gauche qu'elle croit aveugle; la vision disparaît dans la vision monoculaire, elle existe dans la vision binoculaire.

Ce sont justement les symptômes de l'amaurose hystérique.

On a endormi très facilement la malade, et immédiatement on a pu la faire lire avec son œil gauche seul.

La suggestion a donné de bons résultats thérapeutiques. Actuellement, elle a une acuité de 1/4, et bientôt elle ne tardera pas à avoir une vision normale.

M. Ginestous fait remarquer qu'il est parfois difficile de faire le diagnostic d'amaurose hystérique avec les lésions organiques. Une jeune fille de 18 ans, amaurotique de l'œil gauche depuis quelques jours, se présentait il y a quelques semaines à la consultation de M. le professeur Badal. Cette amaurose s'était produite ou du moins avait été découverte après une émotion. L'examen ophthalmoscopique ne révéla aucune lésion du fond de l'œil; étant donnés les antécédents de la malade, M. Badal porta le diagnostic d'amaurose hystérique, que confirma l'épreuve de la règle. Un traitement *ad hoc* fut institué, mais sans résultat, et l'examen ophthalmoscopique permit de reconnaître, avant-hier seulement, une atrophie de la papille qui jusqu'alors ne s'était révélée par aucun signe physique.

Artères rénales surnuméraires.

M. Micheleau présente un rein droit provenant d'une nécropsie pratiquée le 15 mars dans le service de M. le professeur Arnozan. Outre les lésions macroscopiques banales de néphrite chronique scléreuse, ce rein offre cette particularité intéressante d'avoir trois artères rénales au lieu d'une seule; ces trois vaisseaux naissent du tronc de l'aorte abdominale et abordent l'organe par son bord interne, l'un médian, au niveau du hile, c'est l'artère rénale normale; l'autre un peu au-dessous, le dernier au-dessus. Celui-ci semble pouvoir être considéré comme une variété d'origine de l'artère capsulaire inférieure, qui normalement naît de l'artère rénale et n'existait pas dans ce cas. Quant au vaisseau inférieur, il ne semble pouvoir être rapproché d'aucune artère normale naissant soit de l'artère rénale, soit d'un autre tronc artériel. Ces deux vaisseaux surajoutés sont d'un calibre moindre que celui de l'artère moyenne.

M. Boursier tire de cette présentation un enseignement au point de vue opératoire : il faut, dans la néphrectomie, largement saisir le pédicule.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie réflexe du deltoïde de cause articulaire. Déplacement secondaire passif.

Par M. le Dr F. Mally.

Consécutivement aux luxations de l'épaule en avant, il n'est pas rare d'observer, à titre de complication immédiate, des paralysies des muscles de l'épaule et même d'une partie des muscles du membre supérieur. Parmi cette catégorie d'accidents il existe une forme bien déterminée d'impotence fonctionnelle, sur laquelle notre attention a été attirée et dont l'étude nous a conduit à certains résultats que nous venons exposer ici :

En effet, certaines luxations scapulo-humérales s'accompagnant de paralysie du deltoïde et parfois de certains muscles péri-scapulaires présentent en outre un déplacement permanent de la tête humérale. Ce déplacement a été étudié et décrit par M. Hennequin dans la *Revue de chirurgie* (1), sous le nom de déplacement secondaire, passif : secondaire parce qu'il succède à un déplacement primitif d'origine traumatique, passif parce qu'il est régi par l'action de la pesanteur considérée ici comme force passive (les muscles et les ligaments sont considérés au contraire comme des forces actives). Quoi qu'il en soit, dans certaines conditions, encore imparfaitement déterminées, l'humérus n'étant plus soutenu par la tonicité du deltoïde d'une part, et d'autre part le manchon fibreux articulaire se laissant anormalement distendre, est attiré en bas par l'action de la pesanteur et abandonne la cavité glénoïde. Ce déplacement se réduit avec la plus grande facilité si l'on soulève le bras verticalement de bas en haut suivant l'axe du membre, il se reproduit intégralement si on abandonne le bras à lui-même. La contraction du biceps et du coraco-brachial restés sains suffit également à replacer la tête humérale dans sa cavité articulaire, lorsque l'on tire sur l'avant-bras demi-fléchi.

L'ensemble de ces symptômes : luxation préalable, paralysie du deltoïde et accessoirement de muscles voisins, déplacement permanent facilement réductible si l'on s'oppose à l'action de la pesanteur sur le bras, allongement du segment brachial, suffisent à faire de cette affection une maladie à part bien déterminée. Ajoutons immédiatement qu'elle représente une impotence fonctionnelle presque absolue du membre supérieur et que sa très longue durée constitue une infirmité redoutable qu'il est intéressant de pouvoir reconnaître et apprécier dès le début.

Pour arriver à ce résultat, il nous semble utile de définir : 1° la sorte de paralysie qui frappe le deltoïde dans ces circonstances; 2° d'examiner si cette paralysie est constante dans son espèce et joue par cela même un certain rôle dans la genèse des accidents.

Etant données les circonstances dans lesquelles se produit la paralysie, le nombre des hypothèses pathogéniques est déjà restreint. Si nous disons dès maintenant qu'il ne s'agit ni d'une névrose, ni d'une myosite, ainsi que la discussion va le montrer, on verra que le nombre de ces hypothèses se réduit à deux : la paralysie en question est neuropathique ou myélopathique.

Les paralysies neuropathiques de l'épaule consécutives à un traumatisme ou à une luxation, sont très fréquentes. Presque toujours il s'agit d'un tiraillement des nerfs soit au niveau des racines, soit au niveau des mailles du plexus, ou bien d'une contusion directe des troncs nerveux dans la portion de leur trajet qui avoisine l'articulation scapulo-humérale. Il en résulte des paralysies atrophiques, simples ou dégénératives, intéressant soit un groupe de muscles (paralysies radiculaires de Erb, de Rendu, etc.), soit un muscle isolé tel que le deltoïde, le grand dentelé, etc. Ces paralysies présentent les caractères des névrites de cause externe, généralement bien définis surtout en ce qui concerne les réactions électriques. En effet, les névrites de cause externe se rapprochent, par leurs caractères, des névrites expérimentales, les différentes formes de la réaction de dégénérescence s'y rencontrent et présentent les caractères classiques de ce mode d'exploration. Il est donc permis ici plus que partout ailleurs de s'appuyer sur les réactions électriques pour différencier la paralysie dont nous voulons parler.

Dans 6 cas de paralysie du deltoïde (accompagnée ou non de paralysie des muscles voisins) et présentant un déplacement secondaire de la tête humérale, que nous avons pu examiner et suivre à loisir pendant plusieurs mois consécutifs, nous n'avons jamais constaté la réaction de dégénérescence; ce fait seul entre nos mains suffisait à nous faire rejeter l'hypothèse d'une lésion du nerf circonflexe ; la seule altération des réactions électriques consistait en une diminution considérable de l'excitabilité directe du muscle avec persistance de l'excitabilité du nerf axillaire; mais d'autres signes fort importants sont venus s'ajouter à cette première constatation : 1° l'absence d'anesthésie dans le territoire cutané du circonflexe; 2° l'excitabilité mécanique exagérée du muscle lorsqu'on percute légèrement un faisceau de fibres; 3° enfin l'exagération des réflexes au coude et au poignet.

Le premier de ces signes vient confirmer notre première assertion, les deux autres constituent un ensemble d'éléments spasmodiques qui mérite quelques mots d'explication :

1. *Revue de chirurgie*, 1893.

L'excitabilité mécanique exagérée a été constatée et notée comme signe constant par M. Hennequin lui-même dans les 6 cas qu'il rapporte : nous avons nous-même vérifié ce fait toutes les fois qu'il nous a été donné d'examiner des cas de ce genre; on peut donc le considérer comme constant; mais, en regardant les choses d'un peu plus près, il n'est pas difficile, dans la plupart des cas, de rencontrer d'autres manifestations de l'élément spasmodique : si l'on soulève le bras, et qu'on l'abandonne à lui-même, on le verra retomber avec raideur et brusquerie, surtout si l'on fait une exploration dès les premières semaines qui suivront les luxations de l'épaule. Il ne sera pas exceptionnel non plus de constater des contractions rythmiques de certains muscles périscapulaires si l'on sollicite leur contraction avec une certaine énergie, soit par une traction brusque, soit par un courant faradique un peu violent; ces contractions rythmiques reproduisent à l'épaule le myoclonus du triceps sural à la jambe (phénomène du pied). Enfin l'exagération des réflexes au coude et au poignet vient encore affirmer davantage la participation de la moelle à cet ensemble de manifestations. Il n'est pas douteux pour nous qu'il s'agisse ici d'une affection myélopathique; et parmi celles-ci il en est une qui nous semble répondre aussi exactement que possible à l'esquisse que nous venons de tracer, c'est la paralysie spasmodique amyotrophique décrite par Charcot en 1880 (1), et connue avant lui, du moins dans ses caractères principaux, sous le nom d'atrophie réflexe de cause articulaire.

Les chirurgiens furent les premiers à reconnaître l'influence des traumatismes articulaires sur la production de ces amyotrophies, et Léon Lefort avait déjà remarqué que parfois des traumatismes articulaires de peu d'importance étaient suivis d'atrophie considérable et rapide de certains muscles moteurs de l'articulation lésée. Son élève, Emile Valtat, entreprit en 1877 dans le laboratoire de Vulpian une série de recherches expérimentales dont voici les principaux résultats (2) : en produisant sur des chiens une arthrite suppurée du genou, cet expérimentateur put constater l'atrophie rapide du triceps; en particulier ce muscle a perdu 1/5 de son poids après 8 jours, et 44 p. 100 au bout de 15 jours. L'origine, la pathogénie de l'affection se trouvait par cela même démontrée. Une autopsie pratiquée en 1888 par M. Klippel, interne des hôpitaux (3), vint confirmer les hypothèses pathogéniques formulées à ce sujet par Vulpian d'abord, puis par Charcot. Ce dernier invoque une influence directe des nerfs sensitifs articulaires sur la moelle. L'impression transmise par les racines postérieures gagne les cellules des cornes antérieures pour retourner aux muscles moteurs de l'articulation par la voie centrifuge.

Or c'est justement au niveau du groupe des cellules des cornes antérieures que M. Klippel, dans la nécropsie indiquée plus haut, trouva des lésions organiques manifestes; celles-ci consistent principalement en une atrophie pigmentaire des cellules des cornes antérieures, diminution du nombre et du volume de ces cellules et effacement de leurs prolongements. Dans cette coupe faite au niveau du renflement lombaire, on pouvait remarquer également la dégénérescence du groupe interne des cellules des cornes postérieures. Les nerfs ne présentaient aucune lésion apparente, mais on pouvait néanmoins remarquer que les tubes nerveux étaient grêles et le tissu conjonctif plus abondant que normalement. Les expériences de Valtat d'une part et les faits anatomo-pathologiques rapportés par M. Klippel d'autre part venaient donc prouver : 1° le mécanisme réflexe de l'amyotrophie de cause articulaire; 2° la participation active de la moelle à cette paralysie.

M. Raymond en 1880 institua une nouvelle série d'expériences physiologiques destinées à mettre en lumière les mêmes faits, et à donner à la théorie Vulpian-Charcot une base indiscutable.

Ces expériences, contrôlées et répétées à l'hôpital Saint-Antoine par Deroche (th. de Paris, 1880), consistent principalement à reproduire les expériences de Valtat, sur les deux membres à la fois d'un même animal. D'un côté les choses se passent ainsi que nous l'avons vu déjà; mais de l'autre on prend soin de sectionner les racines postérieures au niveau de l'étage de la moelle correspondant. L'arc réflexe étant ainsi brisé, les expérimentateurs ont pu constater deux choses : l'atrophie ne se produit que du côté où les racines postérieures sont intactes, enfin les lésions de la moelle sont peu apparentes et doivent être considérées comme étant d'ordre dynamique.

Si l'amyotrophie de cause articulaire possède un cadre nosographique complet, et une pathogénie authentique, il convient maintenant d'établir que la participation de la moelle peut être très variable, et ici le champ de l'observation s'élargit singulièrement.

En effet, les arthrites traumatiques sont loin d'être les seules à produire des accidents nerveux à distance; on peut dire avec M. Klippel que toute articulation lésée retentit plus ou moins sur son centre médullaire, il n'y a là qu'une question de degré.

Que ces affections soient de nature rhumatismale, goutteuse, blennorrhagique, streptococcique ou tuberculeuse, dans tous les cas l'influence de la moelle sur l'amyotrophie ne peut être mise en doute.

Mais, il faut se hâter de le dire, la plupart du temps ces amyotrophies réflexes ne reconnaissent pour cause qu'une simple modification de l'action du système nerveux, que faute de moyens de contrôle suffisants on est encore obligé de qualifier de dynamique.

Il est à supposer que cette lacune ne tardera pas à être comblée, mais en attendant nous sommes obligés de continuer à considérer avec Charcot, deux formes ou plutôt deux degrés à la paralysie réflexe : la première sera constituée, si l'on veut, par une phase d'épuisement de la cellule ganglionnaire, cet état peut donner lieu à des parésies et à des amyotrophies passagères, essentiellement curables et d'une durée en général éphémère, une grande partie de ces cas peuvent échapper à l'observation; mais, pour peu que le terrain soit préparé, soit par une déchéance héréditaire, soit par une vulnérabilité spéciale acquise, cette altération purement dynamique peut devenir le point de départ de véritables lésions organiques (lésions atrophiques de la corne antérieure de la moelle constatées à l'autopsie), et pouvant aboutir à former des paralysies absolument incurables.

L'hypothèse de Charcot, en effet, nous permet de comprendre pourquoi la parésie et le spasme peuvent coexister dans un même muscle à divers degrés, ou dans plusieurs muscles voisins.

Enfin, pour revenir à notre point de départ, cette même hypothèse nous permet de nous expliquer jusqu'à un certain point pourquoi ces déplacements secondaires de l'humérus sont exceptionnels et ne se montrent pas chaque fois que le deltoïde est paralysé. Si l'on admet au contraire que les seules paralysies d'origine myélopa-

1. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 333.
2. Valtat, th. de Paris, 1877.
3. Klippel, *Bull. Soc. anat.*, 18 novembre 1887 et janvier 1888.

thique accompagnent les déplacements secondaires passifs, les choses prennent un autre aspect, car nous retrouvons la laxité articulaire dans presque toutes les maladies de la moelle localisées précisément sur les cornes antérieures, telles que le tabès, la poliomyélite antérieure, et ses deux formes les plus ordinaires, la paralysie infantile et la maladie de Landry.

Il est donc important de distinguer dès le début une paralysie du deltoïde à étiologie myélopathique d'une paralysie de cause névritique; nous avons dans ce but représenté les principaux signes qui permettent de reconnaître ces deux sortes de paralysie sous forme de tableau.

PARALYSIE RÉFLEXE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.	NÉVRITE TRAUMATIQUE.
Pas de troubles de la sensibilité cutanée.	Anesthésie limitée au territoire du nerf lésé.
Parésie accompagnée de raideur amyotophie rapide.	Paralysie flasque amyotrophie généralement assez lente.
Réflexes exagérés.	Réflexes normaux ou diminués.
Excitabilité mécanique exagérée.	Excitabilité normale.
Trépidation épileptoïde du muscle paralysé ou des muscles voisins.	Pas de spasme; intégrité absolue du territoire voisin.
Durée indéterminée.	Facile à déterminer d'après l'importance de l'altération de l'excitabilité électrique.
Persistance de l'excitabilité faradique et galvanique du nerf moteur.	Inexcitabilité du nerf au courant faradique.
Diminution de l'excitabilité faradique et galvanique du muscle. Jamais d'hyperexcitab. galvanique.	Abolition de l'excitabilité du courant faradique. Hyperexcitabilité au courant galvanique avec inversion de formule (D. R.).

Il nous reste à démontrer que les paralysies du deltoïde par traumatisme du circonflexe ou du plexus braxial ne s'accompagnent pas de laxité articulaire, et ne concourent jamais à produire le déplacement permanent de la tête humérale : deux ordres de faits nous paraissent établir cette démonstration :

1° Dans les six cas que nous avons pu observer longuement, joints aux six cas rapportés par M. Hennequin, il est de toute évidence qu'il ne s'agit pas de paralysie névritique.

2° On trouve dans la littérature médicale de nombreuses observations de paralysie du circonflexe consécutives à une luxation de l'épaule, jamais on ne trouve signalé le déplacement secondaire passif de la tête humérale.

Nous nous croyons donc autorisé à formuler les conclusions suivantes :

Dans les cas où consécutivement à une luxation de l'épaule il y a paralysie du deltoïde et déplacement secondaire de l'humérus, cette paralysie est myélopathique et répond au type de la paralysie spasmodique amyotrophique ou paralysie réflexe de cause articulaire.

Réciproquement cette origine myélopathique permet d'expliquer ce déplacement et cette laxité articulaires; ce déplacement ne se produit pas lorsque la paralysie reconnaît une autre cause.

Observation I. — *D..., peintre en bâtiments, 66 ans. Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche avec fracture partielle de la partie antérieure de la cavité glénoïde, réduction facile, paralysie spasmodique amyotrophique du deltoïde et déplacement secondaire passif de l'humérus.*

Le malade ne présente pas d'antécédents pathologiques intéressants, il ne montre aucun signe accusé d'alcoolisme ni de saturnisme. Le 27 octobre 1895, il tombe d'une hauteur de 1 m. 50 environ sur ses pieds, il trébuche et va heurter de l'épaule un mur voisin. On le relève et on le reconduit à son domicile un peu étourdi. Le lendemain matin il s'aperçoit qu'il ne peut se servir de son bras, ne peut s'habiller seul; il vient à l'hôpital le 7 décembre, n'ayant consulté aucun médecin ni rien tenté pour remédier à son infirmité. Le lendemain 8 décembre, à la visite du matin, on constate une ecchymose assez étendue siégeant à la face interne du bras gauche sur le trajet des vaisseaux. La saillie du deltoïde a disparu pour faire place à une légère encoche sous-acromiale. Le bras est en légère adduction mais peut être mis, sans peine, en contact avec le tronc.

En imprimant des mouvements de rotation, on perçoit une crépitation rauque, cartilagineuse dans la région de l'aisselle. On s'assure en même temps que la tête se trouve sous le coracoïde très en dedans.

Les doigts explorant l'aisselle, c'est à peine si on peut sentir les deux tiers environ de la tête humérale; en revanche on sent nettement une saillie dure, à arêtes vives, du volume de la dernière phalange du pouce environ, collée sur la face interne de l'utérus, mobile sur lui, et dont le grand axe est dirigé d'avant en arrière.

La réduction s'opère sous le chloroforme, elle est très facile par traction simple avec propulsion simultanée de la tête; celle-ci se réduit avec craquement, et du coup la saillie axillaire disparaît. Contention sévère immobilisant tout le bras.

Après trois semaines l'écharpe est retirée, et on constate que le malade ne peut imprimer aucun mouvement d'abduction ou d'élévation du bras. A la consultation d'électrothérapie où il nous est adressé, nous constatons une atrophie notable du deltoïde avec paralysie complète de ce muscle. La tête humérale est légèrement abaissée et il existe une petite rigole circulaire au-dessous de l'acromion.

En soulevant le bras de haut en bas on replace facilement la tête humérale dans sa cavité articulaire; la même réduction s'obtient en faisant contracter le biceps et le coraco-brachial, si on tire sur l'avant-bras demi fléchi.

A l'exploration électrique, on constate que le nerf circonflexe est excitable à peu près normalement, tandis que le deltoïde est presque inexcitable au courant faradique (rapprochement des bobines 10 centim. à droite, 3 centim. à gauche).

La contractilité galvanique est également très diminuée, mais il y a inversion de la formule, et les secousses sont lentes (KFs $<$ An Fs).

La sensibilité de la région moyenne du deltoïde est conservée.

La percussion du muscle pratiquée avec la pulpe de l'index donne une contraction nette du faisceau percuté. Si on écarte le bras du tronc, celui-ci retombe avec raideur, les réflexes du coude et du poignet sont manifestement exagérés.

Ce malade a été suivi pendant 4 mois sans que sa paralysie ait montré une tendance à l'amélioration, ni que le déplacement de l'humérus ait augmenté ou diminué. Un fragment du muscle prélevé au moyen du harpon de Duchenne et examiné au microscope par M. Mignot n'a pas montré d'altération de structure.

Obs. II. — M. K..., 65 ans, 108, rue de la Jonquière. Luxation de l'épaule gauche le 3 septembre 1893, réduction le 5, ablation de l'écharpe le 15. Paralysie du deltoïde, déplacement secondaire passif de l'humérus avec allongement du bras de 4 centimètres; parésie du biceps, des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, répartie sur le membre entier à peu près uniformément, impotence fonctionnelle presque absolue. Pression des doigts nulle au dynamomètre.

Obs. III. — *G..., 64 ans, rue Doudeauville. Contusion de l'épaule. Paralysie spasmodique amyotrophique ayant intéressé les muscles deltoïde, biceps, triceps, sous-épineux, guérison partielle, pas de déplacement secondaire.*

Le malade se présente à notre consultation le 28 octobre 1896, 8 jours après avoir fait une chute dans un escalier. Ce traumatisme n'avait provoqué aucune lésion anatomique apparente, ni fracture, ni luxation, ni plaie. Il s'était relevé seul, un peu étourdi, mais ne croyant s'être fait aucun mal. Au bout de 2 jours son bras droit, qui avait été particulièrement froissé lui semble engourdi et lourd. Puis éclatent des douleurs, vives, continues, dans la région cervicale droite, s'irradiant vers l'épaule et le bras du même côté, et qui l'empêchent de dormir. Il attribue à ces douleurs l'impotence fonctionnelle dont il se plaint.

Le bras droit est pendant le long du corps le malade ne peut ni le détacher du tronc, ni le porter en avant ou en arrière. L'avant-bras peut-être fléchi sur le bras, mais le malade n'oppose qu'une faible résistance lorsqu'on tire sur le poignet, l'avant-bras fléchi. De même, le malade développe très peu de force dans le mouvement d'extension de l'avant-bras. Le long supinateur et tous les muscles de l'avant-bras sont sains. La main développe une force de 32 kilos à droite et à gauche au dynamomètre.

L'atrophie des muscles sous-épineux, deltoïde, biceps, et triceps, est nettement apparente, et en réalité l'impotence fonctionnelle tient à la parésie plus ou moins complète de ces 4 muscles.

La sensibilité de la région est intacte.

Les réflexes du coude et du poignet comparés à ceux du côté gauche sont très nettement exagérés. La percussion directe des muscles malades donne également une réaction exagérée. Enfin si on excite violemment le biceps soit par une traction brusque sur l'avant-bras fléchi, soit par une excitation électrique un peu forte, on voit l'avant-bras agité par une série de secousses myocloniques qui durent pendant l'espace d'une demi-minute environ (phénomène comparable à la trépidation épileptoïde du pied). De plus, si on écarte le coude du tronc ou si on porte le bras en dehors, celui-ci retombe avec brusquerie et raideur.

Les réactions électriques sont les suivantes :

La résistance électrique prise entre la nuque et le corps du deltoïde, est de 1 640 ohms à droite, et 2 500 ohms à gauche, sous une différence de potentiel de 15 volts. Le nerf axillaire excité dans le triangle sous-claviculaire répond normalement aux deux sortes de courant.

Le deltoïde présente une grande diminution de l'excitabilité faradique (12 centim. à gauche, 6 centim. à droite). Les réactions galvaniques sont également diminuées. Les biceps, triceps, et sous-épineux présentent le même genre de réaction quoique à un degré notablement moindre.

Le traitement électrique commencé séance tenante consiste à pratiquer une forte révulsion sur la région malade au moyen du pinceau faradique.

Le 10 novembre les douleurs ont disparu; le biceps et le triceps se contractent mieux, le malade peut porter les aliments à sa bouche.

Le deltoïde paraît au contraire plus inerte que le premier jour, les réactions galvaniques indiquent des secousses un peu lentes mais sans inversion de formule.

Le 20 novembre l'excitabilité du muscle au courant faradique est extrêmement faible, les secousses galvaniques sont renversées (KFS $<$ An FS.) et sont très lentes; l'atrophie du deltoïde s'est encore légèrement accentuée.

Le 10 janvier 1897, l'excitabilité faradique n'est pas éteinte dans le deltoïde ni dans le nerf axillaire. Le courant galvanique donne toujours des secousses lentes dans le deltoïde avec prédominance de la secousse anodale.

L'impotence fonctionnelle est limitée à la paralysie du deltoïde, les biceps, triceps, et sous-épineux ont repris leur valeur et leur vigueur normales. Il est à noter enfin que les phénomènes spasmodiques du début ont disparu à cette époque.

Actuellement, 15 février, l'état est stationnaire.

REVUE DES CONGRÈS

XXVIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu de Berlin du 13 au 16 Avril 1898.

De l'anesthésie locale.

M. Hackenbruch (de Wiesbaden) a exposé la méthode dont il se sert depuis 1893 pour obtenir l'analgésie locale. Il commence par appliquer une ligature élastique autour de la partie centrale du membre sur lequel doit porter l'intervention, puis il injecte de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution renfermant 0.50 p. 100 de cocaïne et autant d'eucaïne, solution portée préalablement à une température voisine de celle du corps. Cette injection est pratiquée en deux points opposés, du côté périphérique de la ligature élastique. L'injection d'un mélange d'eucaïne et de cocaïne ne provoque pas la douleur que causerait l'eucaïne employée seule, et elle est moins toxique qu'une solution de cocaïne ayant la même puissance analgésique.

S'il s'agit de lier la veine saphène, il se contente d'une injection intradermique d'après le procédé de M. Reclus, sans faire d'injection dans les tissus profonds suivant la méthode de M. Schleich. Quant aux abcès et aux tumeurs de petites dimensions, il les circonscrit par des injections intradermiques généralement disposées en forme de losange. Lorsque il a affaire à des malades très sensibles, il fait précéder l'injection d'une application de chlorure d'éthyle. Pour les opérations plus étendues, il emploie de préférence la méthode d'infiltration des tissus par une solution faible de cocaïne, en se conformant à la technique décrite par M. Schleich. Le malade ne doit pas être opéré à jeun, et, pour éviter des accidents fâcheux, il doit garder, pendant les 15 premières minutes qui suivent l'intervention le repos dans le décubitus horizontal.

M. H. Braun (de Leipzig) a étudié les différents facteurs physiologiques dont il convient de tenir compte relativement à l'action de l'anesthésie par infiltration.

Le premier de ces facteurs réside dans la température de la solution, et le second, qui est en même temps le plus important, dans la pression osmotique. Cette dernière dépend de la concentration de la solution et correspond, de ce fait, au point de congélation, c'est-à-dire que toutes les solutions ayant la même température de congélation provoquent dans les tissus la même tension osmotique. Plus le point de congélation se rapproche de celui des tissus de l'organisme humain, plus la solution est indifférente. En prenant les solutions de chlorure de sodium, il a trouvé que la solution indifférente est représentée par une concentration de 0,9 p. 100.

Pour la cocaïne, la solution indifférente, au point de vue osmotique, serait de 5,8 p. 100. Plus une solution s'éloigne de la concentration indifférente, plus elle irrite les tissus, en produisant ultérieurement un certain degré d'anesthésie : celle-ci atteint son maximum avec l'injection d'eau absolument pure.

Cette anesthésie est cependant de beaucoup inférieure à celle que détermine l'injection de solutions de certains alcaloïdes possédant le pouvoir spécifique de l'anesthésie locale. Les seuls qui peuvent entrer en ligne de compte sont la cocaïne et l'eucaïne. Leur puissance anesthésiante se manifeste de la manière la plus nette quand on les dissout dans une solution physiologique de chlorure de sodium, et ils atteignent leur effet maximum lorsqu'on les injecte à la température du corps, sans que toutefois la température de la solution soit capable de modifier sensiblement leur action. L'adjonction d'une petite quantité de morphine, préconisée par M. Schleich, ne présente aucun avantage, la morphine n'agissant pas sur les terminaisons périphériques des nerfs sensibles; elle paraîtrait plutôt nuisible, en ce sens qu'elle provoque facilement un œdème local considérable, tel qu'on l'observe parfois après les piqûres de morphine. La réfrigération préalable du point d'injection n'est pas à recommander, puisque cette manœuvre est plus douloureuse que l'introduction de la canule elle-même.

Relativement à l'anesthésie locale par infiltration, M. Braun

estime qu'elle constitue la méthode de choix, en raison de son innocuité. Elle a cependant pour inconvénient de donner une consistance uniforme aux divers tissus, et pour cette raison elle est contre-indiquée dans l'extirpation des néoplasmes malins, ainsi que pour le traitement des suppurations diffuses. En ce qui concerne les opérations à exécuter sur les doigts et les orteils, la méthode imaginée par M. Oberst, laquelle consiste dans l'application de la ligature élastique combinée avec une injection circulaire de cocaïne, semble préférable. Quant au procédé d'anesthésie locale de M. Reclus, il est applicable dans des cas exceptionnels seulement, et M. Braun préfère la méthode de Schleich, à cause de la concentration plus faible des solutions employées par ce dernier chirurgien.

M. Rubinstein (de Berlin) s'est servi avec avantage de l'anesthésie par infiltration pour rendre indolores les injections iodoformées intra-articulaires et intra-osseuses. Dans le premier cas, il suffit d'infiltrer les parties de la capsule articulaires sur lesquelles on veut faire porter les injections iodoformées. Pour les injections intra-osseuses, on s'efforcera de faire pénétrer la solution anesthésiante au niveau du périoste.

M. Gottstein (de Breslau) fait observer que depuis qu'on utilise, à la clinique chirurgicale de Breslau, la méthode d'anesthésie locale de Schleich pour une grande partie d'opérations graves, le nombre des narcoses a considérablement diminué. Il mentionne, parmi ces interventions, des résections du pylore, des gastro-entérostomies, des gastrostomies, des résections de l'intestin, des opérations de goître. Un fait l'a particulièrement frappé : c'est la fréquence des pneumonies après les opérations abdominales, surtout chez les malades soumis à l'anesthésie locale. Ceci s'explique par cette considération que les malades opérés sans anesthésie générale étaient précisément ceux qui n'auraient guère supporté la narcose en raison de leur état de faiblesse, et qui, par là même, se trouvaient prédisposés aux bronchites et aux pneumonies. Il croit, d'autre part, que les sujets laparotomisés courent plus que d'autres le risque d'être atteints de bronchite, l'expectoration leur étant rendue difficile par la sensibilité de la plaie abdominale.

M. Mankiewicz croit que l'addition de morphine à la solution de Schleich est justifiée par l'intensité de la douleur post-opératoire que les malades accusent parfois après l'application de ce procédé. Il pense également que l'œdème noté dans certains cas ne saurait être attribué à la morphine.

M. Manz a cherché à utiliser l'anesthésie locale, combinée avec l'emploi de la ligature élastique, pour insensibiliser le pied et la main, en se servant d'une solution de cocaïne à 0,50 p. 100. Les résultats obtenus ayant été encourageants au point de vue de l'insensibilisation des tissus dans leur profondeur, il a appliqué le même procédé au bras, en pratiquant des injections sur le trajet des troncs nerveux. Il a réussi ainsi à exécuter, sans provoquer de souffrance, plusieurs opérations sur les os de l'avant-bras. L'application de la ligature élastique d'Esmarch étant cependant assez douloureuse, je poursuis des expériences à l'effet de la remplacer par un procédé moins pénible pour le patient.

M. Wohlgemuth fait observer que l'eucaïne est inférieure à la cocaïne en ce qui touche sa puissance analgésique et que, d'autre part, sa toxicité est plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent.

De la péritonite chronique non tuberculeuse.

M. Riedel. — La péritonite chronique non tuberculeuse, décrite depuis longtemps, est encore mal connue. On trouve, au point de vue anatomique, dans les cas récents, une couche de tissu conjonctif néoformé, recouvrant le mésentère et atteignant parfois une épaisseur de 2 millimètres. Dans les cas anciens, ce tissu est remplacé par des cicatrices blanchâtres provoquant une rétraction considérable de certaines parties du mésentère. Cette rétraction se manifeste principalement, soit par des dislocations et des coudures de l'intestin, notamment du côlon, soit par une ptose du rein droit. Dans la première éventualité, il se produit le plus souvent un rapprochement des deux extrémités de l'S iliaque, ce qui prédispose à la torsion de cette anse intestinale. Ce rapprochement s'accompagne, en outre, d'une coudure de la partie inférieure de l'S iliaque, susceptible de provoquer un iléus passager, et même des ulcérations avec perforation consécutive de l'intestin. Dans d'autres cas, un processus semblable s'établit, soit dans la région du côlon transverse, soit au niveau de l'extrémité inférieure de l'iléon. La palpation permet de reconnaître dans ce dernier cas une tumeur arrondie siégeant dans la région iléo-cæcale et pouvant en imposer pour une invagination.

Dans le second groupe, caractérisé par la dislocation du rein droit, il s'agit le plus souvent d'un déplacement du rein vers la colonne vertébrale, accompagné d'un mouvement du duodénum en sens inverse. Les patients, après avoir été atteints, pendant un laps de temps plus ou moins prolongé, de troubles gastriques vagues, finissent quelquefois par présenter le syndrome complet d'une affection des voies biliaires, avec ictère et même avec amaigrissement, phénomènes qui pourraient faire croire à l'existence d'un néoplasme malin. On constate, en outre, à la palpation, la présence d'une tumeur arrondie au niveau de la vésicule biliaire. Cette tumeur, qui donne facilement lieu à des erreurs de diagnostic, n'est autre chose que le rein et le duodénum fixés l'un sur l'autre et déplacés dans le sens indiqué. En pareille occurrence, l'opération est tout indiquée, et l'on assiste à une disparition rapide des symptômes dès que l'on a mobilisé le rein par la voie abdominale pour le fixer ensuite à sa place normale au moyen d'une iucision lombaire. D'autres fois, le rein est attiré vers la région iléo-cæcale, et le malade offre alors les signes d'une pérityphlite : dans ces cas, également l'intervention opératoire se trouve indiquée.

Chirurgie de l'estomac.

M. Krönlein (de Zurich) communique un résumé succint des 21 résections du pylore qu'il a pratiquées depuis l'année 1882, en faisant remarquer que les cas de résection constituent à peu près la 5e partie des faits de cancer stomacal qu'il a eu l'occasion d'observer. Pour opérer, il a suivi la première méthode de Billroth, à laquelle il n'a apporté aucune modification importante si ce n'est la manière de faire les sutures.

Il a perdu 5 malades des suites de l'opération, dont 3 sur les 4 premières interventions, et 2 sur les 17 dernières. Parmi les 16 malades guéris, 2 ont succombé ultérieurement à des maladies intercurrentes, et 8 à des récidives. Dans 2 de ces cas, la mort est survenue 3 ans après l'opération, chez 4 malades au bout de 2 ans, et chez 2 un an après l'intervention. La durée moyenne de la survie, pour les cas guéris temporairement, est donc de 507 jours. Parmi les 6 malades qui vivent encore aujourd'hui, 2 ont été opérés il y a 4 ans, et 4 il y a un an.

M. Schuchardt (de Stettin) a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de cancer diffus de l'estomac et a été obligé de réséquer l'estomac dans sa presque totalité : il ne restait, en effet, qu'une très petite partie du cardia, qu'on parvint aisément à réunir avec le duodénum. La séreuse pariétale était le siège de petites infiltrations d'aspect absolument cancéreux. Le malade, après avoir été bien portant pendant plus de 2 années, fut atteint d'une pleurésie de nature manifestement cancéreuse et mourut au mois de septembre dernier. On constata à l'autopsie la disparition des petits foyers néoplasiques du péritoine, tandis qu'il existait des métastases circonscrites au niveau de la plèvre. Quant à l'estomac, il était indemne de récidive, et sa capacité avait presque atteint le volume normal. L'examen histologique a montré que cette remarquable dilatation s'est effectuée en grande partie aux dépens de ce qui restait du cardia et, pour une faible part, aux dépens du duodénum.

M. Steudel (de Heildeberg) présente le tableau complet des opérations pratiquées par M. Czerny sur l'estomac jusqu'à la fin de l'an passé.

La mortalité opératoire, qui avait été de 45 p. 100 pendant la première année, s'est abaissée à 16 p. 100 en 1897, et elle présente une moyenne totale de 29 p. 100. Pour les 8 dernières résections du pylore, on a suivi 4 fois la méthode de Kocher, et on a pratiqué pour les 4 autres interventions la résection du pylore suivie de la gastro-entérostomie. La méthode de Kocher est un peu plus difficile, mais elle paraît assurer des suites opératoires plus faciles. Dans 3 cas, on avait l'intention de pratiquer d'abord la gastro-entérostomie, pour la compléter plus tard par l'extirpation du néoplasme; mais aux 3 fois la pre-

mière intervention avait tellement amélioré l'état des malades qu'ils ne voulurent pas se soumettre à une seconde opération.

Comme résultats définitifs, on compte 1 cas guéri depuis 7 ans 1/2 et 1 autre depuis 2 ans 1/2. Un sujet atteint de rétrécissement non cancéreux a été opéré il y a 15 ans, et dans la statistique figure encore un sarcome de l'estomac demeuré sans récidive depuis 8 ans.

Pour ce qui concerne la pyloroplastie, sur 9 malades, 2 seulement sont restés guéris définitivement. Dans ces cas, la cause du rétrécissement était indépendante du pylore lui-même. Pour 2 des 7 autres cas, il a fallu pratiquer plus tard la gastro-entérostomie.

Cette dernière opération est exécutée exclusivement à l'aide du bouton de Murphy, qui rend des services de plus en plus grands, et grâce auquel la mortalité de la gastro-entérostomie s'est abaissée de 12 p. 100. Depuis quelque temps, ce bouton ne cause plus d'inconvénients sérieux, et jamais non plus il ne reste dans l'estomac. La régurgitation du contenu intestinal dans l'estomac n'a été observée que très exceptionnellement.

Dans certains cas où l'on avait posé, au cours de l'opération, le diagnostic de cancer, on a enregistré, après la gastro-entérostomie, une survie de 2 ans à 5 ans 1/2. Ces observations permettent de supposer que la croissance des tumeurs malignes subit un certain arrêt du fait même de la laparotomie. Il conviendrait, du reste, pour préciser le diagnostic, de toujours exciser un petit fragment de la tumeur ou d'une de ses métastases.

Les rétrécissements non cancéreux fournissent presque sans exception d'excellents résultats. Les aliments traversent l'estomac plus rapidement qu'à l'état normal, et l'acidité est sensiblement diminuée. Dans certains cas, l'acide chlorhydrique libre fait entièrement défaut.

M. Doyen (de Paris) expose sa nouvelle méthode de résection de l'intestin et du pylore et son nouveau procédé de gastro-entérostomie, qui présentent le double avantage d'assurer une asepsie complète du champ opératoire et de diminuer considérablement la durée de l'intervention.

Sur 148 laparotomies pour diverses affections gastriques, M. Doyen a perdu 32 malades. Dans 66 cas, il s'agissait de cancer : 20 opérés morts; 82 opérations ont trait à des affections non cancéreuses et ont donné 12 décès. Les 57 dernières opérations n'ont fourni que 5 morts.

M. Mikulicz prenant en considération que l'envahissement de la muqueuse stomacale par la néoplasie se produit d'une manière variable suivant qu'on a affaire à la forme ulcéreuse et circonscrite ou à la forme infiltrante et diffuse, estime qu'il suffit, dans la première éventualité, d'extirper la paroi stomacale à une distance de 2 ou 3 centimètres du néoplasme, la seconde forme exige une ablation beaucoup plus large, cette variété de cancer se propageant par placards disséminés.

Au point de vue de l'extension de la néoplasie aux glandes lymphatiques, de distinguer 4 groupes de ganglions, dont le premier se trouve situé au niveau de la petite courbure et s'étend surtout du côté de l'œsophage; ce groupe est le plus important et il devrait toujours être extirpé aussi minutieusement que possible. Un second groupe longe la grande courbure, principalement du côté du pylore. Le troisième groupe est logé dans le grand épiploon, entre l'estomac et le côlon transverse; son ablation entraîne nécessairement la résection de cette portion de l'intestin, dans tous les cas où l'on est obligé de léser des vaisseaux importants. Enfin, le quatrième groupe, dont l'extirpation présente des difficultés particulières, est situé dans la région du pancréas; il arrive facilement au chirurgien de produire des lésions accidentelles des vaisseaux, des ligatures intempestives, telles que la ligature de l'artère splénique, par exemple, ou du canal cholédoque. Avec une asepsie rigoureuse, on ne doit plus craindre de voir éclater la péritonite, complication que facilitaient autrefois les lésions pancréatiques. Le danger d'infection est beaucoup moins grand avec le contenu intestinal que par les mains de l'opérateur. Dans les cas de résection étendue, les méthodes indiquées par Billroth ne suffisent plus : on doit alors, après résection du néoplasme et occlusion du duodénum, recourir à l'implantation du reste de l'estomac dans une anse jéjunale.

M. Hahn (de Berlin) a pratiqué jusqu'à ce jour 28 résections de l'estomac pour cancer, et 137 gastro-entérostomies, dont 21 pour rétrécissements non cancéreux.

Sur les 28 résections, 10 malades ont succombé aux suites opératoires. La mortalité maxima a frappé les individus âgés de moins de 40 et de plus de 60 ans. 12 malades sont morts ultérieurement, et, dans 3 cas, on a été obligé de compléter la résection de l'estomac par une gastro-entérostomie. De 6 malades qui vivent encore actuellement, l'un a été opéré il y a 7 ans, un second il y a 4 ans, 2 autres il y a 2 ans et les 2 derniers il y a 1 an.

M. Hahn est donc d'avis de ne pas faire la résection de l'estomac chez les malades ayant franchi la soixantaine. Il croit, en outre, que, chez des sujets très affaiblis, on aura tout avantage à faire précéder la résection de l'estomac, de la gastro-entérostomie.

M. Krönlein tient à préciser les termes de « résection » et « d'extirpation de l'estomac », dont l'emploi paraît prêter à confusion. Il faut, pour que l'opération soit désignée sous le nom « d'extirpation totale », que tout l'estomac, y compris le pylore et le cardia, ait été enlevé. Or, ces conditions n'ont été réalisées et vérifiées par le microscope que chez la malade opérée par M. Schlatter dans son service. Tous les autres faits communiqués jusqu'à ce jour ne doivent être considérés que comme des résections de l'estomac.

M. Jordan (de Heidelberg) a eu l'occasion d'observer une malade atteinte depuis fort longtemps de gastralgie, de vomissements et d'amaigrissement. Croyant à un rétrécissement consécutif à un ulcère du pylore, il pratiqua la laparotomie et trouva l'estomac absolument normal, ce qui lui fit poser le diagnostic d'affection gastrique de nature nerveuse. Les symptômes douloureux disparurent pendant 3 ou 4 mois, pour revenir plus tard, mais à un degré moins prononcé qu'auparavant.

M. Gussenbauer (de Vienne) a pratiqué jusqu'à présent 13 résections du pylore, avec 9 guérisons et 16 gastro-entérostomies dont 12 pour cancer. La mortalité de cette opération a été plus grande que celle de la résection de l'estomac, parce que M. Gussenbauer réserve la gastro-entérostomie pour les cas les plus graves, en pratiquant, autant que possible, la résection du néoplasme.

M. von Hacker (d'Innsbruck) connaît un sujet atteint de cancer de l'estomac, qui a été opéré à la clinique de Billroth il y a 8 ans et qui est resté sans récidive jusqu'à l'heure actulle. Sur 9 cas personnels, il n'a eu qu'un seul décès, et il compte une guérison qui dure depuis 6 ans. Chez ce malade, il a trouvé des infiltrations du péritoine probablement carcinomateuses. La nature maligne du néoplasme a, du reste, été vérifiée par le microscope.

M. Karg (de Zwickau) a pratiqué 40 opérations pour des cancers de l'estomac, parmi lesquelles 18 résections du pylore, avec 8 guérisons. Un de ses malades, opéré il y a 3 ans, vit encore et n'offre pas de signes de récidive; chez un autre, auquel on a été obligé de réséquer le pancréas, la guérison persiste depuis 2 ans 1/2. Un troisième patient, opéré d'après la méthode de Kocher et auquel on avait enlevé la plus grande partie de l'estomac, se trouvait en bonne santé 2 ans après l'intervention.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) relate un cas de résection presque complète de l'estomac, pour un cancer infiltrant, dans lequel la guérison se maintient depuis 1 an 1/2.

M. Kauch (de Breslau) dit que, contrairement aux expériences faites à la clinique de M. Czerny, les résultats obtenus par la pyloroplastie dans le service de M. Mikulicz sont très satisfaisants.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Pompéani (F). *Toxine et antitoxine du gonocoque.* N° 170. (Imp. Guérin.)

Mlle Volper (Raïssa). *Des troubles trophiques dans la lèpre.* N° 197. (G. Carré et C. Naud.)

M. Loiselet (Edmond). *Essai sur certains états infectieux attribués à la grippe.* N° 193. (A. Maloine.)

Dauphin (Léon). *Les causes d'ordre général dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique.* N° 191. (Soc. d'Ed. Scient.)

M. Desvaux (Georges). *Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.* N° 128. (G. Steinheil.)

M. Pichot (Camille). *Quelques considérations sur la peptonurie.* N° 260. (P. Delmas.)

Voici, de l'ensemble de ce travail, les conclusions que l'on peut tirer :

1° Les résultats incomplets des recherches de Finger, Eraud et Hugounenq, Wertheim, Wasserman, Schaeffer et Nicolaysen, sur la toxine du gonocoque, pourraient tenir à deux causes principales, d'après M. Pompéani :

La biologie du gonocoque et les conditions insuffisantes des expériences.

Les uns n'ont pas expérimenté avec le gonocoque.

Les autres se sont servis de cultures trop peu virulentes ou bien leur procédé de filtration des cultures ne permettait pas le passage de la toxine du gonocoque dans le liquide filtré.

L'étude de la toxine du gonocoque demande certaines conditions déterminées :

1° Des cultures très virulentes.

2° Un milieu liquide commode et facile à obtenir, à préparer, à stériliser.

3° Un procédé de filtration des cultures qui laisse passer la toxine dans le liquide filtré.

Le sérum pur et coagulé de lapin; le milieu : liquide d'ascite obtenu et préparé suivant le procédé de J. de Christmas, le procédé de filtration du même auteur, remplissent ces conditions.

La toxine du gonocoque produit chez les animaux, chez l'homme, des effets généraux ou locaux, marqués surtout par :

1° Une perte de poids;

2° Une action phlogogène.

Celles-ci sont manifestes et constantes, proportionnelles aux doses injectées.

Les injections de toxine du gonocoque confèrent d'après l'auteur, au sérum du lapin, de la chèvre, un pouvoir antitoxique.

Le pouvoir antitoxique du sérum de chèvre est progressif. Expérimenté chez le lapin, il prévient la perte de poids, atténue d'une façon très sensible l'action phlogogène due à la gonotoxine.

La valeur thérapeutique de ce sérum est une question prématurée pour le moment, à cause de l'immunisation longue à obtenir chez la chèvre.

Les altérations qu'on observe pendant l'évolution de la lèpre sont de deux ordres. Les unes sont *directement* imputables à la germination du bacille du Hansen dans les tissus : telles sont les macules, les tubercules, la névrite hyperplasique des gros troncs nerveux, la rhinite et l'orchite lépreuses. — Les autres ne relèvent qu'indirectement de l'agent spécifique de la lèpre, et, l'intermédiaire entre le bacille et les tissus lésés, c'est le système nerveux. Dans cette seconde catégorie, il faut faire entrer toutes les manifestations vaso-motrices, sécrétoires ou trophiques qui ne font jamais défaut dans la lèpre, et qu'étudie Mlle Volper dans sa thèse.

L'existence, à peu près constante, d'une névrite à la fois interstitielle et parenchymateuse, dans la lèpre, est un fait établi depuis fort longtemps. Mais il ne s'ensuit pas qu'il faille rapporter à la névrite périphérique toutes les altérations trophiques de la peau, des muscles et du squelette. La répartition des troubles sensitifs et des amyotrophies porte à penser que *des lésions radiculo-spinales peuvent s'associer aux lésions névritiques*, en particulier dans la lèpre tropho-neurotique.

Du reste, des altérations matérielles du système nerveux central ont été signalées.

M. Looft a observé la sclérose des racines et des cordons postérieurs.

M. Jeanselme a vu, dans plusieurs cas, des scléroses systématisées intéressant les cordons de Goll, les zones radiculaires postéro-internes et les zones cornu-commissurales; les zones de Lissauer, le réseau des colonnes de Clarke étaient respectés; les racines postérieures n'étaient pas dégénérées. Les cordons antéro-latéraux étaient également envahis par la sclérose.

M. Babès a trouvé dans 9 cas le bacille de la lèpre, soit dans les ganglions spino-postérieurs, soit dans les grandes cellules motrices des cornes antérieures.

L'hypothèse sur le rôle des lésions centrales dans les troubles trophiques de la lèpre, soutenue Mlle Volper, s'appuie donc sur un ensemble important de faits.

Pendant les épidémies de grippe, on a souvent englobé dans cette maladie certains états infectieux qui n'étaient que des maladies banales, telles que courbatures fébriles, affections thoraciques, embarras gastriques, angines, etc.

D'après M. Loiselet, la multiplicité des symptômes, les différences de pronostic, les grandes variétés de microorganismes qui ont été rencontrées par un grand nombre d'auteurs, prouvent que l'accord est loin d'être fait sur cette question et qu'il est utile de différencier nettement ces états infectieux avec la grippe.

Pour M. Dauphin, on doit tenir grand compte de l'état général dans l'étiologie de la paralysie faciale qui peut être favorisée :

1° Par différents états infectieux (syphilis, tuberculose, pneumonie, etc.);

2° Par certaines intoxications;

3° Par une prédisposition spéciale du système nerveux;

4° Par les maladies dyscrasiques (diabète, rhumatisme).

Lorsque ces causes d'ordre général ne se présentent pas, il s'agit presque toujours d'une paralysie bénigne.

Dans son importante thèse, M. Desvaux établit d'abord que si la syphilis héréditaire est certainement un des facteurs les plus importants dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse, au point de vue clinique, il n'y a aucune différence entre une kératite parenchymateuse primitive et une kératite parenchymateuse secondaire. La clinique, l'anatomie, l'expérimentation démontrent que cette kératite, même primitive, présente un processus morbide étendu au tractus uvéal.

En outre, la syphilis héréditaire ou acquise sont loin d'être les seules causes de kératite parenchymateuse, car dans 30 à 50 p. 100 des cas, il est impossible de retrouver cette étiologie. De plus, on retrouve cette kératite parenchymateuse chez les animaux réfractaires à la syphilis.

Après la syphilis, la tuberculose est une des causes les plus fréquentes de cette affection. L'auteur a trouvé cette étiologie chez un grand nombre de nos malades, et Von Hippel a démontré anatomiquement que la kératite parenchymateuse peut être causée par une infection tuberculeuse. L'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte, les affections utérines sont, après la syphilis et la tuberculose, les causes les plus fréquentes de la kératite parenchymateuse diffuse.

Dans la plupart des cas, les injections profondes d'huile biiodurée d'hydrargyre donnent de bons résultats; l'iodure de potassium, administré ensuite, achève la guérison. L'iodoforme, à l'intérieur, dans la tuberculose surtout et dans la scrofule, a souvent bien réussi. La paracentèse de la chambre antérieure et l'iridectomie peuvent être favorables dans les cas chroniques.

On devra toujours instituer en même temps un traitement général et reconstituant.

Dans l'état actuel de la science, on ne saurait encore, d'après M. Pichot, attacher une grande importance au symptôme peptonurie; il n'accompagne pas presque constamment la résolution d'un état phlegmasique, une altération hépatique ou rénale.

Pour lui on a exagéré la fréquence de la peptonurie ou du moins les cas qui en ont été publiés n'en étaient pas véritablement. Sur 94 malades, 8 fois seulement les recherches de l'auteur ont été positives. Et encore une fois, la peptonurie était pour ainsi dire physiologique puisqu'elle ne s'observait qu'après l'administration d'un lavement de peptone.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Avril 1898.

Radiographies instantanées.

M. Pinard présente une série de radiographies obtenues par le procédé dit instantané. Ce sont des radiographies de bassin de fœtus, obtenues après trois secondes de pose, et de bassins normaux et viciés de femmes adultes, obtenues en soixante-dix secondes.

Traitement médical de l'épilepsie.

M. Maurice de Fleury, opposant au traitement chirurgical récemment préconisé le traitement hygiénique et médical du mal comitial, propose deux ordres de moyens : les uns visant l'hygiène du tube digestif (régime alimentaire, lavage de l'intestin, lavage de l'estomac); les autres ayant trait à l'hygiène de l'appareil circulatoire (médicaments cardiaques, injections de sérum, etc.). Les injections de sérum accroissent dans de fortes proportions les effets du bromure, auquel on doit les associer; elles ont, en outre, l'avantage d'être diurétiques, de relever la pression artérielle, de maintenir l'intégrité des fonctions intellectuelles, d'améliorer le caractère et l'état mental. Dans les cas graves, M. de Fleury propose le lavage du sang (saignée et transfusion de sérum artificiel combinés). Basé sur cette idée, que bien des cas de mal comitial sont dus à des troubles digestifs suivis d'auto-intoxication, ce traitement donnerait des résultats nettement supérieurs au traitement simple par le bromure.

Déclaration de la lèpre.

M. Proust propose, au nom du Conseil d'hygiène, l'inscription de la lèpre sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en Algérie. Les conclusions de son rapport sont adoptées par l'Académie.

M. Hallopeau, qui a eu, pendant le dernier semestre, à donner des soins à plus de vingt lépreux français, demande que la déclaration soit aussi décrétée obligatoire en France.

M. Brouardel ne pense pas que la lèpre soit encore devenue une maladie assez répandue pour nécessiter cette mesure.

Infériorité physiologique des tissus.

M. Tuffier. — Un grand nombre d'états pathologiques tels que certaines dilatations de l'estomac, le rein mobile, certains prolapsus utérins, un grand nombre de hernies acquises qui sont considérés et traités comme des entités morbides ne sont souvent que des expressions d'une maladie générale, congénitale ou acquise.

Quant à l'entéroptose, il est peu probable que l'insuffisance des ligaments coliques puisse être la source de tant d'accidents; c'est prendre pour cause ce qui n'est qu'un effet secondaire.

Chez l'adulte, l'affection typique et généralisée est facile à reconnaître, mais le tableau est rarement complet; les formes localisées ou les lésions associées sont fréquentes. Qu'elle soit localisée ou généralisée, l'affection marche lentement; elle est essentiellement chronique.

La maladie généralisée ne relève que de la médecine. Les douches, le massage, les frictions, l'hygiène générale, le régime alimentaire, bien conduits et poursuivis avec grande persévérance, constituent des moyens qui soulagent les malades dans presque tous les cas. Ce sont les états névropathiques adjacents qui sont le plus réfractaires. Les formes localisées sont justiciables de la même thérapeutique au début. La chirurgie n'entre en jeu que pour réduire l'organe déplacé, le maintenir ou le fixer; mais il est absolument nécessaire de remplir deux conditions : 1° l'organe attaqué doit être certainement l'origine unique ou principale des accidents multiples observés; 2° tous les moyens médicaux doivent être épuisés. Ces deux conditions sont d'autant plus nécessaires que le succès opératoire, pour très brillant qu'il soit, peut être suivi d'un succès thérapeutique éphémère; souvent même la récidive est fréquente à brève échéance chez ces malades dont les cicatrices ne valent pas mieux que les tissus normaux.

MÉDECINE PRATIQUE

A propos du traitement par le permanganate de potasse de l'empoisonnement par l'opium.

L'action du permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium a été confirmée de ces derniers temps de différents côtés.

Reckitt (1) a obtenu la disparition des phénomènes toxiques chez un malade qui avait absorbé 50 grammes de teinture d'opium, en lui faisant prendre 1 gr. 80 de permanganate de potasse en solution, de l'espace de 12 heures, en 5 doses.

Nitch Smith (2) dans un cas semblable, a eu recours avec succès à une dose plus forte. Après avoir essayé inutilement des injections de caféine, il donna 3 gr. 2 de permanganate qui amenèrent rapidement sa guérison.

Le permanganate de potasse d'ailleurs peut recevoir d'utiles adjuvants. C'est ainsi que dans un cas grave d'empoisonnement par la teinture d'opium, Blackburn (3) eut recours aux lavages de l'intestin avec une solution de permanganate à 1/5000. Il compléta le traitement par des inhalations d'oxygène, par la respiration artificielle. Enfin il fit des injections d'atropine et pratiqua une saignée qu'il fit suivre d'une injection intra-veineuse de sérum artificiel. Par tous ces moyens il put obtenir la guérison de son malade.

Traitement local des ulcérations douloureuses par l'orthoforme,

Par M. le Dr F. S. Yonge (4).

Les préparations les plus recommandables d'orthoforme paraissent être :

1° La *poudre* amorphe, seule ou mélangée avec une quantité égale de lycopode. Elle sera insufflée directement sur la surface malade, puisque l'orthoforme n'agit que sur les parties abrasées et que son influence est nulle sur les tissus environnants.

2° Les *pastilles*, de la formule :

Orthoforme.	0 gr. 20 à 0 gr. 30
Saccharine	0 gr. 015 milligr.
Glyco-gélatine.	Q. s.
Carmin.	

Ces pastilles sont utiles dans les affections de la bouche, des amygdales et du pharynx, mais moins que les deux préparations suivantes.

3° *Solution saturée d'orthoforme dans le collodion*, formant une sorte de vernis. C'est une préparation utile dans les cas où un ulcère est exposé à beaucoup de frottements; mais comme l'ap-

1. *Brit. med. Journ.*, 1897, 9 octobre.
2. *Lancet*, 30 octobre 1897.
3. *Med. niews*, 14 août 1897.
4. *British med. Journ*, 5 février 1898, n° 1936, p. 362.

plication est douloureuse il convient d'anesthésier d'abord l'ulcération avec la cocaïne ou l'orthoforme en poudre.

4° Le *spray*, solution d'orthoforme dans parties égales d'alcool rectifié et d'eau. C'est peut-être la meilleure manière d'administrer l'orthoforme pour les ulcérations nasales et laryngées. L'alcool s'évapore bientôt, laissant la poudre précipitée uniformément répartie sur les surfaces.

5° L'*onguent* à 10 p. 100.

6° La *solution aqueuse* à 10 p. 100 de chlorhydrate en badigeonnages.

L'action de l'orthoforme sur la muqueuse de la bouche, du naso-pharynx, du larynx, ne donne ni en poudre, ni en solution une anesthésie suffisante pour permettre l'action chirurgicale. Lorsque l'orthoforme est appliqué sur la langne, la face interne des joues, le pharynx, il se produit au bout de 5 minutes une sensation d'engourdissement, mais ce n'est pas de l'anesthésie véritable. L'effet sur le larynx est de réduire l'irritabilité réflexe; on observe au bout de 5 minutes une sensation comparable à celle qui résulte de l'application de la cocaïne. Cette anesthésie bien qu'éphémère permet l'introduction d'une sonde dans le larynx sans qu'il se produise de spasme laryngé ou de toux. La membrane muqueuse du nez peut aussi être incomplètement anesthésiée.

Mais, lorsque la muqueuse est mise à vif par une ulcération, l'anesthésie est complète. F. S. Yonge a éprouvé la valeur anesthésique de l'orthoforme chez 18 malades qui souffraient d'ulcérations douloureuses des voies supérieures de la respiration.

Il n'a noté d'effets toxiques dans aucun cas, mais de la sensation de brulûre, quelques minutes après l'application du chlorhydrate. L'orthoforme ne produit de résultat que s'il est appliqué directement sur la surface dénudée et y est maintenu.

Il ne se produisit aucune amélioration chez les malades souffrant de pharyngite catarrhale ou d'esquinancie.

On dit que le médicament à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme a de la valeur pour calmer les douleurs de l'ulcère ou du cancer de l'estomac. Dans des cas d'ulcère un soulagement complet a été obtenu pour une durée de 3 heures, et chez un malade atteint de cancer de l'estomac pour 12 heures. L'orthoforme est aussi utile dans les brûlures, les ulcérations de la vulve, la gonorrhée, etc.

L'action antiseptique de l'orthoforme est démontrée par la rapide diminution de l'exsudat purulent et la cicatrisation rapide de l'ulcération. Dans des cas de gonorrhée aiguë des injections d'orthoforme ont été suivies de la disparition des gonocoques en 4 jours.

Pour en revenir aux voies aériennes supérieures, l'orthoforme est appelé à remplacer la cocaïne, à cause de sa valeur anesthésique, de son innocuité et de son insolubilité, lorsque l'on désirera obtenir une anesthésie prolongée des surfaces ulcérées.

Le bromhydrate d'arécoline comme myotique et antiglaucomateux,

Par M. le Dr Lavagna (1).

Depuis 2 ans, M. le Dr Lavagna emploie, dans les cas de glaucome et toutes les fois qu'il veut amener une diminution de la tension et du diamètre de la pupille, le bromhydrate d'arécoline en solution aqueuse à 1 p. 100.

L'instillation d'une seule goutte produit une sensation de chaleur avec larmoiement et spasme de la paupière. Cet état d'irritation ne dure qu'une minute. A la suite, on trouve une hyperémie conjonctivale, avec une légère injection périkératinique qui disparaît en quelques minutes. Deux minutes après, se produisent des contractions cloniques de l'iris avec diminution du diamètre de la pupille. Le myosis dure au maximum 28 à 30 minutes. Au bout de ce temps, la pupille reprend peu à peu son état normal.

L'arécoline se conserve longtemps. Une solution aqueuse à 1 p. 100 avait encore toutes ses propriétés physiologiques au bout d'un an.

1. *Gazetta med. lomb.*, 1898, p. 55.

Tolérance pour la créosote,

Par M. le Dr W. Graham (1).

L'auteur rapporte l'histoire d'un tuberculeux qui prit pendant deux mois par la bouche de 12 à 15 grammes de créosote par jour et qui, très amélioré, quant à sa tuberculose, continue néanmoins à prendre le remède à la dose journalière de 6 à 8 grammes.

Jamais aucun inconvénient ne résulta de l'absorption de ces fortes doses. Pareille tolérance à l'égard de la créosote n'aurait pas été signalée. D'après de nombreux auteurs, la valeur thérapeutique de la créosote serait en raison directe de la tolérance du phthisique à son égard; le malade de M. Graham serait un exemple de plus à l'appui de cette opinion; car il fut rapidement mis en état de guérison apparente.

L'eucasine, nouvelle préparation alimentaire,

Par M. le Dr H. Weiss (de Vienne) (2).

L'eucasine est une nouvelle préparation alimentaire. Elle a pour élément principal la caséine du lait, corps albuminoïde concentré, qui a sur les autres, la viande en particulier, l'avantage d'une plus grande digestibilité, mais qui a l'inconvénient d'être peu soluble. Pour y remédier, le Dr Majert a eu l'idée de faire passer sur la caséine retirée du lait de vache un courant d'ammoniac, ce qui donne lieu à une combinaison nouvelle plus soluble.

C'est à ce corps nouveau qu'a été donné le nom d'eucasine. La petite quantité de AzH^3 que contient l'eucasine est sans inconvénient pour l'organisme, car, d'après Salkowski, l'ammoniaque sert bientôt à la formation de l'urée.

L'eucasine a été employée à la clinique du professeur Schrötter (de Vienne) dans un grand nombre de cas pour remédier à une alimentation insuffisante. Les résultats ont été remarquables, en particulier dans la phthisie, dans les affections stomacales, dans le diabète, dans les carcinomes, dans l'anémie, dans la leucémie, etc., en un mot, dans tous les cas où la nourriture est repoussée par le malade, et lorsque le lait est pris avec répugnance.

La dose est de deux à trois cuillerées à soupe par jour, soit sous forme de soupes, ou dans du lait, du chocolat, des liquides froids (vin, bière).

La valeur nutritive de l'eucasine est énorme.

D'après Salkowski, tandis que 100 gr. de la meilleure viande de bœuf ne contiennent que 20,63 p. 100 d'albuminoïdes, la même quantité d'eucasine en contient 95,65 p. 100.

Bronchite pneumococcique.

On peut observer, bien que rarement, la bronchite aiguë déterminée par le pneumocoque de Talamon-Fränkel qui laisse alors intact le parenchyme du poumon.

M. Lucibelli (3) donne l'observation de 2 malades qui contractèrent une bronchite pneumococcique dans le service hospitalier. Malgré l'élévation thermique et l'état général assez grave au début, les signes sthétoscopiques étaient ceux d'une bronchite à frigore légère. Les malades se remirent en quelques jours.

L'ensemencement des crachats (collants et rouillés) donna des cultures de pneumocoques qui, par l'inoculation à des lapines, furent reconnues peu virulentes.

Dionisi (1894) a rapporté 2 cas mortels de bronchite pneumococcique. Duflocq et Ménétrier (1890) avaient noté le contraste entre la gravité de l'état général et le peu de signes physiques existant du côté du poumon. — Il y a donc des cas de pneumococcie où le microbe n'envahit pas le parenchyme pulmonaire; il ne fait que la bronchite et l'infection générale,

1. *British medical Journal*, 15 janvier 1898, p. 144.
2. *Wiener klin. Woch.*, 1897, p. 1140.
3. *Wiener klin. Rundschau*, 1898, p. 114.

qui tantôt est grave (cas de Dionisi), tantôt légère (cas de Lucibelli).

Emploi du salophène contre la céphalée et l'influenza.

Dans ces derniers temps on a recommandé de différents côtés l'emploi du salophène contre la céphalée et l'influenza, ce qui, en raison de l'innocuité de ce médicament, est parfaitement rationnel (1).

Le salophène, que nous avons étudié ici même à différentes reprises, est, comme on le sait, un dérivé acétylparamidophénol-salicylique, un acétylparamidosalol. De même que le salol il se décompose dans l'intestin, sous l'influence du suc pancréatique, en acide salicylique et acétylparamidophénol. Ces deux produits sont éliminés par l'urine. Cette élimination se fait rapidement, et trois quarts d'heure déjà après l'absorption du salophène on retrouve ses éléments constituants dans l'urine.

Au point de vue thérapeutique, le salophène agit très rapidement dans la céphalée en général, dans la migraine, dans les névralgies faciales, dans les odontalgies et dans l'influenza.

On donne d'abord 1 gramme, dissous dans l'eau ou en cachets; une heure plus tard encore 1 gramme.

Enfin, dans l'influenza on le donne à doses fractionnées, de 50 centigrammes toutes les deux ou trois heures. La dose est diminuée progressivement en même temps que l'amélioration se manifeste.

Dans les épidémies d'influenza, le salophène donné à petites doses aurait une action prophylactique.

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb,

D'après M. le Dr Tardif (de Longué).

Voici un traitement simple et d'exécution facile, que MM. Chailloux et Tardif (de Longué) ont appliqué avec succès dans un très grand nombre de cas d'ongle incarné. M. Monprofit (d'Angers), qui a eu recours chez 10 malades à ce procédé, n'hésite pas à le recommander à ses confrères (2).

Le manuel opératoire est ainsi décrit par le Dr Tardif.

1° Avec une spatule très plate, ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière péri-unguéale, une mince couche d'ouate suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve recouvrir toute la partie saine de l'ongle;

2° Préparez une petite mèche d'ouate que vous roulez entre les doigts et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéale, à la limite où vous jugez les chairs saines;

3° Dans l'espèce de rainure ainsi formée et où vous n'apercevez que le bourrelet fongueux, mettez le nitrate de plomb régulièrement tassé, rabattez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus, ajoutez encore un peu d'ouate et placez une bande de gaze mouillée.

Le lendemain, enlevez ce pansement. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés de bon aspect. Replacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants.

Changez alors de tactique. Patiemment, en une ou deux séances, relevez ce bord avec un peu d'ouate que vous glissez dessous, cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites, faites un pansement sec, dites au malade de continuer ainsi, et c'est tout. L'ongle croîtra par-dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées, il aura repris son chemin normal, notre malade sera guéri.

Je crois pouvoir ajouter ceci : il n'y a pas un ongle incarné vulgaire dont on ne vienne à bout avec ce traitement patiemment suivi. S'il se reproduit (c'est assez rare), on recommence le traitement dès le début, et le patient ne s'aperçoit pour ainsi dire pas de son ennui. Des cinq malades que j'ai traités par ce procédé, un seul a eu jusqu'à présent une récidive, il s'est soigné lui-même. J'en ai opéré deux après avoir essayé des traitements variés avant que je connusse l'emploi du nitrate de plomb. Je revois parfois un de ces malades, il prétend à bon droit souffrir de ses chaussures. Je ne recommencerai sans doute pas de si tôt.

Ainsi donc : 1° désavantage du procédé : récidive possible sans doute, mais rare et qui provient infailliblement de ce que le malade ne surveille pas son ongle qui se développe, récidive possible à laquelle il est facile de parer en deux ou trois jours avec un seul pansement chaque matin.

2° Avantages : peu coûteux, facile à appliquer sans même être obligé le plus souvent de condamner le malade à l'absolu repos, peu douloureux, presque infaillible.

Le nitrate de plomb mérite donc dans la thérapeutique de l'ongle incarné une juste préférence, il doit reprendre la place qu'il a perdue.

FAITS CLINIQUES

Empoisonnement aigu par le sulfonal,

Par MM. les Drs Hoppe-Seyler et Ritter (de Berlin) (1).

Un homme de 23 ans ne présentant aucun trouble psychique, ayant toujours été bien portant, avait absorbé en une seule fois 50 grammes de sulfonal.

Lorsqu'on le vit, le lendemain soir seulement, il était étendu passivement dans le décubitus dorsal : aucune réaction, en l'appelant, en le pinçant ou en le piquant. Température 39°. Cyanose. Pouls petit au-dessus de 100. Râles humides disséminés dans la poitrine. La vessie remonte jusqu'au nombril. On retire environ 1 litre 1/2 d'urine rougeâtre acide contenant des traces d'albumine : pas d'hématoporphyrine, mais un peu d'urobiline.

On essaya inutilement les injections d'eau salée, les lavements froids, les injections de sérum artificiel; la mort survint au bout de 70 heures.

A l'autopsie on trouva de nombreux foyers d'infiltration dans les poumons. Thrombose de quelques vaisseaux pulmonaires. Ecchymoses étendue de la plèvre. Emphysème pulmonaire moyen. Hypérémie de la rate, du foie et des reins. Quelques ecchymoses sur la muqueuse de l'estomac, mais beaucoup plus nombreuses dans l'intestin.

L'examen microscopique montra qu'il y avait stase marquée de tous les organes, avec bronchopneumonie étendue et nécrose épithéliale du foie et des reins. Dans l'urine on retrouva du sulfonal pur.

Cet ensemble de symptômes est assez différent de celui qu'on observe dans l'intoxication chronique par le sulfonal. C'est pourquoi les Drs Hoppe-Seyler et Ritter cherchèrent à reproduire ces accidents sur les animaux afin de vérifier s'ils devraient être imputée à l'intoxication par le sulfonal seul. Les résultats furent positifs et ils purent, par des recherches ultérieures, établir que dans l'intoxication par le sulfonal il y a d'abord altération des globules rouges. Celle-ci amène primitivement la dégénérescence graisseuse, puis secondairement la nécrose des épithéliums du rein, du foie, de l'estomac. L'action du sulfonal sur les centres nerveux amène l'anesthésie des voies aériennes, d'où leur infection par reflux des mucosités naso-buccales et la bronchopneumonie consécutive. La dégénérescence du cœur amène l'hypérémie de tous les organes.

Pour ce qui est de l'issue mortelle dans ce cas, il faut faire remarquer qu'elle tient surtout au retard apporté dans le traitement. Le médecin ne fut appelé que le lendemain soir; c'est-

1. *Riv. clinica e terapeutica*, déc. 1897, p. 628.
2. *Anjou méd.*, 1898, n° 3. p. 69.

1. *Centralblatt für die ges. Therapie*, 1898, p. 139.

à-dire au moment où les voisins du malade s'étaient inquiétés de son absence.

Il n'est pas douteux qu'en agissant de bonne heure, il aurait été possible d'éliminer le poison en grande partie par des injections d'eau salée et des lavages intestinaux. Ce cas d'ailleurs ne permet pas de conclure à la toxicité du sulfonal qui s'est montré être un des meilleurs et des plus inoffensifs narcotiques que nous possédions.

Chorea minor par corps étranger de l'oreille. Guérison.

Par M. le Dr Max Breitung (de Cobourg) (1).

Une enfant de 13 ans qui avait eu 6 ans auparavant la diphthérie, avait conservé depuis cette époque de la dureté d'oreille. Amenée à la consultation du Dr Breitung (de Cobourg), celui-ci fut d'abord frappé de phénomènes marqués de chorée mineure. Interrogée sur l'existence de ces mouvements, la mère ne sut dire s'ils étaient apparus depuis la diphthérie, et ajouta qu'elle les avait toujours attribués au nervosisme de l'enfant. A l'examen de l'oreille, le Dr Breitung constata la présence d'un corps étranger en avant du tympan droit. En le retirant il trouva un petit fragment de plomb. 3 semaines après, les mouvements choréiques avaient disparu, et l'ouïe était redevenue normale.

Ce cas est intéressant, car il montre la nécessité de l'examen otologique, même en dehors de tout trouble auditif.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des médecins de France.

38e Assemblée générale tenue à Paris les 17 et 18 avril 1898.

La 38e assemblée de l'Association générale des médecins de France ne pouvait et ne devait aboutir qu'à des résolutions provisoires, marquant bien la transition entre une organisation que la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels va, sans doute, profondément modifier et des statuts nouveaux qui ne peuvent s'improviser.

C'est ce qu'a déclaré nettement, en ouvrant la séance, M. le Président Lannelongue : Je n'ai pas a-t-il dit, à apprécier cette loi « mais il m'appartient de la bien comprendre, d'en saisir l'esprit et le principe, pour savoir en quoi elle doit aider ou contrarier une association de bienfaisance comme la nôtre, ce qui résultera pour nous de la comparaison de nos statuts et de ceux d'un texte de loi qui vise un but et des fins se rapprochant des nôtres mais qui les atteint par d'autres voies et par une autre méthode. Il est, en un mot, indispensable de connaître d'une manière sûre la place qui nous sera faite dorénavant : sera-t-elle la même que par le passé? Sera-t-elle différente et laquelle? Comment nous traitera-t-on et quelles seront les conditions de notre existence désormais?

« Lorsqu'après une connaissance certaine de nos droits, de tous nos droits, nous serons rompus avec les difficultés de notre situation, si tant est qu'il en existe (et il est à peu près certain qu'on ne nous accordera plus les mêmes faveurs), ce ne sera pas tout, tant s'en faut. Nous aurons à nous retourner sur nous-mêmes et à penser à l'avenir de notre œuvre. »

M. Lannelongue a ajouté : « Savoir ce que nous devons être, si nous ne devons pas rester ce que nous sommes, telle est, à l'heure présente, l'unique question en jeu. Mais la poser n'est pas la résoudre. Le problème étant difficile et complexe, la solution ne saurait être hâtive; elle réclame un examen lent, patient, approfondi. »

Il était difficile de mieux marquer tout à la fois et la nécessité d'une étude complète de toutes les questions que soulève la nouvelle législation et l'ajournement de toutes les propositions qui auraient pu dès aujourd'hui engager l'avenir.

Le Secrétaire général ne pouvait dès lors que répéter ce qu'avait dit le Président et expliquer pourquoi, cette année, les pensions demandées par les Sociétés locales ne pouvaient être que des allocations annuelles. La dérogation aux statuts de l'Association s'explique par l'état transitoire créé par la loi nouvelle. Tous les membres de l'Assemblée l'ont compris.

Dans son rapport annuel, le Secrétaire général s'est ensuite appliqué à montrer que, dans le passé — puisque l'avenir reste ouvert — l'Association des médecins de France était restée fidèle à son programme qui se résume en ces mots : assistance, protection, moralisation.

Après avoir parlé de l'assistance confraternelle, il s'est efforcé de prouver que, au point de vue de la protection, c'est-à-dire de la défense des intérêts professionnels l'Association avait toujours répondu à toutes les demandes qui lui étaient adressées, que chaque année elle avait, devant toutes les juridictions défendu ceux de ses membres qui avaient fait appel à son appui. Il a ajouté ces paroles :

Pour perfectionner encore notre organisme administratif et nous permettre de répondre plus vite et dans de meilleures conditions à toutes les questions qui pourraient vous intéresser; pour être à même de prendre immédiatement et avec quelques chances de succès la défense de tous ceux des membres de l'assaciation qui auraient besoin de notre assistance, nous avons proposé la création d'une commission permanente de défense professionnelle.

Malgré les objections qu'elle a tout d'abord rencontrées, objections d'ordre administratif et d'ordre juridique, cette proposition a cependant été admise.

Une sous-commission du conseil général composée du bureau, de MMes Deligaud et Liouville, conseils judiciaires, de M. Bucquoy, président de la Société centrale et de MM. Lande et Motet, médecins légistes, se trouve chargée d'instruire toutes les affaires contentieuses ou professionnelles ayant un caractère d'urgence. Désormais donc, il suffira à tous ceux des membres de l'Association qui auraient à se défendre contre d'injustes accusations ou à soutenir un procès dans une affaire intéressant le corps médical, d'adresser immédiatement au Président de l'Association une demande d'assistance judiciaire pour que la commission soit réunie d'urgence, donne un avis juridiquement motivé, provoque une réunion exceptionnelle du conseil général et fasse décider par lui toutes les mesures à prendre en vue de venir en aide au sociétaire qui aura ainsi sollicité son appui.

Nous aimons à penser que cette organisation pourra rendre quelques services et que l'intervention immédiate de nos conseils judiciaires dont l'autorité et la grande influence au Palais égalent — ce qui n'est pas peu dire — le dévouement et le désintéressement avec lequel ils nous prêtent incessamment l'appui de leurs lumières, arrêtera, s'il en est besoin, les poursuites basées sur des accusations dénuées de preuves ou fera triompher des réclamations justement motivées.

Parlant enfin du rôle moralisateur de l'Association, M. Lereboullet s'est exprimé dans les termes suivants :

Cette influence moralisatrice, si nécessaire aux temps où nous vivons, comment et par qui peut-elle s'exercer? Aux premiers âges de l'Association, alors que nul vent de discorde n'avait encore soufflé, alors surtout que tout le monde était d'accord sur la valeur des mots : « honnêteté, droiture, dignité professionnelle », la réponse à cette question était des plus simples.

1. *Centralbl. f. innere Medic.*, 1898, p. 235.

En est-il de même de nos jours? Il n'est pas inopportun de le demander alors que des pratiques nouvelles se sont introduites, sinon avec l'assentiment du moins sans la réprobation de vos associations locales, seules juges de la dignité professionnelle de leurs membres? Aussi avais-je proposé qu'un code déontologique précisant non seulement les droits mais aussi les devoirs des médecins fût adopté par l'association et lui servît de guide.

Peu de temps après vous avoir soumis à ce sujet des vues qui, j'en ai été très heureux, ont paru mériter l'approbation de mes collègues des sociétés départementales, j'étais convié à donner mon avis sur la légitimité des entreprises commerciales conseillées par divers médecins pour accroître leurs revenus professionnels. Bien que cet avis, auquel je n'ai d'ailleurs rien à modifier, n'ait été donné qu'à titre tout à fait personnel, n'engageant en rien l'association, il fut vivement discuté et fut même l'objet d'un ordre du jour approuvant explicitement ce que je croyais devoir condamner. Hélas! mes chers collègues, l'avenir n'a pas tardé à justifier mes appréhensions et à prouver que lorsqu'on s'écarte de la voie droite, lorsque l'on cherche à transformer le rôle du médecin en celui d'administrateur ou de promoteur d'affaires industrielles, on se trouve pris dans un engrenage qui, bientôt, vous conduit aux actes les plus répréhensibles.

Le médecin, disais-je, peut librement, à titre exclusivement personnel, faire acte d'industriel ou de commerçant. Il lui est loisible de vendre ses récoltes, de spéculer sur des terrains ou des valeurs mobilières, d'être administrateur d'une Compagnie de chemins de fer ou de mines de charbon. Rien ne lui défend non plus d'acheter ou de créer une maison de santé, ou d'hydrothérapie, un sanatorium, une station d'eaux minérales dont il deviendra le gérant, l'administrateur ou le directeur général.

S'il renonce à l'exercice de la médecine pour se livrer tout entier à une profession qu'il juge plus rémunératrice, nul n'a le droit de le lui reprocher.

Ce qu'il est plus difficile d'admettre, c'est qu'un médecin praticien, et surtout un médecin que ses fonctions spéciales de professeur, de consultant autorisé pour certaines maladies spéciales, de publiciste habitué à répandre par la voie des journaux ou les comptes rendus des Académies ou des Sociétés savantes les idées qu'il considère comme justes, c'est que ce médecin praticien et consultant prenne une part active comme actionnaire ou administrateur à la fondation, à l'exploitation d'une affaire industrielle d'ordre médical. Souvent, en effet, s'il agit autrement, il verra ses intérêts matériels en désaccord avec les principes qu'il devra défendre. Trop souvent, il sera suspecté d'avoir sacrifié au désir de recevoir de plus gros dividendes l'intérêt des malades qui viennent lui demander un conseil désintéressé.

Qu'est-il arrivé depuis que j'écrivais ces lignes ne visant encore que des entreprises pouvant jusqu'à un certain point être sinon défendues, du moins excusées? Vous avez tous reçu les journaux — il en est au moins 5 que je pourrais nommer — qui, dépassant largement la mesure de ce qu'il aurait été possible de justifier en partie par des arguments spécieux, proposent nettement aux médecins de s'associer pour l'exploitation des eaux minérales, des spécialités pharmaceutiques, des établissements divers (sanatoria, maisons de santé et d'hydrothérapie, etc.), qu'une société civile achèterait ou patronerait, dont un journal publierait les prospectus, que les adhérents s'engageraient à recommander à leurs clients et à faire ainsi prospérer.

« Ennemis d'ores et déjà de toutes les sociétés ou syndicats plus ou moins *mutuels*, hypocrites trompe-l'œil dont le but non avoué mais *réel* est la ruine du modeste praticien, nous serons heureux de faire accueil à tout fait nouveau pouvant servir la campagne que nous sommes décidés à mener contre toutes ces associations. » Tel est le programme-manifeste de l'un de ces journaux. Déjà leur campagne a froissé plusieurs d'entre vous : « Prenons un fait, dit notre vénéré vice-président, M. Hameau, je le trouve dans un journal rédigé par des médecins. On y lit : Plus nous irons, plus la médecine doit se faire commerciale ou elle risque fort de ne pas nourrir son homme. Puis, comme l'une des premières conséquences de ce contrat navrant : N'hésitez pas à ne prescrire que les spécialités appartenant à une société médicale, celle dont vous serez les membres adhérents autant que fervents... et dont vous recueillerez les bénéfices. Un peu plus loin, c'est l'éreintement à outrage que veux-tu de deux ou trois de nos plus éminents confrères de la capitale. « Voilà bien, si je ne me trompe, ajoute M. Hameau, un corps de délit bien caractérisé. » De son côté, M. le Dr Binet, délégué de la Société de Saône-et-Loire, s'occupant de ces mêmes propositions, dit : « Nous ne pouvons accepter cette théorie. Nos confrères font fausse route, nous n'avons pas le droit de spéculer sur les remèdes que nous ordonnons. Nos conseils n'inspirent confiance que parce qu'ils sont désintéressés. Comme aggravation de notre misère, des industriels ne craignent pas de nous assaillir de circulaires, nous proposant association avec eux pour l'exploitation de tel ou tel produit.

« Tout cela est l'indice d'un état pathologique inquiétant auquel l'assemblée générale de la Société ne pouvait rester indifférent. Car l'opinion publique est en éveil et applaudit à tous les coups qui sont portés au prestige d'une corporation encombrante par son importance, sa science et son honnêteté séculaire. »

On ne saurait mieux dire et si j'ai cru devoir parler de ces nouvelles tentatives faites en vue de drainer encore l'épargne du médecin pauvre, de l'éblouir par des promesses illusoires, de le détourner progressivement de tous ses devoirs, c'est uniquement en vue de prémunir tous ceux qui pourraient s'y laisser prendre contre de telles manœuvres. Les entreprises au sujet desquelles on fait tant de bruit sombreront lamentablement le jour relativement prochain où le public saura qu'il est exploité par des associations de médecins et de fabricants de spécialités pharmaceutiques, et ces derniers s'apercevant bien vite qu'ils ont fait fausse route en écoutant des propositions que tous vous condamnerez, comme déshonnêtes au point de vue de la conscience et de la dignité professionnelles.

Le rapport se termine par l'exposé de la situation financière et administrative de l'Association qui s'accroît chaque année et compte aujourd'hui 8385 membres après avoir admis 302 membres nouveaux, et par l'éloge nécrologique des présidents décédés pendant l'année 1897.

Le rapport de M. Blaché, trésorier, montre que le bénéfice annuel a été de 113000 fr. et que les trois caisses de l'Association générale, non comprises les rentes constituées au profit de la caisse des pensions, les nues-propriétés et l'avoir des Sociétés locales, possèdent un capital de 2036715 fr. 29.

Dans la séance du lundi 18 ont été discutés d'abord le rapport de M. Reynier sur les pensions viagères, puis le rapport de M. A. J. Martin que nous avons publié *in extenso*. Nous ne signalerons, au sujet de ce rapport, dont toutes les conclusions ont été adoptées, que la discussion relative à l'Ordre des médecins. Dans un esprit de conciliation et pour ne rien préjuger de l'avenir, l'Assemblée n'a pas voulu, comme l'ont fait les Sociétés locales et en particulier celle de la Gironde, rejeter définitivement toutes les solutions proposées pour la création de chambres disciplinaires ou d'un Ordre des médecins. Elle a décidé que la question restait ouverte, ce qui ne veut pas dire qu'une nouvelle consultation sera demandé au corps médical. On attendra seulement qu'un projet nouveau c'est-à-dire acceptable ait pu être soumis à une assemblée.

L'Association a décidé en outre, sur la demande de M. le professeur Pinard, qu'elle mettrait à l'étude la question de la réforme des expertises médico-légales.

L'année prochaine, il faut l'espérer, la refonte des statuts de l'Association et leur adaptation à la loi nouvelle seront votées à l'unanimité.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Phlébite blennorrhagique.

Communication au Congrès de Montpellier

Par MM. les Drs Monteux et Lop.

L'infection veineuse consécutive à la blennorrhagie est aujourd'hui admise sans conteste. Wœlker le premier, dans sa thèse inaugurale, en 1868, en signalait la possibilité. Empis, la même année, en publiait un cas, dans la *Gazette des hôpitaux*. Puis viennent les observations de Fouilloux, dans la thèse de Lelong, en 1869, de Moret, dans la thèse de Vidart, en 1875, de Bilton, Pollard (1) en 1885 et 1886. Martel (2), en 1887, en ajoute trois nouvelles; une personnelle, une due à Hamonic et une à Le Roy. Stratigopoulos (3), l'année suivante, en cite encore trois dues à M. le professeur Tédenat. Perrin, en 1889, en communique un cas remarquable au *Congrès international de dermatologie*. Enfin Gouget, dans la *Presse médicale*, en 1895, et Espagnac (4), dans sa thèse, en 1896, en rapportent chacun une observation.

Mais, ainsi que le fait remarquer Souplet (5), tous ces cas ne sont pas indiscutables. C'est ainsi que, pour la malade d'Empis, on peut invoquer le rhumatisme, aussi bien que la blennorrhagie, dans l'étiologie de la phlébite. Cette malade, en effet, âgée de 29 ans, avait eu, 11 ans auparavant, une violente attaque de rhumatisme articulaire et elle était encore rhumatisante à son entrée à l'hôpital. La même critique s'applique au cas de Voelker, dont le malade était aussi rhumatisant. Or, la phlébite rhumatismale, contestée par Besnier (1) et à un moment donné par Lancereaux (2), constitue à l'heure actuelle une variété clinique parfaitement légitime, depuis la thèse de Schmitt (3). De sorte que le nombre d'observations de phlébites blennorrhagiques authentiques est en somme assez réduit et le cas suivant, que nous avons recueilli l'année dernière, nous paraît digne d'être rapporté.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, sans antécédents personnels et héréditaires, qui contracte une blennorrhagie en mars 1897. Il ne se soigne pas, faisant des excès de bicyclette et de spiritueux.

Au 15e jour de la blennorrhagie, apparaît une arthrite du cou-de-pied droit qui dure 7 mois 1/2 et se termine par une légère ankylose.

Le soir du 6e jour de son arthrite, l'écoulement étant à son apogée, frissons avec élévation thermique à 38°4. Le malade accuse en outre une vive douleur dans l'aine droite. L'examen de cette région ne révèle rien de particulier, si ce n'est une sensibilité plus marquée à la pression, au niveau du triangle de Scarpa. Pendant la nuit, frissons continus et douleurs aiguës le long du membre.

Le lendemain matin, il existe un œdème plus net de la jambe dont la moindre pression détermine une vive douleur. On constate un cordon rougeâtre sur la face antérieure de la cuisse et à la face interne de la jambe, correspondant au trajet de la saphène interne, induré et douloureux au toucher, dans tout son parcours. Le soir, l'œdème a envahi tout le membre, rendant impossible l'exploration de la veine enflammée.

Le 3e jour après l'apparition de cet œdème on voit, sur la face antérieure du membre, de petites plaques bleuâtres, indices d'une circulation supplémentaire qui imposait le diagnostic d'oblitération de la saphène.

Cette phlébite dura 5 semaines, la température ne persistant élevée que les trois premiers jours. Une induration veineuse et une légère raideur du genou furent les seuls reliquats de cette complication gonococcique. L'œdème resta 12 jours stationnaire pour décroître ensuite graduellement et disparaître définitivement le 26e jour.

Pendant l'évolution de la phlébite l'écoulement uréthral resta identique comme qualité et comme quantité.

Il est certain que nous avons eu affaire chez ce malade à une phlébite incontestablement due à la blennorrhagie. On peut nous objecter que l'examen bactériologique n'a pas été fait. Mais cette preuve n'a pas besoin d'être invoquée car, si dans les observations de Tédenat on a trouvé le gonocoque dans le sang, dans les cas de Hamonic, de Le Roy, de Gouget les résultats ont été contradictoires et même négatifs.

On remarquera que la phlébite portait sur la saphène interne, comme dans la majorité des cas déjà publiés; que de plus elle coexistait avec l'arthrite.

Cette coexistence a été fréquemment constatée. On la retrouve dans l'observation de Fouilloux, dans celles de Moret, de Le Roy, dans une de Stratigopoulos, enfin dans celle de Gouget.

1. *The Lancet*, 30 mars 1885 et 16 octobre 1886.
2. Martel, De la phlébite dans le cours du rhumatisme blennorrhagique (thèse de Paris, 1887).
3. Thèse de Montpellier, 1888.
4. Etude sur la phlébite blennorrhagique (thèse de Paris, 1896).
5. La blennorrh. mal. gén. (thèse de Paris, 1892).

1. Besnier, article *Rhumatisme* du *Dictionn. encycl. des sc. méd.*
2. *Traité d'anatomie pathol.*, 1873.
3. Schmitt, De la phlébite rhumatismale (thèse de Paris, 1884).

De plus, la phlébite siège ici du même côté que l'arthrite, fait également noté plusieurs fois (six fois). De sorte qu'on peut, comme Gouget, se demander si, en pareille circonstance, l'agent infectieux ne s'est pas propagé de proche en proche, par les veinules de l'articulation malade. Il semble en effet que se soit là, dans quelques cas, une pathogénie acceptable, depuis que Noguès a publié, dans les *Annales des organes génito-urinaires*, l'observation d'un malade du professeur Guyon atteint de phlébite des plexus prostatiques dans le cours d'une blennorrhagie.

On connaît cependant d'autres cas où l'infection est primitive, comme chez cette femme du service de M. Renault (1), dont la vaginite se compliqua de phlébite de la saphène interne, comme chez le malade d'Hamonic dont l'histoire est racontée par Martel. Les phénomènes semblent alors beaucoup plus marqués.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Montpellier du 12 au 16 Avril 1898.

De l'état actuel de l'opothérapie.

M. Mossé (de Toulouse), *rapporteur*, après avoir exposé l'historique de la question et les bases physiologiques de l'organothérapie, aborde la question de l'opothérapie thyroïdienne.

Parmi les médications qui ressortissent à l'opothérapie, la médication thyroïdienne, dont on connaît les origines, a donné jusqu'ici les plus beaux résultats. Les conclusions de M. Abelous, qui a bien voulu se charger de l'étude physiologique du corps thyroïde, montrent bien que celle-ci n'est pas complètement élucidée. Si l'on sait que l'appareil thyroïdien est indispensable à la vie, qu'il jouit d'une action antitoxique, les avis sont partagés sur la nature des substances toxiques qui s'accumulent dans l'organisme après la suppression de la fonction thyroïdienne. Si l'on sait, d'autre part, que le suc thyroïdien relève les échanges et les exagère même quand on administre à haute dose, si l'on sait notamment qu'il renforce la résistance à la fatigue neuro-musculaire, on ignore cependant si c'est comme stimulant du système nerveux ou comme antitoxique vis-à-vis des produits engendrés par les muscles fatigués.

L'étude des substances spécifiques de la sécrétion interne de la thyroïde a appris que l'iodothyrine (Baumann), comme le suc thyroïdien en nature, augmente la quantité d'urines, d'azote total, de chlore et de phosphore excrétés ainsi que l'absorption d'oxygène et le dégagement d'acide carbonique. Au point de vue de ses effets sur la nutrition, l'iodothyrine paraît donc bien douée des propriétés de l'extrait thyroïdien tout entier; mais est-elle un contre-poison capable de neutraliser ou de détruire les substances toxiques qui s'élaborent dans les tissus des animaux éthyroïdés?

Le rôle vicariant du corps pituitaire et *a fortiori* de la rate (Zanda) n'est pas établi. En revanche, d'après des observations récentes de Lindemann, il semblerait qu'il existe une corrélation entre le foie et le corps thyroïde. Mais de plus, à côté de l'appareil thyroïde, existent un certain nombre de glandules, improprement appelées accessoires : ce sont les glandules parathyroïdes, sur lesquelles Gley attira le premier l'attention, dont l'importance est hors de conteste. Les effets des préparations thyroïdiennes se traduisent par des symptômes fonctionnels et par une modification de la nutrition générale; mais il existe de très sensibles différences dans le mode de réaction individuelle.

Chez l'homme sain comme chez l'homme malade, des accidents multiples, analogues aux phénomènes de la maladie de Basedow et désignés sous le nom de thyroïdisme, peuvent suivre l'emploi des préparations thyroïdiennes.

L'accélération, la faiblesse et surtout l'instabilité du pouls, sont les premiers symptômes qui signalent l'imprégnation toxique; puis surviennent la céphalée, la courbature, les douleurs dans les membres, le malaise gastrique, les éruptions cutanées, l'irritabilité, et, si les troubles s'accentuent, la diarrhée, les vomissements, l'insomnie, la dyspnée et une vraie fièvre d'intoxication. L'ingestion thyroïdienne augmente, au début, la résistance à la fatigue. Quant à l'augmentation de température, elle est loin d'être constante.

La thyroïdothérapie peut accroître notablement le taux des échanges, réserve faite des susceptibilités individuelles et de la distinction à établir entre l'homme dans un état de santé relativement bon (psoriasis) et celui qui est atteint d'une dystrophie (myxœdème, obésité).

La diurèse est peu marquée chez l'homme en bonne santé; chez le myxœdémateux, elle dépend de la résorption des infiltrats. L'augmentation des chlorures est proportionnellement plus considérable que celle des autres éléments; l'excrétion de l'acide phosphorique, très notablement augmentée chez les premiers sujets, ne s'est élevée ensuite que rarement au-dessus du chiffre physiologique. L'excrétion de l'azote uréique, de l'acide urique, le rapport de l'acide urique à l'urée ont été également très augmentés.

Le traitement thyroïdien peut déterminer, d'autre part, de l'albuminurie et une glycosurie légère transitoire (Ewald, Dennig, Scholz, etc.); quant à la glycosurie alimentaire, elle est assez fréquente (Bettmann, Strauss).

La dénutrition provoquée par la médication thyroïdienne s'accuse d'ordinaire par une perte de poids rapidement sensible, et cette diminution de poids résulte de la perte d'une certaine quantité d'eau, d'une certaine quantité de graisse chez les obèses, de la diminution de l'assimilation des graisses (Tikanadze), de la perte d'une certaine quantité de matières albuminoïdes. Cette dernière cause, après avoir été considérée comme la principale, a été fort contestée par Richter. Magnus-Levy est formellement d'avis que, même avec une alimentation surabondante, le malade peut perdre de l'azote par suite d'une action spécifique vraisemblablement toxique du suc thyroïdien; mais cette action, soit par accoutumance, soit pour tout autre motif, peut cesser.

Le traitement thyroïdien augmente l'absorption de l'oxygène, la combustion des graisses et l'acide carbonique chez l'homme comme chez l'animal. Il détermine une augmentation rapide des globules rouges chez les myxœdémateux (Bettencourt et Serrano, Merklen et Walther, etc.), diminue les dimensions des hématies, accroît le taux de l'hémoglobine (Lebreton et Vaquez) : c'est donc comme régénérateur du sang qu'elle entraînerait la disparition des hémorrhagies chez ces malades. Il y a plus : le suc thyroïdien a certainement une action sur les fonctions tubo-ovariques et peut provoquer, notamment chez les obèses, de l'aménorrhée (Mossé). Mais s'il modère la congestion ovarique, il exerce une influence excitative sur les organes mammaires (Minorow, Hertoghe).

Les expériences de Hofmeister, de von Eiselsberg, Moussu, Hanau, Goldberg, ont prouvé que le développement du squelette des animaux est sensiblement retardé après la thyroïdectomie. Ces animaux, dans leur ensemble, offrent les attributs du nanisme. Hertoghe et d'autres auteurs ont montré que l'opothérapie thyroïdienne est capable de réveiller et d'exciter le processus de croissance tant que l'ossification du squelette n'est pas complète, c'est-à-dire tant que les cartilages de conjugaison n'ont pas disparu.

De ces recherches sur le développement général du squelette doivent être rapprochées les études sur le développement du col et la consolidation hâtive des fractures par le traitement thyroïdien (Hanau, Gauthier).

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre que la glande thyroïde verse dans la circulation une sécrétion qui détruit certaines substances toxiques, résultant du métabolisme normal et plus spécialement du métabolisme des matières azotées. L'existence de ces substances toxiques, dont la nature chimique n'est pas encore connue, est physiologiquement avé-

1. *In* thèse D'Espagnac.

rée par les phénomènes d'intoxication qui surviennent quand a glande est supprimée ou s'atrophie.

Lorsqu'on restitue à l'organisme le suc thyroïdien qui lui fait défaut, les phénomènes d'intoxication diminuent ou disparaissent. Dans ces cas, il semble que la substance incorporée agit comme une antitoxine à l'égard des toxines; elle neutralise ou favorise l'expulsion des principes délétères. Elle agit peut-être aussi grâce à divers éléments qui accompagnent l'agent spécifique dans le produit complexe utilisé (substances coagulantes, nucléine, ferments).

Il ne semble pas prouvé que le principe actif de la glande soit primitivement iodé; les résultats comparés des analyses du corps thyroïde avant la naissance, chez l'enfant, chez l'adulte, tendent à établir que cet organe fixe l'iode apporté avec les aliments (Miwa et Stölzner). Il empêche ainsi l'action nocive du métalloïde sur les centres nerveux, en même temps qu'il élabore le protéide iodé découvert par Baumann.

L'appareil thyroïdien peut être altéré brusquement ou lentement. Dans ce dernier cas, l'organisme résiste en appelant à son aide les suppléances fonctionnelles. La dystrophie toxémique s'établit alors très lentement; elle peut rester incomplète et fruste.

Les troubles qui résultent de modifications et perversions rapides, ou de la suppression chirurgicale complète de la fonction thyroïdienne, présentent, avec une gravité plus grande, un aspect sensiblement différent de ceux de l'hypothyroïdie progressive.

Les affections, troubles trophiques et syndromes dépendant d'une suppression, insuffisance ou perversion de la sécrétion thyroïdienne, sont justiciables de l'opothérapie thyroïdienne.

Malheureusement, si nous connaissons assez bien les dystrophies et toxémies consécutives à l'athyroïdie, nous connaissons moins les troubles liés à l'hypothyroïdie, et nous n'avons que des données incertaines sur les syndromes et les altérations trophiques d'origine dysthyroïdienne.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé des nombreuses affections contre lesquelles on a utilisé avec plus ou moins de succès la thyroïdothérapie, on peut classer ces affections comme suit :

a) Etats morbides et dystrophies sous la dépendance d'une altération manifeste ou de la suppression de la glande thyroïde (*opothérapie directe*);

b) Etats morbides et troubles des organes ou fonctions en corrélation avec le corps thyroïde, conduisant à admettre un trouble fonctionnel de la thyroïde sans altération physique évidente (*opothérapie indirecte*);

c) Etats morbides et syndromes empiriquement améliorés par l'opothérapie thyroïdienne (*opothérapie empirique*).

Opothérapie directe. — Dans cette première catégorie se rangent : 1° les dystrophies et toxémies consécutives à l'athyroïdie (myxœdème avec ses 4 variétés : myxœdème de l'adulte, de l'enfant, cachexie strumiprive, crétinisme endémique). Dans les 3 premières variétés surtout, le traitement thyroïdien agit pour ainsi dire comme spécifique, mais l'amélioration ne persiste que tant que dure le traitement; 2° les goîtres et les diverses affections chroniques de la glande amenant un amoindrissement de la sécrétion, où l'opothérapie thyroïdienne est utile, à la condition d'être essayée avec prudence, d'abord parce que l'agent actif introduit peut devenir nocif, ensuite parce qu'il n'y a pas de critère positif pour juger le degré de l'altération anatomique et fonctionnelle à laquelle il s'agit de remédier. Dans quelques cas, la médication n'agira que sur les phénomènes de dysthyroïdisme sur les troubles psychiques notamment; dans d'autres, on verra le goître diminuer de volume.

Opothérapie indirecte. — Une corrélation évidente existe, à l'état physiologique, entre la fonction thyroïdienne et le trophisme général. On peut donc s'adresser à l'opothérapie thyroïdienne dans les cas de nutrition retardante, de retard dans le développement du système osseux, de retard de la puberté, dans l'infantilisme, le retard de la croissance, l'obésité, le diabète.

Une corrélation fonctionnelle assez étroite existe entre les organes de la génération (testicule, ovaire, utérus, mamelle et corps thyroïde), à l'état physiologique comme à l'état morbide. Il est donc indiqué d'agir contre les congestions et hyperplasies de la zone utéro-ovarienne, et de fait, d'excellents résultats ont été obtenus : on a vu même rétrocéder des myomes et des fibromyomes utérins. D'autre part, les observations démontrant l'action excito-sécrétoire du suc thyroïdien sur la lactation laissent espérer que ce médicament pourrait rendre des services dans les cas d'appauvrissement de la sécrétion lactée.

Opothérapie empirique. — On a essayé l'opothérapie dans la tétanie, dans le psoriasis, l'ichtyose, l'eczéma, diverses autres affections cutanées. Si la thyroïdothérapie est autorisée dans ces cas, elle n'est pas indiquée; elle doit donc être tentée avec circonspection. On peut dire autant pour l'épilepsie, la catalepsie, l'éclampsie infantile, l'aliénation mentale (réserve faite de certains cas).

Les contre-indications se tirent de l'état du malade, de l'état du cœur (dégénérescence graisseuse). Il est désirable que le rein, que les voies digestives soient en bon état, car les altérations des organes digestifs ouvriraient facilement la porte au thyroïdisme.

Quant au goître exophthalmique, si la thyroïdine est souvent nuisible au début, elle peut produire de bons effets quand l'hyperactivité sécrétoire s'accompagne d'une élaboration insuffisante ou viciée. Dans les faux goîtres exophthalmiques ou goîtres basedowifiés, on peut tenter la médication thyroïdienne.

L'ingestion est à peu près la seule méthode usitée pour l'utilisation thérapeutique de la glande thyroïde et de ses dérivés. Elle a remplacé la greffe et les injections.

On peut donner la glande fraîche (glande de mouton de préférence) prélevée sur un animal sain et recueillie très proprement; cette glande est ingérée au moment du repas, comme de la viande crue ordinaire ou sous forme de petits fragments mélangés au bouillon ou enrobés dans de la poudre de sucre ou de réglisse.

La dose doit être formulée en poids, non en lobes. Habituellement, on commence par prescrire 1 à 2 grammes de glande fraîche par jour; suivant l'effet, cette dose est conservée ou portée à 3 ou 4 grammes. Dès que les symptômes se sont amendés, on cesse progressivement la médication, pour donner ensuite à intervalles plus ou moins espacés les doses nécessaires au maintien de l'amélioration (ration d'entretien : 2 grammes tous les 2, 3, 4, 5 jours pour le myxœdème, 4 grammes 2 fois par semaine pour l'obésité).

On peut donner également, sous différentes formes, les préparations sèches obtenues par divers procédés, mais ces différents produits n'ont pas paru nous donner des résultats aussi manifestes que la glande fraîche.

Les résultats de l'opothérapie directe sont en général excellents dans le myxœdème spontané de l'adulte, le myxœdème opératoire et certaines variétés de myxodème infantile (myxœdème congénital). Le succès paraît également fréquent dans le cas de crétinisme endémique, qui est aussi une variété de l'athyroïdisme.

Pour le goître, les statistiques, favorables dans l'ensemble, indiquent que si le goître charnu peut être influencé par la cure thyroïdienne, il n'en va pas de même des goîtres kystiques. Sur les goîtres vasculaires et cancéreux, la médication ne produit aucun effet. L'amélioration, quand elle doit être obtenue, est en général rapide.

Chez plusieurs goîtreux, même en l'absence de rétrocession du goître, nous avons obtenu l'atténuation des phénomènes fonctionnels, ce qui a permis d'éviter l'extirpation ou la trachéotomie.

Le résultat est, en résumé, d'autant plus favorable que le sujet est jeune, le goître charnu, le traitement institué d'une façon précoce.

Dans les troubles du trophisme, arrêt de croissance, nanisme, infantilisme, les résultats d'Hertoghe, de Bourneville, de Schmidt, légitiment de nouveaux essais; dans le rachitisme, les effets obtenus sont contradictoires.

Les résultats de l'opothérapie indirecte, favorables dans certains cas, sont absolument négatifs dans d'autres.

Dans le cadre de l'opothérapie empirique, on peut signaler les tentatives faites pour le traitement de certains accidents nerveux tels que la tétanie, la sclérodermie, l'épilepsie, la catalepsie, l'hémiatrophie faciale, certaines affections cutanées (psoriasis), l'hémophilie, l'ostéomalacie. Quelques résultats ont parfois été

obtenus, à propos de cas particuliers qui ne permettent de tirer encore aucune conclusion générale sur l'utilité de la thyroïdisation dans ces différentes maladies.

Au point de vue de la pratique, l'opothérapie a introduit dans la matière médicale de nouveaux médicaments complexes, actifs, utiles, susceptibles de devenir dangereux. Si elle a conquis sa place en thérapeutique, on ne saurait dire encore qu'elle est en pleine possession de tous ses moyens. Il importe de fixer les indications de la méthode; il importe également d'arriver à purifier les produits opothérapiques.

M. de Cérenville (de Lausanne), *co-rapporteur*. — La question de l'opothérapie doit être envisagée sous deux faces : recueillir et ordonner les faits d'ordre thérapeutique; rechercher quelles sont les notions physiologiques ou pathologiques en corrélation avec les premiers.

Certaines glandes de l'organisme privées de canaux excréteurs élaborent des produits qui font retour au sang veineux directement ou par la voie de la lymphe, sous le nom de sécrétions internes (Brown-Séquard); il en est d'autres, comme le foie, le pancréas, le testicule, qui excrètent des sucs externes et possèdent en même temps la propriété de fournir une sécrétion interne. Mais il est, de plus, une attribution commune à tous les organes glandulaires, laquelle consiste à élaborer dess matériaux mystérieux qui sont versés dans la circulation (Cl. Bernard, Schiff, Brown-Séquard).

En se basant sur certaines propriétés générales de leur sécrétion, on a tenté de classer les glandes en glandes antitoxiques, dont le rôle consiste à neutraliser certains poisons de l'organisme, et en glandes vivifiantes, qui produisent des substances favorables ou indispensables au fonctionnement de l'organisme. A la première catégorie appartiendraient le corps thyroïde, le pancréas, les capsules surrénales, le foie, le rein, le thymus, l'hypophyse; à la seconde les glandes génitales, la rate et, pour Combe, la moelle osseuse. Cette division a le défaut d'être trop simple et de tenir pour acquises des propriétés hypothétiques ou incomplètement définies.

Le suc thyroïdien est capable de neutraliser ou de détruire des substances toxiques provenant de l'assimilation générale, plus spécialement des substances protéiques, dont l'action nuisible s'exercerait surtout sur le système nerveux. Les faits observés après l'extirpation de la thyroïde ou à la suite des maladies de cet organe entraînant son atrophie, démontrent que la sécrétion thyroïdienne possède des propriétés spéciales sur la nutrition, indépendantes de son action antitoxique.

L'influence directe du suc thyroïdien sur l'assimilation ne peut plus être contestée : augmentation de la transformation des substances azotées, décomposition exagérée des substances protéiques et des graisses, etc., suractivité, en un mot, des mutations organiques, tel est le bilan de cette influence. On a noté un accroissement très considérable du mucus après la thyroïdectomie.

La fonction pancréatique s'est considérablement élargie par la démonstration des corrélations qui existent entre cet organe et l'assimilation des matières sucrées. Si la question du diabète est encore fort discutée, il semble bien cependant qu'il existe un parallélisme entre ce dernier et la lésion pancréatique. Un certain nombre d'auteurs ont obtenu des amélioration du diabète par l'ingestion d'extraits secs ou liquides de pancréas, mais nombre de cas sont négatifs. La greffe pancréatique, tentée une seule fois dans mon service, a entraîné la mort.

La capsule surrénale possède une sécrétion interne qui se déverse dans la veine surrénale et dont l'action principale serait de relever la pression artérielle, d'entretenir la tonicité musculaire. On suppose de plus à la glande surrénale une fonction antitoxique qui s'exercerait, selon certains auteurs, plus particulièrement contre les produits du métabolisme musculaire. L'opothérapie a donné des résultats variables dans la maladie bronzée, favorables dans les mains de nombreux médecins. Les tentatives d'opothérapie surrénale dans l'asthénie cardiaque et dans le diabète insipide restent incertaines. M. Jaboulay a tenté la greffe surrénale chez 2 addisoniens avec insuccès complet.

Le thymus renferme des combinaisons iodées analogues à la thyroïodine, mais la physiologie comme la pathologie de cet organe restent hypothétiques. Il paraît probable que le thymus possède des propriétés antitoxiques vis-à-vis des poisons se produisant durant l'état fœtal et peu après la naissance.

L'opothérapie thymique a été recommandée dans le goître, Elle a été employée sans résultat dans le goître exophthalmique. de même que dans la coqueluche.

De récents travaux ont décerné à l'hypophyse ou glande pituitaire des propriétés analogues à celles des glandes surrénales. La pathologie semble établir certains rapports entre les lésions de cette glande et l'acromégalie. De plus, certaines recherches paraissent démontrer que cet organe subit une hyperplasie, par suppléance fonctionnelle, lorsque la thyroïde s'atrophie.

Le traitement de l'acromégalie par l'injection de glande pituitaire a donné quelques résultats entre les mains de von Bruns, Mossé, Mendel.

En ce qui regarde le rein, il est vraisemblable que ce viscère est le siège d'une sécrétion interne. Dieulafoy a pratiqué l'injection d'extrait de parenchyme rénal dans l'urémie; son exemple a été suivi avec des résultats très inégaux. Cependant Concetti dans l'urémie aiguë, Teissier (de Lyon) dans l'urémie lente, ont observé des améliorations réelles.

Le meilleur mode d'administration est l'extrait liquide en injection.

La rate possède à coup sûr une sécrétion interne puissante; mais on sait bien peu de choses sur elle : un seul fait incontesté est la propriété que présente cet organe de transformer la protrypsine en trypsine (Schiff, Herzen). On suppose que la rate joue un rôle dans l'élaboration des éléments figurés du sang. Cependant l'extirpation expérimentale, quelques observations chirurgicales montrent que cette glande peut faire défaut sans qu'il en résulte fatalement des troubles nutritifs graves.

Les notions sont également incertaines à l'égard de son pouvoir antitoxique. La moindre résistance des animaux dératés aux agents d'infection, tels que le microbe du tétanos, le pneumocoque, n'est pas admise par tous.

La chimie apprend qu'on peut retirer de la rate un extrait sec, dont le résidu obtenu par combustion renferme des proportions notables d'acide phosphorique, de fer et un peu d'iode. On est mal renseigné sur les propriétés physiologiques de cet extrait. Danilewsky dit avoir découvert dans la rate un corps capable de déterminer une augmentation considérable de l'hémoglobine et des globules rouges.

Sauf dans l'impaludisme, les tentatives d'opothérapie splénique (pulpe, poudre desséchée, extrait aqueux ou glycériné) ont été négatives.

La moelle des os, voisine de la rate par sa structure, joue un rôle dans l'élaboration des globules rouges; elle se modifie dans l'anémie, dans la leucémie, dans certains rachitismes graves. Knoll a démontré qu'il existe, dans la moelle osseuse, du fer en combinaison protéique, des combinaisons des acides gras avec la chaux.

L'opothérapie médullaire (Bigger, Combe) semble avoir été négative dans l'anémie, la leucémie, l'anémie grave consécutive à l'entérite de Cochinchine, dans le rachitisme. Ce qui est mieux démontré à l'actif de la moelle osseuse, c'est la guérison remarquable de la pseudo-leucémie infantile, obtenue par Combe.

La moelle fraîche est préférable à la préparation pulvérulente.

L'ovaire est très probablement pourvu d'une sécrétion interne, dont Brown-Séquard avait déjà signalé l'analogie avec celle du testicule. Les relations de cet organe avec la chlorose, les troubles qui accompagnent son atrophie à la ménopause ou son ablation en sont des preuves suffisantes. Fehling et Rossier ont établi un rapport entre l'ostéomalacie et certaines déviations de cet organe.

L'opothérapie au moyen de l'ovaire desséché ou de son extrait glycériné a été appliquée à différents états (suites de l'ovariotomie, activité insuffisante de l'ovaire chlorose).

L'histoire de la médication orchitique est faite; il semble toutefois qu'après en avoir dit trop de bien, on en dise aujourd'hui trop de mal. On n'a aucune raison sérieuse de refuser au liquide orchitique des propriétés stimulantes sur la nutrition et peut-être plus spécialement actives à l'endroit du système nerveux.

La prostate, l'extrait pulmonaire, n'ont encore donné que des résultats purement hypothétiques.

Comment agit la médication opothérapique? En premier lieu, les sécrétions internes peuvent intervenir comme agents modificateurs d'actes nutritifs. Schiff supposait au suc thyroïdien une propriété altérante sur la nutrition, propriété directe ou par

l'intermédiaire du système nerveux. Cette prévision s'est trouvée confirmée. D'autres sécrétions internes jouissent de propriétés analogues : rappelons l'action du pancréas sur les graisses et les albumines, celle de l'hypophyse sur l'excrétion du phosphore par voie intestinale.

Il est permis d'établir comme acquise la propriété de certains sucs glandulaires de modifier, à un degré inégal, les actes de l'assimilation normale.

Les sécrétions internes intéressent-elles la fonction vasomotrice ? Il est difficile de conclure actuellement. Quoi qu'il en soit, il faut accorder un rôle important aux substances chimiques (iode, phosphore, fer) contenues dans ces sucs glandulaires. Il est permis de supposer que ces combinaisons naturelles ont des propriétés physiologiques plus puissantes que les composés chimiques de même ordre dont dispose la thérapeutique usuelle. On peut, enfin, supposer des forces agissant directement sur les phénomènes cellulaires par le seul intermédiaire du sang (Bouchard). A défaut de substances chimiques définies, la puissance des sécrétions organiques pourrait être dévolue à des ferments élaborés par des glandes, versés dans le torrent circulatoire, et activant ainsi le métabolisme cellulaire.

Mais y a-t-il une action spécifique de la sécrétion interne d'un organe, ou cette sécrétion agit-elle en s'adressant à l'activité cellulaire en général ? Il est impossible de faire une réponse catégorique à cette question.

En second lieu, les sécrétions internes peuvent avoir une action antitoxique.

Cette hypothèse, proposée par Reverdin, Kocher, Schiff, a recruté de nombreux adhérents. Il n'est pas douteux que la fonction antitoxique soit réelle pour la thyroïde, pour le foie. Les expériences de Wassermann, qui obtient la neutralisation de la toxine du tétanos par l'injection de substance cérébrale saine, prouvent que cette fonction antitoxique peut appartenir également aux tissus privés de structure glandulaire.

En somme, le mode d'action des sécrétions internes est complexe et multiple : les influences nutritives vivifiantes s'y rencontrent avec les défenses antitoxiques, probablement dans des proportions variables qui découlent de la destination fonctionnelle inégale des parenchymes.

MM. Gilbert et **Carnot** (de Paris), *co-rapporteurs*, après avoir exposé la technique de la préparation des extraits organiques, passent en revue les organes employés en opothérapie. Ils commencent par les organes génitaux ; c'est, en effet, l'extrait testiculaire que Brown-Séquard a tout d'abord employé.

Au point de vue physiologique, Brown-Séquard a beaucoup insisté sur l'influence dynamogénique du liquide orchitique ; Hénocque a noté une augmentation de la quantité d'oxyhémoglobine, Chabrié l'augmentation de l'urée, la diminution des phosphates. Vis-à-vis des infections, les recherches de Bouchard, Charrin, d'Arsonval n'ont permis de constater aucune influence.

Cliniquement, on paraît avoir obtenu des améliorations chez les déments (Cullerre, etc.) ; d'autres auteurs n'ont rien noté de semblable (Féré, Bourneville) ; d'autres enfin, comme Mairet, Marino, etc., ont enregistré des résultats variables.

Il semble que l'extrait glycériné de testicule exerce une action excitante, se traduisant par une augmentation de la force musculaire, action à laquelle la glycérine n'est peut-être pas étrangère.

Pour l'ovaire, nous connaissons très bien aujourd'hui les troubles qui suivent la castration ou la ménopause : ces troubles sont réels, et leur disparition par la médication ovarienne est assez nette pour entraîner la conviction. Il résulte notamment des recherches faites sur cette question, que l'opothérapie ovarienne, efficace contre les troubles de la castration chirurgicale, utile dans les troubles consécutifs à la ménopause, semble sans action réelle sur les troubles consécutifs aux affections génitales.

Peu de chose à dire de l'opothérapie prostatique et mammaire.

Les extraits de substance cérébrale et médullaire ont été employés par Babes et surtout par C. Paul, qui auraient ainsi amélioré un grand nombre de tabétiques, de neurasthéniques ou d'épileptiques. Des résultats négatifs avaient fait délaisser cette thérapeutique, mais elle vient tout récemment d'offrir à nouveau un grand intérêt par suite des recherches de Wassermann et Takaki, qui ont institué une véritable opothérapie nerveuse antitétanique.

On a utilisé également le corps pituitaire dans l'acromégalie, l'extrait de corps ciliaire (Dor, A. Darier) dans l'iridocyclite sympathique, l'extrait de muscle dans certaines myopathies primitives ; Samuel Hyde a préparé un extrait de cartilages qu'il se propose d'essayer dans l'arthrite sèche ; mais les résultats fournis par ces tentatives ne sont pas encore suffisamment démonstratifs.

On peut examiner en même temps la moelle des os, la rate, les ganglions lymphatiques, car on se sert de ces diverses substances dans les mêmes cas et on invoque pour elles un même rôle physio-pathologique. L'opothérapie splénique, médullaire, etc., etc., a été utilisée d'une part contre les déglobulisations intenses, d'autre part contre les infections. Expérimentalement, les résultats ne sont pas brillants. Cliniquement, on a obtenu quelques améliorations dans l'anémie et dans la leucocythémie.

L'extrait de ganglions lymphatiques ne paraît pas avoir été beaucoup essayé.

L'opothérapie pulmonaire a été employée d'une part contre les maladies propres du poumon (H. Grasset dans la tuberculose, Brunet dans la bronchite chronique), d'autre part dans les ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques (Demons et Binaud). La question est encore à peine abordée et devra faire ses preuves.

L'emploi thérapeutique des extraits de rein, basé sur les expériences de Brown-Séquard et de Meyer, n'a donné de succès qu'à un petit nombre d'auteurs (Dieulafoy, Teissier et Frenkel, Pichini et Chiperowitsch) : la question n'est pas encore jugée, et, du reste, les propriétés physiologiques de l'extrait rénal n'ont encore été que peu étudiées.

L'opothérapie surrénale, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, paraît n'avoir produit jusqu'à présent que des effets bien peu appréciables.

La sécrétion interne pancréatique est aujourd'hui absolument démontrée ; son action sur le foie, probablement complexe, est incontestée. Expérimentalement, on a essayé maintes fois des injections pancréatiques sur des chiens dépancréatés : les résultats en ont été incertains ou nuls.

Cliniquement, l'extrait de pancréas a été essayé dans le diabète (Mackenzie, White, Rémond et Rispal, Goldscheider, Watson Williams, De Cérenville, Gilbert et Carnot, etc., etc.), mais les effets n'ont guère été satisfaisants. La propriété de la glande, quant à la glycémie, ne paraît pas transmissible aux extraits. Il en est tout autrement de la propriété digestive.

Le foie paraît être physiologiquement un des organes les plus actifs de l'économie. Cette glande est de plus la première dans laquelle on ait reconnu une sécrétion interne. Il semble donc que l'opothérapie hépatique soit appelée à un grand avenir.

L'action antitoxique du foie a été bien mise en lumière (*in vitro* et *in vivo*) par les travaux de Schiff, d'Hegar et de Roger : Il est donc naturel de se demander quel rôle peut jouer l'extrait hépatique dans la neutralisation des poisons et des toxines ; malheureusement, il faut un contact direct du poison et de l'extrait. Si on les injecte ensemble, on a une diminution de toxicité ; l'injection intra-veineuse successive du poison et de l'extrait est négative. Tels sont du moins les résultats auxquels nous sommes arrivés pour la strychnine, le phosphore, les toxines diphthérique et tétanique.

Cliniquement, l'opothérapie hépatique peut être utilisée, d'une part dans les maladies propres du foie, d'autre part dans les maladies dont les rapports avec le foie sont encore vagues et que l'on peut englober sous le nom d'hépatisme. Enfin, on peut utiliser telle ou telle fonction des extraits hépatiques (pouvoir antitoxique, action coagulante, etc.) pour combattre un symptôme.

Les maladies du foie paraissent impressionnées d'une façon favorable par l'extrait hépatique non altéré. Chez un cirrhotique non alcoolique et délirant, une ingestion quotidienne de 100 grammes de foie frais fit disparaître les troubles cérébraux ; mêmes résultats chez un malade atteint de cirrhose syphilitique avec troubles vésaniques d'origine hépatique. Une femme atteinte de cirrhose atrophique avec ascite parut bénéficier de la médi-

cation hépatique : l'ascite, que l'on ponctionnait tous les huit jours, mit trois semaines à se reformer. Chez d'autres cirrhotiques on a pu ainsi améliorer l'état général, faire disparaître les hémorrhagies et les symptômes d'insuffisance hépatique. Des résultats satisfaisants ont été également obtenus par d'autres médecins.

Dans le groupe des maladies dites arthritiques ou par ralentissement de la nutrition, notamment dans la goutte et le diabète sucré, l'amélioration a été des plus nettes.

Sans que l'on puisse encore préciser les rapports du diabète et de l'état du foie, on est cependant en droit d'affirmer l'existence de diabètes franchement hépatiques ; or, dans la majorité des cas, les résultats consécutifs à l'absorption d'extrait hépatique ont été des plus nets. Une femme ayant 155 grammes de sucre par 24 heures n'en a plus au bout de 4 jours que 93 grammes, au bout de 9 jours que 85 grammes ; on cesse le foie : le sucre remonte à 96 grammes. Un diabétique tuberculeux à gros foie, à proportion de sucre fixe, qui en rendait, le 14 janvier 1896, 81 grammes, ingère à partir du 19 janvier 100 grammes de foie par jour : le sucre tombe, le 21, à 37 grammes; le 23, à 21 grammes; le 26, à 11 grammes. On supprime alors l'administration du foie, et le sucre ne tarde pas à remonter à 35 grammes. M. Berthe nous a communiqué deux cas analogues.

Chez une malade soignée pour une gangrène diabétique du pied, la suppression du foie fut suivie deux fois d'une augmentation du sucre, et deux fois la reprise de la médication le fit baisser dans des proportions notables.

Chez un diabétique maigre, pour lequel les différents extraits furent successivement employés, seul l'extrait total donna une véritable baisse, que la suppression de cet extrait total ou son remplacement par l'extrait pancréatique fit rapidement cesser.

Dans un autre cas, du reste, l'extrait pancréatique produisit également une exagération dans la quantité de sucre éliminé.

Chez plusieurs tuberculeux affectés d'hémoptysies considérables, les lavements du foie amenèrent la cessation de l'hémoptysie.

En résumé, l'opothérapie hépatique paraît jusqu'ici une des plus riches en résultats expérimentaux et thérapeutiques.

Sur les indications du suc pulmonaire.

M. Arnozan (de Bordeaux) a utilisé le suc pulmonaire chez 6 malades atteints de pleurésie purulente ou d'abcès du médiastin. Tous ces malades présentaient les caractères communs à une suppuration péripulmonaire chronique, à foyer ouvert, non tuberculeuse d'origine, avec arthropathies du type Marie. Ce suc pulmonaire était administré à la dose de 10 centim. cubes par jour pendant une période de 20 jours, avec des intervalles de repos de 5 jours.

Tous ont été améliorés, certains d'entre eux même guéris par le suc pulmonaire, alors que leur état avait jusque-là résisté à toute médication.

M. Cassaët cite parmi les inconvénients du suc pulmonaire l'apparition d'un érythème polymorphe, inconstant chez un même malade. Il peut aussi se produire des hémoptysies, mais elles n'existent guère que chez les malades où le suc détermine autour des corps étrangers pulmonaires (provenant de gangrène pulmonaire dans notre cas) un véritable sillon d'élimination. Elles sont tout à fait l'exception dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Enfin on peut noter chez quelques sujets de l'insomnie, du malaise, de l'agitation momentanée, des bouffées de chaleur, la précipitation du pouls, une légère élévation de la température, phénomènes qui témoignent de la saturation de l'organisme et peuvent, de ce fait, être comparés aux accidents de l'hyperthyroïdisation. Tous ces phénomènes cessent avec la suppression du médicament.

Quant aux avantages, ils sont divers suivant la catégorie de malades auxquels ce suc a été prescrit.

Chez les tuberculeux ordinaires, il ne se produit qu'un relèvement passager de l'état général, comme après la prise de tout médicament nouveau. Il est rare que l'amélioration soit prolongée. Elle peut se manifester néanmoins chez ces mêmes tuberculeux lorsqu'ils sont atteints de pleurésie purulente secondairement infectée ; mais ces patients rentrent alors dans la catégorie de ceux qui constituent le type du malade justiciable du suc. C'est, en effet, dans les septicémies chroniques pleuro-pulmonaires, accompagnées d'un début d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, que le maximum de son action se fait sentir. Le sujet reprend alors ses forces, son état général se remonte, son poids augmente considérablement. La respiration se fait plus ample et plus profonde, l'expectoration change de nature, et de purulente qu'elle était devient muqueuse, puis tend à disparaître. Les signes d'hecticité s'amendent d'abord, cessent ensuite, l'appétit renaît et la fièvre tombe. Enfin les collections purulentes diminuent d'importance et les signes de l'ostéo-arthropathie s'atténuent progressivement.

Le suc pulmonaire constitue donc un médicament héroïque des accidents d'intoxication générale consécutifs aux septicémies pleuro-pulmonaires, mais son emploi doit être longtemps continué.

L'opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques.

MM. Combemale et **Gaudier** (de Lille) communiquent l'observation d'une femme âgée de 38 ans, qui présentait depuis deux ans des accidents hémophiliques caractérisés surtout par des hémorrhagies d'origine laryngée. L'examen laryngoscopique montra que les bandes ventriculaires droites et gauches, tuméfiées et ecchymotiques, étaient le siège d'hémorrhagies en nappe sous l'influence du moindre effort. Toute piqûre, toute coupure étaient, d'autre part, l'occasion d'hémorrhagies graves.

Contre cette hémophilie évidente, l'ergotinine, les traitements locaux divers, la médication reconstituante et tonique se montraient impuissants. On eut recours à la médication thyroïdienne, laquelle donna rapidement d'excellents résultats qui persistent encore au bout de quatre mois.

La chlorose, auto-intoxication d'origine ovarienne.

MM. Étienne et **J. Demange** (de Nancy). — La glande ovarienne peut être considérée comme une glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule; comme une glande chargée d'éliminer par le sang menstruel l'excès des toxines organiques formées en excessive quantité dans l'organisme féminin ; comme une glande pourvue d'une sécrétion interne, peut-être dévolue aux cellules à type glandulaire constituant les corps jaunes, et jouant un rôle important dans la nutrition générale. Le produit de sécrétion, l'ovaréine, présente, au point de vue clinique, les caractères d'un ferment soluble et est doué de propriétés oxydantes manifestes; il est très analogue à la spermine de Pœhl. D'où, lorsqu'il y a insuffisance ovarienne pendant la phase de développement, la sécrétion de l'antitoxine ovarienne ne se faisant pas, il y aura auto-intoxication spéciale, viciation de la nutrition générale, se manifestant par la chlorose, de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème.

Il est probable que jusqu'au moment de l'entrée en fonction de l'ovaire à la puberté, le rôle antitoxique est joué par un autre organe, le thymus.

Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est un traitement logique, pathogénique de la chlorose. C'est ce que tend à démontrer l'étude de 17 observations cliniques dans lesquelles, d'une façon constante, toutes les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Cependant, d'autres substances organiques semblent pouvoir améliorer, elles aussi, la chlorose. La conclusion à tirer de ce fait serait que peut-être, dans certains cas, ces substances, très voisines au point de vue chimique, peuvent se suppléer.

En tous cas, cette théorie toxique de la chlorose ne contredit aucune des théories jusque-là émises, lesquelles reposent plutôt sur des données étiologiques ou symptomatiques, toutes pouvant s'interpréter par l'hypothèse d'une intoxication pendant la phase de développement.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur le diabète.

M. Boinet communique trois faits de diabète. Le premier, qui se rapporte à un malade de 39 ans, mort de coma diabé-

tique. L'augmentation de l'acidité des urines, la présence de l'acétone, de l'acide oxybutyrique, indiquent l'imminence du coma diabétique. L'injection intraveineuse d'eau salée additionnée de bicarbonate de soude n'a pas donné de résultats thérapeutiques. Le pancréas présentait le type des scléroses artérielles. C'est probablement à l'intensité de cette intoxication acide que sont dues les altérations vésiculaires spéciales du foie et les lésions d'Ebstein, d'Armanni et d'Ehrlich constatées sur les coupes du rein.

Le second cas, relatif à une cataracte diabétique, établit les dangers d'un traitement trop intensif; c'est un exemple de la forme dyspnéique de l'intoxication acide du diabète. Le pancréas était atteint de sclérose péricanaliculaire consécutive à l'oblitération du canal de Wirsung par un long calcul blanc, crayeux. Le processus de cette seconde variété de pancréatite scléreuse est analogue à celui qui suit la ligature expérimentale des conduits excréteurs des glandes.

Enfin, la troisième observation établit l'influence d'une infection grippale sur le développement d'une artérite de l'humérale chez un diabétique. Le sphacèle secondaire de la main et de l'avant-bras a été sans doute favorisé par les lésions si considérables du nerf médian qui, au niveau du bras, c'est-à-dire bien au-dessus de la portion gangrenée, présentait une dégénérescence de tous ses tubes nerveux. Il est rare de voir une thrombose d'origine infectieuse aussi étendue que celle qui existait dans les artères humérale, radiale et cubitale gauches.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

SIXIÈME SESSION

Tenue à Paris du 14 au 16 avril.

Présentation primitive de la face.

M. A. Brindeau a observé 3 cas de présentation de la face pendant la grossesse. La première observation se rapporte à une femme chez laquelle une sage-femme avait reconnu une présentation de la face 15 jours avant l'accouchement. Dans le second cas observé à la Maternité on a pu également faire le diagnostic de présentation de la face 12 jours avant le travail. Enfin, dans le troisième, la présentation de la face fut reconnue 8 jours avant l'accouchement. Dans ce dernier cas il existait une dolichocéphalie très prononcée, déformation qui a persisté depuis. Du reste, le père de l'enfant présente également cet allongement exagéré des diamètres antéro-postérieurs de la tête.

Si l'on analyse la quinzaine de cas bien nets de présentation primitive de la face on voit que les principales causes invoquées par les accoucheurs pour expliquer cette présentation vicieuse sont la dolichocéphalie et le rétrécissement léger du bassin. Dans 3 cas il y eut mutation spontanée, dans tous les autres l'accouchement se termina spontanément, sauf dans une observation personnelle ou on a été obligé d'employer le forceps. Ces présentations primitives paraissent donc assez bénignes, et quand on se trouvera en présence d'une présentation de la face pendant grossesse, si les manœuvres externes ne suffisent pas pour transformer la présentation, on ne devra pas insister et laisser l'accouchement se faire par la face.

Traitement de l'éclampsie.

M. Favre (Chaux-de-Fonds) croit que parmi les symptômes prodromiques les plus communs des attaques éclamptiques il faut signaler la céphalalgie et que cette céphalalgie a plus d'importance que l'existence de l'albumine dans les urines. Il propose donc que dans ces cas, alors même que les attaques d'éclampsie ne sont pas survenues, de provoquer l'accouchement et de le terminer rapidement par la dilatation forcée du col utérin.

M. Budin n'est pas d'avis de provoquer l'accouchement dans ces cas. En effet, souvent ces malades guérissent, sans avoir d'accès, par le simple traitement classique (régime lacté, purgatifs). De plus, on ne sait jamais si les excitations que l'on porte sur le col ne vont pas produire les convulsions éclamptiques jusqu'alors latentes.

M. Demelin a été témoin d'un cas dans lequel un accoucheur voulut pratiquer l'accouchement rapide pour des accidents d'intoxication grave sans accès d'éclampsie. Pendant tout le temps que dura la dilatation du col il survint des convulsions lubintrantes qui ne s'étaient pas déclarées jusqu'alors. M. Demelin partage donc l'opinion de M. Budin et croit que le régime lacté exclusif est préférable à l'accouchement provoqué.

XXVIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu de Berlin du 13 au 16 Avril 1898.

De l'effet des balles dum-dum sur les tissus du corps humain.

M. von Bruns (de Tubingue) a fait sur des cadavres placés à une distance de 25 mètres un certain nombre d'expériences avec le fusil d'ordonnance et des projectiles à pointe découverte (balles dum-dum). Il a constaté que ces projectiles produisent un effet infiniment plus destructeur que tous ceux que l'on a employés jusqu'ici. Sur la plupart des préparations, les parties molles sont détruites à un tel point qu'il ne peut plus être question d'orifice d'entrée ni d'orifice de sortie, et dans les cas où l'on peut encore distinguer un orifice d'entrée, celui-ci ne présente pas la forme d'une simple déchirure allongée, comme cela se voit avec les balles à chemise complète, à petites distances, mais elle est dilacérée en de nombreux lambeaux. Il s'agit donc d'une véritable explosion. La destruction est encore plus prononcée quand le projectile frappe l'os.

Quant à la déformation du projectile, qui constitue la cause de cet effet considérable sur le corps humain, la pointe non revêtue de chemise s'aplatit déjà au contact de la peau, et cette déformation du plomb fait sauter la chemise en de nombreux fragments enroulés. Le plomb lui-même éclate en une multitude de morceaux qui se dispersent dans les tissus de l'organisme.

Ces expériences autorisent plus que jamais à soutenir cette thèse, à savoir que les projectiles complètement enveloppés d'une chemise sont relativement bénins dans leurs effets. L'emploi de ces nouvelles balles, par contre, doit être considéré comme absolument inhumain. M. Bruns croit donc être d'accord avec les membres du Congrès en exprimant le désir que la Convention de Saint-Pétersbourg de 1868 soit complétée par un accord international portant interdiction d'employer des balles dont la pointe est dépourvue de chemise, et que la direction de l'armée prenne l'initiative de cette démarche.

M. Lauenstein appuie vivement la proposition de M. von Bruns.

M. Köhler (de Berlin) dit avoir insisté, il y a 6 mois déjà, sur ce point, et en avoir avisé la Société de la Croix-Rouge.

Des lésions du cerveau par armes à feu.

M. Tilmann (de Greifswald) a institué un certain nombre d'expériences en se servant d'un revolver dont l'effet correspond à peu près à celui du fusil d'ordonnance à la distance de 2 000 à 2 500 mètres.

La balle pénètre dans la boîte crânienne, mais elle est arrêtée, dans l'intérieur du crâne, par la paroi opposée à l'orifice d'entrée. On a constaté que la balle de ces armes, dont la vitesse initiale est très réduite, fait éclater cependant la substance cérébrale si l'on tire sur un cerveau non protégé, tandis qu'il suffit d'envelopper la masse encéphalique dans un linge pour réduire l'effet du projectile à une dilatation passagère du volume du cerveau, laquelle a été constatée au moyen d'un enregistreur électrique. On a également empêché la destruction du cerveau en le couvrant simplement avec la calotte de la boîte crânienne.

Quant à la nature anatomique des lésions produites sur la substance cérébrale, le passage du projectile produit un canal dont la lumière est fusiforme, et dont l'orifice d'entrée présente un diamètre de 15 millimètres pour un projectile de 9 millimètres. La lumière de la partie moyenne du canal atteint 30 millimètres et diminue ensuite progressivement. Ce canal, dont les parois sont inégales, renferme de la substance cérébrale réduite en bouillie; la couche de substance cérébrale qui entoure le canal présente sur une épaisseur de quelques millimètres une contusion très accusée, plus forte dans la substance grise que

dans la substance blanche, en raison de la vascularisation plus riche et de la moins grande résistance de la première. On a constaté enfin l'existence de nombreuses déchirures dans la substance blanche de tout l'hémisphère.

Sur le chien vivant, on a obtenu des résultats identiques. Les lésions des parties périphériques de l'hémisphère s'accusaient par de nombreuses hémorrhagies punctiformes.

Du goître syphilitique.

M. Küttner (de Tubingue) a communiqué l'observation d'une femme dont les antécédents permirent d'admettre une infection syphilitique antérieure. Elle était atteinte d'un goître présentant tous les caractères du goître malin. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une dégénérescence fibreuse du corps thyroïde renfermant des foyers de nécrose, sans aucune trace d'affection tuberculeuse. Le diagnostic du goître syphilitique se trouva confirmé, 5 mois plus tard, par le fait que la malade fut atteinte d'ulcérations syphilitiques du pharynx.

Le second cas a trait à un malade atteint autrefois de syphilis et porteur d'un goître à croissance rapide, présentant également les caractères du goître malin. La dyspnée du patient obligea à pratiquer d'urgence la trachéotomie. L'examen microscopique d'un petit fragment de la tumeur fit rejeter le diagnostic d'affection maligne. Le sujet fut soumis au traitement ioduré, et le goître rétrocéda entièrement au bout de 3 à 4 semaines.

Le diagnostic de goître syphilitique n'est pas facile, et il ne pourra être posé avec une certaine probabilité que d'après les commémoratifs et si le malade présente d'autres manifestations syphilitiques. Au cours de l'opération, l'aspect lardacé des tissus pourra éveiller quelques soupçons à cet égard. Cette affection peut provoquer, par suite de la destruction complète du tissu thyroïdien, des symptômes de myxœdème.

Du décollement épiphysaire du fémur et de ses rapports avec la coxa vara.

M. Sprengel (de Brunswick) a eu l'occasion d'opérer récemment deux jeunes gens de 18 ans, présentant tous deux un syndrome ressemblant à celui de la coxa vara, avec cette différence que la gêne des mouvements était plus considérable que dans cette dernière affection. La radiographie ne permit pas de poser un diagnostic sûr, et on pratiqua dans les deux cas la résection de la hanche. On a pu voir, par un examen très détaillé des pièces anatomiques, qu'il s'agissait d'un décollement épiphysaire traumatique avec formation d'un cal plus ou moins prononcé.

La difficulté du diagnostic différentiel entre la coxa vara et le décollement épiphysaire a été signalée depuis longtemps déjà, entre autres par Kocher et Hofmeister. L'étiologie de la coxa vara n'étant point univoque, il ne paraît pas irrationnel de désigner sous le nom de coxa vara traumatique les deux faits qui viennent d'être rapportés.

Pour ce qui est du traitement M. Sprengel estime que la résection est indiquée dans les cas où la déformation siège au niveau de la ligne juxta-épiphysaire, et l'ostéotomie chez les malades atteints de déformations du corps du fémur proprement dit.

M. Hofmeister (de Tubingue) a fait plusieurs radiographies du bassin d'un individu sain, en ayant soin de varier la position du fémur et du tube de Crookes, et il est convaincu des nombreuses erreurs qui peuvent survenir dans l'examen d'un malade que l'on croit atteint de coxa vara si l'on ne tient pas grand compte de la position du tube et de celle du patient. Il est indispensable, pour ne pas commettre d'erreurs, de comparer les épreuves radiographiques ainsi obtenues avec celles qui sont prises sur un sujet normal dans des conditions identiques. Un atlas de radiographie normale aurait donc son utilité, tout comme un atlas anatomique.

M. Joachimsthal (de Berlin) pense que la rotation en dedans constitue la meilleure position pour l'examen radiographique de la coxa vara.

Traitement des métrorrhagies par la vapeur d'eau chaude.

M. Dührssen (de Berlin) présente une malade chez laquelle il a fait disparaître des métrorrhagies persistantes par l'emploi de la vaporisation durant 3 minutes. Il a obtenu dans ce cas une élimination complète de la muqueuse utérine, suivie de l'oblitération de la matrice. Il est important, avant de procéder à ce traitement, de pratiquer la palpation de la cavité utérine et même un curetage explorateur, afin de s'assurer qu'il n'existe pas de débris placentaires ou qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme. Pour éviter de produire une cautérisation trop forte du col, on ne fera durer les vaporisations que pendant 15 secondes chez les malades qui ne sont pas encore à l'âge de la ménopause.

La vaporisation rendra de grands services dans le traitement des métrorrhagies provoquées par des corps fibreux, et aussi dans les endométrites puerpérales et la blennorrhagie aiguë de la matrice.

Kystes dermoïdes et tumeurs mixtes du testicule.

M. Wilms. — Les kystes dermoïdes du testicule, tou comme ceux de l'ovaire, doivent être considérés comme des anomalies congénitales d'un ordre différent de celui des kystes dermoïdes proprement dits, puisqu'ils renferment toujours des éléments des trois feuillets embryonnaires, et que l'on constate dans tous les cas des rudiments embryonnaires de substance cérébrale; il s'agit donc de formations tératoïdes proprement dites. Tous les tératomes dits du scrotum appartiennent au testicule, le scrotum n'étant pas susceptible de renfermer des germes embryonnaires. Quant aux tumeurs mixtes des testicules, leur formation s'explique par une prolifération des éléments embryonnaires dans les tubes séminifères; on n'a donc pas affaire à des néoplasmes proprement dits, mais à une formation embryonnaire.

Tumeurs osseuses et cartilagineuses multiples.

M. von Kryger (d'Erlangen) a observé trois cas qui offrent un certain intérêt au point de vue de la pathologie du système osseux. Dans le premier, il s'agit d'une myosite ossifiante, chez une fillette. Le début précoce de la maladie ainsi que l'existence d'une microdactylie des gros orteils lui font croire qu'on se trouve là en présence d'une affection congénitale. Le second fait a trait à des exostoses cartilagineuses multiples, et le troisième à des enchondromes para-articulaires également multiples et coexistant avec des angiomes. Dans ces deux cas aussi, l'origine congénitale me paraît des plus probables.

M. Zöge von Manteuffel croit que la microdactylie, chez les individus atteints de myosite ossifiante, ne peut pas être considérée comme une preuve de l'origine congénitale de cette affection; il s'agit, au contraire, d'une simple synostose des deux phalanges du gros orteil. Toutefois il ne nie pas la possibilité de l'origine congénitale de la myosite ossifiante.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 Avril 1898.

Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1897.

M. Sevestre. — Sur 520 malades atteints de diphthérie (angine ou croup), 102 sont morts, dont 43 dans les premières 24 heures, ce qui donne, pour la mortalité globale, le chiffre de 17,40 et pour la mortalité réduite, celui de 10,80 p. 100. Si l'on sépare en 2 catégories distinctes les diphthéries pures et les diphthéries associées; on trouve que pour le premier groupe, la mortalité globale est de 14,34 p. 100 et la mortalité réduite de 8,24 et que pour la strepto-diphthérie, la mortalité globale est de 32,32 p. 100 et la mortalité réduite de 23,80, c'est-à-dire presque 3 fois plus forte.

Les malades, à quelques exceptions près, ont tous reçu, dès

leur entrée, une injection de sérum; la dose moyenne fut de 20 centimètres cubes pour les enfants de 2 ou 3 ans.

Outre l'injection de sérum on fait faire une grande irrigation de la gorge avec la liqueur de Labarraque, à 50 p. 1000, et, dans les cas graves, avec la solution de chloral à 1 p. 100, qui paraît plus active.

M. Sevestre évite, le plus souvent, le traitement local; mais dans les cas de diphthérie associée, quand les fausses membranes persistent longtemps, il fait souvent sur les amygdales des applications de teinture d'iode ou de poudre de salol.

Les cas de croup sont au nombre de 341. Avant de faire le tubage, les malades étaient placés dans une atmosphère de vapeurs; à la première menace d'un accès de suffocation, on pratiquait l'enveloppement froid du thorax, qui, bien souvent, nous a permis de retarder et même d'éviter l'intervention.

Chez 202 enfants, le tubage a été pratiqué; sur ce nombre, 40 sont morts, dont 21 plus de 24 heures après l'entrée, ce qui donne, pour la mortalité globale, le chiffre de 19,70 et pour la mortalité réduite celui de 11,41.

Dans 21 cas, le tubage a été suivi de trachéotomie; et, 17 enfants ont été trachéotomisés d'emblée. Dans ces deux catégories, il s'agit de cas qui ne peuvent guère entrer dans une statistique sérieuse, et il faudrait bien se garder d'en tirer quelques arguments contre la trachéotomie, en comparant les résultats à ceux du tubage.

Sur l'emploi des alcalins dans le traitement des états dyspeptiques.

M. Hayem explique que dans sa précédente communication à la Société, il a voulu simplement dire que les alcalins pris d'une façon continue augmentent l'hyperchlorrhydrie des hyperpeptiques et produisent chez les hypopeptiques une dépression du suc stomacal, allant jusqu'à l'apepsie, c'est-à-dire que, d'une façon générale, les alcalins exagèrent le type chimique primitif.

Or M. Mathieu est parti de ce fait pour déclarer que M. Hayem défend dans tous les cas l'usage des alcalins. C'est une question que M. Hayem n'a pas soulevée, et qu'il ne veut pas soulever sans apporter de nombreuses observations à l'appui.

M. Mathieu répond que puisque M. Hayem déclarait que les alcalins exagéraient le type chimique primitif, il a cru pouvoir conclure que, d'une façon générale, M. Hayem déconseillait l'usage du bicarbonate de soude, soit pur, soit sous forme d'eau minérale.

C'est contre cette conclusion qu'il tenait à s'élever. Les alcalins constituent des médicaments très utiles et dont nous ne devons pas nous priver. Ils sont les seuls qui, dans certains cas, et aidés par un traitement hygiénique spécial, guérissent les malades.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 Avril 1898.

Opothérapie par le suc gastrique.

M. Frémont rapporte plusieurs observations de malades hypopeptiques et de dilatés traités avec succès par l'administration de suc gastrique en nature. L'animal dont il s'est servi pour l'obtention de ce suc a été le chien; quant aux doses ingérées par les différents malades, elles ont varié de 150 à 500 grammes dans les 24 heures. Dans tous les cas, l'auteur a enregistré des améliorations, les unes légères, les autres tout à fait remarquables : cessation complète des phénomènes gastralgiques, réapparition de l'appétit, augmentation du poids du corps, etc.

M. Frémont a essayé la même médication chez des sujets hyperchlorhydriques et chez des cancéreux. Les résultats obtenus ont été plutôt défavorables.

M. Mathieu trouve que les expériences poursuivies par M. Frémont sont empreintes de beaucoup d'intérêt et qu'elles méritent de solliciter les tentatives de tous les médecins. Cependant, il se demande par quel mécanisme le suc gastrique du chien ingéré en nature arrive à supprimer les symptômes morbides observés? Agit-il sur la sécrétion de la muqueuse gastrique, sur la motricité des éléments musculaires ou bien sur la sensibilité de l'estomac?

M. Frémont avoue qu'il n'est pas encore en mesure de faire une réponse satisfaisante à chacune de ces questions.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 29 Avril 1898.

Thrombus agonique du cœur droit.

M. Lefas montre un cœur qui présente un caillot fibrineux, étendu depuis la partie inférieure du ventricule droit jusqu'aux branches de bifurcation de l'artère pulmonaire, avec empreintes valvulaires au niveau des sigmoïdes. On notait en même temps des infarctus pulmonaires, infectés, dont l'un avait entraîné une pleurésie putride limitée.

Mal perforant buccal.

M. Mignon rapporte l'observation d'un cas de mal perforant buccal, constaté chez un homme qui présente des signes de tabès au début.

Compression de la moelle par un endothéliome.

M. Tissier présente un cas de compression lente de la moelle, chez un enfant de 14 ans, par une tumeur développée entre la 3e paire cervicale et la 7e. Il s'agit, au microscope, d'un endothéliome.

Éventration consécutive à l'ablation d'un énorme fibrome utérin.

M. Dartigues présente un moignon utérin provenant d'une hystérectomie abdominale totale pratiquée par M. Pozzi, pour une éventration consécutive à l'ablation d'un fibrome de 2 300 grammes, enlevé il y a 2 ans, et traité par pédicule extra-péritonéal.

Le reliquat d'utérus, adhérent à la paroi abdominale, présente à ce niveau un petit fibrome interstitiel gros comme une noix; entre la partie supérieure de ce moignon et la face péritonéale de la cicatrice, il y a des brides saillantes, résistantes, limitant des cavités diverticulaires, dont l'une peut admettre l'introduction du pouce. C'est là que s'engageaient les anses intestinales dans l'effort, et qu'aurait pu se produire un étranglement herniaire analogue à ceux qui ont été signalés dans les fossettes péri-duodénales et péri-cæcale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Avril 1898.

Sérothérapie dans l'asthme streptococcique.

MM. A. et **F. Boucheron** communiquent deux cas d'asthme guéris par les injections de sérum antistreptococcique. Dans le premier cas : il s'agissait d'un rhumatisant de 43 ans porteur d'une rhinite à streptocoques, chez lequel le sérum antistreptococcique, fut employé contre de multiples et graves manifestations rhumatismales. Son asthme nocturne existait depuis 5 ans, et surtout depuis 3 ans, presque chaque nuit sans dyspnée intercalaire. L'asthme disparut après la troisième injection de sérum, il n'a pas reparu depuis 14 mois, grâce à des injections supplémentaires faites de temps en temps.

Le second cas d'asthme avec rhinite à streptocoques, a été observé chez un médecin, âgé de 50 ans, qui se soumit à la sérothérapie, et obtint rapidement, après 4 injections de sérum de 1/2 et de 1 centimètre cube, la disparition de ses accès d'asthme nocturne, et aussi de sa dyspnée habituelle, ainsi que des troubles cardiaques, palpitations, difficultés de monter, presque de marcher; quelques injections complémentaires furent ajoutées.

Lésion traumatique d'une valvule de l'aorte avec embolie de l'artère centrale de la rétine.

M. Ostwalt communique l'observation d'un vieillard, artérioscléreux avéré, chez lequel un effort violent a produit, en même temps qu'une hernie inguinale, une lésion des valvules aortique et une embolie de l'artère centrale de la rétine. Etant donné que les signes physiques de la lésion valvulaire sont allés en diminuant au point de devenir presque imperceptibles, au bout de quelques semaines, M. Ostwalt est d'avis que, dans son cas, il ne s'est pas agi d'un arrachement partiel d'une valvule de son insertion (comme, par exemple, dans le cas de Tretzel), mais d'une simple déchirure du bord libre d'une valvule sigmoïde. Cette lésion a dû être facilitée par les altérations artérioscléreuses préexistantes. A l'endroit de la rupture il s'est déposé, ensuite, un caillot de sang, dont le courant sanguin a détaché, le lendemain, une parcelle, pour l'entraîner dans l'œil. Au fur et à mesure que le dit caillot se ratatinait et s'organisait, la fonction de la valve a pu se rétablir plus ou moins normalement et le bruit de souffle diastolique a presque entièrement disparu.

Tétanos traité par le sérum spécifique injecté dans le liquide cérébro-spinal.

M. Sicard communique l'observation d'un malade entré dans le service de M. Brinaud pour un tétanos traumatique grave. Une injection sous-cutanée de sérum antitétanique n'ayant produit aucune amélioration, on pratiqua le lendemain la ponction lombaire et après avoir retiré 15 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal on injecta par la canule laissée en place 4 centimètres cubes de sérum antitétanique. Cette injection amena une amélioration de tous les symptômes, qui persista pendant 12 heures; lorsqu'au bout de ce temps on a voulu faire une nouvelle injection de sérum, l'opisthotonos était tel qu'il a été impossible de faire la ponction lombaire. Le malade succomba 24 heures plus tard.

M. Nicolle envoie une note sur la réaction agglutinante dans les cultures filtrées.

M. A. M. Bloch présente les résultats qu'il a obtenu dans son service de l'Asile de convalescence de Vincennes en traitant les tuberculeux par l'application d'une demi-cuirasse plâtrée moulée sur le côté malade du thorax.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Avril 1898.

Les psychoses post-opératoires.

M. Barette (de Caen) envoie une note sur trois cas de psychose post-opératoire.

Dans le premier cas où le délire se déclara 17 jours après l'extirpation d'un gros polype fibreux de l'utérus, la malade guérit.

Dans le second cas où l'on a fait l'hystérectomie pour cancer de l'utérus, la psychose qui se déclara au 10e jour après l'opération s'aggrava dans la suite et la malade a été internée dans un asile. Ces deux malades n'avaient pas d'antécédents héréditaires.

Enfin, dans un troisième cas, il s'agit d'une hystérique avérée à qui on a fait une hystérectomie vaginale et qui présenta à la suite de son opération du délire de la persécution et qui actuellement s'achemine vers la paralysie générale.

M. Barette, en somme, n'a observé que 3 cas de délire post-opératoire sur 1 800 opérées environ. Ces 3 malades sont des opérées gynécologiques. Une de ces malades était une hystérique, peut-être alcoolique.

M. Tuffier n'a observé qu'un cas chez un enfant hystérique opéré pour une hernie. Il s'agissait plutôt d'une attaque d'hystérie à la suite d'une petite opération.

Une fois M. Tuffier a pu observer un délire furieux post-opératoire chez un homme à qui on avait fait la castration.

Chez une femme, à laquelle on avait fait la trépanation de l'apophyse mastoïde, il survint des accidents délirants qui durèrent 30 jours. Cette malade a été pansée à l'iodoforme, et M. Tuffier se demande si l'intoxication iodoformique n'était pas en cause. En tous cas, la mère de cette femme était une folle et est morte dans un asile. La malade elle-même était donc une prédisposée.

M. Poirier a observé 3 cas de psychose post-opératoire qui durèrent peu; et chaque fois il s'agissait de femmes nerveuses. Par contre, il a observé 2 cas de suicide après des opérations.

M. Poirier a vu plusieurs faits de délire post-opératoire, mais d'origine septicémique ou toxique.

M. Bouilly a pu observer plusieurs cas de dérangement cérébral à la suite d'opérations même simples. Mais il s'agit presque toujours de femmes déjà cérébrales avant l'opération. Ces malades présentent alors de la mélancolie, des conceptions délirantes. L'opération n'intervient que rarement comme facteur de production de la psychose. Quand il s'agit de femmes âgées, les opérations peuvent produire des accidents d'affaiblissement cérébral, avec tendance à la démence : l'opération agit comme cause occasionnelle.

Sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques, M. Bouilly ne relève que 5 cas de psychose opératoire, or 3 fois il s'agissait nettement de femmes prédisposées, et une fois d'une démence sénile.

Chez toutes ces femmes, l'opération ne sert que de prétexte au réveil d'un dérangement mental préexistant, mais à côté de ces cas, on peut observer des délires passagers, ne durant que quelques jours, avec obnubilation des idées. Ces accidents passagers et légers se voient après les opérations portant sur l'utérus, le vagin et le périnée.

Mais il existe encore une autre catégorie de faits : on peut avoir affaire à des femmes ayant une terreur invincible à l'idée d'une opération. Or, en pareille occurrence, il faut surseoir à l'opération. Cette terreur, cette folie opératoire, se montre souvent au moment précis où l'on va commencer l'opération, où l'on commence le chloroforme.

Pour M. Bouilly, ces femmes qui ont la terreur de l'opération, qui craignent de mourir, présentent d'ordinaire une faible résistance, et supportent mal la moindre complication septique. Il y a un véritable état de sidération nerveuse qui peut même entraîner la mort. Il faut donc retarder l'opération s'il n'y a pas urgence.

Gastrostomie par le procédé valvulaire.

M. Ricard fait un rapport sur une communication de M. Loison ayant trait à une gastrostomie suivant le procédé valvulaire de Fontan. Ce procédé a donné à M. Loison un excellent résultat; il s'agissait d'un carcinome de l'œsophage. La bouche stomacale fonctionnait parfaitement et restait parfaitement étanche.

M. Ricard passe à cette occasion en revue les divers procédés de gastrostomie. Pour conclure, c'est aux procédés valvulaires qu'il faut actuellement donner la préférence pour la gastrostomie.

M. Tuffier fait observer qu'il y a des estomacs qui sont intolérants, quel que soit le procédé de gastrostomie employé. Ce qui joue un grand rôle dans la continence du suc gastrique dans la gastrostomie, c'est le siège de la bouche stomacale. D'ordinaire on place la bouche stomacale trop bas. En effet, l'estomac est un organe thoracique; et d'ordinaire on ne peut l'abaisser suffisamment. Il faudrait placer la bouche près du cardia.

M. Routier est plus simpliste que ses collègues. La gastrostomie le plus souvent est une opération d'urgence. Les malades souvent ne supportent pas le chloroforme. Donc il faut opérer vite. Les procédés compliqués ne sont donc pas de mise.

On attire l'estomac à la peau, on le fixe, sans ourler la muqueuse, par 4 points de suture. On ponctionne l'estomac, et on place une sonde n° 18. Et en général la gastrostomie est continente.

M. Lucas-Championnière trouve que les procédés anciens de gastrostomie ne sont pas si mauvais que M. Ricard a bien voulu le dire. Il faut rejeter les procédés en 2 temps, mais il faut maintenir l'ourlet de la muqueuse.

M. Schwartz était partisan autrefois du procédé de Poncet en 2 temps. Mais dans un cas il n'a pu retrouver la paroi sto-

macale dans la cicatrice, il a ponctionné au-dessus de la petite courbure et a injecté pendant 2 jours les aliments dans l'arrière cavité des épiploons. Depuis ce moment, M. Schwartz rejette le procédé en 2 temps. Il ne fait plus que le procédé simple, par suture de l'estomac et la ponction en 1 temps.

M. Guinard fait depuis 3 ans la gastrostomie par un procédé analogue au procédé valvulaire, avec d'excellents résultats.

M. Monod a, pour le même motif, renoncé à l'opération en 2 temps,

M. Chaput donne la préférence au procédé de M. Terrier en ourlant la muqueuse à la peau, et en faisant un orifice petit.

M. Schwartz présente des radiographies de deux luxations de la hanche, l'une pathologique, l'autre congénitale.

M. Tuffier présente un malade chez lequel il a fait la résection du pylore.

M. Loison présente un malade chez lequel il a pratiqué la suture double du maxillaire inférieur pour fracture bilatérale.

M. Lejars présente une pièce de tumeur du mésentère (myxome diffus).

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 25 Avril 1898.

Tophus volumineux.

M. Dreyfus présente un malade du service de M. Bouveret, atteint de la goutte depuis 20 ans, et qui porte au niveau des gros orteils, un tophus du volume du poing. Les autres articulations sont atteintes également, à des degrés différents. De tels cas sont assez rares dans la clientèle hospitalière.

Hémiplégie hystérique.

M. Pauly présente un malade du service de M. Lépine. Il s'agit d'un homme de 34 ans, qui, l'an dernier, s'est tiré une balle de revolver dans la tempe droite ; le projectile ne fit probablement aucune lésion du crâne, et put être facilement extrait.

Trois mois après, apparut une hémiplégie gauche progresive, qui persiste depuis. Actuellement, la jambe est traînante, mais le malade ne fauche pas. Il y a une paralysie complète et placide de la main gauche, à peu près complète de l'avant-bras et du bras, sauf pour la pronation et la supination. Mais on constate en même temps une anesthésie en segment du bras gauche, et une hémianesthésie nettement limitée sur le tronc à la ligne médiane. Le malade est très impressionnable; il présente de la polyopie monoculaire.

L'ensemble de ces signes a fait porter le diagnostic d'hémiplégie hystérique, qui s'appuie surtout sur la névropathie du malade, et sur les caractères de la paralysie et de l'anesthésie. Mais il mérite d'être discuté, en raison de la production de cette hémiplégie du côté opposé à un traumatisme de la tête, ayant pu, à la rigueur, être le point de départ de lésions méningées.

Mais l'absence d'épilepsie jacksonnienne et les symptômes signalés plus haut sont en faveur de l'hystérie. Il est à remarquer que l'on n'a pu retrouver aucune cause de suggestion, personnelle ou étrangère, dans l'histoire clinique du malade.

Fièvre typhoïde chez les obèses.

MM. Lyonnet et **Maurice** ont étudié la fièvre typhoïde chez les obèses, et signalent à nouveau l'extrême gravité que d'autres auteurs avaient déjà constatée. Sur 30 observations, ils ont eu 22 décès, ce qui fait une proportion de 73 p. 100.

La mort semble avoir été causée soit par le cœur (myocardite, surcharge adipeuse du cœur), soit par le poumon, soit avec une forte hyperthermie, ou enfin par hémorrhagie intestinale.

Sur les 30 cas, il y en eut 11 d'hémorrhagies intestinales, dont 5 mortelles.

Le foie a très souvent été trouvé altéré (cirrhotique ou graisseux).

Il faut noter que les obèses ont une résistance considérable à la réfrigération ; parfois même les bains élèvent la température du malade, non pas de temps en temps, mais d'une manière à peu près constante.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 Avril 1898.

Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux.

M. Voron présente un malade atteint d'un épithélioma de la face et traité par M. Jaboulay suivant la méthode de Czerny (de Prague), par des badigeonnages d'une solution d'acide arsénieux. La tumeur, qui siégeait dans la région temporale, était ulcérée et avait les dimensions d'une pièce de 5 francs a été réduite, après 1 mois 1/2 de badigeonnages quotidiens, à un point de la grosseur d'une tête d'épingle, à peine exulcéré et saignant.

Angine de poitrine.

M. Boudin présente les pièces provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Josserand.

Il s'agissait d'un homme atteint d'angine de poitrine depuis plusieurs années. On trouva une aortite avec plaques athéromateuses très marquées, et diverses productions de même nature, dont l'une oblitérait à peu près complètement l'une des coronaires, qui était perméable dans tout le reste de son trajet.

Ulcère du duodénum.

M. Boudin présente un ulcère du duodénum provenant du service de M. Josserand. Les signes furent, pendant la vie, ceux d'un ulcère de l'estomac. Mais les douleurs, au lieu d'être localisées aux points élastiques, apparaissaient surtout sous la forme de coliques irradiées à l'abdomen. La mort survint par perforation.

Goitre suffocant. Exothyropexie.

M. Comte rapporte l'histoire d'un nouveau cas de goitre suffocant traité avec succès par M. Jaboulay par l'exothyropexie.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 1er Avril 1898.

Purpura cutané et gastro-entéralgie apyrétique chez un enfant de 13 ans.

M. Courtin communique l'observation d'un garçon de 13 ans qui, à l'âge de 4 ans, a été atteint de fièvre typhoïde qui a évolué sans accidents et n'a laissé après elle aucune complication.

Depuis ce moment, cet enfant avait, à des époques éloignées, des crises de gastro-entéralgie avec localisation bien nette à l'épigastre et autour de l'ombilic ; ces crises étaient toujours douloureuses, mais ne s'accompagnaient ni de diarrhée, ni de vomissements. Les crises avaient lieu une fois par année environ et en toute saison.

Au mois d'octobre dernier, l'enfant souffrit à nouveau de l'estomac, les douleurs revenaient fréquemment et, durant les deux mois d'octobre et novembre 1897, le malade se plaignait presque continuellement. A ce moment survint une pleurésie droite à forme subaiguë. Mais après 15 jours, cet épanchement pleurétique avait cédé d'une façon tellement rapide que pour assurer le diagnostic on pratiqua un examen radiographique qui montra une zone franchement estompée occupant toute la portion inférieure du poumon droit, contrastant avec le poumon gauche qui projetait sur l'écran une zone lumineuse.

Vers la fin de janvier, quelques taches de purpura apparaissent aux membres inférieurs, face dorsale des pieds, régions malléolaires, mollets. Après une huitaine de jours, tout disparaît. L'enfant reste toujours pâle et maigre, mangeant mal, se mettant à table sans appétit, triste, caractère aigri.

Après une amélioration passagère, les anciennes crises de gastro-entéralgie, très pénibles, apparaissent de nouveau en même temps que l'éruption de purpura reprend son acuité et on la retrouve non seulement aux membres inférieurs, mais à la région lombaire, abdominale, cervicale, à la face, sur les paupières, à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parties latérales de la langue et dans la conjonctive de l'œil gauche.

Quelques jours après on trouve du sang dans les matières vomies, du sang en quantité dans les selles, et ces hémorrhagies prennent des proportions telles qu'on est obligé de faire un soir une piqûre d'ergotine. L'examen des urines démontre à cette époque une notable quantité d'albumine.

L'examen du sang montre tout d'abord qu'il ne contient pas de bactéries. Pas de leucémie. Pas de leucocytoses notable. Anémie assez marquée; globules rouges inégaux, déformés; pas de globules rouges à noyau.

L'examen de l'urine a montré l'existence d'un dépôt floconneux assez abondant, formé de cylindres hyalins en assez grand nombre d'hématies et de leucocytes et la présence d'indican en proportion extrêmement forte, *quadruple environ du maximum normal*. L'urine contenait, en outre, de la sérine, de la globuline et de l'hémoglobine en petite quantité.

Le malade est soumis au régime lacté; l'urine, qui était émise en petite quantité et qui présentait une coloration rougeâtre accentuée, redevient abondante et reprend une couleur normale. L'enfant prend chaque jour un verre de limonade chlorhydrique; il est soumis à des séances de massage. A partir de ce moment, les douleurs abdominales cessent, le ventre reprend une grande souplesse; les fosses iliaques, examinées avec soin, ne révèlent aucune partie indurée; du côté droit, on ne retrouve aucun vestige, aucun reliquat inflammatoire permettant de supposer l'évolution d'une appendicite ou d'une typhlite.

Les éruptions de purpura sont moins intenses, mais s'observent encore, se localisant surtout aux membres inférieurs, apparaissant aussi sur les mains, les avant-bras, les parties latérales de la langue.

L'enfant est amaigri, pâle; il a cependant conservé ses forces.

L'urine contient encore une notable quantité d'albumine.

M. Raulin a eu l'occasion de voir le jeune malade dont on vient de rapporter l'histoire au moment des crises. Il rapproche de ce cas celui d'une jeune fille traitée par lui il y a 2 ans environ. Chez sa malade se sont manifestées à plusieurs reprises des crises gastralgiques et entéralgiques coïncidant avec des poussées de purpura. Il y avait aussi un peu d'albumine dans les urines. Tous ces phénomènes ont débuté au moment de l'apparition des règles; la malade a été perdu de vue et est morte moins d'un an après le début des accidents.

M. Venot a soigné autrefois une jeune fille de 29 ans, profondément hystérique qui a présenté pendant 18 mois des phénomènes analogues à ceux que vient de nous décrire M. Courtin, tels que : éruption abondante de taches purpuriques survenant brusquement dans l'espace d'une nuit, crises entéralgiques, selles sanglantes, hémoptysies. Ces symptômes ont alterné à plusieurs reprises avec des périodes de calme. La malade est morte quelques années après d'inanition; elle refuserait à peu près toute nourriture.

M. Carles estime que les symptômes présentés par le malade de M. Courtin semblent dépendre d'une auto-intoxication par suite d'une surabondance de toxines intestinales, et d'une insuffisance d'élimination par le rein et les autres voies d'excrétion. Avec de l'antisepsie intestinale par le naphtol ou les purgatifs légers, on empêcherait la production de toxines et de l'indican. Le rétablissement des fonctions de la peau et du rein par l'hydrothérapie et les diurétiques pourrait modifier cet état pathologique obscur.

Personnellement il a observé un cas à peu près semblable chez un homme d'une cinquantaine d'années, arthritique, qui fut pris un jour, subitement, de douleurs vésicales très vives, et le lendemain de douleurs gastriques aussi intenses. Il y avait de l'anorexie, une soif intense; les urines, très rares, contenaient une très forte proportion d'indican. Quoique la vie du sujet ait été plusieurs jours en danger, aucun diagnostic précis ne put être porté. Il ne s'agissait probablement ici aussi d'une auto-intoxication intestinale.

M. Davezac a en ce moment dans son service une jeune fille profondément anémique, qui a présenté sur les membres inférieurs des taches purpuriques miliaires et des hémorrhagies gingivales. Il n'y a pas eu de phénomènes toxiques généraux, pas d'impaludisme, et la cause de l'éruption a paru également obscure. Il y a depuis l'arrivée de la malade une amélioration de l'anémie, ainsi qu'en témoigne la disparition du bruit de souffle anémique qu'on avait constaté au début.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 28 Mars 1898.

Rachialgie hystéro-traumatique,

Mlle Nourrit présente, au nom de **M. Castaing** et au sien, une fillette de 13 ans atteinte de rachialgie hystérique dont le point de départ a été un léger traumatisme du genou. A mesure que la jambe s'améliorait, l'enfant sentait quelque chose lui monter dans la colonne vertébrale et un jour sans chute nouvelle, sans émotion, sans cause apparente en un mot, elle ressent dans le rachis une douleur assez vive qui va en augmentant les jours suivants, forçant la malade à se courber de plus en plus et à prendre dans son lit l'attitude en chien de fusil, car l'allongement des membres inférieurs était douloureux.

Il faut remarquer que le mois précédent, la mère de la fillette, sujette à des crises de nerfs et souffrant de douleurs dans le ventre, marchait toute courbée à l'aide de deux béquilles.

On fit à la petite malade des badigeonnages à la teinture d'iode et des frictions d'huile camphrée; mais, et elle est très explicite sur ce point, elle ne sentait ni le contact du pinceau, ni la cuisson provoquée par la révulsion; une forte pression était seule perçue.

Un mois après, les phénomènes étant les mêmes, on la conduit à la consultation de M. Piéchaud, devant lequel elle se présente pliée en deux, appuyée au bras de sa mère, accusant de la douleur au niveau de la partie dorsale de la colonne vertébrale.

Un quart d'heure après, à un second examen, la douleur spontanée et à la pression existait seulement dans la région lombaire. Cette douleur ambulante, l'absence de gibbosité, le fait que la malade pliait fort bien son rachis en s'inclinant pour ramasser un objet, enfin l'absence de réflexe pharyngien ne permettaient pas de penser à un mal de Pott et firent porter à M. Piéchaud le diagnostic de rachialgie hystérique, le début spontané éliminant l'hypothèse d'une lésion traumatique.

Une séance d'électrisation suffit à redresser la malade. Mais sa mère ayant parlé devant elle de la possibilité de l'application d'un corset, elle revient trois jours après dans le même état qu'auparavant.

C'est à ce moment qu'elle est placé dans le service de M. Monod. La malade est mise dans un appareil à extension du Dr Piéchaud, avec menace de la laisser un mois dans le décubitus horizontal le plus absolu. Trois jours après, elle prévient qu'elle ne souffre plus; on la fait lever, et elle marche très droite, ne conservant qu'une légère sensibilité au niveau du genou droit. La guérison ne s'est pas démentie depuis, et la petite malade est maintenant traitée par le bromure et les douches.

Ainsi qu'il vient d'être dit, le réflexe pharyngien est sensiblement diminué, moins cependant qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Il existe des zones d'anesthésie, d'hypoesthésie et d'hyperesthésie; le champ visuel est notamment rétréci, surtout pour l'œil gauche, et enfin, au niveau des deux ovaires, du creux épigastrique, au-dessous de deux seins, la pression détermine une vive et profonde douleur, ces régions étant peut-être destinées à devenir des zones hystérogènes.

La malade n'a jamais présenté de crises d'hystérie; elle est sujette à pleurer et à rire sans motif, mais sa santé est excellente et toutes ses fonctions s'accomplissent.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les déterminations articulaires de la morve chez l'homme,

D'après M. le Dr H. Morel.

Maladie virulente contagieuse et inoculable, se manifestant surtout chez les équidés, et qui peut être transmise accidentellement à l'homme, la morve est, par les nombreux cas observés, assez bien connue au point de vue clinique sous ses deux formes : morve proprement dite, différenciée par l'existence de lésions de l'arbre respiratoire (enchifrènement, jetage), et farcin, où n'existent pas ces dernières lésions; ces deux formes peuvent suivre une marche rapide ou une marche lente; leur histoire clinique est bien exposée dans les classiques, ainsi que dans les thèses récentes de Joubert (1) et de Prieur (2), mais ces derniers auteurs passent rapidement sur les manifestations articulaires de la morve dont ils ne font que signaler en passant la rareté; c'est à elles au contraire que, à propos de deux nouveaux faits, M. Morel (3) consacre sa thèse.

Depuis qu'on a décrit la morve dans l'espèce humaine, on a parlé des douleurs articulaires qui signalent le début du mal; elles sont d'une fréquence telle qu'elles ne constituent pas une complication mais un symptôme constant de la période d'invasion de l'infection. Les cas où la douleur est suivie de gonflement des articulations, de lésions intra-articulaires sont bien plus rares (alors que les arthropathies sont fréquentes chez le cheval); on en trouve cependant des exemples dans les premières observations authentiques publiées de 1833 à 1840 par Elliotson, Rayer, Saussier (1). Ce dernier auteur publie notamment un cas d'abcès dans les ligaments croisés du genou. Signalées par Fauvel (2), elles sont décrites plus complètement par Tarnowski (3) qui cite trois observations d'arthrites de la morve et du farcin chronique. Bourcy (4), en les signalant insiste sur l'idée déjà émise par Ollier, Follin que les arthrites de la morve et du farcin aigus sont de nature pyohémique. C'est l'étude générale de ces complications articulaires, et surtout des cas où l'infection s'est localisée d'emblée sur une ou plusieurs jointures, l'arthrite jouant alors le rôle principal dans l'ensemble des symptômes que nous allons retracer d'après le travail de M. Morel.

I. Symptomatologie. — Variables dans la façon dont elles apparaissent et se développent, les manifestations articulaires de la morve ont pour grand caractère, avec la variabilité de leurs symptômes, la disproportion qui existe entre les signes physiques de l'arthrite et les lésions anatomiques intra-articulaires, si bien qu'il est difficile de se rendre exactement compte de la localisation et du degré de ces lésions.

On trouve dans la morve 3 espèces bien distinctes de déterminations articulaires : douleurs articulaires de la période d'invasion, qui sont des arthralgies simples, sans substratum anatomique appréciable, inflammations péri-articulaires très fréquentes, donnant lieu aux mêmes symptômes physiques et fonctionnels que les arthrites véritables et coexistant souvent avec celles-ci, enfin arthrites vraies avec lésions plus ou moins profondes.

1° *Douleurs articulaires de la période de début.* Il est habituel, au début de l'infection morveuse, tant dans les cas aigus que dans les formes chroniques, d'entendre le malade se plaindre de douleurs parfois très vives au niveau des jointures.

Dans les formes aiguës, ces douleurs apparaissent au milieu de symptômes généraux, à grand fracas, du début des infections graves, fièvre intense, céphalalgie, troubles gastro-intestinaux, elles sont parfois si vives que, dans un certain nombre de cas, on a cru assister au développement d'un rhumatisme articulaire aigu et ce n'a été qu'au bout de quelques jours que l'apparition de lésions nasales, d'abcès multiples sous-cutanés ou intra-musculaires, d'un érysipèle de la face, ou de pustules varioliformes a pu mettre sur la voie du diagnostic véritable.

Dans le farcin et la morve chroniques, les douleurs dans les jointures sont également d'une grande fréquence; elles constituent ici un symptôme plus remarquable que dans les formes aiguës parce que leur intensité paraît grandie du fait de la moindre importance des signes généraux; parfois le malade encore en bon état de santé apparente est obligé de cesser son travail parce qu'une douleur vive dans une articulation le condamne à l'immobilité, et ce n'est qu'ultérieurement, après plusieurs semaines de symptômes mal définis, qu'apparaissent les signes spéciaux du mal, abcès, ulcérations, évoluant avec une certaine lenteur.

2° *Inflammation périarticulaire.* D'une fréquence assez grande, elle constitue un des cachets les plus originaux

1. Joubert, thèse de Paris, 1896-97, n° 618 (H. Jouve).
2. Prieur, thèse de Paris, 1897-98, n° 129 (H. Jouve).
3. Morel, thèse de Lyon, mai 1897, n° 106.

1. Saussier, journal *l'Expérience*, 1840.
2. Fauvel, De l'affection morvo-fascineuse (th. de Paris, 1862).
3. Tarnowski, De la morve et du farcin chroniques chez l'homme et de leurs complications (th. de Paris, 1867).
4. Bourcy, Détermination dans les maladies infectieuses (thèse de Paris, 1883).

de la maladie. Parfois dès le début de l'infection, le plus souvent au cours de la morve confirmée, alors que des abcès se forment sur diverses régions du corps, on voit une articulation, le plus ordinairement le genou, le coude ou le cou-de-pied, devenir le siège d'une vive douleur et se tuméfier. La peau est tantôt rouge et chaude, tantôt seulement rosée ou même de couleur normale. Le gonflement, parfois considérable, entraîne des troubles fonctionnels sérieux, la jointure est forcément immobilisée, et cependant, malgré l'énorme tuméfaction, la fluctuation des culs-de-sac synoviaux n'existe pas ou c'est une fausse fluctuation causée par l'infiltration et l'épaississement des parties molles péri-articulaires; la distinction est d'ailleurs délicate à établir.

Cette inflammation péri-articulaire se trouve dans d'autres affections que la morve, notamment dans les déterminations articulaires du gonocoque; mais ce ne sont pas des lésions d'ordre absolument semblable. Dans la morve cette inflammation péri-articulaire évolue presque constamment vers la suppuration; en effet au bout d'un certain temps des soulèvements se produisent sur la surface unie de la tuméfaction; sur ces bosselures la peau se tend, s'amincit, s'ulcère, donnant issue à un liquide d'aspect variable, séro-sanguinolent ou franchement purulent, blanc crémeux ou jaunâtre, rougeâtre, ordinairement mélangé de grumeaux, pus semblable à celui de tous les abcès morveux; si l'on explore avec un stylet les fistules consécutives à la perforation de ces collections purulentes, on peut constater l'intégrité du tissu osseux sous-jacent.

Ces inflammations péri-articulaires sont depuis longtemps connues, ainsi qu'en témoignent les cas de Narbonne (1) et de Hardwicke (2), appartenant le premier à une forme aiguë, le second à une forme lente de la morve. Les anciens auteurs avaient même formulé sur le mode de distribution de ces abcès sur la surface du corps deux règles générales : 1° ces abcès se forment le plus souvent sur les membres dans le sens de l'extension; 2° ils apparaissent de préférence au voisinage des articulations.

L'inflammation péri-articulaire, phénomène commun à toutes les formes de la morve, semble cependant avoir une prédilection pour les formes chroniques du mal. Dans ces formes les lésions intra-articulaires sont très rares, et si l'on voit une ou plusieurs jointures devenir douloureuses et se gonfler, il est probable qu'il s'agit d'une lésion limitée aux parties molles.

3° *Arthrites proprement dites.* — Les arthrites de la morve, spéciales par leur aspect, leur évolution, leurs lésions, sont une complication presque particulière aux formes aiguës où sa fréquence peut être évaluée à un dixième des cas environ; dans les formes chroniques, bien qu'existant, comme le prouvent les faits de Tarnowski, elles sont beaucoup plus rares.

Apparaissant le plus souvent au cours de la maladie complètement déclarée, alors que des collections purulentes se sont déjà formées ailleurs, les arthrites se sont dans quelques cas manifestées tout à fait au début, au moment de la période d'invasion.

Dans ces cas, au milieu des symptômes généraux de la période d'invasion, fièvre élevée, céphalée, anorexie, embarras gastrique, une douleur vive se fixe sur une articulation qui se gonfle, rougit, présente bientôt les signes d'un épanchement; avec une telle symptomatologie le clinicien diagnostique : rhumatisme articulaire aigu; dans un cas où pareil début se fit chez un homme atteint de blennorrhagie, Follin crut au développement d'une arthrite gonococcienne alors qu'il s'agissait d'un commencement de morve aiguë.

Dans d'autres cas l'arthrite est accompagnée d'une autre localisation de l'agent virulent sous forme d'une traînée lymphangitique de l'avant-bras, d'un abcès de la main indiquant en quel endroit s'est probablement faite l'introduction de l'élément infectieux. Tels les deux cas rapportés par M. Morel. Le premier, dû à M. Gangolphe concerne un malade de 55 ans entré à l'hôpital pour une arthrite tibio-tarsienne gauche, et ayant au niveau du médius droit une légère traînée lymphangitique remontant le long du bord cubital de l'avant-bras jusqu'au-dessus du coude, accompagnée d'adénite axillaire, et chez lequel l'évolution ultérieure de la maladie, et les renseignements recueillis firent plus tard porter le diagnostic de morve. Dans le second cas, dû à Duclos (1) il y avait arthrite du genou très douloureuse, mais en même temps une tumeur rouge et fluctuante du volume d'une olive, sur la main gauche et une vésicule à base enflammée sur la joue; dans une troisième observation (2), publiée ici même par MM. Brault et Rouget, l'infection se localise au début sur l'articulation tibio-tarsienne et le genou droits mais, déjà un peu avant l'apparition de ces arthrites, deux abcès sous-cutanés s'étaient formés et trois autres évoluent en même temps qu'elles.

Dans d'autres cas l'arthrite n'est plus qu'un simple épiphénomène sans grande importance dans un appareil symptomatique où abcès, gonflement érysipélateux de la face, lésions nasales, broncho-pulmonaires, viscérales, éruptions diverses se développent avec rapidité.

Les arthrites évoluent au cours de la morve aiguë de façon variable : tantôt une jointure, souvent celle du genou, devient douloureuse, chaude, gonflée, la peau est rouge, luisante, tendue, l'épanchement considérable et franchement purulent, les lésions articulaires nettes; tantôt, avec les mêmes signes physiques, le liquide synovial est à peine trouble avec quelques flocons, un peu plus abondant qu'à l'état normal, les lésions de la synoviale et des cartilages presque nulles. D'autre fois la tuméfaction a été peu considérable, la peau seulement rosée, les signes physiques d'une arthrite très peu accentués et pourtant on trouve à l'autopsie la cavité synoviale pleine de pus; inversement, dans quelques cas, plusieurs articulations sont prises successivement, douloureuses, gonflées, avec épanchement, et pourtant la tuméfaction disparaît en peu de jours et on ne retrouve pas à l'autopsie traces de la lésion articulaire.

Les arthrites de la morve et du farcin chroniques, beaucoup plus rares, ont été étudiées par Tarnowski, d'après lequel l'arthrite survient au début de la maladie, envahissant le genou principalement, commençant par une douleur et une gêne dans l'articulation; bientôt apparaît une tuméfaction considérable due tant à l'infiltration des parois articulaires qu'à l'épanchement intra-articulaire; quelquefois on perçoit une espèce de crépitation, de craquement dans l'articulation, que les malades entendent quelquefois. La chaleur de la jointure est augmentée. Si la maladie ne marche pas vers la guérison les symptômes augmentent d'intensité, la fluctuation devient manifeste, le pus se forme dans l'articulation, blanc ou jaune verdâtre ou rougeâtre, de quantité varia-

1. Narbonne, *Gaz. des hôpitaux*, 1851, p. 282.
2. Hardwicke, *Mém., Acad. de méd.*, 1837.

1. Duclos, *Journal de médecine*, juillet 1846.
2. Brault et Rouget, Morve humaine de forme anormale (*Gaz. hebd.*, 30 décembre 1896).

ble. L'état général est toujours très grave, la fièvre est forte, l'amaigrissement grand, parfois le délire éclate.

II. Diagnostic clinique et bactériologique. — Quand l'arthrite survient à titre d'épiphénomène dans la pleine évolution d'une morve dont beaucoup d'autres manifestations existent déjà (traînées lymphangitiques et adénites, abcès superficiels et profonds, gonflement érysipélateux de la face, jetage nasal, etc.), ce n'est pas d'elle que s'occupe le diagnostic; mais il est des cas plus rares, nous l'avons vu, où l'arthrite apparaît seule ou presque seule comme détermination locale d'une infection dont les symptômes généraux sont des courbatures, des frissons, de l'anorexie, des troubles gastro-intestinaux, une fièvre intense, appareil banal de l'invasion de toutes les maladies infectieuses. Parfois, au début d'une morve aiguë, les douleurs articulaires très intenses font croire au développement d'un rhumatisme articulaire aigu; nous citions plus haut le cas où Follin crut à une arthrite blennorrhagique. En pareilles circonstances, le diagnostic est impossible à établir de façon précoce, à moins que, comme dans le cas de M. Gangolphe, coexiste avec l'arthrite un symptôme d'allure anormale, tel que plaie du doigt avec abcès ou lymphangite qui amène un interrogatoire détaillé sur les circonstances du mécanisme de l'inoculation, interrogatoire qui fournit les notions des antécédents professionnels du malade, et permet de soupçonner la morve (contact avec les chevaux morveux, piqûre avec un objet souillé par les sécrétions nasales virulentes de l'animal). Dans ces cas il ne faut pas oublier d'examiner les fosses nasales du malade, car parfois quelques croûtes desséchées au pourtour des narines seront le seul signe révélateur d'une inflammation de la muqueuse.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par l'examen et l'expérimentation bactériologiques. Il faut faire des cultures avec le pus morveux ou avec des sécrétions muco-purulentes de la muqueuse nasale; si elles existent, et l'on sait que si le bacille de la morve cultive sur divers milieux (agar, sérum, bouillon, etc.), le procédé le plus pratique est l'ensemencement sur la pomme de terre, qui donne au bout de deux jours une mince couche jaunâtre transparente, et au bout de huit à dix jours une coloration chocolat caractéristique; les préparations faites avec les colonies obtenues confirment le diagnostic objectif.

Il faut ensuite, selon la méthode de Straus, faire une inoculation dans le péritoine du cobaye mâle, en prenant toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie nécessaires avec le pus d'un abcès morveux ou des cultures du bacille; au bout de 2 à 3 jours, tuméfaction des organes génitaux, due surtout à un épanchement dans les feuillets de la vaginale, mais s'accompagnant aussi d'inflammation du parenchyme testiculaire. Si cette réaction n'est pas absolument caractéristique (Hallopeau) elle a du moins une grande importance diagnostique.

Un autre moyen, praticable seulement dans les formes chroniques, consisterait dans les injections d'un extrait de bacille morveux, la malléine amenant chez l'animal morveux une réaction caractéristique, et couramment employées en médecine vétérinaire; ce moyen a été également essayé chez l'homme par Bonome (1); il produisait chez lui une réaction plus vive que chez le cheval, et il semble qu'on doive s'en tenir en pratique à la méthode de Straus et à l'examen bactériologique.

III. Anatomie pathologique. — Les douleurs articulaires initiales de la morve existent indépendamment de lésions anatomiques appréciables; il est probable qu'elles correspondent à des modifications légères et passagères des tissus articulaires, dont on ne retrouve plus de traces quelques jours après; pourtant, dans des cas qui servent de transition entre les douleurs essentiellement du début de la maladie et les arthrites véritables, il reste après la cessation des phénomènes douloureux un peu de raideur dans la jointure et quelques craquements témoignant d'un certain degré d'altération des surfaces synoviales ou cartilagineuses.

L'inflammation péri-articulaire est caractérisée par une infiltration gélatiniforme entourant la synoviale et les ligaments, envahissant les gaines tendineuses qui peuvent se remplir de pus. Des collections purulentes se forment en certains points, diffusent dans les gaines aponévrotiques et les interstices musculaires; on peut trouver à une distance plus ou moins grande de l'articulation le périoste injecté décollé, avec des abcès sous-périostiques; l'os est mis à nu et se nécrose; cette suppuration osseuse a été décrite à part par Virchow, puis Puschkarew et Uskow, sous l'étiquette d'ostéomyélite morveuse.

Parfois une collection purulente d'origine péri-articulaire peut faire irruption dans l'intérieur de l'articulation, dans le cas d'Elliotson (1) un abcès de la face dorsale de la main s'était ouvert dans une articulation métacarpo-phalangienne.

L'anatomie pathologique des arthrites vraies est plus importante. Le gonflement de l'articulation peut se composer de deux éléments principaux : 1° l'infiltration et l'épaississement des parties molles périarticulaires; 2° l'épanchement qui distend les culs-de-sac synoviaux. Cet épanchement est de nature très variable; liquide synovial normal, mais plus abondant; liquide trouble, louche, avec des grumeaux floconneux, ou franchement purulent mais sans odeur, enfin assez fréquemment liquide sanieux, séro-sanguinolent, purulent, mais mal lié, grumeleux. Souvent la synoviale n'offre d'autre altération qu'une injection plus ou moins marquée, d'autres fois elle est épaissie, tapissée de fausses membranes.

Les cartilages, souvent sains, sont parfois ramollis, décollés. Le tissu osseux peut être atteint, infiltré de pus, nécrosé, le périoste décollé, mais ces lésions appartiennent plutôt aux formes lentes où les désordres articulaires sont plus considérables.

Ce qui frappe en effet dans les autopsies de morve et de farcin aigus, c'est le faible degré des altérations qu'ont subies les synoviales, les os et leurs cartilages, malgré l'abondance de l'épanchement purulent, ce qui les rapproche des arthrites pyohémiques auxquelles les avait rattachées Ollier (2) et dont elles sont en tout cas très voisines.

Au point de vue bactériologique, M. Morel rappelle que s'il est des cas nombreux où le bacille morveux a été trouvé associé à des staphylocoques et streptocoques pyogènes ainsi que d'autres cocci ou bacilles variés qui peuvent avoir joué un rôle important dans les manifestations pyogéniques de la maladie (Babes) (3), il est d'autres faits, notamment un cas de Babes, où des cultures pures du bacille morveux ont été obtenues avec du pus provenant d'abcès variés, et particulièrement des articulations. Dans un cas du Dr Forestier (obs. I de Morel),

1. Bonome, *Archives italiennes de biologie*, 1895.

1. Elliotson, traduit dans les *Mém. de l'Acad. de médec.*, 1837, p. 673.
2. Ollier, *Dict. Encyclop.*, art. *Arthrites*.
3. Babes, *Arch. de méd. expérim.*, 1891.

G. Roux démontra par des inoculations et cultures successives que les abcès et les arthrites suppurées étaient produites par le seul bacille morveux. Au cours de ces expériences on voit chez les cobayes inoculés des déterminations articulaires du bacille morveux, que Straus avait d'ailleurs signalées déjà.

IV. Traitement. — Le traitement chirurgical des abcès morveux, ouverture de collections purulentes, lavage, drainage, est indiqué envers les arthrites morveuses, sauf peut-être en cas de morve très aiguë; quand on a constaté l'existence d'un épanchement il faut l'évacuer, laver l'articulation et la drainer; Brault et Rouget ont pratiqué l'arthrotomie de presque toutes les grandes articulations sans grand succès, car il s'agissait d'une morve d'une exceptionnelle virulence; Gangolphe a fait l'ablation de l'astragale pour drainer l'articulation tibio-tarsienne de son malade; dans le cas de Babes on ouvrit aussi les articulations; cette conduite est à plus forte raison indiquée dans les arthrites de la morve chronique, mais elles sont très rares. En même temps il faut soutenir l'état général par les toniques, pratiquer, comme MM. Brault et Rouget, des injections de sérum artificiel. Malheureusement les résultats de ces interventions ne sont guère consolants; aussi a-t-on essayé d'établir la sérothérapie de la morve, mais les résultats des recherches de Galtier (1), Straus, Chenot et Picq (2), Babes (3) sont encore trop incomplets pour qu'on puisse en tirer une conclusion nette.

FAITS CLINIQUES

Fausse tumeur de l'abdomen,

Par le Dr Ch. Tauchon,

Moniteur à la clinique Tarnier.

Je fus appelé à visiter, en mon cabinet, une jeune fille de 21 ans, Anna X. Son ventre avait grossi, disait-elle, à tel point qu'elle avait dû relâcher son corset de 30 centimètres. Elle accusait de violentes douleurs dans tout l'abdomen, particulièrement dans le bas-ventre, en même temps qu'une pesanteur douloureuse qui s'accentuait pendant la marche. Elle ressentait, par crises, des douleurs violentes dans les cuisses; elle avait maigri, ses yeux étaient creusés, son visage tiré.

Elle était convaincue de l'existence d'une tumeur; sa mère en étant morte, elle devait d'ailleurs, disait-elle, en mourir aussi.

Elle était, et elle avait toujours été d'une sagesse exemplaire, et en effet l'existence de l'hymen ne me permit pas de pratiquer le toucher.

Mais au palper je reconnus un ventre gros, tendu, sensible. La dureté était ligneuse, généralisée à tout l'abdomen. Jamais elle n'avait eu d'écoulement pathologique. Ses règles étaient normales. Insistant alors sur le palper, j'essayai de masser le ventre et de l'enfoncer; après 5 à 6 minutes je pus refouler la peau jusqu'à sentir les battements aortiques.

Repoussant le diagnostic de tumeur je pensai alors au tympanisme hystérique et je lui affirmai l'existence d'une grosseur bénigne d'ailleurs après avoir prévenu la personne qui l'accompagnait, je pris jour avec mon confrère qui m'avait envoyé la malade.

Le 15 février, après chloroforme, je lui appliquai un pansement sur peau saine, recommandant le repos absolu d'une huitaine.

1. Galtier, *Acad. de méd.*, 1881.
2. Chenot et Picq, *Soc. de biologie*, 1892.
3. Babes, *Arch. de méd. expérimen.*, 1892.

Le ventre diminua dès le lendemain et lorsque j'enlevai le pansement, elle se crut guérie.

Mais bientôt, je la vis revenir chez moi, prétendant qu'on avait seulement vidé sa tumeur, qu'elle n'avait pas été opérée puisqu'elle n'avait pas de cicatrice, que sa boule était revenue aussi grosse qu'auparavant.

Force me fut de la réopérer. Mais cette fois l'ayant endormie, je lui fis une incision très superficielle de 6 centimètres de longueur, en dessous de l'ombilic, quelques points de suture d'ailleurs inutiles, un bon pansement.

Et 8 jours après, lorsque j'enlevai mes fils et le pansement, elle me remercia chaleureusement de l'avoir enfin opérée.

Depuis 1 mois, elle est parfaitement guérie et garde sa conviction salutaire que j'ai recommandé d'entretenir avec religion.

Nouvelle théorie pathogénique de la chlorose,

Par M. le professeur Grawitz (de Berlin) (1).

D'après le professeur Grawitz de Berlin, dans la chlorose, le nombre des globules rouges n'est pas aussi abaissé que pourrait le faire supposer la pâleur des téguments. De plus le résidu sec du sang est sensiblement plus fort que dans les anémies d'autre nature avec même quantité d'hémoglobine.

Le sérum sanguin est relativement peu altéré dans la chlorose; par contre, la plus grande parties des érythrocytes sont pauvres en matières colorantes et gonflées de liquide. Lorsqu'on laisse reposer ce sang on voit que le sérum dépasse de beaucoup comme volume la quantité d'érythrocytes et forme environ les 60 ou 70 p. 100 de la totalité du sang de chlorotique. Il n'y a pourtant pas hydrémie, car le sérum ne contient pas plus d'eau que normalement, mais il y a augmentation du plasma, ce qui semble plutôt dû à une anomalie dans la formation de la lymphe que dans la formation du sang. Les autres tissus dans la chlorose contiennent également des quantités anormales de liquides, ainsi que le montre, par exemple, la chambre postérieure de l'œil. Dans la chlorose les échanges aqueux entre les tissus et les vaisseaux ne se font plus régulièrement, parce qu'il y a un trouble persistant dans la fonction des nerfs vasomoteurs. La chlorose n'est donc pas une affection primitive du sang, mais bien plutôt elle traduit l'existence d'une névrose générale avec trouble dans la fonction vaso-motrice et dans la circulation hémo-lymphatique amenant une augmentation du plasma et une sorte de stase lymphatique.

D'ailleurs le grand nombre de troubles nerveux qui accompagnent l'évolution de la chlorose est caractéristique. Enfin on comprend facilement dans ces conditions que la chlorose apparaisse au moment de la puberté, c'est-à-dire à une époque particulièrement prédisposée aux troubles nerveux et vaso-moteurs.

REVUE DES CONGRÈS

XXVIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu de Berlin du 13 au 16 Avril 1898.

Du procédé de Calot dans le traitement de la spondylite tuberculeuse.

M. Hoffa (de Wurtzbourg) fait tout d'abord observer que cette méthode est loin d'être exempte de dangers, puisqu'elle a déjà causé 14 décès connus, sans compter ceux qui n'ont pas encore été publiés. Ces morts sont attribuables, tantôt à la narcose, tantôt à des contusions de la moelle épinière, tantôt à une déchirure de la plèvre ou des grands vaisseaux et le plus souvent enfin, à la méningite ou à la tuberculose miliaire. La plu-

1. *Klinisch. therap. Wochensch.*, 1898, p. 328.

part des accidents se sont produits pendant le redressement d'une gibbosité invétérée, plus ou moins consolidée. L'existence d'une spondylite ancienne constitue une contre-indication formelle au traitement de Calot, et cela même lorsqu'il s'agit d'enfants d'un âge peu avancé. La seconde contre-indication est fournie par le degré de la difformité, c'est-à-dire par l'importance du nombre de vertèbres lésées. La présence d'abcès par congestion est une autre contre-indication à l'emploi du procédé de Calot. Des phénomènes de paralysie, en revanche, ne contre-indiquent point le redressement forcé, attendu que cette manœuvre les fait parfois disparaître. Il est vrai qu'on a signalé, par contre, des paralysies consécutives à l'application de la méthode de Calot, mais ces paralysies se sont amendées dans plusieurs cas. M. Hoffa considère donc comme seuls passibles du redressement lent les cas où l'on peut constater une diminution de la gibbosité lorsqu'on fait de l'extension horizontale, le dos tourné en haut. Comme manuel opératoire, il tâche de provoquer une lordose spontanée par la suspension, sans employer aucune force, et en laissant agir uniquement le poids du corps du malade. On applique ensuite un appareil plâtré, et on impose au patient le décubitus dorsal prolongé, afin d'obtenir la guérison de la colonne vertébrale.

M. Hoffa a opéré de cette façon 21 malades et a découvert dans 2 cas des collections purulentes qui n'avaient pas été diagnostiquées auparavant. 2 malades étaient atteints de paralysie avant le traitement : chez l'un d'eux, le redressement amena une atténuation sensible de la paralysie, tandis que chez l'autre il ne se produisit aucune amélioration.

M. Lorenz (de Vienne) trouve que le procédé de redressement, tel qu'il est exécuté par Calot, présente de graves inconvénients, dont le premier consiste dans l'impossibilité absolue de régler la force utilisée et d'appliquer une méthode de douceur. Un autre désavantage réside dans les lésions de décubitus, qui se produisent presque infailliblement sous l'effet de la pression du pansement. Il a donc modifié la méthode de Calot, de a façon suivante :

Il a fait construire un appareil permettant de fixer les malades en suspension horizontale, par les pieds et par la tête. Si la lordose déterminée par cette position ne suffit pas pour amener la correction de la difformité, on comprime légèrement le sommet de la gibbosité au moyen d'une pelote élastique, qui se meut dans le sens vertical sous l'action d'une vis. Cet appareil permet d'exercer une pression douce et mesurée. Le redressement étant obtenu, on applique immédiatement un appareil plâtré, qui laisse à nu le siège de la gibbosité. Le corps du malade est recouvert, sous le plâtre, de larges bandes de soie, qu'il est facile de changer de temps à autre et qui permettent de reconnaître le moindre commencement d'ulcération.

Cette méthode a été employée dans une quarantaine de cas, sans le moindre accident : chez 4 malades, on a pu constater une amélioration notable de paralysies antérieures au traitement.

Quant au sort ultérieur de la diastase osseuse, on ignore encore actuellement ce qu'il en advient, mais il paraît peu probable que l'écartement des corps vertébraux soit comblé par de la substance osseuse.

M. Vulpius (de Heidelberg), croit qu'on pourrait remplacer le nombre exagéré d'aides qu'exige la mise en œuvre du procédé de Calot, par un appareil beaucoup plus simple, et combiner à cet effet la suspension horizontale, le dos tourné en haut, avec l'appareil à vis de Lorenz. Un dynamomètre disposé *ad hoc* permet de mesurer la force employée. Le redressement étant obtenu, M. Vulpius applique l'appareil plâtré, en maintenant toujours le malade dans la même position. Il faut que la tête soit comprise dans l'appareil. Celui-ci doit être renouvelé au bout de quelques mois, et cela à plusieurs reprises.

Pour l'application de l'appareil, on prendra comme principaux points d'appui le bassin, l'occiput et le menton du malade.

La résection des apophyses épineuses est inutile.

M. Vulpius a essayé également de redresser la colonne vertébrale chez des enfants rachitiques, mais il ne peut encore se prononcer nettement sur les résultats obtenus.

M. Wüllstein (de Halle) a pratiqué le redressement, d'après le procédé de Calot, sur les cadavres de deux sujets atteints de spondylite, et a été surpris de constater les lésions que provoquait cette manœuvre. Chez l'un de ces malades, âgé de 23 ans, l'écartement des corps vertébraux mesurait 8 centimètres; la dure-mère était déchirée et la moelle épinière entièrement à nu. Dans le second cas, concernant un enfant de 6 ans, il existait deux foyers distincts de carie vertébrale : le redressement put s'opérer sans l'application d'aucune force mécanique. L'écartement des corps vertébraux était néanmoins d'environ 3 centimètres dans un cas, et de près de 4 centimètres dans l'autre. La dure-mère était ouverte, et la colonne vertébrale avait subi une forte distension. On trouva en outre deux abcès, qui n'avaient subi aucune modification du fait du redressement.

On peut se demander comment cette disjonction des corps vertébraux pourra être comblée; bien qu'il soit encore impossible de répondre à cette question, il ne semble cependant pas probable que cette perte de substance se répare par une néoformation d'éléments osseux.

Le redressement brusque et rapide paraît donc devoir être remplacé par un procédé de douceur, progressant par étapes. M. Wüllstein a imaginé, à cet effet, un appareil qui permet de combiner les avantages de l'ancien appareil de Lorenz pour les spondylites, avec l'extension permanente, au moyen d'une vis dont l'action est contrôlée par un dynamomètre.

M. Landerer ne s'occupe que du traitement des cas invétérés et fistuleux de spondylite par une intervention sanglante. Il a obtenu, dans plusieurs cas, des résultats très satisfaisants, en pénétrant jusqu'à la colonne vertébrale par une incision latérale, et en faisant la résection de plusieurs côtes. Pour les caries de la colonne lombaire, on pourra se trouver obligé de pratiquer une résection partielle de l'os iliaque. On arrive ainsi assez facilement sur les corps vertébraux, et l'on peut extraire des séquestres et pratiquer le curetage des foyers tuberculeux sans difficulté notable.

M. Schede (de Bonn) partage absolument l'opinion de M. Hoffa en ce qui concerne les indications du redressement des gibbosités pottiques. Il a fait construire un appareil qui permet d'exercer une traction très modérée, ne dépassant jamais 20 kilogrammes. Il applique ensuite un appareil plâtré, muni d'un bonnet en cuir moulé sur la tête du malade; ce bonnet est fixé sur l'appareil à l'aide d'une tige métallique. Il devient ainsi possible de permettre au patient d'aller et venir, en ce qui lui paraît constituer un point essentiel pour la guérison de la spondylite.

M. Drehmann (de Breslau) a pratiqué, à la clinique de M. Mikulicz, le redressement dans 10 cas, avec 1 décès par méningite. Chez 2 malades, le redressement amena la disparition d'une paralysie antérieure. Il croit donc que l'on est autorisé à pratiquer le redressement, à la condition de se maintenir dans des limites très modérées.

M. König (de Berlin) en s'appuyant sur les notions anatomo-pathologiques que l'on possède actuellement se prononce contre le redressement brusque d'une gibbosité pottique avec ankylose, quelque légère que soit celle-ci.

M. Kümmell a opéré un enfant de 8 ans, qui ne présentait aucun signe de suppuration osseuse, par le procédé de M. Schede, et en employant un minimum de force mécanique. L'enfant offrit des symptômes asphyxiques et mourut au bout de 24 heures, après une amélioration passagère de son état. On trouva à l'autopsie un abcès qui avait passé inaperçu et une méningite tuberculeuse au début.

M. Braun (de Gœttingue) a pratiqué un seul redressement, pour une gibbosité peu prononcée. Le malade a succombé, on a constaté à l'autopsie qu'il y avait un écartement des corps vertébraux mesurant 7 à 8 centimètres.

M. Krause (d'Altona) rappelle le cas de spondylite tuberculeuse véritablement exceptionnel observé dans le service de von Volkmann, cas dans lequel on avait constaté la formation d'un ostéophyte très volumineux à la surface antérieure d'une vertèbre, lequel empêchait l'affaissement de la colonne vertébrale et la formation d'une gibbosité.

Dans un autre cas, relatif à un enfant ayant succombé à la diphthérie 8 à 10 semaines après le redressement, l'autopsie révéla l'existence d'un abcès qui avait fusé vers la plèvre et qui renfermait un séquestre. Le poumon était le siège de lésions tuberculeuses au début, qui paraissent être la conséquence du redressement et avoir joué un rôle important dans l'issue fatale de la maladie.

La thoracoplastie et le traitement de l'empyème.

M. Jordan croit que, pour les cas invétérés du moins, l'opération de Schede avec ablation de la plèvre épaisse est de beaucoup préférable à celle de Simon-Estlander. A la clinique de M. Czerny on pratique des résections costales très étendues dans l'intention d'éviter toute rétraction ultérieure On taille, en outre, le lambeau cutané plus grand que le lambeau ostéo-musculaire, pour obvier aux conséquences fâcheuses de la rétraction du premier. L'ablation des côtes se pratique d'un seul trait, si le malade ne peut pas supporter une longue intervention, tandis qu'on fait, dans le cas contraire, la résection sous-périostée de chaque côte. Pour ce qui est du traitement post-opératoire, on évite toutes les sutures, afin de pouvoir traiter la plaie entièrement à ciel ouvert.

Sur 20 opérations de ce genre, on n'a eu qu'un seul décès, survenu dans le collapsus. Néanmoins cette intervention doit être considérée comme sérieuse, à cause du collapsus toujours possible; elle est surtout dangereuse parce qu'elle peut provoquer chez des sujets tuberculeux une tuberculose miliaire, 9 opérés sont guéris, 6 améliorés et 4 sont morts plus tard, mais non des suites opératoires.

Au point de vue des indications opératoires, il n'y a pas souvent lieu de recourir à cette intervention chez les enfants, grâce à l'élasticité de leur cage thoracique. Pour la tuberculose, elle fournit peu de chances de succès, sans qu'il y ait cependant une contre-indication formelle. On compte une guérison sur 3 cas de tuberculose. En ce qui concerne la déformation consécutive à l'opération de Schede, elle n'est point à craindre, puisque cette opération amène, au contraire, la disparition de la scoliose.

Le procédé de Delorme, qui consiste dans la décortication du poumon, paraît être moins grave que l'opération de Schede. M. Jordan l'a appliqué une seule fois, en le combinant avec cette dernière, et il a obtenu la guérison au bout de 2 mois 1/2. Il pense que c'est surtout par cette combinaison que l'opération de Delorme est appelée à rendre des services.

M. Perthes relate un procédé de traitement de l'empyème comprenant la résection costale combinée avec le drainage aspirateur au moyen d'un appareil hydraulique. La plaie est recouverte d'une feuille de caoutchouc appliquée étroitement sur la cage thoracique par des bandes. Cette feuille est traversée d'une manière étanche par une sonde œsophagienne flexible de grand calibre, et cette dernière est reliée au siphon aspirateur. Les 12 cas traités par cette méthode ont fourni des résultats encourageants. Ce procédé est indiqué tout d'abord dans les cas de pyothorax récent, puis dans certains cas d'empyème invétéré.

M. Karewski (de Berlin) a pratiqué 18 fois des résections de la cage thoracique et n'a perdu qu'un seul opéré, par suite d'intoxication iodoformique. 5 de ces malades ont présenté certaines particularités.

Chez le premier, chez lequel on avait diagnostiqué une carie vertébrale avec abcès froid, on a fait la résection de 7 côtes et le curetage de la colonne vertébrale. L'absence de tout symptôme spondylitique porte cependant à croire qu'on avait affaire à un empyème ayant atteint secondairement les corps vertébraux. Dans le second fait, il s'agissait d'un abcès pulmonaire qui a été ouvert par la résection de la partie antérieure de la troisième côte du côté droit. Le malade succomba quelque temps plus tard à un abcès du cerveau, et l'autopsie permit de constater que l'infection provenait de la suppuration d'un goître rétrosternal. La troisième observation a trait à une pleurésie tuberculeuse pour laquelle on pratiqua la cautérisation d'un foyer pulmonaire au moyen du thermocautère. Le malade est guéri actuellement. Le quatrième cas se rapporte à un abcès du poumon, et le dernier à une actinomycose pulmonaire ayant envahi la paroi du thorax. On fit la résection de 5 côtes et d'une partie du poumon. Le malade se trouve en voie de guérison.

M. Lauenstein préfère dans nombre de cas la méthode de Simon-Estlander au procédé de M. Schede. Il croit qu'il est préférable de pratiquer une série d'opérations successives que de faire une résection très étendue.

M. Garrè trouve le procédé de Delorme fort séduisant, mais la marche ultérieure de la guérison n'a pas répondu à ses espérances dans les 3 cas qu'il a opérés d'après cette technique. Il pense donc que le point essentiel, dans cette méthode, n'est pas la décortication du poumon elle-même, mais bien la résection étendue de la paroi thoracique qu'elle nécessite.

M. Hoftmann (de Königsberg) estime que la résection des côtes, dans le traitement du pyothorax, fournirait moins d'insuccès si l'on avait soin de faire l'ouverture dans le point le plus déclive de la production purulente, de supprimer le drainage et enfin de soumettre les malades au traitement ambulatoire dès le lendemain de l'opération.

M. Friedrich est d'avis, contrairement à M. Schede, qu'il faut, autant que faire se peut, conserver la plèvre pariétale.

M. Geroulanos (de Greifswald) présente les pièces anatomo-pathologiques d'un cas opéré récemment par M. Helferich. Il s'agit d'un jeune garçon qui était atteint d'un sarcome de la paroi thoracique et du poumon. M. Helferich pratiqua la résection de la cage thoracique et d'une grande partie du poumon droit, après avoir placé des ligatures autour des vaisseaux et des bronches au niveau du hile. L'opération ne présenta pas de difficulté particulière, malheureusement le malade succomba au bout de 24 heures.

M. Schede répond à M. Lauenstein qu'il a précisément imaginé son procédé de thoracoplastie pour les cas où de petites interventions répétées ne fournissent pas un résultat satisfaisant.

M. Perthes. — Il s'agissait dans les cas récents d'un pyothorax généralisé, tandis que dans les cas invétérés on trouvait des cavités moins étendues, dont le contenu ne dépassait pas 300 grammes.

M. König fait remarquer qu'il existe deux points de prédilection, pour la résection des côtes dans le traitement de l'empyème, à savoir : la ligne axillaire et le dos. L'opération faite dans cette dernière région lui ayant fourni des résultats insuffisants, il a conseillé depuis lors la ligne axillaire comme point d'élection. Or, on a dit récemment que les cas opérés d'après cette méthode guérissent moins rapidement que ceux dans lesquels on opère par le dos. Les expériences personnelles de M. König ne lui permettent pas de souscrire à cette opinion; il peut dire seulement qu'il est possible de guérir les malades en employant l'une ou l'autre méthode.

M. Schede reconnaît que la résection faite sur la ligne axillaire, tout en exigeant des soins plus minutieux que la résection dorsale, donne le même résultat. La prédilection pour la première de ces méthodes date de l'époque où les empyèmes n'étaient opérés que très tardivement, et où les conditions étaient plus favorables pour la résection faite sur le côté que pour la thoracotomie pratiquée dans la région dorsale. Actuellement, où l'on préconise l'opération précoce, M. Schede donne la préférence à la dernière, parce qu'elle assure l'écoulement du pus dans le point le plus profond.

M. Lenhartz (de Hambourg) dit avoir essayé, avec un bon résultat, le procédé de M. Perthes dans un cas de pyothorax tuberculeux total, et il conseille de combiner cette méthode avec la thoracoplastie.

Sur l'emploi du bouton de Murphy.

M. Storp communique un cas d'anastomose iléo-colique au moyen du bouton de Murphy, chez un sujet atteint d'une tumeur du côlon ascendant. Le bouton, au lieu de tomber dans le côlon transverse, franchit l'extrémité inférieure de l'iléon et la valvule de Bauhin, pour aller se loger en avant du néoplasme. Sa présence en ce point fut d'abord constatée à l'aide de la radiographie, et, plus tard, par l'extirpation définitive du néoplasme.

M. Wölfler s'est servi de boutons anastomotiques dans une quarantaine d'opérations, et considère que leurs avantages sont mieux connus que leurs inconvénients. Un de ces derniers consiste en ce que le bouton métallique fait fonction de corps étranger. Deux fois les boutons, après avoir séjourné longtemps dans l'intestin, avaient fini par produire un anus contre nature. Un autre inconvénient, c'est que le passage ainsi fourni au contenu intestinal se trouve trop étroit, et dans un cas le bouton a été oblitéré par un noyau de cerise. C'est pour cette raison qu'il a renoncé à se servir du bouton de Murphy dans ses opérations sur le gros intestin.

Quant au bouton de Franck, en os décalcifié, il offre plusieurs inconvénients : d'abord ses deux moitiés ne sont pas suffisamment fixées l'une contre l'autre; ensuite, il se résorbe trop rapidement. On ne doit donc employer le bouton de Franck qu'après avoir provoqué une prompte réunion des deux séreuses au moyen d'un avivement préalable et avoir assuré le succès par une suture de Lembert.

M. Jordan tient à dire que les expériences faites à la clinique de M. Czerny avec le bouton de Murphy sont des plus satisfaisantes. Toutefois on ne l'emploie pas dans les opérations pratiquées sur le gros intestin.

M. Franke (de Brunswick) dit avoir perdu un malade le lendemain d'une gastro-entérostomie exécutée à l'aide du bouton de Murphy. A l'autopsie, la paroi du jéjunum présentait une plaque de gangrène circulaire, explicable par le pincement latéral de cette partie de la paroi intestinale dans l'ouverture du bouton.

M. Kümmell (de Hambourg) recommande vivement l'application du bouton anastomotique.

Résections intestinales multiples dans un cas de blessure par arme à feu.

M. Poppert (de Giessen) a opéré récemment un jeune homme ayant reçu un coup de revolver dans l'abdomen. Il avait présenté, immédiatement après le traumatisme, un état général assez satisfaisant, mais peu de temps après survinrent des vomissements et un écoulement de sang par la plaie. La laparotomie pratiquée quatre heures après l'accident, montra une lésion des vaisseaux du mésentère et douze déchirures disséminées sur la paroi intestinale. Ces déchirures étant trop étendues pour pouvoir être réunies par de simples sutures, on a pratiqué la résection de l'intestin grêle en cinq points différents. Le malade s'est rétabli, sans présenter ultérieurement de symptômes de rétrécissement intestinal.

M. Karg relate deux observations de plaies abdominales par armes à feu : dans l'une on avait compté 14 perforations du tube digestif, dans l'autre 9. La suture suffit pour amener la guérison des deux blessés.

M. Zeller (de Berlin) a vu également 2 cas de blessures multiples de l'intestin par armes à feu, dans lesquels la suture intestinale fut pratiquée avec succès.

M. Bessel-Hagen (de Charlottenbourg), mentionne un fait dans lequel l'intestin grêle offrait, sur un espace très restreint, 11 perforations produites par une balle de revolver. Il pratiqua une résection dont le résultat immédiat fut bon, mais l'opéré succomba à une gangrène du poumon.

Du volvulus du cæcum.

M. Zöge von Manteuffel a trouvé dans la littérature médicale 20 observations de volvulus du cæcum, et observé lui-même 4 cas. Le premier a trait à un jeune homme qui fut atteint d'une vive douleur au moment où il se courbait fortement en arrière. 36 heures plus tard, il présentait les symptômes d'une obstruction intestinale, avec tumeur volumineuse dans la moitié droite de l'abdomen. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une torsion du cæcum et de la partie inférieure de l'iléon autour de l'axe du mésentère commun. La tumeur était formée par le côlon ascendant très dilaté. On fit la résection de l'intestin et le malade guérit. Les renseignements fournis indiquent dans ce cas comment la torsion s'est produite : le cæcum, rempli d'aliments et présentant de ce fait un certain poids, a été projeté en haut, par suite du mouvement brusque du malade, et c'est en retombant qu'il doit avoir subi la torsion. Dans les autres faits, les commémoratifs ne fournissent pas une base aussi précise pour pouvoir interpréter l'accident. Parfois les symptômes de torsion se répètent à plusieurs reprises, sans offrir de gravité particulière. Quant aux signes cliniques, ils sont assez indistincts; on a pourtant constaté, dans la plupart des cas, la formation d'une tumeur présentant quelquefois un mouvement péristaltique. L'existence de cette tumeur pourrait faire croire facilement à un volvulus de l'S iliaque, mais il tient à faire observer cependant que, dans ce dernier cas, les grands lavements ne restent pas dans l'intestin, contrairement à ce qui a lieu pour la torsion du cæcum. En ce qui touche la direction du mouvement péristaltique, il ira de gauche à droite, tandis qu'il suit la direction opposée dans le volvulus de l'S iliaque.

Pour ce qui regarde le traitement, les malades soumis à la méthode expectante ont tous succombé, tandis que parmi ceux qui ont été opérés, trois ont guéri. Sur les 4 cas personnels M. Zöge n'a eu qu'un seul décès, chez un malade chez lequel on avait pratiqué l'anus artificiel.

Volvulus de l'S iliaque.

M. Häckel (de Stettin) a eu l'occasion d'opérer un cas de torsion de l'S iliaque de deux fois 360°. Il reconnut après avoir détordu l'anse, que l'intestin était gangrené jusque dans les parties profondes du bassin. Comme, après la résection, il fut impossible de trouver de l'intestin sain du côté du rectum, on fixa les deux extrémités dans la plaie abdominale, en entourant le bout inférieur, plus ou moins gangrené, de gaze iodoformée. Les suites opératoires furent normales, et la partie inférieure s'élimina au bout de douze jours, en laissant dans le bassin l'extrémité inférieure du rectum, longue de 10 centimètres et se terminant vers le haut en cul-de-sac.

Rétrécissement de l'intestin.

M. Graser (d'Erlangen) a trouvé, au cours d'une autopsie, un rétrécissement de l'S iliaque offrant l'aspect macroscopique d'un cancer. En examinant en détail la pièce anatomique, on n'a pas tardé de constater qu'il s'agissait d'un grand nombre de petites diverticules situés dans la couche musculaire, qui était considérablement épaissie. Dans un autre cas, M. Graser trouva également des diverticules multiples correspondant à des lacunes dans la tunique musculaire.

M. Gussenbauer a opéré un cas de ce genre, après avoir posé le diagnostic de cancer; le malade mourut, et à l'autopsie on constata, outre des diverticules multiples, une dégénérescence polypeuse du cæcum, ce qui fait penser qu'il s'agit là affection congénitale.

Cancer de l'intestin.

M. von Bramann (de Halle) a opéré 14 cancers du gros intestin : 6 malades sont morts des suites opératoires, 8 ont guéri; de ces derniers l'un est mort au bout d'une année; les 7 autres sont encore vivants, dont un opéré depuis 6 ans.

M. Gussenbauer a communiqué l'observation d'un malade qu'il a opéré il y a 18 ans pour un cancer de l'S iliaque : il est mort 18 mois plus tard d'une apoplexie, sans jamais avoir présenté trace de récidive.

Quant à la résection de l'intestin pour cancer, il en a pratiqué 6 à la région iléo-cæcale, et 9 dans d'autres parties du côlon. Sur ces 15 malades, il en a perdu 5 des suites opératoires.

M. Körte (de Berlin) a opéré un malade pour cancer de l'intestin grêle : la guérison se maintient depuis 6 ans 1/2; d'autres sujets opérés depuis 4 ou 5 ans n'ont pas eu de récidive.

Résultats éloignés de l'opération du cancer du rectum.

M. Prutz fait des recherches sur les résultats ultérieurs de la torsion du rectum d'après le procédé de Gersuny. Sur 4 malades qui ont répondu, l'un présente encore un bon résultat fonctionnel. Dans les autres cas, les plis produits par la torsion ont disparu, mais les malades ont eu le temps de s'habituer au régime nécessaire pour avoir des selles régulières. La méthode de Gersuny assure donc aux malades une fonction normale du rectum, jusqu'à ce qu'ils aient pris les habitudes nécessitées par leur état pathologique.

M. Hochenegg (de Vienne) a pratiqué 104 résections du rectum et a toujours fait la résection définitive et non temporaire du sacrum, sans avoir observé aucun inconvénient et sans qu'il se soit formé de hernie sacrée. En ce qui concerne la torsion d'après la méthode de Gersuny, il l'a exagérée dans un cas, ce qui a déterminé une gangrène partielle du rectum;

aussi a-t-il abandonné ce procédé pour fixer simplement le rectum dans l'extrémité supérieure de la plaie.

Hernies gangrenées.

M. von Bramann a observé 70 hernies étranglées frappées de gangrène; le danger principal de cette complication réside dans la septicémie et dans la pneumonie. Cette dernière est tantôt une simple pneumonie hypostatique, tantôt et dans la plupart des cas une pneumonie embolique causée par la résorption des matières septiques dans l'intestin. L'indication principale consiste donc à évacuer l'intestin à l'aide d'un anus contre nature. Cette indication est d'autant plus urgente que l'estomac ne travaille pas aussi longtemps que l'intestin grêle n'est pas évacué. On réservera la résection primaire aux cas où l'anse supérieure se trouve en parfait état. La résection secondaire dans 41 cas lui a fourni 5 décès. Quant à la résection primaire. il l'a exécutée 1 fois, et le malade est mort.

Chirurgie du foie et des voies biliaires.

M. Petersen (de Heidelberg), avant d'exposer les résultats éloignés de 162 opérations sur les voies biliaires pratiquées à la clinique de M. Czerny, signale un symptôme important au point de vue du diagnostic de la cholélithiase, à savoir la présence dans les urines d'une substance réductrice, dont les rapports avec la glycose ne sont pas encore suffisamment étudiés. Cette substance a été rencontrée 28 fois sur 29 malades examinés à ce point de vue; elle disparaît généralement 3 ou 4 semaines après l'intervention.

Quant au détail des opérations, on a pratiqué 65 cholécystostomies en un temps, avec 2 morts chez des cancéreux. Chez 3 malades, on a fait la cholécystopexie; 10 fois la cholécystectomie, avec 2 décès. Dans 7 cas, on a fait la cysticotomie, avec 1 décès, et 20 fois la cholédochotomie, avec 4 décès, dont 3 parmi les 10 premiers opérés. Chez 11 malades, on a établi une anastomose avec l'intestin, 6 fois pour des calculs, avec 1 décès, et 5 fois pour des cancers, avec 3 décès, tous indépendants de l'anastomose elle-même, qui fut faite 4 fois à l'aide du bouton de Murphy. Il s'agit, déduction faite des cancers, de 116 opérations, avec 6 décès.

La récidive s'est produite dans 8 cas. Chez 3 sujets on constate des douleurs persistantes, sans récidive ni hernie, qui provenaient de l'adhérence de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Plusieurs des malades opérés ont été atteints de hernies au niveau de la cicatrice opératoire, ce qui pourrait être évité peut-être par des modifications dans la direction de l'incision et dans la méthode de suture. Les fistules biliaires se sont toujours fermées spontanément, sauf dans 8 cas dont 5 ont donné lieu à une opération ultérieure. On peut éviter la persistance de ces fistules en combinant la cholécystostomie avec la cholécystopexie, en établissant le drainage au moyen d'un tube introduit dans la vésicule biliaire fixée au péritoine, et en fermant la plaie autour de ce drain.

L'examen bactériologique, pratiqué dans 50 cas, a permis de déceler 46 fois la présence de microorganismes : 36 fois le colibacille existait seul; 6 fois il était associé au staphylocoque, et 4 fois au streptocoque. En examinant l'écoulement biliaire, on a pu constater que les microbes y diminuent rapidement, pour disparaître tout à fait dans certains cas.

Quant aux 30 malades atteints de cancer, il s'agissait le plus souvent d'opérations palliatives, et ce n'est que dans 4 cas que l'on a tenté une extirpation radicale, suivie, chez 2 des opérés, d'une guérison persistant encore actuellement. On est intervenu, en outre, 3 fois pour des sarcomes du foie, et on a obtenu une guérison.

Pour obtenir l'hémostase dans les opérations sur le foie, on a essayé, outre les moyens habituels, l'application de la vapeur et de l'air chaud. Le premier de ces moyens a été loin d'être satisfaisant, tandis que le second a paru d'une grande utilité.

M. Poppert a fait 57 cholécystostomies d'après le procédé suivant : il introduit un drain en caoutchouc dans la vésicule biliaire, après l'extraction du calcul, et le fixe à l'une des lèvres de la vésicule au moyen d'un point de suture, il ferme ensuite cette incision à l'aide d'une suture aussi étanche que possible autour du drain, et abandonne la vésicule dans l'abdomen, en conduisant l'une des extrémités du drain à travers la paroi abdominale, et en plaçant un tampon autour de ce drain jusque sur la vésicule biliaire. Le tampon est enlevé au bout de 15 jours, le drain au bout de 3 à 4 semaines.

Ce procédé a l'avantage d'être d'une exécution rapide, d'éviter les adhérences solides entre la vésicule biliaire et la paroi abdominale et d'être utilisable dans les cas où la vésicule biliaire est profondément située.

M. Heidenhain a trouvé récemment, chez une malade opérée pour une simple cholélithiase, une petite tumeur dure, de la grosseur d'un noyau de cerise, sur la muqueuse de la vésicule. Comme le foie paraissait normal, il fit la cholécystectomie et constata au microscope qu'il s'agissait d'un cancer au début. La malade se rétablit passagèrement, mais elle succomba trois mois plus tard à un volumineux cancer métastatique du foie.

M. Haasler (de Halle), est intervenu 10 fois et chez 18 malades il a trouvé une obstruction du cholédoque par un calcul. Les recherches, instituées pour élucider la cause de cet accident, ont montré qu'il s'agit le plus souvent d'altérations séniles du pancréas entraînant un rétrécissement de l'extrémité duodénale du cholédoque.

Comme manuel opératoire, M. Haasler a généralement réussi à pratiquer l'extraction du calcul par un décollement limité du duodénum; dans un seul cas, il a été obligé d'inciser cette partie de l'intestin pour enlever le calcul. Contrairement à M. Czerny, il ne combine pas la cholécystostomie avec la cholédochotomie, à moins d'y être obligé par un état pathologique de la vésicule biliaire. Dans tous les cas il pratique la cholédochotomie, le tamponnement, et jamais il n'a perdu d'opérés. L'incision de la paroi abdominale est faite parallèlement au rebord costal.

M. Holländer (de Berlin), s'est servi, dans un cas de cancer de la vésicule biliaire, de l'application de l'air chaud pour faciliter l'hémostase du tissu hépatique, procède qu'il préfère de beaucoup au thermocautère et à la vaporisation. L'hémorrhagie parenchymateuse est arrêtée immédiatement, et on n'a plus qu'à lier les gros vaisseaux.

Comme technique opératoire, il sectionne d'abord le tissu hépatique entre deux grandes pinces élastique construites à cet effet, puis il applique l'air chaud, à la température de 300° à 400°

M. Kader estime que le meilleur moyen pour assurer l'hémostase du tissu hépatique consiste à faire des ligatures en masse à l'aide d'une aiguille mousse.

Après les opérations sur le foie, M. Kader a observé un syndrome ressemblant jusqu'à un certain point à celui de l'atrophie jaune aiguë du foie. Les malades deviennent cyanosés et ictériques; le pouls est rapide, et il survient parfois un collapsus mortel.

M. Hochenegg a perdu, par suite d'un collapsus suraigu, un malade chez lequel il avait fait une résection du foie, laquelle avait donné lieu à une hémorrhagie considérable provenant d'une veine sectionnée longitudinalement, ce qui obligea à faire le tamponnement avec de la gaze iodoformée. L'autopsie démontra la présence d'une embolie gazeuse.

Dans un cas où M. Hochenegg est intervenu pour un cancer de la vésicule biliaire, la guérison s'est maintenue pendant 3 ans.

Dans un autre cas de cholédochotomie, il fut impossible d'établir la suture du canal; on fit un simple tamponnement, et la malade guérit. Elle se fit opérer, 8 ans plus tard, pour une hernie ventrale et succomba à une pneumonie post-opératoire. A l'autopsie, le canal cholédoque était normal, et ce n'est qu'à l'aide du microscope qu'on put trouver la cicatrice.

M. Riedel estime que l'état bactériologique de la bile a une grande importance dans le résultat de la cholédochotomie. Si la bile est aseptique, son écoulement dans la cavité abdominale ne présente aucune gravité. Quand la bile est infectée avant l'opération et que le malade meurt au bout de quelques jours malgré les précautions d'asepsie les plus minutieuses, si l'on trouve à l'autopsie une insuffisance de la suture, celle-ci ne doit point être considérée, dans tous les cas, comme étant la cause de l'infection, mais plutôt comme la conséquence d'un état septique antérieur à l'opération. Il serait bon de pouvoir reconnaître cet

état septique, car ces malades ne peuvent être sauvés par l'intervention chirurgicale; malheureusement il est impossible de le diagnostiquer avec certitude. Le seul symptôme qui pourrait faire soupçonner cette infection de la bile consiste dans un état de faiblesse prononcé, persistant également entre les crises hépatiques.

M. Krause a pratiqué dans 3 cas l'excision cunéiforme d'une partie du foie, deux fois pour cancer et une fois pour crise hépatique, sans jamais éprouver de difficulté à assurer l'hémostase. Il a fait faire la compression du tissu hépatique par un aide, en profitant de cette compression pour placer des ligatures sur les artères, puis il a procédé à la suture du tissu hépatique et n'a fait cesser la compression qu'après avoir terminé la suture. L'hémorrhagie a été insignifiante, et on a pu constater à l'autopsie d'un des opérés, qui avait succombé le lendemain à un collapsus, qu'il n'existait pas d'hémorrhagie post-opératoire.

M. Kümmel recommande la cholécystendyse, qui lui a toujours fourni de bons résultats et qui a le grand avantage d'amener une guérison beaucoup plus rapide que la cholécystostomie.

M. Löbker confirme la manière de voir de M. Riedel en ce qui concerne les suites funestes de l'infection de la bile. Il existe aussi des causes d'infections post-opératoires provenant du duodénum. Il lui est arrivé notamment de pouvoir introduire le petit doigt depuis le cholédoque jusque dans le duodénum. Dans tous les cas où il existe le moindre risque d'infection, il fait le tamponnement et le drainage.

Pour ce qui est du cancer de la vésicule biliaire, M. Löbker a opéré 9 cas, tous compliqués de cholélithiase, et pratiqué, à cette occasion, des résections étendues du foie, en faisant l'hémostase et la suture d'après la méthode qui vient d'être décrite par M. Krause.

M. Gersuny (de Vienne) est d'avis qu'il ne faut pas se prononcer *a priori* pour ou contre la cholécystostomie, chacune des différentes opérations ayant ses indications spéciales. Il tâche d'éviter, dans la cholécystostomie, les fistules persistantes, en établissant lors de l'opération un fistule oblique, selon le principe de M. Witzel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Pineau (Jean). *Le muguet infectieux et plus particulièrement le muguet infectant ou généralisation du muguet chez l'homme.* N° 244. (H. Jouve.)

M. de Nittis (Jacques). *La participation de l'organisme dans l'immunité.* N° 225. (G. Carré et Naud.)

M. Bohn (Georges). *Les longues rémissions de la dyspnée toxi-alimentaire dans les cardiopathies artérielles.* N° 224. (G. Carré et Naud.)

M. Meunier (Léon). *Contribution expérimentale à l'étude pathogénique de la cirrhose pigmentaire.* N° 171. (A. Maloine.)

M. Verronneau (Firmin). *Les logements insalubres. Etude médico-légale.* N° 208. (P. Delmar.)

M. Szumlanski (Paul-Alphonse). *Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard.* N° 231. (H. Jouve.)

M. Rocca (Bernardin). *Du méningisme dans les maladies infectieuses.* N° 216. (H. Jouve.)

A côté de la stomatite crémeuse des anciens, à côté du muguet classique, dont la valeur séméiologiqne et pronostique demeure entière, il existe chez l'homme un muguet évoluant à titre d'infection générale sur lequel insiste M. Pineau.

L'expérimentation démontre la fonction pyogène du parasite; elle s'est montrée jusqu'ici impuissante à créer des fausses membranes. En revanche, elle permet de reproduire de véritables généralisations du parasites dans les viscères, notamment dans le sein, la rate, le foie et le cerveau.

Donc le muguet est infectant chez l'animal; il l'est aussi chez l'homme.

Cette infection mycotique est locale ou générale. Locale, elle peut ou produire des fausses membranes ou des suppurations. Générale, elle peut donner lieu à diverses mycoses : mycoses rénales, spléniques, cérébrales, pulmonaires et pleurales.

Il n'existe aucun symptôme spécial permettant par les seules ressources de la clinique, de porter le diagnostic de cette infection mycotique. C'est à l'expérimentation (microscope, cultures et inoculations qu'il faut s'adresser).

L'immunité ou la réceptivité, conclut M. de Nittis, résultent de la nutrition des deux cellules, organique et microbienne, en présence; de même qu'il est possible d'abolir l'immunité en agissant sur l'organisme, de même on peut, par une sorte d'éducation, rendre pathogène le saprophyte le mieux caractérisé (le bacillus subtilis) et l'amener à déterminer une maladie typique chez un animal normal. Les substances bactéricides ou antitoxiques apparences dans les humeurs à la suite de la vaccination sont élaborées de façon continue par les cellules de l'organisme, car, si elles avaient été formées une fois pour toutes, elles seraient rapidement détruites. L'immunité dite passive conférée par la médication sérothérapique résulte elle aussi de réactions vitales des cellules fixes de l'organisme.

Toutes les observations de la thèse de M. Bohn confirment l'opinion de son maître Huchard, à savoir que la dyspnée des cardiopathies artérielles est presque toujours d'origine toxi-alimentaire : le régime carné la détermine le plus souvent; mais un régime purement végétarien peut, quand il est suffisamment prolongé, la faire reparaître. Aussi, à la dénomination de dyspnée ptomaïnique faut-il substituer celle plus générale et plus exacte de dyspnée toxi-alimentaire.

Frappé des analogies qui existent entre l'empoisonnement tétanique et l'empoisonnement alimentaire, l'auteur attribue la dyspnée toxi-alimentaire à des spasmes bronchiques et vasculaires du poumon déterminés par une toxine microbienne qui, produite dans le tube digestif par des microbes anaérobies, se répand dans l'organisme en agissant suivant le mode des diastases.

Ayant pu suivre l'évolution de la dyspnée chez 18 malades, M. Bohn insiste sur ses longues rémissions. Quel que soit l'état du malade, la dyspnée cède toujours rapidement sous l'influence d'un régime bien ordonné, pour ne plus reparaître si ce régime est maintenu; sauf le seul cas où la cellule hépatique était malade, ces rémissions n'ont jamais été interrompues que par un retour à un régime alimentaire défectueux.

Le régime alimentaire améliore en outre pendant les rémissions de la dyspnée l'état fonctionnel des divers organes atteints par la sclérose, en arrêtant l'évolution progressive de celle-ci et en laissant ainsi le temps aux organes de s'adapter aux nouvelles conditions mécaniques dans lesquelles ils se trouvent.

La notion de cirrhose pigmentaire, dit M. Meunier, est une notion bien plus anatomo-pathologique que clinique. La lésion la plus caractéristique est la présence en grande quantité de rubigine dans un certain nombre d'organes, le foie étant de tous ces organes le plus pigmenté. La cirrhose de cet organe n'est qu'une lésion secondaire, sinon quant à sa production, du moins quant à sa signification diagnostique.

Reprenant les expériences de MM. Auscher et Lapique, l'auteur montre qu'on obtient sûrement le pigment caractéristique de la cirrhose pigmentaire, la rubigine, par des injections de sang frais d'animal de la même espèce dans une cavité séreuse; le lieu de formation de la rubigine, dans ces cas se trouve essentiellement dans les organes lymphoïdes. En répétant ces injections, on arrive à une accumulation assez considérable de pigment, mais la localisation est bien plus splénique qu'hépatique à l'inverse de ce qui se passe dans la cirrhose pigmentaire.

Si en même temps qu'on fait l'injection dans la séreuse, on retire des vaisseaux de l'animal une quantité égale de sang, ce qui est alors la reproduction expérimentale des conditions essen-

tielles d'une hémorrhagie interne, l'effet précédent ne se produit plus que d'une façon atténuée.

Il ne paraît donc pas possible de rapporter la pathogénie de la cirrhose pigmentaire à une série d'hémorrhagies internes.

L'intoxication par la toluilendiamine par doses fractionnées prolongées pendant une ou plusieurs semaines produit une accumulation de rubigine dans les différents organes, ganglions lymphatiques, rate, moelle osseuse, foie. Le pigment se localise d'une façon marquée dans le foie, et il semble être pour une grande partie au moins fabriqué dans cet organe même.

L'origine hématique du pigment a été attaquée pour cette raison qu'il n'apparaît aucun symptôme d'anémie dans l'histoire clinique des malades. Or l'intoxication par la toluilendiamine, si on compare l'effet de petites doses quotidiennes à l'effet de doses triples injectées tous les 3 jours, fait voir qu'une destruction globulaire intense peut être masquée complètement par la reconstitution correspondante des éléments sanguins. Aussi M. Meunier conclut que la pathogénie de la cirrhose pigmentaire paraît en conséquence devoir être rapportée à une hématolyse intra-vasculaire exagérée sous l'influence d'une cause encore complètement inconnue, mais vraisemblablement du genre d'une intoxication globulaire.

C'est une erreur, d'après M. Verronneau, d'avoir remis la législation de l'hygiène intérieure aux mains des municipalités, trop faibles, trop indolentes, et bien souvent, il faut le dire, trop ignorantes de la loi, pour qu'on puisse attendre un bon effet de leurs interventions. L'État seul peut se charger de ce service. Seul il possède, en effet, les ressources suffisantes pour entreprendre les grands travaux nécessaires à la protection de la santé publique.

Aussi l'auteur demande-t-il la suppression des commissions des logements insalubres et le transfert de leurs attributions aux conseils d'hygiène. Il voudrait que la procédure, en cas de litige, fût rendue plus expéditive. Il préfère la juridiction administrative à la judiciaire dans ce cas, considérant que cette dernière est généralement trop lente et trop formaliste.

Pour lui la loi de 1892, qui oblige les médecins à déclarer à l'autorité publique les maladies contagieuses qu'ils soignent dans leur clientèle, mais qui ne sanctionne pas par une peine la négligence des particuliers qui ne font pas désinfecter l'appartement où a eu lieu la maladie, doit être réformée.

Il voudrait aussi la suppression de toute distinction entre les lieux habités par le propriétaire et le locataire, au point de vue de la compétence des autorités sanitaires.

A propos d'un cas personnel, M. Szumlanski rappelle à nouveau que le tabès peut débuter à un âge très avancé. L'arthropathie est un symptôme assez souvent précoce; elle peut même ouvrir la marche et semble avoir pour l'articulation coxo-fémorale une grande prédilection, elle peut être à forme hypertrophique d'emblée. L'hypertrophie porte en général sur la diaphyse des os longs; elle peut cependant atteindre aussi les os plats.

Les antécédents nerveux, dit M. Rocca, sont la grande cause prédisposante du méningisme. La tuberculose héréditaire et personnelle se retrouve dans un grand nombre d'observations de méningisme; elle joue donc un grand rôle dans la production de ce syndrome, et sa constatation ne doit pas faire affirmer catégoriquement la tuberculisation méningée.

Toutes les maladies infectieuses, apparentes ou larvées, aux différentes phases de leur évolution, peuvent engendrer des phénomènes méningitiques.

Les maladies infectieuses peuvent produire non seulement le méningisme sans lésion des méninges, mais aussi un complexus méningitique dû à un commencement de méningite coccique. En voulant dire méningisme dans le premier cas, méningite dans le second, on s'expose à confondre les deux, car les signes différentiels n'existent pas. Le champ du méningisme doit donc comprendre pour l'auteur aussi bien les manifestations méningées sans base anatomique, qu'avec lésion légère des méninges.

Bien souvent, comme l'a montré Bardol, les troubles méningitiques ne sont qu'une forme de l'hystérie réveillée ou mise en jeu pour la première fois par l'infection. Mais on ne doit pas faire de l'hystérie le facteur unique du méningisme.

L'intensité des symptômes varie suivant l'âge d'abord et ensuite suivant la sensibilité spéciale à chaque malade.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Extirpation de la prostate cancéreuse (Ueber einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung), par Verhoogen (*Centralb. f. d. Krank. d. Harn.- u. sex.-Org.*, 1898, vol. XI, p. 19). — Le cas se rapporte à un homme de 53 ans entré à l'hôpital pour une tuméfaction de la région anale, laquelle tuméfaction était produite, comme l'a montré l'examen, par un cancer de la prostate n'ayant encore envahi. Dans ces conditions et malgré l'absence de tout symptôme fonctionnel, l'auteur pratiqua l'extirpation complète de la prostate à travers une incision arciforme circonscrivant l'anus. La tumeur enlevée était un myxosarcome de la prostate.

Au cours de l'opération, on avait ouvert l'urèthre membraneux. Malgré la suture faite immédiatement, l'urine, 2 jours après l'opération, commença à passer par la plaie périnéale. La fistule se cicatrisa pourtant spontanément, et 2 mois plus tard le malade pouvait quitter l'hôpital, complètement guéri. Il succomba 9 mois plus tard à une récidive qui s'est faite dans la cicatrice.

Persistance du sinus uro-génital avec atrésie du vagin et pyomètre (Persistenz des Sinus uro-genitalis. Atresia vaginal. Pyometra), par Nehrkorn (*Virchow's Arch.*, 1898, vol. CLI, p. 63). — Il s'agit dans cette observation d'une fillette de 11 mois ordinairement bien portante, amenée à l'hôpital pour une broncho-pneumonie à laquelle elle succomba 2 heures après son entrée. L'examen rapide, seul possible dans l'état où se trouvait l'enfant, a permis pourtant de constater l'existence d'une tumeur fluctuante dans la région hypogastrique.

A l'autopsie, on trouva à côté de la broncho-pneumonie une hydronéphrose double avec dilatation des uretères. Derrière la vessie se trouvait l'utérus distendu et transformé en un sac rempli de pus. Ce sac, qui mesurait 13 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur et 3 centimètres de profondeur, était étranglé par son milieu et communiquait avec la vessie par un canal partant de sa paroi antérieure. Il existait en outre un pyosalpinx droit. La muqueuse de la vessie présentait les lésions de cystite ulcéreuse. Atrésie du vagin.

D'après l'auteur, il s'agissait là d'une malformation : persistance du sinus uro-génital, compliquée d'infection des voies urinaires pendant la période intra-utérine.

Désinfection du champ opératoire par le formol (Die Desinfecktion des Operationsfeldes), par A. Landerer et C. Kramer (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 8, p. 209). — Les auteurs ont trouvé qu'il est possible d'obtenir, dans 80 à 90 p. 100 des cas, une désinfection complète du champ opératoire au moyen du formol qui jouit de la faculté de pénétrer dans la profondeur des téguments.

Pour obtenir cette désinfection on procède de la façon suivante :

Le malade ayant pris un bain de propreté et ayant été bien savonné, on applique sur la région destinée à subir l'acte chirurgical une compresse imbibée d'une solution de formol à 1 p. 100 et recouverte ensuite d'un tissu imperméable. Au bout de 12 à 36 heures, laps de temps durant lequel on renouvelle une ou deux fois la compresse, la peau est complètement stérilisée et on peut pratiquer alors l'opération, après avoir, bien entendu, savonné, rasé et lavé à l'éther le champ opératoire. Il ne faut pas laisser agir le formol pendant plus de 48 heures,

sinon il se produit un durcissement de la peau dont on s'aperçoit en faisant l'incision cutanée.

Les auteurs ont eut recours à ce procédé de désinfection chez 60 opérés. La réunion immédiate de la plaie s'est effectuée d'une façon parfaite dans tous les cas, sauf dans 3 où il s'agissait de la cure radicale de hernies anciennes et volumineuses.

L'action bactéricide des compresses formalinées a pu être vérifiée par l'examen bactériologique : sur 30 sujets chez lesquels cet examen a été pratiqué, 4 fais seulement on a constaté la présence de quelques microbes isolés au niveau de la peau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 Mai 1898.

De la prophylaxie de la tuberculose.

M. Grancher donne lecture, au nom de la commission de prophylaxie de la tuberculose, d'un rapport qui se termine par les propositions suivantes :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie : *a*) recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau ; *b*) éviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide ; *c*) faire bouillir le lait, quelle qu'en soit la provenance, avant de le boire ;

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est *ouverte* ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié ;

3° Pour *l'armée*, l'Académie demande la *réforme temporaire* qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut ;

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène, et la simplicité, la facilité des moyens qui suffisent à la réaliser, c'est-à-dire à combattre efficacement l'extension de la tuberculose, qui menace toutes les familles ;

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir : *a*) isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria ; *b*) antisepsie des salles de tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage ; *c*) amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite ; *d*) création d'un corps d'infirmiers sanitaires ;

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et, partant inoffensifs ;

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite « commission de prophylaxie de la tuberculose » qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

MÉDECINE PRATIQUE

Le régime alimentaire dans l'albuminurie chronique,

D'après M. le Dr R. Fruteau.

Les médecins se sont de tout temps préoccupés de l'hygiène alimentaire dans l'albuminurie chronique. De l'ensemble des observations tirées de l'examen des malades, il paraissait résulter que le régime lacté absolu d'abord, prolongé pendant un temps plus ou moins considérable, puis le régime lacto-végétal, convenait tout particulièrement dans ces cas, en donnant une survie plus considérable et en réduisant au minimum les accidents (anasarque, urémie, etc.). M. Albert Robin, qui a repris l'étude de cette question, arrive à des conclusions qui diffèrent sensiblement des opinions actuellement acceptées par la plupart des cliniciens, au sujet surtout du régime mixte. Nous en trouvons un exposé détaillé dans la thèse de son élève le Dr R. Fruteau (1) où sont consignés en même temps les protocoles des expériences faites dans le but d'éclaircir la question.

En premier lieu, le régime lacté et les régimes lactés mixtes, ont toujours donné moins d'albumine que ceux dans la composition desquels n'entrait pas le lait. Le lait doit donc constituer la base de tout régime alimentaire dans l'albuminurie.

Dès que le lait, pour une cause quelconque, est mal toléré, il faut introduire graduellement dans le régime d'autres aliments. Or, contrairement aux idées généralement admises, le régime végétal donne le plus souvent une augmentation de l'albumine. Seuls le riz, les choux, choux-fleurs, pommes de terre, n'augmentent pas l'albumine ; les autres légumes, spécialement les salsifis, les carottes, les épinards, tendent au contraire à en élever la proportion. Le pain à la dose de 100 à 200 grammes, les œufs au nombre de un ou deux diminuent la quantité d'albumine. Le régime carné augmente peut-être légèrement l'albumine, mais il est souvent utile aux malades, et, en choisissant les viandes et en les associant bien entendu au lait, on a un régime très acceptable, pouvant maintenir réduite au minimum la déperdition d'albumine. Parmi les viandes, le bœuf et le veau doivent être préférées à toutes les autres, notamment au poulet et au mouton qui augmentent l'albumine. Elles devront être très fraîches et servies grillées, rôties ou bouillies, sans sauces épicées.

Le poisson doit être rigoureusement proscrit, car, même associé au lait, il donne les plus fortes quantités d'albumine.

L'eau-de-vie à la dose de 60 grammes n'a pas paru exercer d'influence fâcheuse : le vin étendu d'eau n'est pas nuisible.

En d'autres termes :

Le régime lacté associé au pain est celui qui fournit la moindre quantité d'albumine.

Le régime lacté avec œufs, pain, vin étendu d'eau est de tous les régimes mixtes le plus favorable.

Le régime lacto-carné, avec œufs, pain, vin étendu d'eau, donne moins d'albumine que le régime lacto-végétal.

Le régime carné avec vin donne moins d'albumine que le régime végétal avec vin.

Le régime avec poissons, vin et végétaux, est de tous celui qui fournit les quantités les plus élevées d'albumine.

Parmi les viandes, le bœuf et le veau sont les mieux tolérées ; le poulet et surtout le mouton, le bouillon augmentent la déperdition d'albumine.

Parmi les légumes, le riz, les choux et les pommes de terre seront les seuls autorisés : le riz donne moins d'albumine que les pommes de terre.

On voit que ces données s'écartent des notions classiques sur les régimes mixtes, telles que les donnaient Senator, Dujardin-Beaumetz, et que les professent encore Jaccoud, Dieulafoy. Le médecin y puisera néanmoins des inspirations utiles, en les soumettant au contrôle de sa pratique journalière.

G. Maurange.

1. R. Fruteau, Régime alimentaire dans l'albuminurie chronique (thèse de Paris, 1898, n° 275).

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le carbonate de créosote et le carbonate de gaïacol à doses élevées,

Par M. le professeur Gram (de Copenhague) (1).

D'après le professeur Gram, de Copenhague, qui l'a expérimenté dans 100 cas de phthisie pulmonaire, le carbonate de créosote ou de gaïacol donné à doses élevées, amène dans la majorité des cas une amélioration rapide et marquée de l'état général et des symptômes pulmonaires. Pour ce qui est des doses à employer, il ne faut pas dépasser 6 grammes, 3 fois par jour, mais en général il suffit de donner 2 grammes 3 fois par jour. Chez les malades qui n'ont pas encore usé de préparations créosotées, on commence par donner 2 grammes en une seule fois après le premier repas pour augmenter progressivement.

De même que la créosote, le carbonate de créosote est soluble dans l'huile d'olive, dans l'huile de foie de morue et peut être administré sous cette forme.

Il vaut cependant mieux s'adresser à d'autres préparations car, indépendamment de la répugnance de certains malades, ce mode d'administration est souvent la cause de diarrhée.

Le professeur Gram préfère donner le carbonate de créosote sous forme de pilules. Il formule ainsi :

Carbonate de créosote.	10 gr.
Magnésie	2 gr.
Poudre de réglisse	12 gr.

M. P. pour 100 pilules.

Nouveau moyen pour faciliter la réduction des fractures,

Par M. le Dr Roberts (de Philadelphie) (2).

On sait combien sont fréquentes les difformités persistantes qui résultent d'une mauvaise réduction dans certaines fractures du tibia ou du péroné. C'est afin de diminuer ces inconvénients que le Dr Roberts (de Philadelphie) a eu l'idée de pratiquer la ténotomie du tendon d'Achille pour faciliter la réduction.

A la suite de cette petite opération, la réduction devient extrêmement facile et la coaptation se maintient d'une façon très satisfaisante. Les contractions musculaires spasmodiques sont aussi supprimées.

L'essentiel est que la peau aussi bien que le ténotome soient complètement aseptiques. Un pansement antiseptique recouvre ensuite la très petite plaie ainsi produite.

Ce procédé peut trouver de nombreuses applications. Il est indiqué dans toutes les fractures où la tonicité musculaire peut faire obstacle à la réduction et plus tard à la contention de la fracture. C'est ainsi que la section tendineuse du sterno-cléido-mastoïdien dans la fracture de la clavicule, celle du tendon du quadriceps dans les fractures transversales de la rotule, sont à ce titre susceptibles de rendre les plus grands services.

Procédé simple et rapide pour doser l'acide urique,

Par M. le Dr Harvey Cook, d'Oxford (Ohio) (3).

M. le Dr H. Cook, assistant du sanatorium d'Oxford (Ohio) a simplifié le dosage de l'acide urique suivant le procédé d'Haycraft qui consiste à le doser sous forme d'urate d'argent.

L'instrumentation nécessaire comprend :

1° Un appareil à centrifugation.
2° 4 tubes gradués de 15 centim. cubes.
3° 1 pipette de 1 centim. cube.

On procède alors de la façon suivante :

On met dans un des tubes gradués 10 centim. cubes d'urine et on ajoute de 0 gr. 50 à 1 gramme de carbonate de soude et de 1 à 2 centim. cubes d'hydrate d'ammonium.

1. *Klinisch. therap. Woch.*, 1898, p. 330.
2. *The Philad. med. Journ.*, 1898, n° 10, 432.
3. *Med. Record*, 12 mars 1898, p. 373.

On agite jusqu'à ce que le carbonate de soude soit dissous ; les phosphates sont alors précipités.

Le précipité est alors décanté avec le centrifugeur et l'urine qui surnage est mise dans un autre tube. A cette urine qui est débarrassée de ses phosphates on ajoute 2 centim. cubes d'hydrate d'ammonium et 2 centim. cubes d'une solution faite en ajoutant à 100 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100 autant d'ammoniaque qu'il est nécessaire pour la rendre claire.

L'acide urique est alors précipité sous forme d'urate d'argent, qui forme un corps un peu translucide.

Les chlorures qui ont pu être précipités sont alors redissous en ajoutant au précipité un excès d'hydrate d'ammonium. Il reste alors de l'urate d'argent pur.

Chaque centim. cube du tube gradué correspond après ces décantations successives à 0,001176 gr. d'acide urique pour 10 centim. cubes d'urine.

Exemple : Si l'on a comme dernier résidu de l'urine 5 centim. cubes cela donne $5 \times 0{,}001176 = 0{,}00588$ gramme d'acide urique pour 10 centim. cubes.

Pour avoir le pourcentage on multipliera par 10.

Effets de la lactophénine dans la fièvre typhoïde,

D'après M. le Dr Diaz (de Palma) (1).

Dans la fièvre typhoïde, la lactophénine, d'après l'expérience de M. Diaz (de Palma) à la dose de 3 à 5 grammes par 24 heures, abaisse la température, ne provoque pas des sueurs et de l'épuisement comme le font l'antipyrine et la phénacétine, et procurent au malade un calme très appréciable. M. Diaz n'a jamais rencontré des signes d'intolérance de la part de l'estomac ou de l'intestin; il n'y a ni bourdonnement d'oreilles ni phénomènes du côté du foie ou des voies biliaires.

Doit-on baigner les nouveau-nés? (Sollen Neugeboren gebadet werden?), par Th. Schrader (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 8, p. 163). — L'auteur communique le résultat des essais faits à la clinique de Halle sur 150 nouveau-nés dont la moitié seulement ont été soumis à une balnéation journalière, tandis que la seconde moitié ne recevait pas de bains, les autres conditions d'existence et d'alimentation des nourrissons restant identiques. Chez tous les enfants la section du cordon ombilical et les pansements consécutifs étaient faits de la même façon : on liait le cordon avec une lanière de toile imbibée d'une solution de lysol, à une distance de 4 à 5 centimètres de l'anneau ombilical, et on le coupait avec des ciseaux stérilisés, puis on appliquait une couche d'ouate aseptique maintenue au moyen d'une bande. Dans la suite, après chaque bain quotidien le moignon ombilical était saupoudré abondamment avec un mélange composé d'une partie d'acide salicylique pour 4 parties de poudre d'amidon.

Dans les deux séries d'expériences la chute du cordon s'est effectuée à très peu près dans le même laps de temps, c'est-à-dire au bout de 5 jours environ, avec un retard de quelques heures seulement chez les enfants qui n'avaient pas été baignés. Par contre, on a pu se convaincre que l'usage des bains diminue sensiblement les cas de fièvre et d'infection de la plaie ombilicale. C'est ainsi que sur 22 enfants qui ont présenté une hyperthermie passagère de cause inconnue, 8 avaient été soumis à la balnéation et 14 n'avaient pas été baignés. D'autre part, sur 9 cas où la plaie ombilicale avait pris un mauvais aspect et dégageait une odeur putride, un seul se rapportait à un enfant qui avait reçu des bains. Ces résultats permettent donc de résoudre dans le sens affirmatif la question de l'opportunité des bains chez le nouveau-né.

1. *Puglia med.*, octobre-novembre 1897, p. 238.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la constipation chronique chez les enfants,

Par M. le Dr L. Furst (de Berlin).

Les enfants au-dessous de 3 ans, tout aussi bien que les enfants plus âgés, souffrent assez souvent d'une inertie des intestins, qui non seulement leur cause des maux topiques, mais font tort à leur bien-être général. Cette constipation chronique est occasionnée tout d'abord par un mouvement péristaltique insuffisant. Les évacuations se font à de longs intervalles et sont accompagnées d'une fatigue excessive des muscles abdominaux et pelviens. Leur consistance est généralement compacte et sèche, de couleur claire, presque couleur de terre glaise chez les enfants à la mamelle, d'un brun noirâtre chez les enfants plus âgés. Quelquefois, la surface est couverte d'une claire sécrétion muqueuse des intestins, surtout dans le cas où quelque irritation mécanique du canal intestinal a eu lieu, causée soit par la rétention indue des excréments, soit par une colique, ou bien quand la surface de la membrane muqueuse a été blessée directement.

Parfois la cause de cette inertie des intestins est une sécrétion insuffisante des glandes intestinales, d'autres fois, chez les enfants plus âgés, surtout chez les fillettes anémiques ou chlorotiques, la cause peut être une vie sédentaire avec trop peu d'exercices physiques. Ou bien, chez d'autres enfants encore, il y a une cause nerveuse, c'est-à-dire un trop grand effort du cerveau et — par suite — les fonctions du sympathique s'affaiblissent, produisant en même temps une sorte de paralgie des muscles intestinaux.

Une telle constipation chronique peut donc, par une trop longue rétention des excréments dans les intestins, donner lieu souvent à une décomposition de ces derniers. Sans aucun doute beaucoup de cas de convulsions, de neurasthénie, de migraine, d'insomnie et de somnolence pourront se ramener à la résorption de toxiques et à l'auto-intoxication intestinale.

Un traitement thérapeutique et diététique correct est naturellement de la plus grande importance. Du lait bien gras rendra de bons services; de même en beaucoup de cas un massage de l'abdomen. En se servant de suppositoires, on n'obtient guère de grands succès, ce qui s'explique d'ailleurs, ces suppositoires n'irritant que les parties les plus basses de l'intestin. Il n'est pas très rationnel non plus d'appliquer dans de tels cas les purgatifs habituels, parce qu'ils stimulent l'ensemble du canal intestinal; il faut les donner à haute dose, si l'on veut repousser les matières obstruantes, et alors l'appétit en souffre considérablement. Néanmoins, on peut donner, dans des cas spéciaux de la rhubarbe, du séné ou du sagrada, mais toujours pendant un temps restreint.

Quant aux eaux minérales, je donne déjà depuis des années, avec beaucoup de succès, l'eau saline la plus approuvée: Hunyadi Janos (de Saxlehner, Budapest) aussi bien *per os* que *per rectum*. Je sais par expérience que les enfants la prennent volontiers si on leur donne de 1 à 2 cuillerées de cette eau mélangée avec au moins 4 à 5 cuillerées de lait, ce qui cache absolument le mauvais goût du sulfate. Surtout quand la constipation réside dans l'intestin grêle, on obtiendra un excellent effet en donnant cette dose à deux ou trois reprises par jour. — Mais quoique cette eau amère soit d'une composition constante, je dois faire remarquer que l'introduction par le ventre serait une application fort indirecte quand les excréments sont, ce qui arrive souvent, accumulés au côlon; le ventre et l'intestin grêle se trouvent dans ce cas inutilement alourdis par tant d'eau. C'est pour empêcher ceci que j'ai introduit l'eau amère *per rectum*, l'amenant par ce procédé directement au foyer de la constipation. J'ai adopté le *traitement* suivant comme efficace et inoffensif.

Trois ou quatre fois par semaine je fais prendre le matin un lavement en me servant d'un appareil pas trop court. Pour les bébés de 6 mois à 1 an je donne une cuillerée de ladite eau minérale dans 1 litre à 1 litre 1/2 d'eau tiède (à peu près 20° Celsius). D'année en année j'augmente d'une cuillerée, jusqu'à ce que j'aie atteint avec l'âge de 6 ans la dose de 6 cuillerées, la plus haute qui soit permise et qui suffit même pour les enfants plus âgés. Si en même temps un régime correct est bien suivi, si la nourriture contient beaucoup d'éléments végétaux et si les exercices physiques ne sont pas négligés, si enfin l'abdomen est bien massé chaque jour, des cas mêmes très invétérés de constipation chronique peuvent être totalement guéris. On obtient de 2 à 3 évacuations par jour. Bien entendu on ne doit pas faire cesser trop tôt ce traitement; au contraire on doit le poursuivre pendant

des semaines et des mois, si l'on veut obtenir un succès durable.

Cependant une exception doit être faite dans le cas où il y a dans l'intestin de l'inflammation ou des abcès, et en général quand l'épithèle de la membrane muqueuse n'est plus intacte. Pourtant ce traitement rend de bons services quand l'innervation et la sécrétion de l'intestin sont insuffisantes.

Il faut avant tout que les excréments s'amollissent et et cet effet est augmenté encore par l'action des sels qui excitent la sécrétion. Le mouvement péristaltique est accéléré, les excréments sont remués plus facilement, et les masses se trouvant plus hautes suivent d'elles-mêmes le mouvement péristaltique de l'intestin, jusqu'alors presque nul, se progageant aussi dans les parties supérieures du canal intestinal. En même temps que la paralysie diminue, certaines parties de l'intestin développées d'une façon anormale sont réduites à leur volume normal.

Ainsi il serait bon de suivre le traitement indiqué tout à l'heure et dont j'ai déjà fait souvent l'expérience dans des cas analogues de cette maladie fort répandue.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Montpellier du 12 au 16 Avril 1898.

Anesthésies viscérales chez les tabétiques.

M. Pitres signale parmi les anesthésies viscérales des tabétiques (anesthésies tabétiques de la vessie, de l'urèthre, du rectum et de l'anus, analgésie testiculaire, analgésie de la mamelle chez la femme), l'anesthésie épigastrique profonde. Nul n'ignore la sensation très particulière de douleurs angoissantes auxquelles donnent lieu chez les sujets sains les chocs un peu brusques du creux de l'estomac ; on a même signalé des cas de syncope et de mort subite. Or, cette sensibilité spéciale de la région épigastrique profonde peut être complètement abolie dans certains cas pathologiques. Elle manque chez beaucoup d'hystériques ; elle manque aussi chez bon nombre de tabétiques. Dans 50 cas de tabès, soigneusement explorés, M. Pitres a trouvé la sensibilité épigastrique profonde normale 28 fois affaiblie 13 fois, abolie 9 fois.

Cette analgésie épigastrique profonde n'est pas, en général, accompagnée d'anesthésie cutanée, ni d'abolition du réflexe abdominal. Les malades qui en sont atteints ont eu assez souvent auparavant des crises gastriques (14 fois sur 22). Leur digestion n'est pas notablement altérée, mais la plupart d'entre eux ont perdu la sensation de la faim ; ils mangent par raison et ne paraissent plus avoir la sensation du degré de réplétion de leur estomac, de même que les sujets atteints d'anesthésie vésicale n'ont plus la sensation de la réplétion de la vessie ni du besoin d'uriner.

La pathogénie de l'analgésie épigastrique profonde est encore fort obscure. Elle tient peut-être à des altérations organiques des plexus du sympathique abdominal (plexus solaire, ganglion semi-lunaire) ou des branches qui s'en détachent. Mais il est à peu près impossible, en l'état actuel de la technique histologique, de se rendre exactement compte de l'état des fibres de Remak qui forment en majeure partie les plexus viscéraux.

De l'angor prépleurétique.

M. Rauzier communique 2 cas d'angine de poitrine symptomatique d'une pleurésie au début :

Dans le premier cas il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui fut pris brusquement d'une crise d'angine de poitrine (douleur précordiale, algie scapulaire, angoisse, sueurs froides, lypothymies légères). En l'absence de fièvre et de symptômes objectifs suffisamment caractérisés du côté du cœur ou du poumon, considérant le tempérament névropathique du sujet et la longue durée de la crise angineuse, on crut pouvoir rapporter ces troubles à un récent abus de tabac. Quelques jours après, le malade présentait, du côté gauche, un épanchement pleurétique extrêmement abondant, qu'il fallut ponctionner. Ce sujet a conservé plusieurs années un épaississement notable de la plèvre à la base gauche et est mort, l'an dernier, de généralisation tuberculeuse.

Dans le second cas il s'agit d'un malade qui brusquement venait, sans fièvre, d'être pris de symptômes douloureux et angoissants d'une violence extrême : douleurs très vives dans la poitrine et le dos, pâleur cadavérique, sueurs froides, apnée, strangulation, efforts de vomissement, sensation de mort imminente, absence du pouls radial et disparition presque complète de la contractilité cardiaque. Cette scène dramatique persiste 2 à 3 heures, puis s'efface peu à peu sous l'influence d'une médication révulsive et toni-cardiaque énergique. L'auscultation du thorax ne révélait à ce moment rien d'anormal. Le surlendemain, nouvelle crise douloureuse avec collapsus cardiaque et constatation, quelques heures après, d'un épanchement pleural peu abondant dans la partie gauche du thorax. Cet épanchement s'accrut par la suite et dut être ponctionné.

En somme, le syndrome de l'angor pectoris, accompagné ou non de collapsus cardiaque, peut constituer la première manifestation d'une pleurésie dont les symptômes physiques ne deviendront apparents qu'un certain nombre d'heures ou de jours après le début des manifestations angineuses.

Des lésions histologiques fines de la cellule nerveuse dans le tétanos chez l'homme.

M. Rispal (de Toulouse) a examiné par la méthode de Nissl la moelle de deux sujets ayant succombé au tétanos l'un au bout de deux, l'autre au bout de six jours. Dans le premier cas, les cellules radiculaires antérieures présentaient une tuméfaction du corps cellulaire, du nucléole et des corpuscules de Nissl avec chromatolyse plus ou moins accentuée, en un mot les mêmes altérations que dans le tétanos expérimental. Dans le second cas, on constatait une transformation hyaline du protoplasma avec déformation et refoulement du noyau, lésions qui relèvent plutôt de l'hyperthermie, car elles ressemblent à celles que l'on produit expérimentalement chez les animaux surchauffés.

Troubles médullaires produits par les rayons de Röntgen.

MM. Rodet et **Bertin-Sans** (de Montpellier) ont observé chez deux cobayes tuberculisés soumis aux rayons X, outre la chute des poils et la production de plaies étendues, des phénomènes paralytiques et convulsifs ; ils débutèrent sous la forme d'une paraplégie qui se compliqua bientôt de convulsions, toniques et cloniques, généralisées et désordonnées. Ces accidents se terminèrent par la mort en 8 à 12 jours. L'examen de la moelle démontra l'existence d'une méningo-myélite.

Comme ces cobayes avaient, pendant une période du traitement, reçu les rayons X sur la colonne vertébrale, il paraît très vraisemblable qu'il s'agit d'une influence directe de ces rayons sur la moelle, quel qu'en soit le mécanisme.

Étude comparée des injections intraveineuses massives d'eau de mer et de solution salée simple.

MM. Bosc et **Vedel** ont constaté que l'eau de mer diluée suivant le procédé de Quinton et Hallion peut être introduite dans les veines en injections massives, sans tuer les animaux. Les effets de cette dilution (qui contient 9 grammes de chlorure de sodium pour 1 000) sont comparables à ceux d'une solution simple de chlorure de sodium à 7 p. 100, au point de vue de l'innocuité comme au point de vue physiologique : accélération de la respiration, suivie de ralentissement ; accélération du cœur ; hypothermie primitive, suivie d'hyperthermie ; mictions abondantes. Cependant, elle offre quelques caractères particuliers de toxicité : ralentissement plus précoce et plus marqué de la res-

piration; hypothermie plus prononcée; assoupissement avec un peu d'hébétude et d'abattement. Pour les urines, la première miction serait plus précoce, mais la quantité évacuée est dans les deux cas très abondante et les variations en densité, chlorures et urée, se font dans le même sens.

Pour mettre ces propriétés toxiques en évidence, MM. Bosc et Vedel ont injecté dans les veines de chiens l'eau de mer pure. Celle-ci tue à la dose de 90 centim. cubes (chien) et de 70 centim. cubes (lapin) par kilogramme, et entraîne des effets toxiques graves : accélération de la respiration, suivie de ralentissement jusqu'à arrêt complet; accélération de la circulation, puis affaiblissement progressif; hypothermie forte, suivie de réaction (dans les cas non mortels); urines assez abondantes, hébétude, affaissement, somnolence, anesthésie cornéenne, mort en résolution. Ces accidents apparaissent comme l'exagération des effets de l'eau de mer diluée.

On ne peut les expliquer par l'élévation du degré de concentration moléculaire, mais par l'existence d'une plus grande quantité de substances nuisibles dans le liquide injecté. En effet, l'injection d'eau de mer réduite de moitié produit plus rapidement les mêmes symptômes et les exagère, avec cette particularité que les mictions sont à peu près nulles.

L'eau de mer présente donc des effets de deux sortes : les uns identiques à ceux d'une solution de chlorure de sodium au même titre; les autres toxiques et qui sont dus aux chlorures de potassium et de magnésium. Le mélange de ces sels explique les caractères physiologiques de l'eau de mer : le chlorure de sodium, en excitant la diurèse, a une action atténuante sur les effets des sels de potasse et de magnésie, et ceux-ci font disparaître à leur tour les propriétés convulsivantes des solutions fortes de chlorures de sodium.

Il nous sera maintenant facile de comprendre le mode d'action de la dilution d'eau de mer à 83 p. 190; comme dans le procédé de Quinton, elle renferme, en effet, par litre, 9 grammes de chlorure de sodium, 0 gr. 15 de chlorure de potassium et 1 gramme de chlorure de magnésium. C'est, en somme, l'équivalent d'une solution salée à 6 p. 100 avec adjonction de sels toxiques pouvant déterminer des symptômes paralytiques.

Il résulte donc de cette étude comparée que la solution salée simple à 7 p. 100 reste la solution de choix à employer en thérapeutique.

Origine névropathique de la paralysie faciale dite « a frigore ».

M. Rauzier communique l'observation d'un jeune homme de 14 ans, pâle, maigre, lymphatique, très nerveux et présentant un zézaiement habituel qui fut pris, sans refroidissement apparent et sans prodromes, d'une paralysie faciale gauche, complète et totale. Assez rapidement les troubles disparurent dans le domaine du facial inférieur, mais persistèrent dans le territoire du facial supérieur.

Le point intéressant de l'histoire de ce jeune homme est que sa grand'mère maternelle a été atteinte, à 36 ans, d'une paralysie faciale gauche complète qui a laissé après elle une paralysie définitive du frontal et du sourcilier. Une des filles de cette femme a présenté, il y a 5 ans, une paralysie faciale gauche suivie, comme chez la mère, d'une paralysie définitive des muscles de la partie gauche du front. Cette dernière personne, très nerveuse, a un fils bien portant, et une fille hydrocéphale.

Epidémie de fièvre typhoïde due à la poussière des rues.

M. Jeannel (du Mont-Dore) a pu suivre dès le début le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde dans laquelle l'infection s'est produite non du fait de l'eau qui était absolument privée de tous germes pathogènes, mais du fait de la poussière des rues et dans les conditions suivantes : les déjections d'un typhique jetées tout simplement à la rue et rapidement desséchées ont été mêlées à la poussière, qui n'était jamais balayée. La rue soumise à cette infection fut le point de départ d'une épidémie qui atteignit plusieurs maisons et finit par se répandre dans le village. Les premières et les plus nombreuses victimes furent de jeunes enfants qui se traînaient journellement en s'amusant sur le sol contaminé : sur 34 cas, 18 se rapportent à des enfants âgés de moins de 12 ans. Une hygiène mieux appropriée (balayage, arrosage des rues) suffit à arrêter les progrès de l'épidémie.

Hépatite gommeuse chez un nouveau-né.

M. Ch. Morel (de Toulouse) a trouvé une hypertrophie du foie chez un nouveau-né avant terme qui a succombé quelques heures après sa naissance. Dans le lobe gauche se trouvaient quatre tumeurs d'une coloration blanc jaunâtre et mesurant 5 à 6 millimètres de diamètre. Dans le lobe droit il y avait une tumeur beaucoup plus volumineuse, implantée au niveau du hile du foie, sur la gaine des gros vaisseaux. Du côté opposé à son point d'implantation cette tumeur donnait naissance à de grosses digitations que suivaient nettement les ramifications vasculaires. L'examen histologique a permis de reconnaître que ces productions histologiqnes étaient des gommes.

Le rétrécissement mitral pur congénital, familial et héréditaire.

M. Cochez (d'Alger). — La symptomatologie et la pathogénie de la maladie de Durozier sont assez bien connues depuis les travaux de Potain et de P. Teissier. Ces auteurs n'ont toutefois pas étudié l'origine congénitale, familiale et héréditaire de cette lésion : c'est seulement dans la thèse de Servin et dans un article de M. Weill que l'on trouve quelques renseignements touchant ce point particulier.

L'histoire de deux familles que j'observe depuis longtemps est fort instructive à cet égard. Dans la première famille, la mère et l'enfant, celle-ci âgée de 6 ans, sont atteintes de rétrécissement mitral pur. Dans la seconde, la mère présente un rétrécissement mitral pur et ses quatre enfants sont atteints de la même lésion : le plus jeune de ces enfants, un garçon, a 3 ans; les autres sont des jeunes filles et ont 20, 14 et 12 ans; l'aînée a seule une santé délicate et présente de temps à autre des poussées congestives du côté du sommet droit, ce qui ne saurait surprendre, depuis que M. P. Teissier a fait voir avec quelle fréquence le rétrécissement mitral pur coïncide avec la tuberculose.

Ma pratique personnelle me pousse donc à penser que la question de l'origine familiale et héréditaire du rétrécissement mitral pur doit désormais attirer l'attention des pathologistes.

De plus, certaines observations recueillies dans la littérature et les miennes propres me font croire à l'origine congénitale de l'affection : je vois en effet mentionnée la coexistence de malformations congénitales diverses et du rétrécissement mitral pur. Pour ma part, j'ai soigné 2 malades atteintes de rétrécissement mitral pur qui souffraient d'ozène, affection imputable pour certains auteurs à l'absence congénitale du cornet inférieur, et je traite en ce moment un jeune homme de 26 ans, qui, en outre des signes classiques de la maladie de Durozier, présente des malformations des extrémités, caractérisées par de la syndactylie et des amputations congénitales.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

SIXIÈME SESSION

Tenue à Paris du 14 au 16 avril.

Avortement et utérus double.

M. Chavanne communique l'observation d'une jeune femme de 27 ans qui, après une grossesse passée inaperçue, eut les symptômes d'une infection consécutive à la rétention de débris d'un œuf abortif. Après le nettoyage de la cavité utérine de la malade, il se déclara le surlendemain une hémorrhagie assez abondante pour compromettre les jours de la femme. Injection de sérum et tamponnement vaginal. La température, qui était à 38°6 avant l'opération, monte à 40°2. L'examen pratiqué à ce moment montre que l'utérus est resté volumineux et qu'en arrière du col utérin il existe, près du cul-de-sac posté-

rieur, une partie irrégulière, granuleuse, friable, de niveau avec le col, ne faisant pas de relief, et qui, par la pression du doigt, se laisse dilacérer. On pénètre ainsi dans un orifice régulier arrondi, et plus loin dans une cavité qui n'est autre que l'utérus.

Après avoir enlevé cette masse par lambeaux, il est facile de voir que l'on a affaire à une placenta putréfié.

Ecouvillonnage et grand lavage de la cavité utérine. L'examen intra-utérin montre les faits suivants :

Il s'agit d'un uterus globularis septus.

La grossesse a eu lieu dans l'utérus de gauche qui est devenu postérieur par le fait de son augmentation de volume. L'utérus cureté était l'utérus vide situé en avant dont le col était seul appréciable par suite de l'effacement en bec de flûte de celui de l'utérus gravide postérieur. La cloison n'a pas été débridée par le curetage. A la suite de ce nettoyage la température est redevenue normale le 2e jour.

La malade a été examinée deux fois depuis à de longs intervalles, il existe deux cols juxtaposés comme les canons d'un fusil double situés l'un à droite, l'autre à gauche. Il n'existe pas de trace de division sur les deux corps utérins.

Il n'y a pas eu de nouvelle grossesse.

Application du forceps au détroit supérieur.

M. Budin. — On peut appliquer de différentes manières le forceps sur la tête retenue transversalement au niveau du détroit supérieur.

On peut saisir la tête : 1° du front à l'occiput (application transversale); 2° d'une bosse pariétale à l'autre (application antéro-postérieure); 3° d'une bosse frontale à l'apophyse mastoïde opposée (application oblique). L'application antéro-postérieure est défectueuse pour l'enfant, car on est obligé de refouler la tête pour la saisir, défectueuse pour la mère, car les parties molles sont comprimées entre l'angle sacro-vertébral ou le pubis et la cuiller du forceps. C'est surtout dans cette variété d'application qu'on produit des enfoncements du crâne, la tête étant serrée comme le fusain dans un porte-crayon, le bassin faisant l'office de l'anneau constricteur. L'application transversale est mauvaise pour l'enfant puisque l'une des cuillères se place sur la face. Il faut donc pratiquer les applications obliques qui ne présentent pas ces inconvénients. On peut, en effet, placer ses cuillères sans déplacer la tête au niveau de la symphyse sacro-iliaque et de l'éminence iléo-pectinée, régions qui présentent normalement une dépression plus ou moins marquée.

Depuis 1894 M. Budin a employé le forceps 64 fois, et a obtenu 45 enfants vivants et 19 enfants morts; sur ces 19 enfants, 6 étaient déjà morts avant l'intervention. La mortalité maternelle a été absolument nulle. En obstétrique il ne faut pas être exclusif, et pour son compte, M. Budin emploie dans les cas de bassins viciés le forceps, la version, l'accouchement prématuré, la symphyséotomie, la césarienne, suivant les cas. L'application du forceps a un avantage, c'est qu'en cas d'insuccès on peut pratiquer une autre intervention, comme la version ou la symphyséotomie.

Gangrène gravidique infectieuse.

M. Favre (Chaux-de-Fonds) a observé, chez une tuberculeuse enceinte, une gangrène de la vulve rapidement envahissante. L'agent microbien paraissait être un bacille spécial qu'il a pu retrouver chez un vieillard atteint de gangrène sénile. Ce microbe ne devient pathogène que dans certains cas particuliers, chez les individus qui sont affaiblis soit par une maladie générale grave, soit par un état de débilité spéciale.

Éclampsie puerpérale sans attaque.

M. Budin a observé deux cas d'auto-intoxication gravidique très graves sans accès d'éclampsie. Le premier cas fut si grave qu'il se termina par la mort, et à l'autopsie on trouva les lésions hépatiques et rénales qu'on rencontre si souvent dans l'éclampsie. La seconde malade guérit; elle accoucha spontanément d'un enfant vivant, mais le placenta présentait des hémorrhagies anciennes et récentes qui sont l'indice d'une profonde intoxication sanguine. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit; ils sont quelquefois très graves et les femmes peuvent mourir sans avoir eu d'attaques.

M. Bar est de l'avis de M. Budin. Le plus souvent le pronostic est en raison directe du nombre des attaques dans l'auto-intoxication gravidique; mais l'accès éclamptique n'est pas tout, il peut même complètement manquer. Ces femmes sont alors dans un état spécial d'« éclampsisme ». Les poisons contenus dans le sang paraissent produire des accidents qui se manifestent sous forme de crise. Ce sont le plus souvent des crises convulsives, mais on peut également observer des crises névralgiques, des accès de manie, des accès de dyspnée, des crises diarrhéiques, etc. Il faut bien connaître ces cas, car ils se terminent quelquefois par la mort.

A propos d'un accouchement particulièrement laborieux.

M. Demelin communique l'observation d'une femme chez laquelle plusieurs médecins avaient fait plusieurs applications de forceps sans résultat. Il a essayé à son tour à l'aide du forceps Tarnier et a dérapé également. Après avoir placé le basiotribe, l'enfant ayant succombé, il fut étonné de voir cet instrument déraper encore. Il fallut pratiquer l'éviscération avec les ciseaux de Dubois et terminer l'accouchement par une version forcée. La malade guérit après avoir été atteinte d'ictère prononcé. Les difficultés toutes particulières rencontrées dans cet accouchement ont été produites par la rétraction de l'anneau de contraction sur le tronc du fœtus. On a pu s'en rendre compte facilement quand on a introduit la main dans l'utérus pour essayer de faire la version.

M. Treub a été témoin d'une opération césarienne pratiquée pour un cas semblable. Après l'incision de l'utérus on vit que l'anneau de contraction était tellement rétracté sur les épaules de l'enfant que ce dernier présentait du sphacèle des bras.

Grippe et puerpéralité.

MM. Bar et **Boullé** ont observé à la clinique d'Assas une véritable épidémie de grippe chez des femmes enceintes. Cette épidémie a été sérieuse puisque, sur 50 cas, on a eu 4 morts à signaler. Certaines femmes ont présenté la forme nerveuse, d'autres la forme gastro-intestinale, d'autres enfin la forme respiratoire. Ce qui paraît surtout résulter de l'étude de ces cas, c'est la gravité particulière de la grippe quand elle survient pendant les suites de couches. Certaines grippes qui avaient une allure bénigne prennent souvent une marche envahissante après l'accouchement. Il survient alors des complications pulmonaires graves qui peuvent emporter les malades.

Scarlatine puerpérale.

M. Tissier (Paris). — Certains auteurs (Helm, Schrœder, Winkel) considèrent les éruptions scarlatiniformes survenant chez les femmes en couches comme l'expression d'états infectieux d'origine utérine se généralisant.

D'autres (Braxton-Hicks, Barnes) admettent que la fièvre scarlatine peut engendrer les accidents d'infection puerpérale et qu'il y a confusion des deux éléments.

M. Guéniot estime qu'il s'agit bien de scarlatine, mais d'une scarlatine modifiée, atténuée à laquelle il a donné le nom de scarlatinoïde.

Enfin, la plupart des pathologistes et des accoucheurs (Mac-Clintock, Lorrain, Siredey, Le Gendre, Boxall, etc.), estiment qu'il y a scarlatine vraie apparaissant après incubation plus ou moins longue à l'occasion de l'accouchement qui agit comme un traumatisme. Cette dernière opinion, admise en principe, est pourtant bien contestée dès qu'on examine chaque cas particulier.

M. Tissier a pu suivre, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, une femme qui lui paraît avoir présenté un exemple typique et incontestable de scarlatine vraie. Il ne s'agissait ni d'un exanthème chez une infectée, ni d'une éruption médicamenteuse, ni d'une éruption grippale, ni d'une scarlatinoïde. Les caractères de l'éruption, la gravité de la maladie, l'exis-

tence de l'angine, des douleurs articulaires, la marche de la desquamation, etc., etc.; enfin, l'analyse bactériologique paraissent établir la précision du diagnostic.

Traitement du placenta prævia.

M. Treub (Amsterdam) a observé, depuis qu'il dirige la clinique obstétricale et gynécologique d'Amsterdam, c'est-à-dire depuis bientôt 2 ans, 50 cas de placenta prævia dans les deux derniers mois de la grossesse. La plupart de ces cas étaient envoyés de la ville dans la clinique justement à cause de la complication du travail.

Sur ces 50 cas, il y en a 13 traités de différentes manières. D'abord, 3 qui sont arrivés avec un tampon vaginal, mais dans lesquels, l'hémorrhagie ne se répétant pas, l'accouchement se fit tout à fait spontanément et sans difficulté aucune. Des 10 autres, la moitié présentaient, au moment de l'admission à la clinique, une dilatation suffisante pour permettre l'extraction immédiate de l'enfant, sans aucun danger. Deux fois on a fait, sans bonne raison, l'accouchement forcé, deux autres fois on a décollé aussi haut que possible le bord du placenta et fait des injections vaginales chaudes, et une fois les membranes ont été percées, ce qui n'a eu pour résultat que de faire augmenter l'hémorrhagie.

Il reste 37 cas traités de la manière que, pour plusieurs raisons, M. Treub tient pour la plus recommandable. Il y ajoute une série de 13 cas, publiés par un de ses élèves.

Dans ces 50 cas le traitement a été le suivant :

Quand il y avait hémorrhagie, le col n'étant pas perméable, tamponnement du col et du vagin avec de la gaze iodoformée.

Dès que le col laissait passer deux doigts, version combinée selon la méthode Braxton-Aicks et abaissement d'un pied. S'il y a moyen d'arriver aux membranes à côté du placenta, c'est là que l'on entre dans l'œuf, sinon on se fraye un chemin à travers le placenta. Il est évident qu'en faisant la version à si peu de dilatation on devra souvent perforer le placenta.

La version faite, on applique un nœud coulant au pied abaissé, et on ne tire sur le coulant que quand il y a de l'hémorrhagie, sinon on ne fait rien qu'observer. Surtout pas d'extraction forcée. Ce n'est qu'après la sortie spontanée du tronc qu'on aide la sortie des bras et de la tête.

Traitement ordinaire de la période de la délivrance :

M. Treub emploie souvent et avec succès les injections sous-cutanées d'une solution physiologique de chlorure de sodium, et fait le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée dès qu'il y a une hémorrhagie, même légère, post-partum. Il applique aussi le tamponnement contre les hémorrhagies artérielles provenant d'une déchirure profonde du col.

Les résultats obtenus par ce traitement étaient les suivants :

Des 50 femmes, 7 sont mortes, soit 14 p. 108.

Des 50 enfants, 32 sont nés morts, soit 64 p. 100.

En défalquant 13 enfants morts avant le commencement de la version, il reste 19 enfants morts sur 37, soit 51 p. 100.

Au premier abord, ces chiffres-là ne paraissent pas bien encourageants, surtout le chiffre de la mortalité maternelle, qui est de 14 p. 100.

Mais il est facile de prouver que ce chiffre brut ne prouve rien contre le traitement préconisé. Dans ces 7 cas de mort maternelle, il y en a 3 dans lesquels la femme a succombé à une infection grave qu'elle avait déjà en arrivant dans le service. Trois autres dans lesquels la femme était envoyée trop tard dans la clinique, de sorte qu'on n'a pas réussi à leur faire surmonter les effets de pertes de sang énormes qu'elles avaient subies. L'une d'entre elles est morte une 1/2 heure après la version, sans être accouchée.

Une seule femme est morte qui se trouvait depuis quelque temps déjà dans la clinique. Mais c'était un cas bien compliqué; l'hémorrhagie initiale était formidable, de sorte que la femme a failli y laisser la vie. Il y avait une rigidité excessive du col, qui rendait difficile la version et faisait tirer en longueur l'accouchement. Enfin, la partie supérieure du placenta était adhérente, de sorte qu'après 3 heures d'attente, il a fallu faire la délivrance manuelle, ce qui fit perdre à la femme, déjà très anémique, un peu de sang. Ce ne fut pas beaucoup, en effet, mais pourtant plus qu'elle ne put supporter, de sorte qu'elle est morte 5 quarts d'heure après.

M. Sebillotte. — La conduite à tenir en face de l'hémorrhagie du placenta prævia est différente suivant l'époque de la grossesse, la variété d'insertion placentaire, l'état de la mère et de l'enfant.

Lorsque les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse surviennent avant le 6ᵉ mois de la grossesse, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer leur véritable cause; la conduite de l'accoucheur ne sera pas différente de celle qu'il tiendrait vis-à-vis d'une menace d'avortement : repos absolu au lit, hémostase et antisepsie par des injections chaudes à 48°, boissons fraîches et acidulées, médication opiacée. Si l'avortement n'a pas lieu, il faut surveiller la grossesse et éviter toute cause de récidive.

Doit-on temporiser, en arrêtant l'hémorrhagie, dans les derniers mois de la grossesse?

Si celle-ci a moins de 7 mois, l'enfant a bien peu de chances de vivre, il faut tout faire pour prolonger la grossesse en se souvenant de ne jamais compromettre la vie de la mère. Après 7 mois, deux cas peuvent se présenter : la perte est médiocre, unique et s'arrête facilement avec les moyens déjà indiqués; rien n'autorise à interrompre la grossesse, mais il faut placer la patiente sous la surveillance étroite et continue d'une personne compétente. On s'assurera d'une présentation longitudinale, maintenue au besoin avec une ceinture ou un bandage abdominal. On se tiendra prêt pour une intervention possible. L'antisepsie vaginale sera rigoureuse, l'état général soutenu par les boissons et les médicaments stimulants, et chaque goutte de sang perdu sera sans retard remplacé par une goutte de sérum.

Avec des hémorrhagies graves par leur abondance ou leurs répétitions, la temporisation ne saurait être admise. Tous les accoucheurs dans ce cas considèrent que la vie de la femme est en péril tant qu'elle n'est pas délivrée. L'action s'impose avec un triple but : arrêter le sang, vider l'utérus, combattre l'anémie et relever l'état général. Comme moyens, les accoucheurs ont recours à un certain nombre de méthodes, qui sont : l'accouchement forcé, l'accouchement rapide, la rupture des membranes, le tamponnement soit avec des bourdonnets, soit avec les ballons vaginaux, le décollement complet du placenta, la version bipolaire. Quelle que soit la méthode suivie, lorsque la dilatation est complète, il faut faire sans tarder l'extraction de l'enfant, soit par la version ou le forceps, et, dans le cas où l'enfant serait mort, par la basiotripsie.

Après l'accouchement, il faut faire la délivrance avec soin, sans perdre de vue la patiente, combattre l'hémorrhagie, si elle se produit, par les injections chaudes, les injections d'ergotine, au besoin le tamponnement intra-utérin, sans oublier surtout le traitement général, car à ce moment tout danger n'a pas disparru.

Les différentes méthodes qui précèdent présentent toutes des avantages et des inconvénients. Quelle est leur valeur respective? Il est bien difficile de le dire; mais un point sur lequel tous les accoucheurs sont d'accord et auquel ils apportent également tous leurs soins, est le traitement général.

Aux hémorrhagies légères, on opposera avec succès le repos absolu au lit, les injections chaudes, les boissons froides acidulées ou alcooliques et une alimentation reconstituante.

Pour les pertes plus abondantes, la position horizontale ne sera plus suffisante, la tête sera placée très bas, les jambes et le bassin élevés. Avec une bande en toile, ou même la bande d'Esmarch, autour des jambes et des cuisses, on refoulera le sang au tronc et à la tête. Les syncopes seront combattues par les frictions alcoolisées, la flagellation, le refroidissement par les linges chauds, les boules d'eau chaude.

Les injections hypodermiques d'éther et de caféine sont des stimulants précieux et efficaces. L'eau-de-vie et le rhum pur ou additionnés d'eau produisent d'excellents effets et sont bien supportés.

On a eu recours à la transfusion du sang. Son application difficile lui a fait préférer les injections de sérum artificiel. C'est le procédé le plus stimulant et le plus rapide que nous possédions maintenant.

Employées d'abord en injections intra-veineuses, à doses répétées et massives, elles ont donné de très heureux résultats entre les mains de leurs promoteurs, MM. Porak et Maygrier.

Leur technique, un peu délicate en dehors de l'hôpital, leur fait aujourd'hui céder le pas aux injections sous-cutanées. Le

mode opératoire en est simple. L'injection peut se pratiquer avec l'appareil de M. Dieulafoy ou tout autre récipient terminé par un tube en caoutchouc et une aiguille canaliculée que l'on enfonce dans le tissu cellulaire, après les précautions d'antisepsie nécessaires du côté de l'appareil et du côté de la peau. La quantité de sérum à injecter varie suivant l'état de la malade, ordinairement on n'injecte pas plus de 200 grammes d'une fois et à la même place. D'après M. Pozzi, il ne faut pas dépasser la dose de 1 000 grammes en 1 heure et de 3 000 grammes en 24 heures.

On discute encore sur la meilleure formule de sérum à employer. D'après les derniers travaux, il semble que l'on doive accorder la préférence à la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1 000, comme étant celle qui altère moins les globules sanguins.

Disons, en outre, qu'à leur action réparatrice, les injections de sérum ajoutent une action hémostatique rapide et très précieuse.

Huit observations d'accouchements prématurés provoqués à la clinique Tarnier pendant l'année 1897.

M. Louis Dubrisay. — Dans ces 8 observations, il s'agit de rétrécissements du bassin dans lesquels on a provoqué l'accouchement au cours du 9e mois, en se basant, pour faire accoucher les femmes, d'une part sur le degré de rétrécissement et, d'autre part, sur le volume du fœtus, et en particulier de la tête fœtale mesurée à l'aide du procédé de Perrot.

Sur ces 8 observations, une doit être mise à part, car après avoir provoqué le travail à l'aide du ballon du professeur Tarnier, on fut forcé, pour terminer, d'avoir recours à la symphyséotomie. L'enfant pesait 3 820 grammes. Tout se passa, du reste, pour le mieux, et la femme et l'enfant sortirent de l'hôpital en bon état le 35e jour.

Restent 7 accouchements dans lesquels on a provoqué le travail à l'aide du ballon du professeur Tarnier, auquel on a été forcé d'adjoindre, sauf dans un cas, soit l'écarteur de Tarnier, soit le ballon de M. Champetier de Ribes.

Tous ces accouchements ont été provoqués dans des bassins modérément rétrécis :

Un de 9,2 de diamètre promonto-pubien minimum.
Deux de 9 de diamètre promonto-pubien minimum.
Trois de 8,6 à 9 de diamètre promonto pubien minimum.
Un de 8 de diamètre promonto-pubien minimum.

Sur ces 7 accouchements, 3 se sont terminés spontanément; 2 ont été terminés par des applications de forceps au détroit inférieur, pour résistance du périnée et insuffisance des contractions utérines; 2 par des versions par défaut d'engagement de la partie fœtale.

La mortalité maternelle a été nulle. Quant à la morbidité, 2 femmes ont eu de la lymphangite du sein pendant les suites de couches.

En ce qui concerne les enfants, 6 sont sortis de l'hôpital en bon état.

Un a succombé au 2e jour à de l'infection gastro-intestinale et à de la broncho-pneumonie : comme il pesait 3 200 grammes à sa naissance nous ne croyons qu'on puisse attribuer à la provocation de l'accouchement la mort de cet enfant.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 Mai 1898.

Néphrite chronique et thrombose cardiaque.

MM. Rabé et **A. Martin** présentent les reins et le cœur d'un malade atteint de néphrite ancienne, chez lequel la mort fut provoquée par le développement d'une thrombose intraventriculaire gauche. A l'autopsie, on trouva dans le ventricule gauche, hypertrophié et dilaté, un caillot fibrineux, verdâtre, qui s'engageait dans l'orifice aortique et oblitérait l'aorte jusqu'à la naissance de l'aorte abdominale; de la convexité de ce caillot se détachaient des prolongements qui oblitéraient le tronc brachio-céphalique et ses branches; les artères sylviennes contenaient de fins caillots fibrineux.

Sarcome aigu du poumon.

MM. Milian et **Bernard** rapportent l'histoire d'une femme de 28 ans qui fut considérée successivement comme atteinte de constipation simple, d'endocardite infectieuse, de granulie. La maladie dura 4 mois et se manifesta par une fièvre intense, de la dyspnée, de la cyanose, des hémoptysies abondantes. Une paraplégie par compression médullaire évolua parallèlement.

L'autopsie montra le centre du poumon droit transformé en un bloc blanchâtre à centre ramolli. Autour de ce bloc existait le parenchyme normal, réalisant ainsi un véritable sarcome en amande. Une tumeur de même nature existait au niveau de la 6e côte gauche; une autre, développée dans la dure-mère, comprimait la moelle.

A l'examen histologique, il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. Il fut possible de découvrir au sein des tumeurs, par la coloration à la thionine, des bactéries volumineuses assez semblables à la bactéridie charbonneuse. Ces bactéries n'existaient pas dans les viscères voisins.

Sarcome à myéloplaxes des os du pied.

MM. Pilliet et **Levrey** apportent des coupes d'une tumeur du pied, opérée chez un homme de 25 ans, qui la portait depuis 9 ans. Il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes pigmenté. Ce sont les cellules rondes qui sont farcies de pigment sanguin. On voit des vaisseaux qui n'ont pour paroi que ces cellules pigmentées. On aurait pu croire à un sarcome mélanique.

Élimination polycyclique du bleu de méthylène.

MM. Dufour et **Roques de Fursac.** — Certains sujets, sans lésion rénale ni hépatique, éliminent normalement le bleu de méthylène sous la forme polycyclique. Si l'on recherche la densité urinaire des divers échantillons de ces individus soumis à un régime ordinaire, on remarque que cette densité est plus forte lorsque la coloration est plus intense. On peut se demander si la masse des produits solubles de l'urine n'est pas éliminée de façon cyclique aussi. Mais si l'on soumet ces mêmes sujets au régime lacté exclusif pris toutes les 2 heures, les urines étant recueillies toutes les 2 heures également et en totalité; si, d'autre part, on ramène tous ces échantillons à un même volume et qu'on en prenne la densité, on note que cette densité est très sensiblement la même et que, par conséquent, dans des conditions éclectiques, la somme des produits solides, rendus dans le même temps, est la même.

Le bleu, au contraire, dans ces conditions, subit toujours l'élimination polycyclique.

D'où cette conclusion qu'il y a, comme l'a dit dernièrement M. Lépine, un mode d'élimination spécial pour le bleu : constatation qui ne retire rien à la valeur de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 18 et 25 Avril 1898.

Le sucre et la graisse, au point de vue de leur valeur nutritive respective.

M. A. Chauveau. — Lorsque le sucre et la graisse sont introduits dans la ration d'un sujet tenu au repos, ces deux aliments se comportent, au point de vue nutritif, comme chez le sujet qui travaille.

Leur valeur nutritive respective n'a aucun rapport avec leur valeur énergétique. C'est plutôt l'aptitude de ces deux sub-

stances à se transformer en glycogène qui règle leur valeur nutritive, aptitude supposée avoir la valeur 1 pour le sucre et la valeur 1,52 pour la graisse.

Toutefois, la proportion 1,52 de sucre se montre presque toujours un peu supérieure à la proportion 1 de graisse, dans les rations alimentaires de l'animal au repos.

Cette supériorité du sucre semble être plus évidente, quand la ration est assez forte pour imprimer à l'animal un croît très sensible. Mais il serait prématuré de se prononcer dès maintenant sur ce sujet d'une manière ferme.

Sur les fonctions de l'hypophyse cérébrale.

M. E. de Cyon, au cours de ses recherches sur les corps thyroïdes, qu'il fut amené à considérer comme des organes destinés à protéger le cerveau contre les dangers des afflux subits de sang, supposa que l'hypophyse était l'appareil le plus capable d'invoquer cette intervention protectrice des thyroïdes. A l'occasion de ces expériences, il a pu constater que le ralentissement des pulsations que provoque toute augmentation des résistances dans les voies circulatoires, et qu'on attribuait jusqu'à présent à une excitation directe des terminaisons des nerfs pneumogastriques dans la moelle allongée, n'est dû, en réalité, qu'à une excitation réflexe de ces terminaisons, qui a son origine dans l'hypophyse : c'est l'excitation de cette dernière, qui, par l'augmentation de la pression, amène le ralentissement des battements du cœur. En effet, après l'ablation de l'hypophyse, l'occlusion de l'aorte abdominale ne provoque plus de ralentissement des pulsations.

Les extraits de l'hypophyse, injectés dans les veines d'un animal, produisent, sur le cœur et sur la pression sanguine des effets identiques à ceux que provoquent les excitations électriques ou mécaniques de cet organe. La substance active de l'hypophyse est une combinaison organique de phosphore, que l'auteur propose de dénommer hypophysine ou phosphoro-hypophysine. Cette substance exerce sur les pneumogastriques une action analogue à celle de l'iodotyrine.

L'hypophyse peut donc, en l'absence des thyroïdes, protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang. Ceci expliquerait l'hypertrophie de l'hypophyse chez les lapins, après l'extirpation des thyroïdes.

Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un tricophyton pyogène.

MM. Sabrazès et Cabannes. — L'inoculation sur l'épiderme de l'homme d'un champignon morphologiquement tricophytique, extrait d'un sycosis parasitaire profond de la barbe, observé dans le service de M. Lanelongue, a déterminé l'apparition d'une plaque suppurative, parsemée de godets jaune soufre de petites dimensions, ayant les caractères objectifs et microscopiques des godets faviques. Les cultures ont fourni le champignon inoculé qui paraît se confondre avec le trychophyton pyogène du cheval, décrit par Sabouraud.

Ce même champignon, inoculé à deux souris, a produit des godets faviques. Il ne faut donc pas séparer absolument les tricophytons et les achorions.

Les parasites du cancer et du sarcome (coloration, structure, cycles de reproduction, dimorphisme évolutif).

M. F.-J. Bosc. — Les éléments que l'on trouve dans le cancer et le sarcome présentent des réactions colorantes, une structure et des modes de reproduction qui constituent autant de preuves de leur nature parasitaire.

Ces colorations à l'état frais, qui permettent d'étudier les parasites tels qu'ils sont en réalité, en dehors de toute altération, montrent que chaque partie du parasite présente des réactions propres et que toutes les formes parasitaires se différencient, avec une netteté indiscutable, des tissus environnants.

Les principales formes parasitaires sont les formes microbiennes, les granulations, les formes cellulaires et les formes enkystées, les trois premières sont toujours entourées d'une zone hyaline.

En étudiant les formes parasitaires d'une même tumeur, on arrive à reconstituer tous les stades intermédiaires d'une évolution qui aboutit à des phénomènes de reproduction. Les cycles évolutifs sont les suivants : cycle sporulé à spores volumineux ; cycle sporulé à microspores ; cycle asporulé aboutissant à la formation d'une morula ; cycle à microsporozoïte ; cycle à division directe.

Enfin un même parasite peut présenter plusieurs cycles évolutifs.

Influence de la voie et du mode d'introduction sur le développement des effets immunisants du sérum antidiphthérique.

M. S. Arloing. — L'introduction de la toxine diphthérique sous la peau d'un animal non immunisé détermine des effets locaux, inflammatoires, et des effets généraux qui passent, au contraire, inaperçus lorsque l'animal est immunisé, ou lorsqu'il reçoit en injection un mélange à proportions convenables de toxine et de sérum antidiphtérique. Hors des conditions précédentes, c'est-à-dire quand le sujet présente non pas une résistance absolue, mais une immunité atténuée, les effets locaux évoluent vers l'ulcération tandis que les effets généraux s'évanouissent.

Il semble donc que la toxine possède en quelque sorte deux propriétés distinctes, analysées par le sérum : une propriété toxique et une nécrosante.

A dose égale, le sérum antidiphtérique atténue plus ou moins les effets locaux, suivant la voie choisie ou le mode adopté pour l'introduire dans l'organisme.

Quand le sérum antidiphthérique est administré séparément son action antitoxique complète est au maximum s'il est introduit dans le sang (veine jugulaire), au minimum s'il est introduit dans le tissu conjonctif. La voie péritonéale, supérieure à la voie hypodermique, semble un peu moins favorable au développement de l'action antitoxique que la voie sanguine.

L'introduction du sérum dans le sang équivaut au mélange préalable du sérum et de la toxine.

Influence de quelques poisons sur le pouvoir antitoxique du sang.

MM. C. Salomonsen et Th. Madsen. — L'explication la plus simple des phénomènes d'immunisation active contre la diphthérie est d'admettre qu'il y a, chez l'animal immunisé, production et destruction incessantes de substance antitoxique, en même temps que, sous l'influence de la toxine, certaines cellules subissent une modification durable qui les a douées du pouvoir de sécréter la substance antitoxique. Les auteurs ont recherché si les poisons, qui exercent une influence stimulante et dépressive sur une série de sécrétions normales de l'organisme, ont une influence analogue sur la nouvelle fonction secrétoire présumée. Ils ont choisi l'atropine et la pilocarpine.

En produisant chez un cheval, activement immunisé contre la diphthérie, un fort empoisonnement par l'atropine, on n'a pas réussi à faire baisser le pouvoir antidiphthérique du sang durant les jours qui suivirent immédiatement l'injection du poison.

L'injection de pilocarpine suscita chez le cheval une forte augmentation du pouvoir antidiphthérique de son sang.

Le maximum de pouvoir antidiphthérique fut atteint dans 3 cas, au moment où les symptômes d'intoxication (salivation, etc.) s'accentuaient avec le plus de force et, dans un cas où le pouvoir antidiphthérique haussa de 30 à 40 en 5 heures environ pour redescendre à 30 ; le moment où la salivation atteignit son maximum coïncida avec celui du maximum du pouvoir antidiphthérique.

Durant les jours qui suivirent immédiatement l'intoxication, le pouvoir antidiphthérique du sang devint inférieur à ce qu'il était au début de l'expérience.

La hausse du pouvoir antidiphthérique suit de très près l'injection de pilocarpine ; de si près qu'on ne saurait attribuer la cause de son apparition à la concentration que produirait dans

le sang l'hypersécrétion des glandes salivaires, intestinales et autres.

Ces expériences fournissent la preuve d'une nouvelle analogie entre la formation de l'antitoxine et les sécrétions normales, et corroborent ainsi l'hypothèse première.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 Mai 1898.

Effets comparés de l'action sur les ganglions lymphatiques du bacille et de la toxine diphthérique.

MM. Fernand Bezançon et **Marcel Labbé**. — Si on compare les modifications survenues après l'inoculation de microbes ou de toxine, on trouve de profondes différences dans l'infection, la réaction domine; dans l'intoxication, c'est la nécrose.

Dans l'infection, le réticulum réagit, les leucocytes polynucléaires affluent au ganglion; l'activité des follicules n'est que légèrement et tardivement diminuée; la réaction est au maximum dans les ganglions correspondant au foyer d'inoculation.

Dans l'intoxication, tous ces phénomènes de réaction manquent et on assiste à la destruction précoce des centres germinatifs, d'où résulte la perte de l'activité fonctionnelle du ganglion. Les altérations sont généralisées et atteignent le même degré dans tous les ganglions.

Lorsque l'animal est rendu résistant par l'infection préventive du sérum antidiphthérique, la nécrose ne se produit pas à la suite de l'injection de toxine et le ganglion met en œuvre tous ses moyens de résistance, comme dans l'infection.

Ces expériences mettent en évidence la production d'une leucocytose par les toxines déjà signalée par Châtenay; le rôle des phagocytes à l'égard des toxines (Metchnikoff) et l'excitation de la phagocytose amenée par les injections du sérum antidiphthérique. Elles étendent ainsi le rôle protecteur du ganglion qui s'exerce non seulement vis-à-vis des microbes, mais encore vis-à-vis des toxines.

MM. Gilbert et **Galbrun** ont constaté que sous l'influence du benzonaphtol, le nombre des bactéries de l'intestin diminue chez l'homme de moitié.

MM. Langlois et **Camus** font une communication sur la destruction de l'extrait capsulaire dans l'organisme.

M. Portier fait une communication sur l'amylase et la maltase du tube digestif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 Mai 1898.

Hydro-hématonéphrose.

M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Loyson relative à un jeune homme de 22 ans, entré à l'hôpital militaire pour une bronchite aiguë. C'est par hasard que l'on découvrit, dans le flanc droit, une volumineuse tumeur, qu'aucun signe n'avait jusqu'alors révélée, le malade n'ayant attaché aucune importance à quelques douleurs qu'il avait ressenties, depuis un mois, dans cette région, à la suite d'un coup.

Cette tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, faisait saillie jusque sous les côtes; aussi avait-on pensé à un kyste hydatique. Une ponction en retira 50 grammes environ d'un liquide brunâtre; l'examen fit voir que c'était de l'urine contenant un peu de sang. Cette ponction fut suivie d'accidents de péritonite aseptique et d'une notable diminution de la tumeur, ce qui fit supposer que du liquide avait dû s'écouler dans le ventre.

Six semaines plus tard, le malade ayant uriné un liquide exactement semblable à celui de la ponction, on pratiqua la néphrotomie trans-péritonéale à la suite de laquelle il persista une fistule donnant issue à une sécrétion abondante.

Aussi est-ce pour tarir cet écoulement que, 3 mois après, on a eu recours à la néphrectomie lombaire qui fut suivie de guérison. L'examen de la pièce a montré qu'à la surface de la tumeur existaient des plaques calcaires, que le rein était atrophié et que l'embouchure de l'uretère était rétrécie.

Dans ce fait il n'a pas été possible d'établir nettement la cause de l'épanchement sanguinolent que contenait la poche. La pathogénie de ces épanchements est encore mal élucidée. On connaît les kystes uro-hématiques que l'on trouve à la périphérie des reins, surtout après les traumatismes. Quant aux poches centrales, elles peuvent provenir de la compression déterminée par une tumeur du bassinet, dont la distension peut être la cause de l'hémorrhagie. Pour ce qui concerne le traitement, on est généralement d'accord pour préconiser l'intervention par la voie lombaire, la ponction ou l'incision trans-péritonéale donnant moins de sécurité.

M. Bazy a publié une observation ayant beaucoup d'analogie avec celle qui vient d'être résumée. La poche contenait la même variété de liquide. Pour expliquer la présence du sang dans ce liquide, il faut tenir compte de la distension du bassinet.

M. Poirier a opéré un homme de 45 ans atteint d'hémorrhagie rénale unilatérale; la néphrectomie a montré un rein petit et granuleux atteint de néphrite chronique.

Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur.

M. Monod. — A côté des opérations abdominales conseillées pour le traitement des suppurations pelviennes, il faut placer l'incision du cul-de-sac depuis longtemps préconisée et peut-être trop négligée. Elle est indiquée dans les suppurations péri-utérines saillissant dans le vagin, dans les collections entourées d'une poche épaisse, assez résistante, derrière laquelle on trouve le pus et même dans les foyers plus haut situés. Dans ce dernier cas, il est fréquent de trouver plusieurs foyers, l'un autour de l'utérus, séreux ou purulent; et l'autre annexiel plus haut placé. L'un et l'autre peuvent être atteints par la voie vaginale.

Depuis plusieurs années, M. Monod a eu l'occasion d'en opérer une quarantaine de cas avec un certain nombre de guérisons définitives.

M. Routier a déjà défendu, après beaucoup d'autres, cette manière de faire, en donnant la relation d'une centaine de cas. Cette incision du cul-de-sac et l'évacuation des foyers peut, d'ailleurs, favoriser l'hystérectomie secondaire, si elle devient nécessaire.

Traitement du tétanos par le sérum.

M. Quénu présente un malade guéri de tétanos consécutif à un écrasement du pied, par l'amputation de la jambe et les injections de sérum antitétanique. Il fait remarquer que les contractures n'ont disparu qu'au bout d'un mois.

M. Schwartz a également observé un malade chez lequel on avait fait des injections, et chez lequel les contractions, localisées en dernier lieu à la paroi abdominale, n'ont cessé qu'après 10 à 12 semaines.

M. Tuffier fait observer que les tétanos qui guérissent persistent longtemps. C'est dans ces cas que le chloral semble donner des succès.

M. Championnière cite le cas d'un blessé, dont les accidents, quoiqu'il eût été saturé de chloral, n'ont disparu qu'après une première injection de sérum.

M. Motais (d'Angers) rapporte trois observations de ptosis unilatéral ou bilatéral, traités avec succès par la greffe tarsienne du droit supérieur, procédé dont il a exposé le manuel opératoire devant la Société en 1897. Il conclut que cette greffe est suffisante dans les cas de ptosis incomplet et qu'il faut lui adjoindre une résection partielle de la paupière si le ptosis est complet.

M. Denies (d'Ypres) communique une observation de polype fibreux naso-pharyngien enlevé par la voie naso-pharyngienne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 Mai 1898.

Lipomatose symétrique.

MM. Jeanselme et **Bufnoir** présentent un nouveau cas de ces lipomes symétriques dont MM. Launois et Bensaude ont donné récemment la description.

Chez cet homme, âgé de 35 ans, la face est encadrée d'un énorme collier adipeux. Des masses volumineuses surchargent la nuque. D'autres comblent les creux sus- et sous-claviculaires et les triangles de Scarpa. Des masses diffuses doublent la partie postérieure du moignon des épaules, etc.

Deux facteurs étiologiques sont à relever chez ce malade : l'alcoolisme et l'albuminurie.

Pas de ganglions hypertrophiés ou indurés appréciables au milieu des masses lipomateuses. Cette observation ne peut donc pas servir à confirmer l'hypothèse de l'origine lymphatique des lipomes symétriques, mais elle ne l'infirme pas non plus, car la plupart des masses adipeuses occupent des régions ganglionnaires.

Pas d'exagération du volume de la rate. L'examen hématologique, pratiqué par M. Bensaude, a montré une anémie du second degré, avec leucocytose légère et rareté des petits globules blancs mononucléaires.

Bégaiement spécial.

M. Jacquet présente un malade atteint d'une variété bien spéciale de bégaiement. C'est un jeune homme, fils d'alcooliques, non alcoolique lui-même, ni hystérique, qui depuis son enfance éprouve des difficultés considérables pour parler; quand on l'interroge, il s'écoule avant la réponse un temps assez notable où aucun son n'est perçu, temps qui est employé à la mise en train de la parole; le malade fait à ce moment des efforts énormes, le diaphragme se contracte spasmodiquement, des contractions s'observent sur les muscles abdominaux, parfois sur les muscles faciaux, et sous l'influence de cet effort thoraco-abdominal, une rougeur généralisée se manifeste. Puis la parole sort, tantôt avec les caractères habituels du bégaiement, tantôt facile et nette; tout cela varie beaucoup d'un jour à l'autre.

Le point le plus intéressant de cette observation, c'est que, parfois, au moment où l'effort initial fait place à l'émission des sons, on voit se produire des constrictions pharyngo-œsophagiennes et, en auscultant l'œsophage, on perçoit alors un bruit de glouglou très marqué.

Il faut noter, enfin, que le malade chante sans aucune difficulté, sans mise en train préalable.

Zona ophthalmique et névralgie du facial consécutifs à l'iodure de potassium.

M. Jacquet présente un second malade qui porte encore les traces d'un zona ophthalmique (deux plaques sur le front à droite). Ce zona, qui s'est accompagné, suivant la règle, d'irido-conjonctivite, a présenté ceci de remarquable que, deux jours après son début, il s'est compliqué d'une très vive douleur sur le tronc du facial à sa sortie de l'aqueduc de Fallope, sur les branches de ce nerf et sur tous les muscles innervés par lui, sans trace de paralysie faciale. Une petite vésicule d'herpès est apparue au niveau de l'émergence du nerf.

Tous ces phénomènes sont survenus 3 ou 4 jours après l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium. Or, ce malade a pris une première fois de l'iodure il y a 4 ans, pour des accidents syphilitiques : quelques jours après, il a été pris d'une paralysie faciale gauche qui dura six semaines. Deux ans plus tard, il a repris de l'iodure, et a eu cette fois des douleurs en ceinture pendant 2 jours. Il est donc fort probable que le zona ophthalmique avec névralgie faciale de ce malade est de cause médicamenteuse.

M. Rendu a observé, sous l'influence d'un coup de froid, une hémiplégie faciale à type périphérique avec hyperesthésie des parties paralysées et zona. L'origine de ces phénomènes doit vraisemblablement être placée dans le système nerveux central, de même que pour l'observation de M. Jacquet.

Arthrite et synovite à pneumocoques, primitives.

M. Lesné lit une observation d'arthrite et de synovite à pneumocoques, apparues primitivement, avec un début brusque, et guéries spontanément.

Il s'agissait d'un ancien rhumatisant qui présenta tout à coup une température élevée (39°) et des phénomènes inflammatoires au niveau d'une articulation sterno-claviculaire et du dos de la main gauche.

Les jours suivants, la température resta normale, la synovite de la main disparut peu à peu, mais l'articulation claviculaire devint fluctuante. Une ponction évacua une petite quantité de pus à pneumocoques. L'articulation guérit spontanément après avoir présenté une deuxième poussée avec suppuration minime : il ne restait, à la sortie du malade, qu'une hypertrophie de l'extrémité interne de la clavicule et un peu d'empâtement du dos de la main.

M. Duflocq pense que l'atteinte antérieure de rhumatisme a été le point d'appel de la localisation articulaire de l'infection pneumococcienne. Il a observé des faits de ce genre chez des individus atteints de rhumatisme chronique.

M. Jeanselme a vu, chez une femme ayant de l'arthrite sèche, une angine à streptocoques être suivie d'une arthrite à streptocoques d'une des articulations du pouce présentant des lésions anciennes.

Phlébite goutteuse du scrotum.

M. Le Gendre rapporte un cas typique de phlébite goutteuse à localisation très spéciale.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans, de famille goutteuse, ayant eu lui-même, depuis l'âge de 26 ans, plusieurs attaques de goutte; chacune d'elles avait débuté par des phénomènes viscéraux parfois inquiétants, se jugeant constamment par un accès franc de goutte articulaire du gros orteil.

En février dernier, ce malade, qui est israélite, avait assisté à toutes les séances du procès Zola; il était donc resté de longues heures debout, et il se trouvait nécessairement dans un état moral qui devait le mettre en imminence d'une attaque goutteuse.

Il est pris alors de phénomènes douloureux très intenses à la racine du scrotum, avec un peu de fièvre. A la palpation M. Le Gendre perçoit une tuméfaction mollasse, longue de 3 ou 4 centimètres, assez difficile à délimiter et très douloureuse au toucher, il fait, par exclusion et s'appuyant sur les circonstances étiologiques, le diagnostic de phlébite goutteuse.

Deux chirurgiens pensent l'un à une cowpérite, l'autre à un fibrome inséré sur le corps caverneux.

Sur ces entrefaites survient un accès de goutte articulaire bien caractérisé (au 20° jour de l'affection) et la masse néoformée du scrotum diminua alors avec rapidité, ne laissant, comme résidus, qu'un petit cordon variqueux.

Il s'est agi, par conséquent, d'une phlébite goutteuse à évolution rapide, guérissant rapidement au moment d'un accès de goutte articulaire.

M. Dumontpallier fait observer qu'on aurait peut-être dû provoquer immédiatement, si possible, l'accès articulaire.

Il se rappelle avoir rencontré des névralgies dentaires portant sur un grand nombre de dents en bon état, chez des goutteux, et fort analogues aux crises névralgiques que M. Le Gendre a notées chez son malade.

M. Sevestre a vu, chez une rhumatisante, une phlébite apparaître aux membres inférieurs, évoluer très vite, puis guérir en partie alors qu'une phlébite de même ordre survenait au bras et guérissait également en très peu de temps.

M. Rendu a observé également des phlébites de peu de durée (2 ou 3 semaines), à répétition, alternant avec des manifestations goutteuses franches.

D'ailleurs, il n'est pas rare de rencontrer chez les goutteux des douleurs nettement localisées le long des veines : c'est le premier degré d'une irritation vasculaire dont le deuxième degré aboutira à une inflammation pariétale avec périphlébite.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 21 Avril 1898.

Perforation singulière de l'utérus.

M. Hivet communique l'observation d'une femme qui se présenta à l'hôpital Necker dans un état très grave et qui mourut avant qu'on pût intervenir. A l'autopsie, on a trouvé une collection sanguine volumineuse dans le ligament large. Le sang avait décollé tout le péritoine du petit bassin. En ouvrant la poche il était facile de reconnaître, au milieu des caillots, un fœtus de 3 mois environ et son placenta. De plus, il existait une perforation sus-vaginale du col par laquelle l'œuf était passé dans le ligament large. Il est probable que cette femme a dû subir des manœuvres abortives à la suite desquelles il s'est produit une perforation de la paroi postérieure du col de l'utérus. Des contractions survenant, l'avortement s'est fait par cet orifice et l'œuf a été expulsé dans le tissu cellulaire péri-utérin.

Un cas de lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll.

M. G. Durante. — Il s'agit d'un enfant né à terme, mais n'ayant fait que quelques inspirations, à l'autopsie duquel on pouvait constater que, depuis le bord supérieur de la protubérance jusqu'à la région dorsale supérieure, existait une traînée d'un blanc jaune mat s'atténuant en descendant et dessinant absolument le trajet des faisceaux de Goll. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll ayant enrayé leur évolution normale.

La cause de cette affection reste indéterminée. L'enfant, à la naissance, présentait du pemphigus, mais il a été impossible de retrouver des antécédents nets de syphilis. Par contre, la tuberculose paraît exister chez les collatéraux paternels et maternels. Enfin, le père et la mère font partie de nombreuses familles comptant 15 et 11 enfants, dont plusieurs ont succombé à des affections du système nerveux.

Cette observation est à l'ordre du jour, aujourd'hui où certains auteurs tendent à rechercher, dans le développement défectueux ou dans un état pathologique apparu au cours de la vie intra-utérine, la cause d'un certain nombre d'affections systématisées évoluant soit chez l'enfant, soit chez l'adolescent, soit même chez l'adulte. Sans vouloir conclure que cet enfant, s'il avait vécu, aurait évolué dans le sens de l'une de ces affections, il était intéressant d'apporter ce fait de lésion congénitale surprise dans les premières phases de son développement, comprenant uniquement les faisceaux de Goll et présentant une systématisation presque aussi parfaite qu'un dessin schématique.

Kyste dermoïde et grossesse.

M. Treub (Amsterdam). — Il s'agit d'une femme atteinte de kyste dermoïde qui devint enceinte. Le médecin qui l'assistait voyant l'enfant se présenter par le sommet et la tumeur plonger dans l'excavation, attendit la dilatation complète. Il fit alors une application de forceps. Pendant qu'il tirait sur l'instrument, il vit tomber une tumeur volumineuse sur le sol. C'était le kyste qui avait rompu son pédicule et qui était sorti par la vulve au-devant de la tête. Il existait une déchirure du cul-de-sac postérieur qui avait permis à la femme d'accoucher de sa tumeur. Elle a, du reste, très bien guéri.

Aortite perforante.

M. Masbrenier présente le cœur d'une femme morte d'endocardite infectieuse post-abortive. Il existait une perforation de l'aorte au niveau de la cloison inter-artérielle.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 2 Mai 1898.

Syphilis cérébrale et méningée à forme comateuse.

M. Pauly présente un malade du service de M. Lépine entré à l'hôpital pour du délire avec agitation. Le seul renseignement obtenu est l'existence d'un chancre induré il y a 2 ans. Ce malade a présenté une syphilis cérébrale à forme comateuse, accompagnée de gâtisme, sans qu'il y eût aucune paralysie, ni crise épileptique. Après quelque temps passé dans un état très grave, le malade, traité énergiquement par l'iodure de potassium à haute dose et les frictions mercurielles, a fini par guérir de ces accidents comateux mais en conservant des troubles intellectuels considérables. La période de coma a été marquée par de l'hypothermie, la température s'est maintenue entre 35° 1 et 36° 5 pendant 12 jours. L'examen du fond de l'œil a montré des papilles saines, et des lésions des artères rétiniennes, qui étaient thrombosées en quelques points.

Composition chimique du cérumen.

MM. Lannois et **Martz**, en suivant le procédé indiqué par M. A. Gautier pour l'extraction des leucomaïnes, ont isolé du cérumen une substance jaune, qui leur paraît être formée de leucomaïnes.

Pyélonéphrite de la grossesse.

M. Vinay rapporte un nouveau cas de cette affection, semblable à ceux qu'il a récemment publiés.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Avril 1898.

Du diagnostic différentiel entre les kystes hydatiques et certaines tumeurs syphilitiques.

M. Lennhoff communique plusieurs observations pour montrer les difficultés que présente parfois le diagnostic différentiel entre les kystes hydatiques du foie ou d'autres organes et les tumeurs syphilitiques. Il a vu récemment, dans le service de M. Litten, un homme porteur d'une volumineuse tumeur hépatique, qui fut traité sans succès par le sublimé et l'iodure de potassium : il s'agissait en réalité d'un kyste hydatique dont la paroi était calcifiée.

Dans un autre cas il s'agit d'un malade que l'on croyait atteint d'une tumeur syphilitique de la plèvre et qui rendit un jour, à la suite d'une quinte de toux, une grande quantité de liquide hydatique. Quelque temps après on lui découvrit une tumeur du foie pour laquelle il fut opéré et qui était également de nature hydatique.

Un signe qui, d'après M. Lennhoff, serait propre aux kystes hydatiques du foie, c'est la formation au moment des larges inspirations, d'un sillon très prononcé entre le rebord des côtes et la tumeur. Ce signe ne se rencontre pas dans les autres tumeurs du foie.

D'autre part, les bruits du cœur peuvent dans certains cas être perçus au niveau des tumeurs hydatiques du foie : ce fait est probablement dû à ce que la tumeur hydatique comprime alors l'aorte descendante qui, à son tour, exerce une pression

sur la bronche gauche et la rapproche du cœur; la bronche gauche constitue ainsi une caisse de résonance qui permet la transmission directe des bruits cardiaques.

Dans les cas où, malgré ces signes, le doute subsisterait, on aurait recours à la ponction exploratrice. Il ne faut pas oublier cependant que cette opération n'est pas sans inconvénient, qu'elle expose, en particulier, à l'épanchement d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine; on ne s'y résoudra donc que si la nécessité en est bien démontrée.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 26 Avril 1898.

Albumosurie avec précipitation spontanée de l'albumose.

M. Bradshaw communique l'observation d'un homme de 70 ans, affaibli et anémique, ayant présenté sur le côté gauche du nez un petit cancroïde que l'on avait extirpé avec succès. L'urine de ce malade est tantôt limpide, et tantôt elle devient trouble, lactescente, phénomène qui se produit d'habitude entre 11 heures du matin et 5 heures de l'après-midi. Cette urine laisse alors déposer un précipité blanc, amorphe, qui, parfois, représente le sixième du volume du liquide. Recueilli sur un filtre, puis lavé et séché, ce précipité consiste en une masse colloïde donnant les réactions des substances protéiques et pouvant être digérée par le suc gastrique artificiel.

Le liquide qui reste après filtration est identique à l'urine que le malade rend lorsqu'elle est limpide. La quantité d'urine émise en 24 heures est au-dessous de la normale; elle possède une réaction acide et ne contient ni sucre ni cylindres, mais elle est de consistance visqueuse, sirupeuse et forme une mousse persistante lorsqu'on l'agite. Son poids spécifique varie entre 1,015 et 1,022.

Chauffée au bain-marie, l'urine se trouble à 50°, et, entre 56° et 60°, elle devient absolument opaque et commence à laisser déposer un précipité blanc épais. Après filtration, l'urine ne se coagule plus par la chaleur; elle ne contient donc pas d'albumine.

La formation du précipité en question s'effectue à une température beaucoup moins élevée sous l'influence des acides minéraux. C'est ainsi que l'addition d'acide acétique dilué produit déjà un dépôt à la température du corps (37°).

Mais la réaction la plus caractéristique et qui montre bien qu'il s'agit dans l'espèce d'albumosurie est la suivante : si à l'urine, préalablement diluée, on ajoute de l'acide azotique concentré, on voit se former un précipité qui se dissout sous l'influence du chauffage et réapparaît lorsqu'on refroidit le liquide.

M. Bradshaw estime que la formation spontanée d'un précipité d'albumose est due dans ce cas à une augmentation temporaire du degré d'acidité urinaire. En effet, il a pu se convaincre que chez son malade les urines troubles sont en général beaucoup plus acides que les urines claires et que, d'autre part, l'administration des alcalins a pour effet de rendre les urines invariablement limpides pendant plusieurs jours consécutifs.

On sait que l'albumosurie a été constatée jusqu'ici chez des sujets atteints de lésions des os et de la moelle osseuse. Pour cette raison, M. Bradshaw a soupçonné l'existence d'une affection des os chez son malade. Et de fait, il a pu observer chez lui, dans ces derniers temps, l'apparition de signes non équivoques de lésions osseuses, tels que sensibilité douloureuse le long des côtes et du sternum, production d'une cyphose à la région dorsale et enfin séparation spontanée de la seconde côte gauche d'avec son cartilage, suivie de la formation d'une tuméfaction localisée douloureuse.

M. Sidney Martin a observé un fait analogue à celui qu'a relaté M. Bradshaw. Ce cas se rapportait à une femme à laquelle on avait extirpé un kyste multiloculaire de l'ovaire. Peu de temps après l'opération, la malade commença à rendre de temps à autre des urines troubles lactescentes. On crut d'abord à une chylurie, mais l'examen chimique montra qu'il s'agissait d'une albumosurie avec précipitation spontanée et intermittente de l'albumose. La malade présentait, en outre, de l'hypertrophie du ventricule gauche et une tension artérielle exagérée.

M Lee Dickinson a constaté plusieurs fois l'existence de l'albumosurie dans des maladies fébriles dont les symptômes, fort graves, ne pouvaient qu'en partie être attribuées à la maladie primitive (pneumonie, empyème), d'autant que certains de ces symptômes tels que la diminution de la pression sanguine, la tendance aux hémorrhagies, le coma, etc., étaient les mêmes que ceux qu'on observe dans les animaux auxquels on injecte des albumoses.

M. Rolleston demande si le sérum du malade de M. Bradshaw était lactescent.

M. Bradshaw n'a pas examiné le sérum de son malade. Il ne pense pourtant qu'il fût lactescent, puisque l'albumose se dissout dans des liquides même faiblement alcalins.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 23 et 30 Avril 1898.

Troubles de la sécrétion rénale dans la constipation.

M. Kobler attire l'attention sur ce fait que chez certains malades convalescents de la dysenterie, il survint parfois, au moment où la constipation remplace la diarrhée, une albuminurie qui disparaissait dès que survenait de la diarrhée. De plus, il a trouvé dans l'urine des cylindres hyalins et épithéliaux ainsi que des globules rouges. Dans un cas de constipation chronique, M. Kobler a pu constater que l'albuminurie cessait chaque fois que les selles devenaient abondantes. En outre, dans plusieurs cas de constipation, M. Kobler a décelé dans l'urine des cylindres et d'autres éléments, mais pas d'albumine. Il s'agit sans doute dans tous ces faits d'une action réflexe vasomotrice exercée par l'intestin sur le rein.

M. Englisch signale que chaque fois que la propulsion du contenu intestinal est entravée, il y a de l'albuminurie. D'un autre côté, l'albuminurie provoquée par des affections des organes urinaires s'aggrave toujours à la suite de la constipation.

M. Halban dit n'avoir jamais constaté l'existence d'une albuminurie sous la dépendance exclusive de la constipation.

Dilatation sacciforme de l'extrémité vésicale des uretères.

M. Englisch communique l'observation d'un homme de 76 ans, atteint depuis de longues années de troubles urinaires et à l'autopsie duquel on trouva, en dehors d'une hypertrophie de la prostate, une énorme dilatation du bassinet et de l'uretère droit, dont l'extrémité vésicale formait une tumeur sacciforme.

Cette dilatation de l'extrémité inférieure de l'uretère se rencontre à tous les âges, même chez le fœtus et paraît être plus fréquente dans le sexe féminin. Il n'en existe jusqu'à présent que 17 cas dans la littérature. Le volume de ces dilatations est variable; chez la femme, elles peuvent s'étendre jusqu'au méat urinaire. Les symptômes qui les caractérisent sont le ténesme vésical, la dysurie ou l'incontinence. Quant au traitement, il consiste dans l'excision ou l'ablation du sac pratiquée avec le secours de l'endoscope ou à la suite de la taille hypogastrique. Il est probable que certains cas de soi-disant prolapsus de la muqueuse vésicale ne sont, en réalité, que des dilatations du bout vésical des uretères.

Guérison durable après pylorectomie et résection du cæcum pour cancer.

M. R. Frank a présenté 2 sujets définitivement guéris après l'ablation d'une tumeur cancéreuse du tube digestif.

L'un de ces cas concerne une femme âgée de 44 ans, chez laquelle M. Frank a pratiqué, il y a 7 ans, une pylorectomie pour cancer. Cette femme jouit d'une santé parfaite et n'éprouve aucun trouble du côté de l'estomac, bien qu'elle ne suive aucun régime alimentaire particulier.

Le second est un homme de 42 ans, qui a subi depuis plus de 5 années la résection du cæcum pour cancer, avec ablation de gros ganglions cancéreux. La santé de l'opéré est restée parfaite jusqu'ici.

Dans ces 2 cas, il s'agissait de cancers glandulaires avérés, ainsi que le montra l'examen microscopique. L'un des néoplasmes était venu se greffer sur un ulcère de l'estomac; l'autre avait eu une ulcération catarrhale de l'intestin pour point de départ.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 Avril 1897.

Bactériologie de la diphthérie aviaire.

MM. Gratia et **Liénaux** communiquent leurs recherches qui ont porté exclusivement sur la diphthérie vraie des volailles, c'est-à-dire sur la diphthérie à fausses membranes régnant sous la forme épizootique.

Dans les fausses membranes de la maladie des oiseaux, ils ont isolé différentes espèces microbiennes : colibacille, staphylocoques, streptocoques, tétragène, coccobacilles, c'est-à-dire les microbes divers de la flore buccale des oiseaux. Jamais ils n'ont décelé le petit coccobacille observé en Tunisie par MM. Loir et Ducloux dans la bouche, le sang et les tissus des poules diphthériques. Jamais ils n'ont rencontré de germes dans le sang ou les organes de leurs sujets. Par contre ils ont constaté régulièrement dans les fausses membranes du pigeon la présence d'un bacille tout à fait semblable sinon identique à celui de Klebs-Löffler, tant au point de vue de sa morphologie que de ses cultures et de certaines de ses réactions chimiques, ainsi que l'ont démontré nos préparations. Ils n'ont observé un germe analogue qu'une seule fois chez la poule, et il s'agissait d'une poule atteinte de coryza contagieux. Ils ne l'ont pas rencontré non plus dans la cavité buccale des pigeons sains.

L'inoculation de ce bacille au pigeon, ne reproduit pas la maladie typique. Il est vrai qu'il en a été presque toujours ainsi lorsqu'on a opéré avec les fausses membranes elles-mêmes. La culture dans le milieu de Martin ne relève pas sensiblement sa virulence; l'action préalable du sérum diphthérique sur les inoculés d'après la méthode de Spronck n'en modifie pas nettement les effets; enfin la coloration par le procédé de Neisser ne donne la réaction du bacille diphthérique que sur un très petit nombre d'exemplaires du microbe du pigeon.

De ce qui précède, MM. Gratia et Liénaux concluent qu'il existe dans la bouche des pigeons atteints de diphthérie épizootique un bacille semblable à celui de Löffler, mais doué d'une faible virulence. A défaut de preuve absolue permettant de considérer ce microbe comme un bacille pseudo-diphthérique, il existe tout au moins une présomption en faveur de sa nature diphthérique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Roger (Jules). *De la perforation de l'estomac dans la phthisie.* N° 227. (H. Jouve.)

M. Prieur (Georges). *De la morve chez l'homme et chez le cheval. De sa curabilité.* N° 129. (H. Jouve.)

M. Boirin (Joseph). *Sur un cas de syphilis secondaire aiguë.* N° 256. (H. Jouve.)

La perforation de l'estomac dans la phthisie est extrêmement rare. A propos d'un nouveau cas, M. Jules Roger rappelle qu'il n'existe pas de cas de perforations de dedans en dehors par ulcération tuberculeuse de l'estomac. Tous se rapportent à des perforations de dehors en dedans (ganglion tuberculeux suppuré, péritonite tuberculeuse, ulcération du côlon).

La symptomatologie n'a rien de spécial sinon que, comme dans la majorité des cas de perforation stomacale, les vomissements manquent le plus souvent.

Le traitement chirurgical est le seul rationnel chez les sujets capables de supporter une opération.

M. Prieur conclut de son étude sur la morve que les voies digestives servent communément de porte d'entrée au virus morveux chez les solipèdes.

La morve expérimentale déterminée chez les solipèdes par l'ingestion du virus morveux évolue exactement comme la morve clinique.

Les tubercules « translucides » sont de nature morveuse. Certaines formes de morve cutanée peuvent, chez l'homme, guérir à l'aide d'un traitement très énergique et rapidement institué. Certains cas de morve pulmonaire sont, chez le cheval, susceptibles de guérison par l'effet des seules forces de l'économie, aidées par une hygiène spéciale.

La différence de curabilité chez l'homme et chez le cheval résulte du mode de contamination ordinaire à chacune des deux espèces.

Chez l'homme, la morve cutanée est une morve incursive (inoculation) dont on a pu avec succès s'efforcer d'arrêter la marche envahissante.

La morve cutanée du cheval, au contraire, est une morve récursive (infection) dont les manifestations indiquent la défaite de l'économie.

L'emploi de la malléine est le seul moyen diagnostique dont on dispose dans les cas de morve exempts de signes cliniques.

Un animal qui, ayant présenté la réaction complète à la malléine, ne manifeste plus, après un nombre variable d'injections, aucune sensibilité à ce réactif, doit être considéré comme guéri.

L'application rigoureuse des règles de la police sanitaire demeure la mesure la plus efficace à opposer au développement de la morve chez l'homme et chez les animaux.

La syphilis, ordinairement bénigne à la période secondaire, peut, dans certains cas, revêtir les caractères d'une maladie infectieuse.

La fièvre est un des éléments qui concourent à donner aux accidents secondaires ce cachet particulier. Après avoir été longtemps ignorée, elle a été admise définitivement dans l'histoire de la syphilis secondaire. Le pronostic de ces formes de syphilis dont M. Boirin rapporte un nouveau cas est habituellement bénin, au moins immédiatement : il s'assombrit du fait de l'atteinte profonde que subit l'organisme dans ces formes aiguës.

Le diagnostic est souvent difficile, vu la confusion possible avec une maladie infectieuse, avec une fièvre éruptive.

Le traitement iodo-mercuriel exerce ici ses meilleurs effets, en même temps qu'il constitue un excellent moyen de diagnostic.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La neurasthénie utérine,

D'après M. le Dr Armand Siredey,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

On connait les relations étroites qui existent entre le système nerveux et l'appareil génital de la femme; des modifications physiologiques et pathologiques de l'utérus peuvent donner lieu à des *psychoses*, à des *névroses*. En particulier les relations de *l'hystérie* avec l'appareil de la reproduction sont de notion courante et Gilles de la Tourette en a parfaitement indiqué les différents aspects.

On s'est beaucoup moins occupé des rapports de la *neurasthénie* avec les affections génitales; on en rencontre cependant à chaque pas de nombreux exemples; les anciens gynécologistes avaient bien insisté sur les accidents nerveux dans les maladies utérines; plus récemment Huchard, Mathieu, Pozzi, Doléris et Pichevin ont étudié la neurasthénie des femmes atteintes d'affections, graves ou non, de la matrice.

Une étude d'ensemble sur la question manquait néanmoins, M. A. Siredey (*Journ. de méd. et de chirur. prat.*), est venu combler cette lacune. Si l'on tient compte aussi bien de ses formes frustes que de sa forme généralisée, classique, la neurasthénie paraît à M. Siredey comme la plus fréquente de toutes les manifestations nerveuses des maladies de l'utérus et des annexes.

Elle se présente sous deux aspects assez différents : tantôt elle est précédée par une maladie quelconque de l'appareil génital et elle se montre *secondairement*, à titre de complication; tantôt elle est *primitive*, essentielle et les troubles accusés dans la sphère génitale, relèvent en partie de cette névrose.

Neurasthénie secondaire.

La neurasthénie secondaire apparaît au cours de diverses affections génitales, et généralement à une époque éloignée de leur début. Ses premières manifestations sont souvent méconnues, parce qu'elles se confondent avec celles de la maladie utérine qui en a été le point de départ. Elles consistent tout d'abord dans une exagération plus ou moins accentuée des accidents locaux. Les douleurs changent de caractère, elles deviennent plus diffuses, plus capricieuses. Elles conservent une acuité prédominante au niveau des régions malades, mais elles tendent à s'irradier du côté des viscères voisins, le long du rachis et vers la racine des membres inférieurs.

En même temps surviennent des troubles digestifs; qui semblent indiquer une aggravation sérieuse de leur état, et cependant la température reste normale, l'examen le plus minutieux, par le toucher vaginal, par le palper bi-manuel de l'abdomen, ne révèle aucune extension des lésions. Souvent on trouve le ventre plus souple, l'utérus plus mobile, les culs-de-sac plus libres. Cette disproportion si remarquable, entre les phénomènes subjectifs et les phénomènes objectifs peut déjà mettre sur la voie, et faire soupçonner l'intervention de troubles névrosiques.

Bientôt le doute n'est plus permis : les accidents nerveux s'accentuent, se généralisent rapidement, et la neurasthénie domine franchement la scène.

La neurasthénie chez la femme présente une physionomie particulière caractérisée surtout par l'intensité extrême de la dépression cérébrale et de l'épuisement nervo-moteur. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une affection protéiforme, et que les diverses formes que l'on décrit ont quelque chose d'artificiel.

Les principaux symptômes sont :

1° *La dépression nerveuse.* — La céphalée se réduit le plus souvent à une sensation de vide, de faiblesse. Mais la dépression cérébrale est extrêmement accentuée. Les malades ne s'intéressent à rien de ce qui avait autrefois de l'attrait pour elles. Les sentiments de famille paraissent même diminués, en quelque sorte endormis. Elles n'ont plus de volonté, plus d'énergie; elles demeurent constamment inertes et découragées. Il semble que toutes leur facultés soient concentrées sur leur mal. Elles en analysent les moindres symptômes, recherchant le siège des douleurs, s'attristant dans la contemplation des écoulements génitaux, qui sont pour elles l'indice de troubles graves. Elles se croient atteintes d'affections cancéreuses, d'ulcérations incurables, et sont constamment hantées par la crainte d'opérations chirurgicales. Quelquefois, cette chirurgie qu'elles redoutent exerce sur elles une véritable fascination, et, après avoir déclaré pendant longtemps qu'elles ne consentiraient jamais à accepter une opération, elles sont prises d'une véritable folie opératoire, et harcèlent les chirurgiens pour se faire enlever les organes malades.

A ces préoccupations d'ordre physique s'ajoutent des souffrances morales, qui prennent le caractère de véritables obsessions. Leur infirmité sexuelle leur est une cause d'inquiétudes, de regrets, d'angoisses.

Trop souvent la funeste influence des narcotiques et des stupéfiants vient encore exagérer la déchéance du système nerveux. Ces névropathes deviennent très rapidement morphinomanes, et c'est une association morbide que l'on ne rencontre que trop souvent.

2° *Rachialgie.* — La rachialgie est assez accentuée chez ces malades. Elle est quelquefois limitée à la « plaque sacrée », ou peut se manifester par des douleurs diffuses, au niveau du sacrum et des lombes. Elle s'accom-

pagne souvent de névralgies lombo-abdominales ou sacrées, névralgies qui se rencontrent fréquemment au cours des affections génitales en dehors de la neurasthénie; mais ici, elles sont remarquables par leur persistance et leur intensité. Si elles sont liées quelquefois à la compression des nerfs pelviens par divers exsudats, fausses membranes, ou tumeurs, on les observe aussi en dehors de toute cause locale appréciables. D'autres fois on observe des topoalgies remarquables par leur intensité, par leur inamovibilité.

3° *Asthénie musculaire.* — L'asthénie musculaire peut aller jusqu'à simuler une véritable paraplégie : les malades sont dans l'impossibilité de marcher et même de se tenir debout. Mais les mouvements ne sont jamais abolis. Il n'existe aucune modification des réflexes, aucun trouble de la vessie et du rectum, aucune perturbation de la sensibilité dans les membres parésiés.

Dans quelques cas, on peut se rendre compte qu'il s'agit surtout d'un phénomène d'ordre psychique : dès qu'on oblige les malades à se mettre debout, elles sont prises d'angoisses, de défaillance. Souvent aussi, elles rattachent la faiblesse des membres inférieurs à des douleurs abdominales ou pelviennes, ou viscérales.

L'impotence fonctionnelle prend des proportions telles que les malheureuses femmes ne quittent plus le lit ou la chaise longue. Elles appréhendent le moindre mouvement. Les membres supérieurs restent généralement indemnes, mais les malades ne peuvent faire un effort, soulever le moindre poids sans en ressentir péniblement le contre-coup dans le ventre.

4° *Les troubles circulatoires* sont, le plus souvent, des congestions passagères de la face, accompagnées d'une sensation pénible de chaleur; des palpitations; quelquefois on constate, à la région épigastrique, des battements de l'aorte, donnant l'impression de véritables mouvements d'expansion, analogues à ceux qui résulteraient d'une ectasie artérielle; rarement, on observe, à la face et sur le dos des mains, une coloration spéciale de la peau qui s'étend en plaques brunâtres.

5° *La dyspepsie gastro-intestinale* des neurasthéniques, purement nervo-motrice au début, peut se compliquer d'hypochlorhydrie avec hyperacidité organique, ou d'hyperchlorhydrie.

Ces phénomènes dyspeptiques ont un retentissement prompt et marqué sur la santé générale. La diminution de l'appétit, et la crainte des malaises ultérieurs amènent les malades à s'alimenter de moins en moins. Aussi les voit-on maigrir et s'affaiblir très rapidement.

Dans quelques cas, l'alimentation se maintient à peu près au taux normal, et les patientes continuent néanmoins à dépérir, comme si les matériaux ingérés étaient mal utilisés. A mesure que l'amaigrissement s'accentue, les forces déclinent et avec elles la résistance nerveuse, On voit les malades s'acheminer à grands pas vers et cachexie.

6° *Entérite muco-membraneuse.* — Les troubles de l'intestin constituent une importante particularité de la dyspepsie des neurasthéniques génitales, en ce qu'ils sont, ici, plus fréquents et plus accentués que dans les autres dyspepsies névropathiques. La constipation est la règle, dans la plupart des affections chroniques de l'utérus et des annexes; la stase stercorale est encore accrue par le repos prolongé, l'intestin devient le siège d'altérations spéciales. C'est dans ces conditions que survient l'*entérite muco-membraneuse* qui n'est pas rare chez les neurasthéniques.

7° *Les ptoses viscérales*, si elles ne comptent pas habituellement parmi les symptômes classiques de la neurasthénie, sont cependant très fréquentes, presque habituelles chez les femmes atteintes d'affections utérines.

En même temps que la néphroptose, simple ou double, on rencontre assez souvent l'abaissement et la mobilité du foie, et enfin l'entéroptose, sur laquelle F. Glénard a insisté d'une façon toute spéciale. Ces diverses ptoses coïncident fréquemment avec des déplacements de la matrice, versions ou flexions, et en particulier avec le prolapsus utérin. Ces diverses ptoses viscérales sont de nature à provoquer des manifestations douloureuses en différents points de l'abdomen et des phénomènes congestifs propres à amener des troubles dans l'appareil génital.

Elles deviennent l'occasion de nouvelles douleurs, d'une gêne plus marquée des fonctions gastriques et intestinales. Et ces perturbations retentissent à leur tour sur le système nerveux, en augmentant pour les malades les causes de souffrance et de dépression.

Ces malheureuses méritent bien alors la qualification de *déséquilibrées du ventre* que leur a fort judicieusement donnée Trastour, de Nantes. Elles n'osent plus se tenir debout, il leur semble à chaque instant que le contenu de leur abdomen va s'échapper; elles évitent même de se remuer dans leur lit, redoutant ces déplacements viscéraux dont elles ont une conscience exagérée. Il y a là une des causes principales de cet état mental particulier, qualifié d'*atrémie* par Neftel, et qui finit par inspirer aux malades une véritable horreur du mouvement.

Formes de la neurasthénie. — Généralement c'est *la forme dépressive* qui domine; elle est constituée par des phénomènes généraux d'épuisement nerveux extrêmement accentués.

Quelquefois cette forme s'accompagne de *mélancolie* : les malades ont pris la vie en dégoût. Il est très exceptionnel, cependant, que ces tendances mélancoliques les conduisent au suicide, mais elles provoquent assez fréquemment l'abus des narcotiques.

Dans d'autres cas, la dépression mentale se complique de phobies plus ou moins caractérisées : ces phénomènes sont généralement en rapport avec une hérédité nerveuse plus chargée et coïncident avec d'autres signes de dégénérescence.

La *forme myélopathique* n'est pas rare, elle est caractérisée par la prédominance de la rachialgie, par l'intensité de l'impuissance motrice des membres inférieurs, et quelquefois par un certain degré d'irritation des organes génito-urinaires.

Quelquefois la neurasthénie revêt une *forme dyspeptique*, dans laquelle dominent tantôt les troubles gastriques, tantôt les accidents intestinaux.

Cette dernière variété est plus fréquente chez les génitales; elle est due au développement excessif de l'entérite muco-membraneuse. La constipation opiniâtre, les coliques intestinales, généralement très violentes, en constituent les principaux symptômes.

Parfois la neurasthénie est *mono-symptomatique*, elle se localise dans certaines régions, dans certains organes, en y provoquant des douleurs et une gêne fonctionnelle d'intensité variable. Ici, c'est presque toujours dans la sphère génitale que se produit cette localisation de la neurasthénie. Ce sont des sensations permanantes de brûlure, de déchirement qui se manifestent du côté des ovaires, des trompes, au niveau d'adhérences péritonéales.

Dans d'autres cas, la neurasthénie est tout à fait fruste. Les malades de cette catégorie sont des *geignardes*, comme les appelait Charcot, souffrant partout, se plaignant de

tout, et toujours, sous les prétextes les plus divers. Parfois ce sont des méconnues, des *incomprises* qui étalent à tout propos leurs souffrances morales, comme leurs souffrances physiques. Mais elles présentent à un haut degré deux des symptômes les plus habituels de la neurasthénie : une hypochondrie persistante, et un besoin impérieux de tout ramener à elles-mêmes et à leur maladie.

Hystéro-neurasthénie. — Dans certains cas, il s'agit d'une forme mixte : les accidents observés relèvent à la fois de l'hystérie et de la neurasthénie. On voit, en effet, la dépression neurasthénique s'associer à des crises douloureuses paroxystiques, et à des phénomènes spasmodiques plus ou moins généralisés, dont la nature hystérique n'est guère discutable.

Il s'agit le plus souvent de malades présentant des altérations peu importantes; ce sont tantôt de légères érosions ou fissures de l'orifice vulvo-vaginal, tantôt des déchirures ou des cicatrices du col, quelquefois de petites brides cicatricielles situées sur les côtés du col utérin, ou des noyaux inflammatoires très limités, en rapport avec les ovaires ou les trompes. Ces lésions offrent cette particularité d'être excessivement irritables : il suffit du plus léger contact du doigt, d'une canule à injection, etc., pour provoquer des douleurs extrêmement vives, immédiatement suivies d'une contracture réflexe très intense. Quelquefois même, lorsque par la pensée, la malade appréhende ce contact, la crise éclate sous cette seule influence psychique.

Dans l'intervalle des accès, les malades sont en proie au découragement le plus absolu; elles redoutent également les douleurs et la situation malheureuse à laquelle les condamne la répétition de ces accidents. Elles n'osent pas même solliciter des soins qu'elles ne peuvent supporter, et elles se consument en plaintes stériles. Leur santé générale en souffre rapidement; elles perdent le sommeil et l'appétit, elles dépérissent et arrivent d'autant plus facilement à une véritable cachexie neurasthénique qu'elles ont une grande tendance à abuser des narcotiques.

D'autres fois l'élément spasmodique est moins accentué, ou fait complètement défaut, mais il existe des douleurs extrêmement intenses, généralisées et diffuses, qui reviennent par crises, en suivant le trajet des nerfs, ou se montrent sous forme de topoalgies fixes, présentant des accès paroxystiques d'une acuité extrême. C'est ce que l'on a décrit sous le nom de « grandes névralgies pelviennes ».

Diagnostic. — Le diagnostic présente une double difficulté : il faut reconnaître à la fois la neurasthénie et l'affection génitale, en attribuant à chacune d'elles la part exacte qui lui revient dans les accidents complexes et variés que présentent les malades.

Un examen attentif, et sans parti pris, permet de constater la *disproportion énorme* qui existe entre les lésions locales et les symptômes généraux, et il est bon de se méfier de ces femmes qui accusent des douleurs invraisemblables, des troubles aussi profonds que généralisés, à l'occasion d'accidents locaux de très médiocre importance; et dès que l'attention a été mise en éveil, on distingue facilement chez elles quelques-uns des stigmates de la neurasthénie.

Inversement, lorsque les manifestations neurasthéniques sont généralisées, et intenses, il est difficile de soupçonner une lésion des organes génitaux au milieu des symptômes diffus, incohérents, que présentent les malades.

Mais cette difficulté ne saurait résister à un interrogatoire bien conduit et à une exploration complète de l'abdomen par le palper.

Lorsqu'on a diagnostiqué les deux maladies, il reste à préciser leurs rapports, et ce n'est pas toujours chose aisée. L'étude approfondie des symptômes permet seule de déterminer la part qui revient à la lésion uterine et celle qui appartient à la névrose.

Neurasthénie primitive.

Si les femmes atteintes de maladies de l'appareil génital deviennent souvent neurasthéniques, il est tout aussi fréquent de voir des neurasthéniques accuser les symptômes de certaines affections de l'utérus et de ses annexes. Et tandis que, dans le premier cas, les troubles génitaux s'effacent, en quelque sorte, au milieu des manifestations variées que provoque la névrose du côté des divers appareils, dans le second, c'est la neurasthénie qui tend à disparaître, laissant au premier plan les accidents utérins dont se plaignent les malades.

Or, le plus habituellement, il s'agit, en pareil cas, de *fausses utérines*. Le Dr F. Siredey appelait souvent l'attention de ses élèves sur cette catégorie de malades, et il avait coutume de dire que sur 10 femmes qui venaient le consulter pour une affection de la matrice, 5 à peine présentaient de réelles lésions de l'utérus ou des annexes.

On peut diviser ces catégories de malades en trois groupes, suivant qu'elles présentent quelques altérations légères de l'appareil génital, des accidents de voisinage donnant lieu à des symptômes analogues à ceux des affections utérines, et enfin de simples phénomènes dus à leur imagination.

Dans le premier groupe on peut observer des types assez différents.

Tantôt il s'agit de jeunes femmes, récemment mariées, qui ont souffert beaucoup des premiers rapports sexuels. Elles ont conservé à la suite de la défloration un peu de vulvo-vaginite, compliquée parfois d'une très légère inflammation du col utérin. Ces accidents, qui relèvent habituellement d'une infection banale, due aux microbes vulgaires du vagin, disparaissent rapidement sous l'influence du repos et des soins appropriés. Néanmoins, l'écoulement, la douleur causée par le coït, impressionnent vivement les malades. Il n'en faut quelquefois pas davantage pour précipiter ces malheureuses dans l'hypochondrie et en faire d'emblée des neurasthéniques.

Tantôt ce sont des femmes arrivées au voisinage de la ménopause, le plus souvent de tempérament arthritique, ayant un peu de tendance à l'obésité et aux congestions viscérales. Ces malheureuses femmes, qui redoutent l'âge critique, s'observent avec un soin exagéré et, dès qu'elles constatent quelques douleurs ou des écoulements insolites, elles se croient atteintes de maladies graves et sont en proie à l'hypochondrie la plus accentuée.

Les mêmes phénomènes peuvent s'observer chez des femmes qui ont eu de nombreux enfants et dont l'utérus reste gros, facilement sensible, ou chez celles qui, à la suite d'excès répétés, présentent fréquemment des symptômes de congestion utéro-ovarienne. Dans tous ces cas, il n'existe pas de maladie réelle, mais quelques troubles insignifiants de l'appareil génital, qui fournissent aux malades un prétexte pour localiser leurs tendances névrosiques, c'est en quelque sorte le *clou* auquel elles accrochent leur neurasthénie.

Dans un second groupe, on peut placer les femmes

dont l'appareil génital est indemne, mais qui présentent divers accidents du côté des organes voisins.

Il s'agit quelquefois de fissures à l'anus, de fissures ou de polypes de l'urèthre, ou même de cystite. Les douleurs pelviennes, les contractures spasmodiques très pénibles que ressentent les malades les inquiètent très vivement, et s'il survient le moindre trouble de la menstruation, ou quelque écoulement leucorrhéique, leur attention se fixe sur les organes génitaux et y cherche la cause de tout le mal. Il en est souvent de même de divers accidents abdominaux.

Enfin, dans le dernier groupe, il s'agit de femmes dont les organes génitaux sont parfaitement sains; habituellement, ce sont des femmes dont l'hérédité nerveuse est assez chargée, et dont le système nerveux a subi quelque secousse plus ou moins violente. La plupart de ces personnes présentent déjà divers signes de l'épuisement nerveux (céphalée rachialgie, asthénie musculaire) mais chez quelques-unes, la neurasthénie peut être monosymptomatique, et se fixer d'emblée sur l'appareil génital. Elles accusent des douleurs dans la région sacrée et dans les reins, des névralgies lombo-abdominales et sacrées, de la pesanteur dans le bassin et jusque sur la périnée, parfois ces algies fixes, persistantes sur lesquelles M. Huchard a justement insisté. La marche, la station debout leur deviennent impossibles, puis apparaissent, lorsqu'ils n'existaient pas antérieurement, les phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale, l'insomnie, et les malades présentent le tableau complet de la neurasthénie. Comme les accidents semblent avoir débuté par l'appareil génital, on est tenté d'accepter l'interprétation des patientes, et de rattacher toutes leurs misères à une affection de l'utérus et des annexes.

Or l'examen le plus méticuleux par le toucher, par le palper bi-manuel, ne révèle aucune lésion appréciable. Les diverses explorations ne réveillent aucune douleur, et, quand elles en provoquent, les sensations accusées par les malades ne reposent sur aucune localisation nette.

Ici, ce sont les manifestations utérines fausses, ou simplement exagérées, qui occupent le premier plan. Quelquefois on peut observer chez la même malade, dans l'espace de quelques semaines, une véritable transformation du type morbide : à une dyspepsie nerveuse intense, on voit succéder brusquement les symptômes d'une affection de l'utérus et de ses annexes ou réciproquement.

Le diagnostic de ces divers états morbides repose essentiellement sur l'absence des signes physiques susceptibles de déceler une lésion quelconque de l'appareil génital.

Étiologie et pathogénie. — Dans l'immense majorité des cas, les signes d'épuisement nerveux ne se montrent que chez des femmes déjà malades depuis un temps assez long. Ces complications ne s'observent, pour ainsi dire, jamais dans les maladies réellement graves de l'appareil génital. « Petites lésions, gros symptômes », dit très justement M. Bouilly. En effet, ce sont des altérations d'importance minime : des déchirures du col avec ou sans dégénérescence scléro-kystique, des brides cicatricielles, des salpingo-ovarites donnant lieu à des tumeurs de très faible volume, des ovaires sclérosés, renfermant de petits kystes ou des foyers hémorrhagiques, qui semblent être le point de départ le plus habituel des névroses.

La plupart de ces lésions sont douloureuses, irritables; on s'est appuyé quelquefois sur leur exquise sensibilité pour expliquer l'apparition par voie réflexe de troubles nerveux graves. Mais les inflammations aiguës de l'utérus et des annexes, qui s'accompagnent si souvent de péritonite, ne sont ni moins douloureuses, ni moins irritables, et cependant elles ne se compliquent jamais de phénomènes névrosiques, dans leur période d'état, alors qu'elles présentent le maximum de leur sensibilité et de leurs réactions. On voit d'ailleurs d'insignifiantes érosions du col utérin, des métrites à peu près indolores provoquer des manifestations nerveuses très accentuées. Parfois même il s'agit de malades en voie de guérison, et c'est lorsque les altérations locales sont à peu près réparées que la neurasthénie éclate.

Par quel mécanisme les diverses troubles des organes génitaux peuvent-ils retentir sur le système nerveux central? On a fréquemment invoqué les riches anastomoses des nerfs qui se rendent à l'utérus et aux ovaires, pour expliquer la répercussion, sur les différents viscères, des modifications physiologiques ou pathologiques de l'appareil génital. Ces réflexes, si variés qu'ils soient, expliqueraient à la rigueur certaines complications survenant du côté du tube digestif ou de l'appareil circulatoire, mais ils ne sauraient faire comprendre les phénomènes de dépression cérébro-spinale qui caractérisent la neurasthénie.

Depuis quelque temps, on attribue une importance considérable aux sécrétions glandulaires des organes génitaux.

Si cette hypothèse était démontrée, les auto-intoxications résultant de ces troubles sécrétoires devraient-elles être rendues seules responsables des désordres qui surviennent dans le système nerveux? Cela n'est guère vraisemblable. Les lésions massives, qui suppriment rapidement les fonctions de l'utérus et des ovaires, exposent infiniment moins les femmes aux accidents névrosiques que d'insignifiantes altérations utérines, qui n'apportent aucun trouble appréciable dans le fonctionnement de l'appareil génital.

Il est un fait incontestable, c'est que, dans les deux sexes, les affections des organes de la reproduction impressionnent beaucoup plus vivement les centres nerveux que ne le font celles des autres appareils de l'économie.

Faut-il invoquer en outre, comme des éléments étiologiques, l'immobilité prolongée, la réclusion qu'un long traitement impose à ces malades? Il y a là de quoi les déprimer; mais les mêmes accidents nerveux s'observent chez des femmes atteintes d'affections de l'utérus et des annexes et qui n'ont suivi aucun traitement, qui n'ont pas voulu se soumettre au repos. Souvent même, en pareil cas, les phénomènes neurasthéniques apparaissent prématurément, et ce sont eux qui obligent les malades à se soigner.

On ne saurait, non plus, considérer les troubles digestifs comme étant la cause des complications nerveuses. Il n'existe aucune relation précise entre l'intensité de la dyspepsie et les réactions nerveuses.

Il en est de même des déplacements viscéraux auxquels F. Glénard a fait jouer un grand rôle dans la pathogénie des phénomènes dyspeptiques et nerveux observés en pareil cas.

Mais en réalité ils sont plutôt l'effet que la cause de la neurasthénie et ce n'est que secondairement, par les accidents qu'elles provoquent, qu'elles contribuent à entretenir et à aggraver la dépression nerveuse. En réalité, tous ces phénomènes s'enchaînent, ils retentissent les uns sur les autres et se prêtent un mutuel renfort. Aussi, lorsqu'on cherche à expliquer leur influence sur l'organisme, il est bien difficile de déterminer la part exacte qui revient à chaque facteur.

Quelle que soit l'importance de ces divers éléments

étiologiques, aucun d'eux ne suffit à créer de toutes pièces la neurasthénie.

La cause fondamentale de la neurasthénie réside essentiellement, comme l'enseignait Charcot, dans la prédisposition héréditaire. Cette tare névropathique peut être longtemps latente, mais il suffit d'un choc, moral ou physique, pour la révéler.

A ce point de vue, les diverses maladies de l'utérus et des annexes réunissent, comme on l'a vu, les conditions physiques et morales les plus favorables pour engendrer l'épuisement nerveux, mais elles ne le font que chez des prédisposées.

Il est d'ailleurs un autre élément dont l'importance est considérable, c'est la *suggestion :* son influence pathogénique peut être invoquée dans un très grand nombre de cas. L'étude de la neurasthénie primitive est aussi intéressante que concluante à ce point de vue, et elle éclaire en même temps certains faits de la neurasthénie secondaire, en montrant la part qui doit revenir à la suggestion.

Si l'on interroge avec soin les névropathes primitives qui se plaignent d'accidents génitaux, on arrive presque toujours à savoir qu'elles ont eu, dans leur entourage, une personne atteinte d'une maladie sérieuse des organes de la reproduction. Ce renseignement doit être recherché avec insistance, car c'est là le point de départ ordinaire de la suggestion qui s'empare si vivement de l'esprit de certaines femmes.

Dans quelques cas, la suggestion est d'origine médicale, soit que, dans des conversations fort à la mode aujourd'hui, un médecin se soit montré un peu trop prodigue de détails sur quelques cas retentissants d'affections génitales, soit qu'il ait appelé trop vivement l'attention des malades sur des troubles insignifiants, auxquels elles attacheront désormais une importance excessive.

Désormais elles concentreront toutes leurs facultés d'observation sur la sphère génitale; elles analyseront soigneusement leurs sensations, en les amplifiant dans une large mesure.

Les conversations de chaque jour, la lecture mal digérée des publications médicales, achèveront leur éducation, et lorsque ces malades, à l'humeur essentiellement changeante, iront trouver un nouveau médecin, elles se présenteront à lui suffisamment documentées pour l'induire en erreur.

S'il existe chez elles un de ces légers troubles qui ont été déjà signalés, tels qu'un peu de leucorrhée utérine ou vulvo-vaginale, des irrégularités menstruelles, etc., l'erreur est presque fatale.

D'ailleurs, après avoir traversé tant de cabinets médicaux et subi tant de fois le toucher vaginal, l'examen au spéculum, sans compter l'introduction dans la cavité utérine de l'hystéromètre ou d'autres instruments, ces malheureuses femmes sont tôt ou tard infectées, et elles finissent par avoir la maladie utérine qui était l'objet de toutes leurs préoccupations.

Ce n'est pas seulement chez ces névropathes manifestes qu'il faut chercher l'influence de la suggestion; elle se rencontre avec une extrême fréquence même chez les femmes qui deviennent neurasthéniques secondairement. Les plaintes, les inquiétudes du mari, de la mère, etc., les propos inconsidérés tenus par les bonnes amies qui viennent les visiter contribuent puissamment à entretenir et à aggraver l'épuisement nerveux chez les personnes prédisposées. Aussi, l'isolement est-il conseillé, avec raison, comme un élément thérapeutique de premier ordre.

Prophylaxie et traitement.

Si l'on envisage la neurasthénie comme relevant, dans tous les cas, d'une prédisposition nerveuse héréditaire, on devra se préoccuper, en soignant une femme atteinte d'une affection de l'utérus et des annexes, d'éviter tout ce qui serait de nature à exagérer l'impressionnabilité du système nerveux.

Il importe de mettre son entourage en garde contre les inconvénients d'une sollicitude exagérée, contre le danger des inquiétudes trop franchement exprimées devant elle, et des histoires effrayantes qu'on lui raconte trop volontiers. On s'appliquera constamment, au contraire, à relever le moral de la malade et à l'encourager de toutes les manières, en détournant son esprit de ses misères. On devra s'ingénier à lui procurer les distractions compatibles avec son état, et, à ce propos, il sera bon de ne pas prolonger l'immobilité et le séjour au lit au delà des limites strictement nécessaires.

L'alimentation doit être surveillée, la liberté du ventre assurée, et au besoin stimulée, pour éviter, autant que possible des complications du côté des voies digestives. Il est très utile d'aérer la chambre de la malade d'une façon très régulière, et même permanente si on le peut. Les médicaments doivent être restreints au minimum. Si la morphine est indiquée dans certaines crises très douloureuses de la période aiguë, initiale, des inflammations de l'utérus et des annexes, il ne faut jamais en abuser : ces malades sont tout particulièrement exposées à devenir morphinomanes en raison de leur nervosime.

Ces notions de pathogénie ne sont pas moins importantes au point de vue chirurgical. Si les altérations des organes génitaux contribuent à entretenir, à aggraver la neurasthénie, elles n'en sont pas la cause essentielle, unique. Par conséquent, l'ablation des parties malades n'entraîne pas la certitude de faire disparaître tous les accidents. M. Debove a même observé des femmes chez lesquelles l'intervention, bien que suivie d'un succès complet au point de vue chirurgical, avait singulièrement exagéré les troubles nerveux et les douleurs. Charcot s'était déjà élevé contre cette pratique dangereuse à tant d'égards.

On comprend cependant que certaines altérations de l'appareil génital, en raison de leur retentissement sur les centres nerveux, réclament une opération. Mais il faut se rappeler que l'indication opératoire réside beaucoup plus dans l'état des organes que dans l'intensité des phénomènes généraux, et en particulier des phénomènes névropathiques (A. Mathieu).

C'est d'ailleurs la formule que donnent, aujourd'hui, tous les chirurgiens prudents.

REVUE DES CONGRÈS

XVIe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 13 au 16 avril 1898.

Les auto-intoxications intestinales.

M. F. Müller (de Marbourg) pense que sous le nom d'auto-intoxication on devrait comprendre seulement les empoisonnements provoqués par les substances que produit l'organisme lui-même au cours de ses processus biologiques (urémie, uricémie, coma diabétique, myxœdème, etc.).

Mais, en pratique, on comprend encore sous ce nom les divers

empoisonnements résultant de l'introduction de substances toxiques qui se sont formées hors de l'organisme ou qui ont été engendrées par des microorganismes à l'intérieur même de l'organisme humain.

Dans une première catégorie de ces auto-intoxications se placent les affections occasionnées par une alimentation défectueuse, c'est-à-dire les maladies déterminées par l'usage de certaines céréales avariées, qui produisent des symptômes d'empoisonnement.

Pour les affections déterminées par l'emploi d'une viande malsaine, et dont le tableau symptomatique se rapproche tantôt de celui de la fièvre typhoïde, tantôt de celui du catarrhe aigu des voies digestives, il s'agit, dans certains cas, de viandes contenant des substances toxiques qui y ont été développées chez l'animal par des bactéries pathogènes, ou bien de viandes provenant d'animaux parfaitement sains, mais altérées par quelque microbe saprophyte ou pathogène, tel que le *bacillus botulinus* de Van Ermengem, qui paraît avoir été la cause de plusieurs épidémies. Enfin, diverses affections ont été occasionnées par l'usage du lait ou du fromage; la fréquente altération du lait conservé pendant un certain temps, même après stérilisation par la chaleur, donne à penser qu'il s'agit encore le plus souvent, en pareils cas, d'une véritable infection exogène.

La susceptibilité des sujets envers ces poisons varie suivant des conditions multiples et suivant l'âge. On observe à cet égard de véritables idiosyncrasies, au sujet desquelles on peut se demander si quelque état pathologique antérieur n'intervient pas, à cet égard, en favorisant plus ou moins l'intoxication par des produits qui se forment normalement dans l'intestin, tels que l'acide sulfhydrique, l'indol, le scatol, les éthers composés, etc. Ces produits sont toutefois d'une toxicité relativement faible et il paraît plus vraisemblable d'attribuer un rôle prépondérant à l'atonie des voies digestives qui favorise les stagnations et par conséquent aussi la pullulation de diverses bactéries.

Les altérations fonctionnelles du tube digestif, et surtout la constipation, favorisent évidemment la production de ces intoxications, mais il faudrait savoir s'il s'agit d'auto-intoxications véritables ou d'auto-infections.

Quant aux produits toxiques qui s'élaborent dans l'intestin, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, leur étude est rendue extrêmement difficile par leur instabilité habituelle, notamment en présence des agents physiques et des réactifs chimiques. La recherche du coefficient urotoxique de Bouchard est sujette aussi à critique, ainsi que la méthode des injections sanguines, parce que dans les deux cas la susceptibilité du sujet injecté à l'égard de ces liquides est variable et paraît jouer dans la production des phénomènes consécutifs un rôle plus considérable que la nature même de la maladie de l'individu examiné.

En somme, il y a donc lieu de ne pas généraliser d'une façon trop systématique la théorie de l'auto-intoxication intestinale, et de rechercher, pour le moment du moins, dans chaque cas particulier si l'explication la plus plausible est fournie soit par l'hypothèse en question, soit par celle d'une infection endogène ou d'une infection exogène.

Au point de vue thérapeutique, l'antisepsie intestinale est très limitée dans ses moyens, en dépit du nombre des remèdes qui ont été préconisés à cet égard et dont aucun n'exerce une action nettement établie sur les bactéries intestinales. La meilleure médication antiseptique consiste dans l'emploi des purgatifs et du lavage des voies digestives. Il faut se garder d'avoir exclusivement en vue la stérilisation du contenu intestinal et, dans bien des cas, on obtiendra la disparition des symptômes au moyen d'un changement de régime, en supprimant certains aliments suspects, et parfois aussi en luttant contre l'atonie des voies digestives, à l'aide de médicaments stimulants ou astringents, etc.

M. Brieger (de Berlin) envisage le côté chimique de la question et rappelle d'abord que les sels alcalins de l'urine normale n'exercent d'effets nuisibles que sur l'organisme humain. De sorte que le coefficient urotoxique de Bouchard ne pourra présenter quelque valeur que quand on aura établi chimiquement l'existence d'une urotoxine dans l'urine normale. Peut-être des produits toxiques, qui se forment au cours des échanges, abandonnent-ils l'organisme en passant dans les urines sous la forme de combinaisons inoffensives ou subissent-ils préalablement dans le groupement de leurs atomes quelque modification analogue à celle qui vraisemblablement transforme les toxines bactériennes en antitoxines; quoi qu'il en soit, la toxicité de l'urine normale de l'homme ne peut être considérable, car on peut en injecter au cobaye une quantité égale à 15 fois son poids, sans inconvénient.

Dans les cas pathologiques, la présence dans l'urine, en quantité considérable, des peptotoxines, de l'acétone et des acides oxalique, oxalurique, formique, lactique, a été considérée successivement par divers auteurs comme un résultat d'une désagrégation intensive des albuminoïdes de l'organisme pouvant caractériser l'auto-intoxication, mais une telle relation est sujette encore à une controverse. En dehors de quelques diamines et de la cystine, on a signalé dans l'urine, en les rattachant à l'hypothèse d'une auto-intoxication intéressant la symptomatologie de plusieurs infections (épilepsie, tétanie, chlorose, anémie pernicieuse, ankilostomiase, cancer, maladie d'Addison, pleurésies, etc.), la présence de diverses substances dérivées de l'albumine et dont la toxicité est loin d'être toujours établie rigoureusement.

En revanche, si l'origine intestinale de ces différentes affections, comme celle de certaines psychoses, demeure tout à fait problématique, il en est autrement d'un bon nombre de dermopathies (acné, urticaire, etc.), pour lesquelles Freund et Singer ont pu démontrer le rôle étiologique de l'exagération des fermentations putrides dans l'intestin.

On a invoqué aussi parfois, comme un argument en faveur de la théorie des auto-intoxications, la toxicité de la *sueur*, mais, en injectant à des cobayes des quantités considérables de sueur débarrassée par la filtration des impuretés bactériennes, M. Brieger a toujours constaté la survie, tandis que la sueur non filtrée provoquait en 24 heures la mort de l'animal et contenait alors des micrococques dont la culture pure produisait d'ailleurs le même résultat.

En ce qui concerne le *sang*, les expériences de M. Brieger et celles de ses élèves ont montré que chez le cobaye l'injection sous-cutanée du sérum sanguin normal de l'homme, du mouton, du porc, du lapin et du veau provoque, à la dose de 0 c.c. 5, des infiltrations assez persistantes et, à des doses plus fortes, de véritables nécroses; une dose de 10 à 20 c.c. est généralement mortelle. Mais le sérum de cheval ne produit qu'à la dose de 20 c.c. des infiltrations, qui sont peu étendues et sont promptement résorbées.

Le sérum sanguin de 4 scarlatineux et de 2 typhoïdiques, expérimenté à divers stades de la maladie, s'est toujours montré toxique, même à petites doses. Mais le sang des typhoïdiques n'a pas provoqué, comme celui des scarlatineux, une tuméfaction trouble des reins suivie de stéatose partielle, sans qu'on puisse, d'ailleurs, établir encore si cette lésion est due à quelque propriété spécifique du sang des scarlatineux ou si elle peut être produite aussi par le sérum sanguin normal dans quelques circonstances particulières. Les toxines ainsi révélées paraissent bien n'avoir rien de commun avec les divers ferments déjà connus qui circulent dans le sang et semblent appartenir au groupe des toxalbumines; très instables, elles sont précipitées par l'alcool, en perdant leur action physiologique; mais elles ne sont pas altérées à cet égard par la dialyse ou la filtration. L'emploi du sulfate d'ammoniaque et de certains chlorures métalliques permet de les isoler dans le sérum et de les apprécier quantitativement.

En somme, on peut trouver dans l'organisme diverses substances chimiques qui sont toxiques et dont quelques-unes (généralement moins importantes au point de vue clinique) sont toujours basiques et cristallisables, à classer par conséquent dans le groupe des *ptomaïnes*.

Les autres sont des *toxalbumines* amorphes dont plusieurs pourront être vraisemblablement séparées un jour en diverses substances albumoïdes et en quelques poisons distincts. Ces poisons généralement très instables, exercent, en dilutions presque infinitésimales, des actions toxiques d'une intensité formidable, ainsi qu'en témoignent diverses expériences. Mais pour les isoler en quantité accessible à l'analyse chimique, les méthodes actuellement connues exigeraient la manipulation de centaines de litres de bouillon de culture et de centaines de kilogrammes de déjections humaines. Toutefois, le fait seul que des centaines

d'entre elles ont pu être isolées, en dehors même de l'organisme, ne permet guère de refuser à ces toxines un rôle prépondérant, dans maintes circonstances, en pathogénie.

Quant aux relations pouvant exister entre les *substances nécrosantes* du sang et les substances nécrosantes qui ont été découvertes dans le protoplasma des bacilles diphthériques et qui n'appartient pas au groupe des albuminoïdes, elles sont aujourd'hui l'objet d'études encore inachevées; il en est de même des *ferments*, qui peuvent provenir soit des échanges moléculaires propres à l'organisme humain, soit des substances introduites par quelque invasion bactérienne, et je dois mentionner à ce sujet les travaux de Filehne.

La *thérapeutique* rationnelle, dans les cas où l'on a lieu d'admettre une auto-intoxication intestinale, consiste à provoquer d'abord l'expulsion des substances en putréfaction contenues dans le tube digestif. En ce qui concerne l'antisepsie intestinale, si les médicaments jusqu'ici préconisés ne peuvent assurer une stérilisation absolue, certains d'entre eux du moins réussissent à ralentir ou même à enrayer dans quelques cas les fermentations anormales et leurs conséquences. D'autre part, le lavage organique, préconisé par Sahli dans la fièvre typhoïde, et l'emploi d'un traitement diaphorétique — notamment dans plusieurs cas de septicémie puerpérale où les effets de toxine ont paru jouer un rôle prépondérant — ont donné de bons résultats. Enfin, dans les cas chroniques d'auto-intoxication intestinale, le traitement à l'aide des médications physico-mécanique semblerait indiqué, à la fois dans le but d'activer les transformations moléculaires et de combattre l'atonie du tube digestif.

M. Ewald (de Berlin) a observé deux cas d'auto-intoxication intestinale très grave. Chez un homme de 34 ans, qui avait présenté soudain les symptômes d'une attaque d'apoplexie et qu'on avait porté à l'hôpital dans un état comateux dont a eu grand peine à le tirer, le pouls demeura assez longtemps presque imperceptible, et pourtant le malade, quoique très affaibli, ne tarda pas à se remettre complètement grâce à une médication instituée en vue de combattre une auto-intoxication imputée à une constipation antérieure. Chez une femme de 53 ans, présentant des vertiges, des vomissements persistants, et divers symptômes graves, attribués primitivement à une syphilis cérébrale, il s'agissait aussi en réalité d'une auto-intoxication intestinale consécutive à une constipation très ancienne; après l'évacuation de selles fortement colorées en noir par du bismuth ingéré 4 semaines auparavant, la guérison s'établit rapidement. Dans ces deux cas, où il n'existait d'ailleurs aucun indice de néoplasie, ni d'ectasie des voies digestives, la rapidité de la guérison démontre bien qu'on avait affaire à une auto-intoxication gastro-intestinale.

M. Albu (de Berlin) cite un cas de dilatation gastrique avec fermentations exagérées où après cessation des vomissements jusqu'alors habituels il est survenu brusquement des accidents comateux qui disparurent bientôt, pour réapparaître au bout de 5 semaines et aboutir à la mort par faiblesse cardiaque.

En raison de l'insuffisance de la méthode urotoxique de Bouchard, M. Albu a étudié la toxicité du sérum sanguin; au cours de ses recherches, cette toxicité lui a paru résulter uniquement des modifications de la tension osmotique que provoque dans tout organisme l'injection d'un liquide étranger. Nombre d'auto-intoxications endogènes consisteraient essentiellement, dans les effets d'une altération spontanée des conditions physiques du sang et des sucs de divers tissus.

Pour ce qui regarde les auto-intoxications intestinales, elles forment un groupe spécial, car elles sont engendrées dans des conditions particulières, par des saprophytes habituellement inoffensifs, tandis que les maladies infectieuses aiguës d'origine intestinale sont provoquées par des bactéries pathogènes et par leurs produits spécifiques.

M. Quincke (de Kiel) a essayé au point de vue thérapeutique, de tirer parti de l'antagonisme qui existe entre différents êtres unicellulaires. Dans plusieurs cas de diarrhée il a vu l'administration de levures agir favorablement sur la diarrhée et diminue la production de l'indoxyl, en entravant la pullulation de certaines bactéries.

De même l'administration de l'oïdium albicans, a donné des succès dans plusieurs cas de diarrhée aiguë et chez quelques sujets atteints de diarrhée chronique.

M. Rosenheim (de Berlin) estime qu'il existe nombre d'affections nerveuses, telles que certains troubles cardiaques, par exemple, qui paraissent bien provoquées par une auto-intoxication intestinale; un changement de régime et, notamment, la diète lactée pendant un certain temps réussissent alors, en rendant le milieu moins favorable à la pullulation des bactéries.

Quant aux antiseptiques intestinaux, on aurait tort de vouloir les rejeter tous en bloc; il en est qui, dans certains cas, ont produit des effets très manifestes. Chez plusieurs sujets atteints d'affections cutanées, le menthol a réussi alors que tout autre médication avait échoué.

M. Stern (de Breslau) admet qu'on ne peut, en ingérant des médicaments antiseptiques, réaliser la stérilisation du contenu intestinal. Toutefois on parvient, dans quelques circonstances, à enrayer le développement des bactéries dans l'intestin par l'ingestion de certains antiseptiques et, en particulier, du calomel.

M. Boas (de Berlin) a constaté que dans nombre d'affections qu'on peut considérer comme des syndromes d'auto-intoxication les urines étaient diminuées sans que la proportion des matières solides y fût augmentée. Il s'agit donc là, fréquemment, d'une insuffisance rénale, et il y a lieu d'en tenir compte au point de vue thérapeutique. Il est à remarquer, à ce propos, que beaucoup de médicaments antimigraineux, comme le calomel, la théobromine, la caféine, etc., sont précisément des diurétiques.

Quant aux antiseptiques, en dépit de leur impuissance à stériliser complètement l'intestin, ils sont cependant d'une efficacité souvent incontestable à l'égard des fermentations anormales; dans bien des cas, la flatulence est amendée par l'emploi d'un antiseptique, notamment l'acide salicylique, beaucoup mieux que par les autres médications.

M. Fürbringer (de Berlin) admet aussi la valeur antiseptique de certains médicaments à l'égard de l'intestin. Le calomel, par exemple, amène chez les typhiques un abaissement temporaire de la température et une amélioration de l'état général, qui ne s'obtiennent pas au moyen des autres remèdes évacuants, comme l'huile de ricin ou les purgatifs salins.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Pasquet (Victor). *Les aliénés dissimulateurs*. N° 261. (G. Carré et C. Naud.)

M. Desmaroux (Lucien). *Etude critique des procédés d'épuration industrielle des eaux d'alimentation*. N° 205. (H. Jouve.)

M. Métais (Abel). *De la recherche du sperme au point de vue médico-légal. Etude comparative des divers procédés*. N° 264. (H. Jouve.)

M. Lieutaud. *Contribution à l'étude du pneumothorax et en particulier de sa guérison*. N° 247. (H. Jouve.)

M. Pasquet conclut que la dissimulation, possible dans tous les états psychopathiques où les facultés syllogistiques sont conservées, se rencontre dans des formes très diverses de l'aliénation mentale.

Les dégénérés qui peuvent dissimuler sont les suivants :

1° Parmi les impulsifs, il n'y a que les pyromanes qui soient des dissimulateurs dangereux.

2° Les persécutés persécuteurs (type Falret) dissimulent non pas leur délire même, mais les symptômes de leur dégénérescence.

3° Les persécutés dégénérés avec hallucinations dissimulent, et chez eux le diagnostic est particulièrement délicat, puisque cette forme est susceptible de guérison.

Les délirants systématiques sont les malades qui dissimulent le plus habilement, ils peuvent en imposer pendant des mois, des années même, sans un moment de défaillance. Ils dissimulent tantôt leur délire, tantôt leurs idées mégalo-maniaques seulement.

Au point de vue médico-légal, la dissimulation des aliénés a une grosse importance, tant pour l'aliéné lui-même qui peut être condamné alors qu'il est irresponsable, que pour la société, étant donnée la tendance au crime bien connue chez les délirants systématiques particulièrement.

M. Desmaroux, estimant que les bassins à sable en particulier sont des instruments fragiles, d'un maniement délicat et d'une surveillance difficile, que la purification des eaux d'alimentation par les procédés chimiques n'est susceptible d'aucune application, conclut que l'application de l'ozone paraît pouvoir donner des résultats satisfaisants; toutefois, les recherches qui ont été faites dans cet ordre d'idées sont encore trop rares et trop incomplètes pour qu'il soit permis de se prononcer.

La stérilisation des eaux potables par la chaleur repose sur des résultats acquis et reconnus de tous, elle reste comme le moyen prophylactique par excellence dont l'usage s'impose en temps d'épidémie. Les recherches récentes faites pour l'application industrielle de la chaleur à l'épuration des eaux d'alimentation, ont abouti à la création d'appareils stérilisateurs d'un rendement économique que décrit l'auteur et qui, pour lui, seraient susceptibles de faire face aux besoins normaux d'une alimentation publique d'une certaine importance.

Les caractères objectifs des taches de sperme n'ont aucune valeur spécifique. Aussi M. Métais conseille-t-il, pour la détermination qualitative des taches, d'employer le procédé chimique basé sur l'emploi d'un réactif iodo-ioduré préconisé par M. Florence. Dans la grande majorité des cas, il suffira, pour diviser les taches en spermatiques et non spermatiques. Des nombreux essais faits par l'auteur avec la réaction de Florence, sur les étoffes de toutes couleurs, sur les différents corps solides ou liquides, au contact desquels peut se trouver le sperme, il conclut qu'à part la glycérine et quelques réactifs colorants, aucun de ces corps n'influe sur l'apparition des cristaux caractéristiques de la présence du sperme dans les taches.

Cette réaction a d'autant plus de valeur qu'elle ne semble se former qu'avec le sperme humain. Elle ne se produisait ni avec les substances putréfiées (cerveau, muscles, etc, et même le sperme), ni avec les liquides organiques. C'est donc une méthode précieuse pour délimiter le champ des recherches dans l'examen des taches. Malgré la valeur de cette réaction, l'auteur estime que l'expert ne peut se baser uniquement sur elle pour porter des conclusions. La vue d'un spermatozoïde pourra exclusivement lui permettre de conclure.

Le pneumothorax, qu'il soit d'origine tuberculeuse ou autre, peut guérir spontanément, si l'épanchement est purement gazeux. Si, à cet épanchement gazeux vient se joindre du liquide, la guérison spontanée est encore possible, mais plus longue, la plèvre résorbant plus difficilement les gaz quand des exsudats tapissent ses parois.

Quand le pneumothorax est bien supporté, l'intervention est inutile et peut-être dangereuse.

Pour M. Lieutaud, la thoracentèse, sans être bannie du traitement du pneumothorax, ne devrait être pratiquée que lorsque la dyspnée confine à l'asphyxie; dans ce cas, elle peut retarder la mort et même quelquefois faciliter la guérison.

Pour l'auteur, s'il est survenu un hydrothorax, la ponction est indiquée seulement s'il donne lieu à des symptômes d'asphyxie, et encore il lui semble prudent de n'enlever qu'une certaine quantité de liquide, de peur de favoriser le retour de la déchirure pulmonaire.

Dans les cas où cet hydrothorax formé depuis longtemps déjà resterait stationnaire, on peut essayer de le faire disparaître en pratiquant une série de thoracentèses successives et en ne retirant que peu de liquide à la fois, de façon à éviter les accidents que pourrait amener une décompression trop brusque du poumon.

Lorsqu'elle s'opère, la guérison est due souvent à des fausses membranes qui viennent obstruer la fistule, quelquefois à la cicatrisation de la déchirure, plus rarement enfin à une simple pleurésie adhésive comme celle qui survient après l'opération de l'empyème.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

M. Monbernard (J.-M.). *Résultats éloignés du traitement du varicocèle par la résection du scrotum.* N° 198.

M. Truchi. *Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin.* N° 251.

M. Thévenin (Paul). *Contribution à l'étude des bactéries chromogènes. Recherches sur un bacille rouge pathogène.* N° 250.

M. Maurin (J.-B.). *La folie alcoolique à Marseille.* N° 247.

M. Girma (Frédéric). *Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales.*

Le varicocèle nécessite, dans certains cas, un traitement chirurgical.

Parmi tous les procédés proposés, la résection simple du scrotum paraît à M. Monbernard être, par sa simplicité et son efficacité, le procédé de choix.

Pour que la cure soit radicale, il faut réséquer une grande partie du scrotum.

L'efficacité de cette opération est démontrée non seulement par les résultats immédiats, mais encore par les résultats éloignés, qui prouvent une guérison définitive.

L'érythème induré de Bazin est caractérisé par des plaques rouges, indurées, le plus souvent indolentes, non prurigineuses et de forme arrondie qui siègent ordinairement à la face antéro-externe des jambes et dont le terme peut être une ulcération plus ou moins étendue et indolente. D'après M. Truchi, on doit le distinguer surtout de l'érythème noueux, des manifestations cutanées de la tuberculose et de la syphilis.

L'examen des pièces et l'inoculation montrent que la tuberculose n'est pour rien dans l'étiologie directe ou indirecte de cette affection.

L'histologie semble indiquer l'existence de troubles d'origine œdémateuse qui rapprochent l'érythème induré de l'érythème noueux.

Le pronostic, à moins de complications rares, est bénin. Cependant, la maladie est essentiellement chronique et récidivante.

Le traitement doit être à la fois local et général, s'adresser à la cause en même temps qu'à ses manifestations extérieures.

M. Thévenin étudie dans sa thèse un bacille rouge chromogène isolé dans le pus d'une suppuration hépatique. Ce bacille donne sur tous les milieux habituellement usités en bactériologie, des cultures fortement colorées; son pigment, d'un rouge cramoisi est insoluble dans l'eau; soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le chloroforme et le sulfure de carbone;

Il est pathogène à faible dose pour de nombreuses espèces animales : lapin, cobaye, rat blanc et noir, souris; il présente des caractères suffisants, pour qu'on puisse le considérer comme une espèce à part, différente des microbes chromogènes rouges antérieurement décrits;

Les conditions dans lesquelles ce microbe a été recueilli permettent de supposer, sans que toutefois il soit possible de l'affirmer, qu'il peut jouer un rôle pathogène chez l'homme.

De 1880 à 1896, l'aliénation mentale a fait, à Marseille, des progrès considérables. Le nombre des aliénés internés à l'Asile Saint-Pierre a, pendant ces 17 ans, augmenté de 33,33 p. 100.

M. Maurin montre que l'augmentation des cas d'aliénation mentale est due, tout particulièrement, à la progression rapide de la folie alcoolique qui a présenté une progression à ce point rapide, que le nombre des malades, dont elle a motivé la séquestration, a subi une augmentation proportionnelle de 36,84 p. 100. Elle forme actuellement à l'Asile Saint-Pierre, le quart des cas d'aliénation mentale.

La majorité des alcooliques internés a présenté, à un âge variant de 30 à 45, les accidents cérébraux qui ont motivé leur internement. La folie alcoolique n'a épargné aucune classe de la société, mais il a choisi le plus grand nombre de ses victimes dans les rangs de la population ouvrière (80 p. 100 environ).

En 1880, la ville de Marseille a consommé 10,900 hectolitres d'alcool pur. En 1896, la consommation a été de 24,889 hecto-

litres; elle a donc plus que doublé. Le nombre des débits de boissons, qui était de 2,580 en 1880, a progressivement atteint le chiffre de 4,285 en 1896.

La lutte contre l'alcoolisme s'impose donc, à Marseille, d'une façon toute particulière et M. Maurin préconise l'intervention des pouvoirs publics (restriction du nombre des débits, inspection des boissons délivrées au public, rectification de l'alcool, etc.).

Les nodosités sous-cutanées qu'étudie M. Girma apparaissent de préférence pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire et ce sont principalement les enfants et les adultes jeunes qui sont sujets à cette complication. Dues à un trouble circulatoire, elles entraînent dans certains cas des lésions anatomiques qui les font persister plus ou moins longtemps; dans d'autres cas, ces lésions n'existant pas, les nodosités évoluent avec une très grande rapidité. Leur présence, indice d'une tare rhumatismale indéniable, doit souvent faire porter un pronostic réservé à cause des complications cardiaques ou de la récidive à plus ou moins brève échéance.

Elles ne comportent, en elles-mêmes, aucun traitement local. Le traitement de la maladie, d'où elles tirent leur origine, agit également sur elles.

Thèse de la Faculté de Nancy.

M. Mutelet (Marie-Léon-Camille). *Contribution à l'étude de la tuberculose diffuse chez l'enfant (à l'exclusion de la tuberculose miliaire aiguë).* N° 10.

La tuberculose généralisée, conclut M. Mutelet, est fréquente chez les enfants; elle l'est moins chez les tout jeunes enfants que chez les enfants plus âgés : elle est exceptionnelle dans le très jeune âge, c'est-à-dire de 0 à 3 mois. De 4 mois à 1 an, elle devient de plus en plus fréquente, à mesure que l'enfant croît en âge. A partir de 1 an seulement, elle atteint la très grande fréquence que lui attribuent M. Landouzy et ses élèves MM. Avi-ragnet et Queyrat.

Dans les familles où a été relevée l'hérédité tuberculeuse, la mortalité chez les enfants est plus grande que dans celles où on n'en a pas relevé.

Sur 193 enfants provenant de 40 familles tuberculeuses, l'auteur trouve une mortalité générale s'élevant au chiffre de 94 sur lesquels 45 sont morts de tuberculose, le quart des enfants issus de source tuberculeuse ont donc succombé à la tuberculose. Dans le jeune âge la mortalité due à la tuberculose généralisée, soit aiguë soit chronique, est considérable, comparativement à la mortalité due aux tuberculoses localisées (pulmonaire, péritonéale, etc.).

La mortalité due à la tuberculose miliaire aiguë atteint la plus grande fréquence de 1 à 2 ans, puis de 2 à 4 ans.

La mortalité par la tuberculose généralisée chronique et subaiguë atteint aussi sa plus grande fréquence de 1 à 2 ans, puis de 2 à 4 ans. Beaucoup de tuberculoses qui, cliniquement, paraissent être localisées soit aux poumons, soit au péritoine, ne sont chez l'enfant, au point de vue anatomo-pathologique, que des tuberculoses généralisées. Enfin, chez les enfants, la mortalité due à une infection secondaire survenant dans le cours d'une tuberculose, est très fréquente.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Les centres sensitifs et les centres moteurs coexistent-ils dans la zone rolandique? par C. Negro et V. Oliva (*Bolletino del Policlinico generale di Torino*, anno II, n° 24, p. 288, 31 décembre 1897). — Jeune fille atteinte d'épilepsie : l'accès débute toujours par un spasme des deux premiers doigts de la main droite; le spasme gagne tout le membre supérieur, se généralise et il s'ensuit une crise de grande épilepsie avec perte de connaissance. Diagnostic : sclérose névroglique dans le centre cortical du membre supérieur; on se décide au traitement par l'électrolyse de l'écorce. Dans une première séance, trépanation, etc., l'excitation de l'écorce (d'apparence normale), dans le but de déterminer le centre du membre supérieur par les mouvements provoqués par l'excitation, ne donne pas de résultat. On rapproche les lambeaux cutanés sans un pansement.

Deux jours plus tard, la plaie est ouverte. Pas de narcose, de sorte que la malade assista avec sa pleine conscience à l'exploration et qu'elle put se rendre compte de ses sensations. L'excitation faible (3 millivolts) en un point déterminé de l'écorce donne à la malade une sensation fugace de fourmillement irradiant des doigts à la racine du bras droit. Une excitation plus forte (6 millivolts) donne la même sensation, plus un mouvement en totalité de la main droite.

Après la séance d'électrolyse la malade présente : une parésie du membre supérieur droit, surtout à son extrémité (main et doigts), avec prédominance pour les mouvements d'extension, et des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité : engourdissement et fourmillements, anesthésie au tact, à la douleur, à la chaleur, de l'extrémité droite, avec limite supérieure circulaire au tiers inférieur de l'avant-bras; altération de la sensibilité musculaire et de la notion de position.

Les troubles de la sensibilité s'amendent progressivement et ont disparu au bout de 3 semaines. Les troubles de la motilité persistent plus longtemps. L'épilepsie est guérie. La malade meurt 5 mois plus tard de fièvre typhoïde. Pas d'autopsie.

Sclérose latérale amyotrophique combinée à la leptoméningite chronique et à l'atrophie radiculaire, par P. Pennato (*Clinica medica italiana*, janvier 1898, p. 31). — Ce cas présenta les symptômes communs de l'affection, avec, en plus, des particularités : début par des douleurs ischialgiques qui restent un an à droite, puis s'étendent à gauche; les autres symptômes (spasticité, atrophie, paralysie), ne se montrent que plus tard; les douleurs persistent avec des exacerbations fréquentes. L'examen histologique montra : l'atrophie des cellules des cornes antérieures et la sclérose des faisceaux pyramidaux, lésions de la sclérose latérale amyotrophique; de plus, fait en rapport avec les symptômes douloureux, il y avait méningite chronique et dégénération de la zone de Lissauer, dégénération plus marquée à droite et occupant surtout la moelle lombaire; les fibres courtes seules étaient atteintes; on voyait les fibres radiculaires postérieures les plus internes entrer intactes dans les cornes postérieures; il n'y avait pas de sclérose des cordons de Goll ou de Burdach.

Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique, par Corrado Ferrarini (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria*, 15 février 1898, vol. I, fasc. 20, p. 305). — On a déjà signalé un certain nombre de troubles nerveux ou mentaux d'origine hépatique, en particulier des convulsions (Day) et une éclampsie infantile (Mya). Dans le cas de Ferrarini, les troubles hépatiques et l'épilepsie semblent être en relation étroite; un garçon de 17 ans (hérédité chargée) éprouve une vive frayeur, il présente bientôt après de l'ictère. Deux mois plus tard, l'épilepsie se déclare et les accès deviennent très fréquents. Le tube digestif est en mauvais état; on donne des eaux minérales purgatives d'une façon répétée et on soumet le malade au régime lacté. L'ictère s'atténue, les pigments biliaires deviennent plus rares dans l'urine, et les accès d'épilepsie s'espacent de plus en plus. Le sujet est revu plus tard, il n'a plus d'ictère, le tube digestif fonctionne bien, depuis 2 ans il n'a plus d'accès. On sait, par les expériences de Bickel (1897), que la bile, appliquée directement sur l'écorce cérébrale, donne lieu à des convulsions. Ferrarini pense que, dans son cas, le sang chargé de bile, venant au contact des centres à inhibition insuffisante à cause de l'hérédité, déterminait la production des attaques épileptiques.

Contribution à l'étude clinique du tabès, par G. Pardo (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, vol. I, fasc. 19, p. 289, 1er février 1898). — Pas de tabès à symptomatologie extrêmement chargée; le phénomène le plus intéressant est l'épilepsie, apparue à l'âge de 40 ans après déjà 7 ans de tabès. Le malade présente des périodes de constipation

pendant lesquelles crises fulgurantes et accès épileptiques sont plus fréquents; il est à croire que l'auto-intoxication est alors la cause de l'exacerbation des symptômes.

MÉDECINE

Deux cas de chorée héréditaire avec autopsies, par MM. Lannois et J. Paviot (*Rev. de médecine*, mars 1898, p. 207). — Dans ces 2 observations de chorée héréditaire, la lésion macroscopique consistait en une atrophie générale de l'encéphale. L'examen histologique montra dans les circonvolutions centrales surtout une infiltration diffuse de grains se colorant fortement par le bleu de méthylène; cette infiltration atteignait son maximum au niveau des grandes cellules pyramidales. Dans l'un de ces cas, il y avait un début de réaction névroglique, que les auteurs considèrent comme secondaire à l'infiltration par les grains.

Analysant ensuite les autres cas déjà publiés, les auteurs constatent qu'on a principalement rencontré des lésions interstitielles n'ayant pas une origine vasculaire. Ils estiment qu'il ne s'agit pas d'encéphalite diffuse, mais de malformation congénitale, transmise par hérédité.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 Mai 1898.

Pathogénie de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

M. Reclus lit un rapport sur un travail de M. Moty (voir *Gazette*, 1897, p. 909). A son sens, il y a, dans la communication de M. Moty, deux points à considérer : un fait et une théorie. Le fait, c'est l'inclusion de masses épithéliales; il est certain et repose sur de nombreuses observations.

La théorie ne peut être acceptée tout entière. Cette inflammation qui serait fréquente dans les kystes dermoïdes, ne l'est pas autant que le croit M. Moty.

M. Reclus n a observé, en effet, qu'un seul cas d'inflammation analogue; on sait, d'autre part, que les kystes dermoïdes de la queue du sourcil évoluent pendant de longues années sans inflammation.

Si on laissait de côté l'ancienne théorie de la place insuffisante certains faits ne pourraient s'expliquer. En effet, on sait que l'évolution vicieuse de la dent de sagesse est très rare, toutes les fois que la 2e molaire a été enlevée.

En résumé, un fait reste acquis : c'est l'inclusion de masses épithéliales qui, dans certains cas, peuvent influer sur l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Sur la valeur diagnostique des réflexes dans les lésions de la portion cervicale de la moelle épinière.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — Il est admis en physiologie et en pathologie des centres nerveux qu'une lésion ou une section de la partie supérieure de la moelle cervicale non seulement n'abolit pas les réflexes spinaux, mais au contraire exagère la réflectivité médullaire dans les parties situées au-dessous de l'endroit lésé. On a cependant publié dans ces derniers temps un certain nombre de faits dans lesquels une lésion de la partie cervicale de la moelle a été suivie d'une abolition des réflexes tendineux et cutanés dans les parties innervées par la moelle située au-dessous de la lésion.

Pour expliquer ces résultats en apparence contradictoires avec les enseignements de la physiologie, j'ai fait avec M. Rosenthal un certain nombre de recherches qui prouvent d'une façon indiscutable que les réflexes normaux — et sous ce nom nous désignons les réflexes qui succèdent à des excitations minima — passent tous par la partie supérieure de la moelle cervicale. Il résulte de cette conception, qui s'appuie sur un très grand nombre d'expériences, qu'une lésion de cette portion de la moelle doit nécessairement entraîner l'abolition des réflexes de tout l'axe spinal situé au-dessous d'elle.

Le fait de l'abolition des réflexes spinaux dans les cas de lésion de la moelle supérieure acquiert ainsi une grande importance séméiologique pour la localisation segmentaire de cette lésion. C'est un signe de diagnostic localisateur. L'abolition des réflexes dans les parties inférieures de l'organisme n'implique en effet nullement, comme on le pensait jusqu'à présent, l'existence d'une lésion dans la partie inférieure de la moelle; au contraire, ce symptôme permet de conclure à la présence d'une lésion transverse au niveau de la partie supérieure de l'axe spinal, dans la partie désignée par nous sous le nom de région bulbo-cervico-spinale.

De l'action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur.

M. F. Cautru fait sous ce titre une communication dont voici les conclusions :

1° Le massage abdominal a une action diurétique indéniable, qu'il soit employé seul ou associé au massage général et à la gymnastique suédoise. Dans certains cas, cependant l'ensemble de ces différents agents donne des résultats plus prompts, plus durables et plus complets.

2° Chez les cardiaques, la diurèse se produit rapidement surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-cutanés ou viscéraux; quelquefois dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour du massage, l'auteur a vu les urines monter de 250 gr. à 3 000 et 3 500 après trois massages.

3° L'état général s'améliore en même temps que la circulation se régularise.

La composition des urines se rapproche de la normale.

4° Le massage et la gymnastique suédoise peuvent, par des manœuvres variées, produire à volonté une augmentation ou une diminution de pression au niveau du cœur et des vaisseaux. Ils peuvent donc, dans une certaine mesure, rendre à ceux-ci l'élasticité qui leur fait défaut dans les affections cardio-vasculaires chroniques et doivent être considérés comme le meilleur remède préventif de l'artério-sclérose chez les arthritiques prédisposés.

5° Le massage n'exclut pas absolument les autres médications cardiaques employées jusqu'alors. Il les aidera, alternera avec elles ou les remplacera lorsqu'elles n'agiront plus. C'est un moyen à ajouter aux autres. Cependant il semble qu'on doive lui donner la préférence à cause de son innocuité, lorsqu'il est employé d'une façon méthodique, et par ce fait surtout que c'est un moyen naturel, un véritable agent de thérapeutique physiologique.

De l'immunité de la race arabe à l'égard de la fièvre typhoïde. Recherche de la séro-réaction.

M. Vincent (Val-de-Grâce) a trouvé que les soldats français étaient en moyenne cent fois plus éprouvés que les militaires indigènes par la fièvre typhoïde, résultat d'autant plus surprenant que celle-ci est, en général, grave chez les Arabes.

La préservation relative des Arabes serait due, d'après les recherches de M. Vincent, non à une atteinte antérieure, ni à une lente accoutumance par le séjour dans les villes, mais à une immunité naturelle, comparable à celle de la race nègre pour la fièvre jaune. ou à celle des moutons algériens pour la bactéridie charbonneuse.

M. Vincent a recherché si le sang des Arabes présente la réaction agglutinante lorsqu'il est en présence du bacille typhique. Cet examen a été pratiqué sur 23 indigènes; aucun d'eux n'a présenté d'une façon nette la séro-réaction, c'est-à-dire que le sang de ces sujets s'est comporté exactement celui des individus accessibles à l'infection typhoïdique.

C'est donc là une nouvelle preuve que le pouvoir agglutinant du sang n'est pas nécessairement lié à l'immunité naturelle ou acquise, que la séro-réaction est bien une réaction d'infection, peut-être de défense, mais non une réaction d'immunité.

MÉDECINE PRATIQUE

Un remède antique pour le diabète sucré,

Par M. le Dr Reynold Wilcox (1).

L'auteur rapporte un cas traité avec succès par le jambul. Le jamvu, ou jambul est depuis 12 siècles dans la matière médicale des Indiens; il y a 10 ans, cette substance a été employée avec quelque résultat dans le traitement du diabète, puis elle a été abandonnée.

Elle provient de l'écorce et des semences du Syzygium jambolanum, myrtacée de l'Asie tropicale.

La préparation qui semble convenir le mieux est la suivante :

Jambul.	50 gr.
Ecorce de nerprun	20 gr.
Céleri	5 gr.
Aromatiques (thé du Paraguay). . . .	25 gr.

Le nerprun s'oppose aux effets constipants du jambul, le thé du Paraguay relève le cœur souvent affaibli des diabétiques. La dose est de 7 gr. 50 à 15 grammes toutes les 4 heures.

Le traitement du diabète sucré par le nitrate d'urane,

D'après M. le Dr E. Ducan (2).

Le Dr E. Ducan a eu l'occasion d'employer 4 fois l'azotate d'urane dans le diabète. Ce sel arrête *in vitro* la digestion de l'amidon et forme avec l'albumine des composés insolubles. Dans l'organisme son action serait toute autre.

L'appétit est augmenté; les combustions et les échanges sont activés, la proportion du sucre de l'urine est abaissée, les malades augmentent de poids. C'est surtout dans le diabète d'origine nerveuse que ce médicament serait particulièrement efficace. Il ne faut pas oublier que l'azotate d'urane est toxique. Néanmoins les malades du Dr Ducan en ont pris sans inconvénient de 0 gr. 30 à 1 gr. 20 par jour pendant plusieurs semaines.

A propos du traitement du catarrhe printanier de la conjonctive,

Par M. le Dr Magnani (3).

En présence de l'insuccès des méthodes habituelles de traitement de la conjonctivite printanière par les lavages antiseptiques, le Dr Magnani a tenté d'appliquer des compresses froides sur les yeux de ses malades.

Il a ainsi obtenu 60 p. 100 de guérisons. De ses observations il déduit cette règle thérapeutique.

D'abord on applique sur les yeux et pendant le plus de temps possible, des compresses glacées; si l'infiltration reparaît, on a recours aux applications chaudes.

Méthode simple et économique pour la stérilisation du lait,

Par M. le Dr Guidi (4) (de Naples).

Le Dr Guidi a fait breveter un appareil pour la stérilisation du lait, reposant sur le même principe que celui de Gentile. Il a voulu seulement remédier au défaut de ce dernier qui est de ne pas toujours se fermer hermétiquement.

Le Dr Guidi a eu l'idée de remplacer le bouchon ordinaire de l'appareil Gentile par une petite sphère en gomme dont l'épaisseur des parois et le diamètre sont calculés de telle sorte, que sous l'influence du vide, qui se produit pendant l'ébullition dans la partie supérieure du flacon non occupée par le lait, il y a contact absolu entre les parois du verre et le bouchon. Pour extraire le bouchon il suffit de comprimer la boule avec le doigt, la sortie a lieu instantanément.

Le Dr Guidi a donné à sa bouteille la forme de celle en usage dans l'appareil Soxlhet.

1. *Medical Record*, 1er janvier 1898, p. 13.
2. *British med. Journ.*, 1897, n° 1920, p. 1044.
3. *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, octobre-décembre 1897, p. 690.
4. *La Pediatria*, février 1898, p. 41.

Valeur clinique du sérum antidiphthérique administré par la voie buccale,

Par M. le Dr Zahorsky (de Saint-Louis) (1).

Dans la pratique, il est souvent difficile, chez les enfants nerveux en particulier, de pratiquer une injection hypodermique.

Aussi il est des cas où il serait désirable de pouvoir employer le sérum par la voie buccale.

D'après M. le Dr Zahorsky (de Saint-Louis) qui a employé ce mode d'administration du sérum dans 8 cas de diphthérie, on obtient ainsi les mêmes effets que par la voie hypodermique. Toutefois l'action du sérum est un peu plus lente à se produire. C'est même la seule objection sérieuse à ce procédé. L'absorption du sérum réclame en effet de 24 à 36 heures, au lieu de 12 qu'il suffit à l'injection hypodermique.

Il est facile d'administrer le sérum aux enfants par la bouche. Il suffit de l'étendre de 1 ou 2 fois son volume d'eau froide.

De même qu'à la suite des injections hypodermiques on peut voir survenir des douleurs articulaires, de l'urticaire ou de l'érythème. Il semble pourtant que ces manifestations tardives de l'action du sérum soient plus rares, lorsqu'on emploie la voie gastrique.

Technique de la ventrosuspension de l'utérus,

Par Aug. Goelet (de New-York) (2).

Il ne faut pas confondre la ventrosuspension et la ventrofixation. La ventrofixation, comme on la pratique habituellement, consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, tandis que la ventrosuspension consiste à attacher la face postérieure du fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure au niveau de l'angle inférieur de l'incision, et au moyen de 2 fils de soie placés de façon à obtenir la plus petite surface possible d'adhérence. Il en résulte que l'organe conserve une partie de sa mobilité et que la grossesse reste ainsi possible.

L'opération se fait ainsi :

La malade ayant été préparée, l'utérus est cureté avec soin, à titre préventif contre la possibilité d'endométrite. Cela fait, on pratique une incision médiane sur l'abdomen, longue de 2 pouces à 2 pouces 1/2, se terminant à 1 pouce au-dessus du pubis. La cavité péritonéale étant ouverte, l'index et le médius de la main gauche y sont introduits, repoussent en haut les anses intestinales. Au moyen de 2 pinces on érigne en dehors à droite et à gauche les 2 lèvres de l'incision péritonéale.

L'utérus ayant été libéré de ses adhérences, on pratique les sutures.

Ces sutures sont au nombre de deux.

La première pénètre d'abord l'épaisseur du feuillet péritonéal et son fascia de dehors en dedans, sans comprendre dans son épaisseur la paroi musculaire, le fil est alors conduit au travers de la partie supérieure et postérieure du fond de l'utérus, pénétrant ainsi le péritoine utérin et les fibres musculaires utérines. Ressortant de l'utérus, le chef terminal est conduit sur la lèvre opposée de l'incision du péritoine abdominal qu'il pénètre de dedans en dehors.

Le second fil est conduit exactement de la même façon, un peu au-dessous du premier. L'utérus se trouve ainsi véritablement suspendu et la pression abdominale est maintenant dirigée sur sa face postérieure.

1. *New York med. Journ.*, 1898, p. 392.
2. *Internat. Journ. of. Surgery*, 1898, p. 103.

Les 2 chefs terminaux des sutures sont liés en avant du péritoine, fermant ainsi la cavité péritonéale.

Ainsi pratiquée, l'opération est absolument inoffensive sous le couvert d'une rigoureuse asepsie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le nouveau Directeur de l'Assistance publique. — Caisse des retraites du corps médical français. — Code pratique des honoraires médicaux.

Le corps médical tout entier applaudit à la nomination de M. le Dr Napias qui vient d'accepter la lourde tâche de réorganiser les services de l'Assistance publique.

Il fallait, en effet, pour occuper dignement la place que la retraite de M. le Dr Peyron laisse aujourd'hui vacante, non point un de ces hommes politiques qui se croient volontiers aptes à remplir toutes les fonctions officielles mais bien un médecin, un hygiéniste, un administrateur. Il fallait surtout un homme à l'esprit droit, au jugement sûr, au caractère tout à la fois ferme et conciliant.

Notre ami M. Napias était désigné moins encore par les fonctions officielles qu'il a su exercer avec la plus grande distinction que par ses titres scientifiques et l'affectueuse estime de tous ceux qui l'ont connu.

A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle qu'il a fondée, au Comité consultatif d'hygiène, au Conseil supérieur de l'Assistance publique il a su montrer qu'il connaissait bien toutes les questions d'hygiène. Au ministère de l'Intérieur sa collaboration éclairée a permis de préparer la loi relative à l'Assistance publique.

Ses livres, ses communications aux Société savantes, ses rapports officiels ont montré non seulement la hauteur de vues avec laquelle il savait envisager les questions les plus difficiles à résoudre, mais encore et surtout sa préoccupation de faire prospérer les œuvres de solidarité et de charité seules capables d'améliorer le sort des classes laborieuses.

Ceux qui le connaissent savent que M. Napias ne se dérobera jamais lorsqu'il s'agira de défendre les actes de son administration et qu'il aura le courage, l'énergie, l'esprit de suite nécessaires pour surmonter les difficultés qu'il va rencontrer.

Celles-ci sont très grandes, nous le savons tous, et c'est pourquoi nous laisserons au nouveau Directeur de l'Assistance publique tout le temps nécessaire pour entreprendre des réformes qui s'imposent.

Il lui faudra non seulement obtenir du corps médical des hôpitaux l'assistance qui lui est nécessaire pour modifier certains errements, imposer à tous une discipline plus rigoureuse, choisir comme directeurs et économes de nos hôpitaux des administrateurs plus éclairés, plus respectueux des droits acquis, mais encore et surtout réformer tout ce qui, en dehors des hôpitaux, grève d'une façon si onéreuse le budget de l'Assistance publique.

Il sera nécessaire que, tout en acceptant de la part du Conseil municipal de Paris une juste surveillance de l'administration des subsides qu'il accorde libéralement aux services de l'Assistance publique, il sache résister à des innovations dangereuses et à des gaspillages qu'un intérêt électoral rend plus fréquents chaque jour.

M. Napias aura, pour défendre ses actes, l'autorité que lui donnent sa haute situation scientifique et ses collègues de l'Académie de médecine, qui lui gardent tous les sentiments de la plus affectueuse estime, sauront lui prêter leur concours et leur appuiyer prés de leurs confrères des hôpitaux.

Nous gardons l'espérance qu'une ère nouvelle va s'ouvrir et que l'administration de M. Napias rappellera celle des Husson et des Davenne.

*
* *

Le *Journal de médecine de Bordeaux* (n° 17, p. 193) publie le rapport financier de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*. Le bilan au 31 décembre 1897 s'élève à la somme de 688 103 fr. 64, ce qui représente un excédent de recettes de 65 070 fr. 64 sur le bilan de l'année 1896.

Le chiffre des cotisations a été de 56 947 fr. 70. Le chiffre des dépenses pour pensions de retraite a été de 15 395 fr. 70 et les frais généraux ne se sont élevés qu'à 2 072 fr. 85.

Le capital de la caisse de réserve est aujourd'hui de 157 867 fr. 63. Le capital inaliénable est de 525 246 fr. 87. La caisse auxiliaire possède 4 989 fr. 14.

Le nombre des adhérents nouveaux n'a été que de 12, ce qui a produit une somme de 4 477 francs.

Durant l'année 1898, la caisse aura à payer 16 243 fr. de pensions et ses revenus sont de 20 136 fr. 90. Tout le reste des encaissements, revenus et cotisations, ira grossir le capital inaliénable et la réserve.

Le rapport de M. le Dr Verdalle montre donc que cette œuvre est en voie de prospérité et qu'elle offre toutes les garanties désirables à ceux des médecins qui, connaissant mieux ce que vaut la prévoyance, devraient songer à s'y faire inscrire.

*
* *

Aux temps où nous vivons, et grâce à la multiplication progressive des associations coopératives et des sociétés de secours mutuels qui considèrent les secours médicaux comme un droit et qui imposent aux médecins un grand nombre de visites faites à des taux souvent dérisoires, la reconnaissance envers les médecins devient trop souvent, comme l'a dit Max Simon, « une vertu de luxe, de surérogation à l'usage de quelques âmes délicates ».

Il importe donc que le médecin puisse se défendre contre ceux qui ne craignent pas de l'attaquer et qu'il sache faire triompher son droit lorsqu'il a affaire à des clients indélicats.

C'est pour permettre à tous ses confrères de bien connaître les ressources que leur offre la législation actuelle que M. le Dr Ch. Floquet vient de faire paraître un *Code pratique des honoraires médicaux* et c'est pour faire ressortir l'utilité de ce livre que nous croyons devoir exceptionnellement le signaler ici.

Ce livre contient en effet non seulement toute une série de documents administratifs utiles à consulter, mais encore, sur les questions les plus litigieuses, des appréciations qui nous ont paru des plus justes. Nous aurons l'occasion d'en citer quelques-unes puisque la solution de ces problèmes déontologiques est si souvent contestée.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Un cas curieux de scoliose congénitale dorso-lombaire,

Par Albert Mouchet,

Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Aide d'anatomie des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer, le 14 août 1897, à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître M. le Dr Broca, un cas de scoliose dorso-lombaire datant de la naissance, dont l'histoire clinique et la radiographie nous paraissent également intéressantes.

Il s'agit d'une fillette de 2 ans, V... Marguerite, que sa mère avait déjà amenée à la consultation du Dr Broca un an auparavant. Elle était née à terme; 8 jours après la naissance, la nourrice remarqua, au niveau de la région dorso-lombaire, la présence d'une « bosse » qu'elle signala aux parents. Cette bosse continua à augmenter peu à peu pendant un an; comme l'enfant prenait bien le sein, que sa santé générale était excellente, les parents ne se préoccupèrent point de cette saillie vertébrale. C'est seulement au bout d'un an qu'ils montrèrent cette bosse à un médecin et, qu'effrayés par le diagnostic de mal de Pott vinrent une première fois consulter M. le Dr Broca. Ce dernier diagnostiqua une malformation congénitale, et ne prescrivit aucun traitement; depuis ce moment la saillie vertébrale resta stationnaire. L'enfant, qui avait commencé à marcher à 11 mois, était dans l'état de santé le plus florissant; elle fut sevrée à 16 mois. Six mois après, un médecin consulté appliqua un corset de Sayre, qui fut gardé 2 mois. Au bout de ce temps, les parents, ne constatant aucune modification de la saillie vertébrale après la suppression du corset, vinrent de nouveau consulter M. le Dr Broca à l'hôpital Trousseau, et c'est alors que nous avons fait avec grand soin l'examen clinique de cette enfant.

La fillette, complètement nue, étant maintenue debout

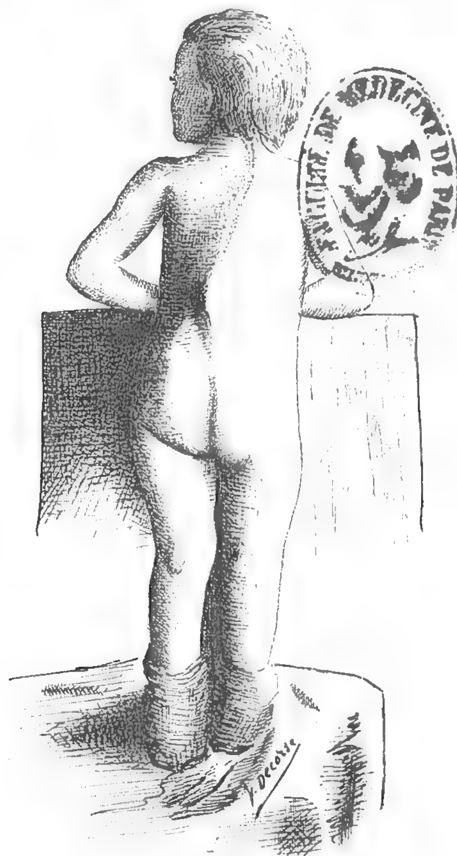


Fig. 1.

devant nous, les jambes rapprochées, voici ce que nous observons : depuis le milieu de la région dorsale jusqu'au niveau du sacrum, c'est-à-dire sur une longueur d'environ 12 centimètres, il existe une *gibbosité* très marquée, constituée par la série des apophyses épineuses de la 8e dorsale à la 4e lombaire. Cette gibbosité n'est pas *exactement médiane;* elle est déviée du côté *gauche* où elle présente une forte convexité. C'est en ce point, au niveau de la 2e vertèbre lombaire environ, que la saillie osseuse est le plus prononcée; elle ne paraît pas, comme dans le reste de son étendue, être constituée par une apophyse épineuse, mais plutôt par la partie latérale gauche de la vertèbre lombaire (fig. 1) (1).

1. Nous devons cette figure comme le dessin radiographique qui suit à l'obligeance de notre ami Decorse, externe des hôpitaux, qui a bien voulu mettre son talent à notre disposition.

Au-dessus de cette déviation vertébrale, nous observons une légère courbure de compensation à convexité droite dans la région dorsale supérieure. L'omoplate droite est légèrement attirée en dehors, et l'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche.

La cage thoracique et le bassin ne présentent aucune déformation apparente.

La palpation de la saillie osseuse n'éveille aucune douleur; l'enfant n'a jamais paru souffrir de sa présence, elle ne s'est jamais plainte. Du reste tous les mouvements du tronc sont normaux; ils ne s'accompagnent point de la moindre raideur; la marche s'exécute aisément et sans fatigue; la fillette court et joue comme les enfants de son âge.

L'examen le plus soigné du squelette ne nous révèle aucun signe de rachitisme. Tous les organes paraissent sains; l'exploration de l'abdomen ne révèle rien d'anormal sur la face antérieure de la colonne vertébrale ou dans les fosses iliaques.

Ajoutons que les parents ont toujours eu une excellente santé, et que les deux sœurs plus âgées de notre fillette n'ont jamais eu besoin de soins médicaux.

Nous sommes, comme on le voit, en présence d'une déviation vertébrale congénitale assez anormale.

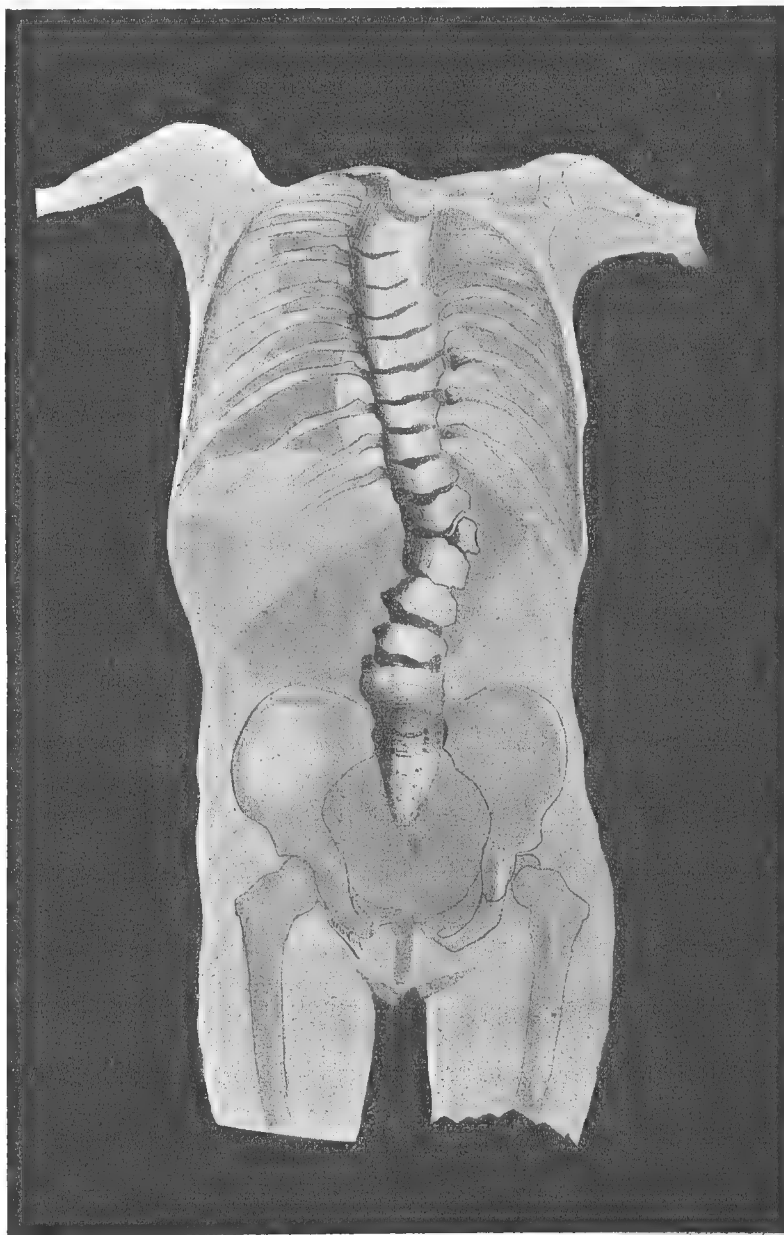


Fig. 2.

Son caractère de congénitalité suffit à éliminer le *mal de Pott*. Aurions-nous affaire à une *scoliose rachitique*? On a vu le rachitisme survenir dans les premières semaines de l'existence, mais ici la saillie vertébrale a été remarquée au bout de 8 jours, c'est dire qu'elle existait à la naissance. D'ailleurs l'enfant n'a jamais présenté aucune espèce de signe de rachitisme, et une manifestation vertébrale isolée aussi précoce serait bien extraordinaire. On a invoqué dans des cas analogues le rachitisme fœtal, mais cette dénomination impropre n'a jamais servi qu'à englober des faits disparates dont la cause première était inconnue. Nous croyons avec la majorité des auteurs qu'il faut entendre par rachitisme fœtal une malformation osseuse survenue pendant la vie intra-utérine. Cette malformation serait due ici probablement soit à des variations numériques des corps vertébraux (excès ou manque), soit à une inégalité de développement des deux moitiés latérales d'une vertèbre.

Il est noté, dans les observations intitulées scoliose congénitale, que le plus souvent la convexité siège à gauche, que son sommet se trouve au niveau de la 8e ou de la 9e vertèbre dorsale, qu'enfin elle s'accompagne souvent de cyphose (1). Mais d'une part le caractère congénital de beaucoup de ces observations est sujet à caution, témoin les faits cités par Adams, Kirmisson (2), Sayre (3); en outre, les difformités multiples signalées dans la plupart de ces observations en même temps que la scoliose, rentrent dans un ordre spécial de monstruosités où notre cas ne saurait prendre place; on a noté en effet chez la plupart de ces enfants le spina-bifida, l'asymétrie crânienne, la microcéphalie, l'anencéphalie, etc. (Robert (4), Busch) (5).

1. Bouvier et Bouland, *Dict. encyclop.* art. *Rachis*, p. 575.
2. Coville, *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 301.
3. *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 144.
4. Robert, Des vices congénitaux de conformation des articulations (th. de concours, avril 1851, p. 45).
5. Cité par Coville, *loc. cit.*

Coville (1), examinant avec soin 1 015 enfants nouveau-nés dans le service de Kirmisson, n'a trouvé qu'un seul cas de scoliose congénitale vraie et isolée chez un garçon bien conformé, de poids normal. « Nulle trace de rachitisme, pas de malformation sur aucune autre partie du corps. La convexité siégeait à droite, tandis que dans les observations, elle est signalée généralement à gauche. »

L'observation que nous publions ici est un nouveau cas de cette affection extrêmement rare, et, plus heureux que Coville, nous avons pu connaître, grâce aux rayons X, la raison d'être de cette scoliose.

M. Vaillant, de la Clinique Baudelocque, a radiographié le tronc de l'enfant après anesthésie au bromure d'éthyle, et nous avons pu constater sur le cliché avec la plus parfaite netteté l'existence d'un coin osseux interposé entre la 1re et la 2e vertèbre lombaire du côté gauche.

La figure 2 ci-jointe calquée sur le cliché en rend un compte exact.

Cette pièce osseuse supplémentaire paraît adhérer au bord supérieur de la 2e vertèbre lombaire, tandis qu'elle est nettement distincte de la 1re. Elle présente son sommet en dedans sur la ligne médiane, sa base en dehors, débordant le niveau des faces latérales des vertèbres sus- et sous-jacentes. Ajoutons que ces vertèbres ont une conformation absolument normale, et que rien ne semble indiquer un amoindrissement quelconque de leur volume.

Nous avons cru qu'il y avait intérêt à publier cette observation de scoliose congénitale et à noter la valeur toute particulière que lui donne la radiographie.

1. Coville, *loc. cit.* p. 312.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

SESSION DE MAI 1898

Rhinite pseudo-membraneuse.

M. A. Cartaz (Paris). — On est aujourd'hui à peu près d'accord pour admettre que, dans la majorité des cas, la rhinite pseudo-membraneuse est une rhinite diphthérique, à forme atténuée. Les recherches bactériologiques décèlent dans les membranes la présence du bacille court de la diphthérie.

L'observation que relate M. Cartaz confirme la nature spécifique de cette forme de coryza, mais elle emprunte son intérêt au réveil local d'une manifestation syphilitique chez un sujet indemne de tout accident depuis une dizaine d'années.

Hématome, abcès et kyste séreux de la cloison nasale.

M. J. Gare (Lyon). — L'auteur appelle l'attention sur cette affection relativement rare. Pour sa part, il n'en a observé que 9 cas, dont six abcès et trois kystes séreux. Il fait remarquer toutefois que les abcès doivent être plus fréquents, mais qu'un grand nombre de cas évoluent en dehors de toute intervention médicale.

La lésion est le plus souvent d'origine traumatique. Mais on peut aussi voir l'abcès survenir au bout de quelques jours sans hématome antécédent, par contamination de la plaie de la pituitaire.

Les collections séreuses sont moins fréquentes que les abcès. M. Garel en cite trois observations personnelles. Quant aux abcès, il en rapporte six observations. Un seul se compliqua de perforation de la cloison. Ces perforations sont en général peu fréquentes et sont ordinairement la conséquence des abcès ouverts spontanément.

Phlegmon du cornet inférieur avec nécrose de la lamelle osseuse.

M. Delie (Ypres). — Le malade, âgé de 35 ans, avait présenté à plusieurs reprises tous les symptômes d'un phlegmon dentaire au niveau de la joue droite. Malgré de larges débridements la suppuration ne fut point tarie au niveau de la gencive. Le nez, complètement obstrué à droite, était également le siège d'un écoulement muco-purulent; le malade, en un mot, présentait tous les symptômes d'un empyème du sinus maxillaire; cependant l'examen du sinus démontra son intégrité. Une exploration minutieuse avec un stylet introduit par la fistule du sillon gingival permet de découvrir dans la profondeur, sur le côté du nez, un fragment osseux dénudé et mobile. Tout mouvement du stylet était perçu par le malade qui le localisait dans le nez. Bientôt il n'existait plus de doute : ce séquestre n'était autre chose que la lamelle osseuse du cornet inférieur. Pour obtenir la guérison rapide et complète, il a suffi d'inciser tout le cornet d'arrière en avant, de débrider et d'extraire cette lamelle osseuse.

Un cas d'intubation prolongée dans le croup.

M. Bonain (Brest). — Séjour du tube chez un enfant de 7 mois, pendant 390 heures en neuf reprises dans l'espace de 22 jours. Guérison. Cette observation rare est intéressante à trois points de vue : 1° le jeune âge de l'enfant, le nombre des interventions (9 intubations) et le long séjour du tube dans le larynx; 2° l'efficacité remarquable de l'intubation aidée de la respiration artificielle comme intervention rapide, ayant pu ramener à la vie un enfant considéré comme venant de succomber; 3° l'emploi des nouveaux tubes d'O'Dwyer, en ébonite, remarquables par leur légèreté et leur inaltérabilité au contact des parois du larynx, qualités des plus précieuses, surtout dans les intubations de longue durée.

Insuffisance nasale causée par la proéminence exagérée de l'arc antérieur des premières vertèbres cervicales.

M. Mendel (Paris). — Une cause d'insuffisance nasale assez rare est constituée par la saillie exagérée de l'arc antérieur de l'atlas et de l'axis. Dans ces cas, on constate, à l'examen ou au toucher pharyngien, l'existence d'une proéminence dure, résistante, de la paroi supérieure du pharynx. Située dans le cavum, cette tumeur osseuse restreint la respiration nasale au même titre que les végétations adénoïdes; située au niveau du pharynx buccal, la tumeur osseuse s'avance au contact du voile du palais et intercepte le passage de l'air inspiré par le nez.

Cette lésion, que M. Mendel a observée quatre fois, n'a jamais coïncidé soit avec le rachitisme, soit avec la tuberculose ou la syphilis; il ne peut donc formuler d'opinion sur sa nature ni sur sa thérapeutique, en dehors d'un traitement banal : air de la mer, phosphate de chaux, etc. Il y a lieu d'espérer que, la tumeur n'augmentant pas, la croissance générale de la gorge et du rhino-pharynx peut diminuer considérablement l'insuffisance nasale due à cette cause.

Dans 3 observations sur 4, il y avait coexistence, avec cette saillie osseuse, de végétations adénoïdes ordinaires. L'ablation de ces végétations sera indiquée dans ces cas, mais ne donnera évidemment pas les résultats complets auxquels nous sommes habitués. L'insuffisance nasale due à la tumeur osseuse persistera naturellement.

Un cas de corps étranger du canal nasal gauche avec épreuve radiographique. Durée du séjour 42 ans. Extirpation.

M. Mounier (Paris). — Malade de 56 ans, portant depuis l'âge de 14 ans dans le canal nasal gauche une canule intro-

duite à cette époque pour la dilatation du conduit et qu'on y avait oubliée.

Le larmoiement et surtout la rhinite purulente du côté gauche ont amené la malade chez M. Mounier qui a trouvé la cause des accidents et a pu extirper la portion inférieure du corps étranger.

La radiographie lui ayant démontré ultérieurement la présence dans le canal nasal de la partie supérieure de la canule, il a pu, par la voie endo-nasale, l'amener dans le méat inférieur et l'extraire. Les accidents de larmoiement et de sécrétion purulente ont cessé du coup.

Rétrécissement brusque de la trachée.

M. Texier (Nantes). — Le nommé H. G..., âgé de 15 ans 1/2, serrurier, est pris subitement, le 20 mars 1898, d'un étranglement en mangeant son potage. Dyspnée violente. Accès de suffocation avec perte de connaissance pendant 1/2 heure. Nuit relativement assez calme. Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. A eu en 1896 une pleurésie droite avec épanchement de courte durée. Dans la suite aucun signe bacillaire pulmonaire. Le lendemain matin, examen du malade : poumons, cœur, aorte, œsophage, pharynx normaux. Inspection du cou : pas de déformation ni ganglion, un peu de tirage. Examen laryngoscopique, toutes les parties du larynx ne présentent aucune lésion, les cordes vocales sont normales et sans trace de paralysie. Glotte large permettant d'examiner complètement la trachée. A la partie inférieure de la trachée un rétrécissement assez notable. A ce niveau le point rétréci présente la forme d'un ovale à direction oblique de droite à gauche et d'arrière en avant. La paroi postérieure de la trachée semble repoussée en avant. La lumière de la trachée semble, par ce fait, réduite de moitié.

La trachéotomie, pratiquée le plus bas possible, ne donne aucun résultat, le rétrécissement étant 4 à 5 centimètres au-dessous; les canules ne peuvent le franchir, et faute de dilatateurs, on met un fort drain qui est bientôt aplati. Le malade meurt quelques minutes après. Pas d'autopsie. Il s'agissait probablement d'un rétrécissement aigu de la trachée par un ganglion trachéo-bronchique.

Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent.

MM. Raoult et **Thiry** (Nancy). — Ces amygdalites, déjà décrites par Moure, Mendel, Vincent et Lemoine sont caractérisées par une fausse membrane sous laquelle se développe une ulcération simulant un chancre ou une ulcération syphilitique de la période tertiaire. Il y a peu de fièvre, peu de réaction ganglionnaire, haleine fétide. La marche est lente, le diagnostic se fait par le microscope.

Le meilleur traitement consiste en badigeonnages à la glycérine formalée (glycérine neutre 20 grammes, formaldéhyde 6 gouttes).

Le diagnostic de cette forme d'amygdalite se fait surtout par le microscope.

Dans 4 cas, les bacilles étaient accompagnés de nombreux spirilles. A côté de ces formes se trouvaient, mais en petit nombre proportionnellement, des streptocoques, des pneumocoques, des coli-bacilles. Ni les spirilles ni les bacilles n'ont cultivé.

De la non-ingérence du nerf facial dans les paralysies du voile du palais.

M. Lermoyez (Paris) communique l'observation d'un homme qui, à la suite d'un cancer du larynx, présenta une énorme adénopathie secondaire de la partie supérieure latérale gauche du cou. Celle-ci eut pour conséquence de déterminer les troubles de motilité suivants :

1° Une paralysie de la moitié gauche de la langue avec atrophie légère.

2° Une paralysie complète de la moitié gauche du voile du palais avec déviation classique de la luette à droite, inertie de l'arc palatin gauche et immobilisations des deux piliers correspondants.

3° Une paralysie de la corde vocale gauche, en position médiane.

4° L'absence de tout trouble paralytique du côté de la face.

A l'autopsie on constata que les 10°, 11° et 12° paires gauches étaient écrasées par des ganglions cancéreux au milieu desquels il était impossible de les suivre. En revanche le nerf facial gauche fut trouvé absolument intact et, ni dans le tronc de ce nerf étudié depuis son origine bulbaire jusqu'à sa sortie par le trou mastoïdien, ni dans le nerf grand pétreux superficiel, on ne put trouver, au microscope, de fibres nerveuses dégénérées.

L'anatomie nous enseigne que le voile du palais est innervé par le facial; la physiologie expérimentale démontre au contraire que cette innervation vient du vago-spinal; l'observation rapportée par M. Lermoyez prouve que l'anatomie a tort de s'appuyer sur la clinique et lui donne un démenti formel.

Contribution à l'étude de la syphilis nasale.

M. Vacher (Orléans). — La syphilis secondaire et tertiaire affectionne particulièrement le pharynx nasal, et les fosses nasales. Elle s'y cantonne, produisant des lésions irréparables, si un traitement énergique n'arrive pas à les prévenir ou à les arrêter. Dans les 3 observations suivantes, les malades étaient porteurs de lésions tertiaires totalement méconnues. Elle sont intéressantes par la variété, le nombre, la gravité des lésions. Dans la première, la syphilis est reconnue dès le début, soignée activement. Malgré cela les lésions tertiaires apparaissent très graves : séquestre du vomer et du palatin, de l'apophyse basilaire, perforation vélo-palatine, ulcérations des pavillons des trompes, etc.

Toutes ces lésions guérissent grâce aux irrigations mercurielles rétro-nasales et au traitement iodo-mercuriel très énergique. Dans la seconde observation : femme enceinte de trois mois, syphilis méconnue, perforation velo-palatine, grande ulcération du pli salpingo-pharyngien, large ulcération du voile, accidents descendant jusqu'à la base de la langue et limités au côté gauche du pharynx. Action rapide du traitement mixte, durée normale de la grossesse, survie de l'enfant. Dans la troisième observation, syphilis méconnue, complications nasales typiques de la syphilis tertiaire, nécrose des os propres, rhinite atrophique, cécité complète à gauche, perception lumineuse à droite, large ulcération du voile, adhérence à la paroi pharyngienne. Traitement classique intensif, produit rapidement amélioration : cicatrisations pharyngo-nasales, retour incomplet de la vision même de l'œil gauche.

M. Vacher insiste sur les avantages des irrigations rétro-nasales abondantes, faites régulièrement et prudemment à cause de l'étendue et de la profondeur des lésions. Elles arrêtent les progrès des ulcérations en enlevant les croûtes sous lesquelles elles s'étendent et favorisent l'action du traitement général qui doit être longtemps prolongé. Ces observations sont une nouvelle preuve qu'on ne saurait trop pratiquer la rhinoscopie antérieure et postérieure dans tous les cas où le pharynx supérieur, les fosses nasales peuvent être mis en cause. L'oubli de cet examen n'est plus permis avec nos moyens actuels d'investigation. Seul il permet d'apercevoir les premières manifestations de la syphilis nasale et de parer aux graves complications qui ne tardent pas à se produire si on néglige un traitement local approprié et surtout le traitement général intensif.

Remarques sur le traitement des perforations du tympan par l'acide trichloracétique.

M. Miot (Paris). — Avant de commencer ce traitement, il faut s'assurer si l'occlusion de ces perforations avec un tympan artificiel augmente l'audition.

D'une manière générale, on peut faire cicatriser toute perforation, petite ou grande, lorsqu'elle n'est pas limitée dans une certaine étendue de sa circonférence par une partie osseuse. Plus ses bords sont épaissis et indurés, plus ils se recouvrent difficilement de tissu cicatriciel.

L'intervalle entre chaque cautérisation est de huit jours en moyenne. Dans les cas rebelles on alterne les incisions rayonnées des bords de la solution de continuité avec l'acide trichloracétique, ou bien on emploie le galvano-cautère.

Sur 51 perforations, il y a eu :

1° Au point de vue de la cicatrisation : 49 guérisons;

2° Au point de vue de l'audition : 2 fois aggravation de la surdité; 49 fois audition plus ou moins satisfaisante.

Sinusites maxillaires diverticulaires et cloisonnées.

M. Boulay (Paris). — Il est deux variétés d'anomalie de structure du sinus qui peuvent entraîner en clinique des difficultés de diagnostic et de traitement utiles à connaître. Ce sont d'une part les cloisonnements du sinus, de l'autre, l'extension de cette cavité au delà de ses limites habituelles sous forme de récessus, ces deux sortes d'anomalies pouvant d'ailleurs s'associer.

Ces malformations n'ont guère été étudiées jusqu'ici qu'au point de vue anatomique; l'auteur a eu l'occasion d'en observer cliniquement deux cas.

Dans le premier, il existait tous les signes classiques d'un empyème maxillaire vulgaire et cependant le sinus, ouvert par l'alvéole de la seconde prémolaire, se montra vide de pus. Ce fait paradoxal trouvait son explication dans l'existence d'une cloison verticale antéro-postérieure qui divisait le sinus en deux cavités secondaires, l'une interne plus vaste qui seule avait été ouverte, l'autre externe qui était le siège de l'empyème et s'ouvrait dans le méat moyen par un orifice particulier.

Chez le second malade une anomalie analogue existait dans la région inféro-interne du sinus. Les symptômes consistaient dans un abaissement progressif de la voûte palatine du côté gauche et dans l'écoulement intermittent d'un peu de mucopus, qui du nez tombait dans le pharynx.

Ce pus provenait d'une cavité creusée dans l'apophyse palatine du maxillaire et qui pouvait être considérée comme un récessus palatin du sinus maxillaire, anomalie décrite par les anatomistes, mais avec cette particularité en plus que ce récessus était séparé de la cavité du sinus par une cloison complète.

On peut critiquer les termes de sinusites maxillaires accessoires, diverticulaires ou cloisonnées ici employés.

Chez le premier malade on pourrait soutenir qu'il s'agissait d'une cellule ethmoïdale excessivement développée qui se serait insinuée entre le plancher de l'orbite et la paroi supérieure du sinus maxillaire pour venir occuper une partie de l'espace habituellement réservé à celui-ci. C'est là une pure affaire de dénomination. Qu'il suffise de savoir qu'il peut exister dans le maxillaire supérieur des cavités pneumatiques indépendantes du sinus qui y est normalement creusé et qui sont susceptibles, ainsi que lui, de devenir le siège d'empyèmes plus ou moins latents.

XVIe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 13 au 16 avril 1898.

L'acide urotinique.

M. Minkowski a trouvé dans l'urine de chiens, dont l'alimentation contenait du thymus de veau ou des nucléines provenant de cette glande, une substance azotée, jusqu'ici inconnue et qui, chimiquement, paraît être l'acide imido-pseudo-urique. Cet acide, que M. Minkowski appelle urotinique et qui est un produit d'oxydation des bases nucléiniques et plus spécialement de l'adénine, existe dans l'urine du chien en quantité souvent 20 fois plus considérable que l'acide urique. Il existe peut-être aussi chez l'homme, soit comme produit terminal de la transformation de la nucléine, soit comme produit intermédiaire dans la production de l'acide urique.

Sur la réaction dans l'intestin grêle.

M. Matthes (d'Iéna) conclut des recherches qu'il a entreprises sur des hommes porteurs de fistules intestinales, sur des cadavres frais, puis sur des chiens et des reins que la réaction du contenu intestinal est alcaline, en raison surtout des carbonates et en raison aussi des phosphates. Le contenu intestinal est saturé par l'acide carbonique libre, dont la présence assure la condition la plus favorable à l'activité des ferments et se trouve révélée par sa réaction acide à l'égard de la phénolphtaléine, du curcuma, etc. On peut déceler aussi, dans l'intestin, des acides gras libres, mais sans influence sur sa réaction générale.

Normalement, la graisse y séjourne assez longtemps pour que l'intestin ne soit pas surchargé d'acides gras; mais une alimentation abondante en graisses impose un travail exagéré et une véritable surcharge à l'estomac qui a pour fonction d'en régulariser le débit à l'entrée du tube intestinal.

Affections tabétiformes expérimentales.

M. Edinger (de Francfort-sur-le-Mein) a fait une série d'expériences pour vérifier un fait que lorsqu'on exige d'une fibre nerveuse un travail anormal, la restauration qui doit assurer son fonctionnement à l'état normal devient insuffisante et qu'il en peut résulter une altération de la fibre nerveuse. Les parésies de surmenage en fournissent de nombreux exemples.

Les expériences faites par M. Edinger ont porté sur des rats sains, auxquels on imposait un travail pénible et prolongé. Dans ces conditions on constate qu'il se produit chez eux des altérations de la moelle, et notamment une lésion des cordons postérieurs et des racines postérieures tout à fait analogue à celles du tabès. Ces fibres nerveuses subissent une dégénérescence progressive. Mais on peut obtenir beaucoup plus rapidement ces altérations tabétiformes en maintenant ces animaux en état d'anémie pendant toute la durée de l'expérimentation par les injections de pyrodine.

On peut s'expliquer dès lors comment les diverses particularités du tableau symptomatique tabétiforme se manifestent, d'une manière successive, suivant l'ordre des exigences imposées aux diverses fonctions d'un organisme en état pathologique, comment les alternatives de l'éclairage amènent, dans ces conditions, la disparition du réflexe pupillaire et comment les efforts d'accommodation aboutissent à l'abolition du réflexe correspondant, comment aussi les appareils statiques et les réflexes tendineux se trouvent exposés à de précoces altérations, et comment enfin la participation des neurones moteurs, plus résistants, se traduit d'une manière plus tardive par l'atrophie des muscles de la langue et d'autres organes encore. L'innervation de l'estomac et des organes cervicaux est plus rarement touchée. Quant à la paralysie vésicale, occasionnée par l'habitude de retenir trop longtemps son urine, elle peut être évitée, et l'on peut, d'ailleurs, en se réglant sur des préceptes conformes à la théorie précipitée, enrayer le progrès de l'ataxie et des symptômes tabétiques.

En ce qui concerne le traitement du tabès au moyen des mouvements, il faut s'en méfier toutes les fois qu'on n'est pas en mesure de faire équilibre au poids des membres à l'aide de de contrepoids gradués d'une façon précise, car tout effort chez un tabétique peut aboutir à la perte du neurone correspondant.

M. Sticker (de Giessen) cite deux cas qui montrent qu'il est des sujets chez lesquels tel ou tel organe est inapte à fournir un travail identique à celui qu'exécute le même organe chez la plupart des individus. Chez un jeune homme, d'apparence normale, qui s'était livré pendant une vingtaine de jours seulement à l'étude du cor de chasse et qui succomba 3 semaines plus tard à un emphysème aigu du poumon M. Sticker a examiné les branches pulmonaires du pneumogastrique, en raison de l'insuffisance fonctionnelle présumée, et a trouvé le volume de faisceaux nerveux en question moitié moindre environ que d'ordinaire. Chez un sommelier qui mourut d'épuisement à la suite d'une dilatation de l'estomac, sans trace d'altération pylorique, il trouva comme unique lésion à l'autopsie, en dehors de l'ectasie gastrique, une diminution des faisceaux nerveux du vague par suite d'une dégénération d'origine indéterminée. La capacité fonctionnelle d'un organe paraît donc en relation avec le nombre des fibres nerveuses qui s'y rendent, et la diminution de ces éléments peut être mise vraisemblablement, dans maints

cas, sur le compte d'une anomalie congénitale ou de quelque intoxication d'origine infectieuse.

Des injections sous-arachnoïdiennes.

M. Paul Jacob a pu constater que chez le chien l'injection de chlorure de sodium à 0,1 p. 100 dans l'espace sous-arachnoïdien, même à la dose de 70 centim. cubes, ne provoque aucun symptôme de compression. Des injections de solution de bleu de méthylène, surtout lorsque cette matière se trouvait mélangée à la solution de chlorure de sodium à 0,1 p. 100. produisirent une coloration manifeste de toute l'arachnoïde jusque dans l'encéphale et les régions avoisinant les nerfs crâniens ainsi que les nerfs rachidiens, sans que la coloration ait apparu dans les urines. Mais, après l'emploi d'une solution physiologique de chlorure de sodium, le bleu de méthylène se montra dans l'urine dès la seconde ou la troisième heure et il se produisit, dans ce cas, de vives douleurs avec hyperthermie, vomissements et parésie des extrémités; tous ces symptômes disparurent en moins de 24 heures.

Des injections de 150 centim. cubes de solution de chlorure de sodium à 0,1 p. 100, chez des femmes atteintes d'hystérie ou de paralysie progressive, furent laissées 24 heures dans l'espace sous-arachnoïdien, sans donner lieu au moindre symptôme réactionnel. La surproduction pathologique du liquide cérébro-spinal ne joue donc, par elle-même, qu'un rôle très subalterne dans la symptomatologie de la méningite, et la simple ponction lombaire ne saurait à cet égard offrir un intérêt thérapeutique considérable. D'ailleurs, dans les diverses formes de méningites infectieuses, il se produit, outre les exsudats, des altérations de la substance cérébrale même.

L'injection d'une solution chloralée à 4 p. 100 ne provoque aucun symptôme réactionnel; en revanche, après l'injection de 25 centim. cubes d'une solution d'iodure de potassium à 4 p. 100 survinrent très rapidement dss symptômes violents d'intoxication (paralysie des extrémités postérieures, rubéfaction des conjonctives, salivation, hyperthermie, etc.) qui tous disparurent en moins de 24 heures. L'iode apparut dans l'urine au bout de 6 heures seulement, pour y persister pendant une soixantaine d'heures et y passer, peu à peu, en quantité presque égale à la dose injectée. Chez des chiens tués moins d'une heure après l'injection, on retrouve dans la moelle et dans l'encéphale plusieurs milligrammes d'iode; chez des chiens sacrifiés seulement au bout de 16 heures, on ne rencontre plus d'iode dans l'axe cérébro spinal, mais on en décèle dans le sang ainsi que dans divers organes (corps thyroïde, muscles, etc.).

Des paralysies de la branche externe du spinal.

M. Sternberg (de Vienne) a fait des recherches sur des singes, qui lui ont permis d'établir que le sterno-mastoïdien ne reçoit de fibres motrices que du spinal et que les nerfs cervicaux n'envoient dans ce muscle que des fibres sensitives. Le trapèze reçoit, au contraire, des fibres motrices aussi bien des nerfs cervicaux que du spinal.

D'autre part, M. Sternberg a observé récemment un cas de paralysie isolée du nerf accessoire de Willis par suite d'une élongation produite en soulevant le sujet par la tête. Les symptômes confirmèrent l'hypothèse de Remak, d'après laquelle la portion acromiale du trapèze reçoit ses fibres motrices des branches cervicales.

Sur la bactériologie de la syphilis.

M. van Niessen a employé, dans le but d'isoler le contage au moyen de cultures, les parties de moelle osseuse et de cartilage qui avoisinent les lignes épiphysaires sur les cadavres d'enfants hérédo-syphilitiques; une fois les os longs ou les côtes débarrassés des parties molles et lavés au sublimé, puis fendus dans le sens de la longueur, il en a enlevé par le grattage au moyen de lames stérilisées des particules, recueillies à l'intérieur, pour les porter dans le bouillon stérilisé. Après un séjour de 24 à 48 heures dans l'étuve, il a vu se développer des streptobactéries, d'une espèce absolument semblable à celles qu'il a obtenues par la culture du sang de sujets atteints de paralysie progressive et de tabès d'origine spécifique. Dans ces derniers cas, M. van Niessen a employé le sang de syphilitiques arrivés à la période tertiaire, en évitant de s'adresser à des malades qui subissaient ou qui venaient de subir un traitement mercuriel.

L'injection intraveineuse et l'injection hypodermique de culture pure provenant du sang syphilitique produisit, chez deux porcs, une infection qui se manifesta, au bout de 8 jours, par des indurations tardives et par un exanthème consistant en macules rougeâtres. Le même procédé d'infection expérimentale donna lieu aux mêmes manifestations chez des lapins, dont l'accouplement, réalisé quelques semaines plus tard, eut pour résultat la mise bas prématurée de 7 avortons.

De l'hyperthermie dans la fièvre.

M. Krehl (d'Iéna) conclut de ces expériences que dans les processus destructifs qui caractérisent la fièvre, la décomposition porte principalement, sinon exclusivement, sur les albuminoïdes : non seulement l'organisme perd toujours une quantité exagérée d'albumine en cas de fièvre, mais encore le mode de transformation des albuminoïdes est altéré. Chez les fébricitants, une partie des protéines subit une désagrégation hydrolytique, comme l'indique régulièrement l'apparition d'albumoses dans les urines. L'excrétion de ces produits de l'hydratation des albuminoïdes montre nettement qu'il se forme, dans la fièvre, des substances susceptibles d'influencer ou même de léser les régions déterminées de l'axe cérébro-spinal qui commandent la régulation des contractions vasculaires et de la calorification individuelle. Les albumoses, en effet, sont en mesure d'agir, par elles-mêmes, sur les cellules nerveuses en question, et les troubles observés dans l'émission de la chaleur se trouvent ainsi sous la dépendance des altérations de la calorification.

De l'urine des pneumoniques.

M. F. Pick (de Prague) a constaté que des pneumoniques, 24 heures après la chute critique de l'hyperthermie, l'urine, jusqu'alors fortement acide, perd de son acidité pour devenir neutre, mais recueillie plus tard elle est souvent alcaline. Ce phénomène, qui a été constaté 31 fois sur 38 cas, dure 24 à 36 heures, et se trouve suivi d'un retour à la réaction acide.

L'excrétion des phosphates est augmentée, mais non celle de l'ammoniaque et des carbonates. L'excrétion de l'acide phosphorique n'est pas diminuée et celle des alcalis fixes est très augmentée; c'est, conformément aux indications de Salkowsky, la soude qui, pendant ce temps, est excrétée en plus grande quantité.

Cette modification dans la réaction de l'urine est vraisemblablement une conséquence de la résorption de l'exsudat, ou, plus exactement, de la soude qui y est contenue en forte proportion.

M. Paul Jacob croit que ce phénomène est peut-être en rapport avec l'hyperleucocytose qui s'observe dans les pneumonies bénignes jusqu'au moment de la crise et qui disparaît à ce moment.

De la suppuration d'origine chimique en thérapeutique.

M. Mayer (de Simmern) a constaté que l'injection hypodermique ou parenchymateuse de diverses substances pyogènes (baume du Pérou, térébenthine, etc.) et l'application de ces substances sur une plaie fraîche anfractueuse exposent à une extension de la suppuration par les voies de l'inhibition et de la circulation lymphatique ou sanguine. En revanche, leur application après stérilisation préalable et après dilution suffisante peut être réalisée sans inconvénient sur une surface étendue, aussi bien que sur les lèvres d'une incision ou sur la membrane d'un abcès. Dans quelques cas aussi leur emploi devient possible à la suite d'une mortification superficielle des tissus par électrolysation ou par cautérisation.

Cette médication est justifiée, moyennant une surveillance régulière de l'état général et du fonctionnement des organes urinaires et respiratoires, dans les cas de processus phlegmoneux,

d'infiltration précédant la suppuration, de suppuration produite par quelque autre agent pyogénique. Elle réussit souvent dans des circonstances où précisément la guérison spontanée peut se produire par suppuration, notamment dans l'actinomycose et la tuberculose (abcès froids, adénopathies, fongosités osseuses ou articulaires et ulcères fongueux); mais en cas de tuberculose trop avancée, on devra redouter une aggravation de l'état général.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 Mai 1898.

Lésions expérimentales de la couche optique et du noyau caudé chez le chien.

MM. Sellier et **Verger** ont pratiqué les destructions limitées de la couche optique et du noyau caudé du chien à l'aide de l'électrolyse bipolaire. Ils ont fait trois expériences sur la couche optique et une sur le noyau caudé.

A la suite des lésions de la couche optique ils ont trouvé des troubles visuels, des sens tactile et musculaire, sans troubles moteurs ni analgésie, mais ces troubles sont passagers.

Les lésions du noyau caudé entraînent des paralysies et des troubles sensitifs identiques à ceux qu'on observe dans les lésions du gyrus sygmoïde.

Quelques modifications au procédé de Nissl pour la coloration élective des cellules nerveuses.

M. E. de Gothard. — On sait que le temps difficile du procédé de Nissl est la différenciation exacte des principales portions de la cellule nerveuse (substance chromatique et achromatique, noyau et nucléole, prolongements protoplasmiques et cylindraxile). M. de Gothard, à la suite de diverses expériences, propose le liquide décolorant suivant :

Huile de cajeput, 40 centim. cubes; xylol, 50 centim. cubes. Ce liquide pénètre facilement la coupe, il dissout la celloïdine qui s'oppose toujours à une bonne différenciation à cause de son avidité pour les couleurs d'aniline. Il absorbe rapidement la matière colorante partout où elle ne doit pas persister. Son emploi est commode, d'une sûreté très grande. Voici comment il faut procéder : la coupe, faite de 5 à 20 millimètres sur des morceaux inclus dans la celloïdine, est colorée 25 heures dans le bleu polychrôme d'Unna. Après lavage dans l'alcool rectifié à 80°, elle passe dans un premier bain décolorant jusqu'à ce que le bain n'absorbe plus aucune parcelle de la couleur bleue. La différenciation est contrôlée au microscope avec un faible grossissement. Puis la coupe est lavée dans l'alcool absolu, éclaircie dans l'huile de cajeput et le xylol, montée dans la résine Dammar au xylol; soustraite à la lumière solaire, elle se conserve indéfiniment.

Intégrité des fibres myéliniques de l'écorce cérébrale dans trois cas de tabès dorsalis ancien.

M. Cl. Philippe et **Decroly.** — On discute encore, en neuropathologie, sur la part qui revient aux lésions de l'écorce cérébrale dans la symptomatologie du tabès dorsalis. Certains auteurs font cette part considérable, puisque M. Jendrassik a pu écrire : « Il est très vraisemblable que le plus grand nombre des symptômes tabétiques dépend d'une lésion corticale; dès lors, le tabès dorsalis devient une maladie du cerveau, et non une maladie de la moelle ». Pour vérifier le bien fondé de cette opinion diamétralement opposée à la doctrine de Charcot et Pierret, MM. Cl. Philippe et Decroly ont étudié l'état des fibres myéliniques intra-corticales dans trois cas de tabès avancé et pur. Ils insistent sur l'importance de la technique dans ces recherches qui s'appliquent aux fibres très fines de la substance grise. Ils ont employé le procédé de Weigert-Pal, avec la modification de Kultschitzky, en surveillant minutieusement la décoloration qui peut conduire à une grosse erreur d'interprétation quand elle a été poussée trop loin. Ils conseillent d'arrêter la décoloration, quand les noyaux des méninges, les cellules nerveuses, les globules sanguins des vaisseaux apparaissent en brun bistre sur le fond de la préparation. Les recherches ont porté, en tout, sur 103 circonvolutions débitées en un millier de coupes environ. La conclusion est que les fibres myéliniques, intra-corticales, restent intactes durant toute l'évolution du tabès dorsalis vulgaire; elles ne jouent aucun rôle, ni dans la symptomatologie de la maladie, ni dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière; l'intégrité des fibres tangentielles, même dans le tabès ancien, contraste singulièrement avec leur disparition, à peu près totale, au cours de la paralysie générale vraie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 Mai 1898.

Le sérum antitétanique dans le tétanos.

M. Monod communique l'observation d'une femme de 56 ans, alcoolique, atteinte d'une luxation compliquée du poignet, dans laquelle fut pratiquée une injection préventive de sérum antitétanique.

La plaie infectée suppura et, le 14e jour, apparurent des spasmes dans le membre atteint, ainsi qu'un peu de raideur de la nuque. L'amputation fut pratiquée 10 heures après le début des accidents, en même temps qu'était faite une nouvelle injection de sérum antitétanique. La malade guérit.

Il est difficile de dire si c'est l'amputation ou la nouvelle injection de sérum qui a amené la guérison. En tout cas, M. Monod pense que cette injection n'a pas été étrangère à la guérison survenue après l'amputation.

M. Berger, partisan de l'amputation, estime que l'opération n'a d'autre but que de supprimer un foyer de microbes et de toxines; elle met les malades en meilleur état de résistance, mais elle ne guérit pas assurément, à proprement parler, le tétanos.

M. Quénu est de cet avis et pense que l'exérèse est d'autant plus utile qu'il est, pour ainsi dire, matériellement impossible de désinfecter un foyer tétanique, comme il s'en est assuré récemment en ayant recours à des cultures et à des inoculations.

Psychoses post-opératoires.

M. Ollier signale plusieurs cas de psychoses anté-opératoires qu'il attribue à la peur, à la phobie opératoire dont l'action est la même que celle de toute impression psychique violente. Ces cas sont devenus plus rares depuis la période antiseptique.

Quant aux psychoses post-opératoires, M. Ollier estime que certains cas sont attribuables à l'intoxication anesthésique. C'est ainsi que le chloroforme lui paraît devoir y donner naissance plus souvent que l'éther. Il a vu survenir, par exemple, des accidents psychiques après l'application de pointes de feu profondes, sous chloroforme; la psychose dura plusieurs mois, et la malade guérit; les lésions ayant augmenté, on dut pratiquer une nouvelle intervention, il conseilla l'éther, et il n'y eut aucun incident consécutif. De même chez une autre malade, qui subit, sous chloroforme, trois opérations pour un cancer du sein, et eut, à chaque fois, des troubles psychiques; on opéra une quatrième fois sous l'éther, et rien ne survint.

M. Ollier a encore vu des psychoses graves, se terminant parfois par la mort, chez des vieillards venus de la campagne se faire opérer pour une cataracte. Il y a là une influence manifeste due au changement de milieu.

M. Le Dentu a observé, jusqu'en 1890, 12 cas de psychoses post-opératoires. Depuis cette époque il a observé 11 cas nouveaux : 5 fois l'opération porta sur l'appareil génital de la femme, et 6 fois sur les autres appareils.

En 1890 il avait relevé 68 observations, dont 38 avaient trait à des psychoses consécutives à une affection utéro-ovarienne. Aussi a-t-il pensé qu'il y avait là une corrélation qu'on ne saurait nier. Il n'a pas changé d'avis aujourd'hui, et, au cours de

cette discussion même, on a cité 33 cas ayant trait à des interventions sur l'appareil utéro-ovarien, contre 14 autres. Il y a là une prédisposition manifeste qui tient sans doute à ce que le système nerveux a été exalté par l'affection qui commande l'opération.

Enfin il semble à M. Le Dentu qu'on admet trop facilement l'existence d'antécédents dans tous les cas. Sur ses 12 malades de 1890, 7 ne présentaient aucun antécédent psychique, personnel ou héréditaire. Aussi doit-on dire que la pathogénie de ces cas est mal connue.

M. Gérard-Marchant mentionne d'abord deux cas de psychoses se rapportant à des malades qui ont été brusquement changés de leur milieu habituel. C'est ainsi que M. Marchant a opéré une femme de la campagne, âgée de 70 ans, pour une tumeur du sein. Le soir même de l'opération, elle divague, et le délire continue jusqu'au jour où elle rentre chez elle ; le délire cesse aussitôt. De même, il pratiqua pour gangrène momifiante une amputation à un vieillard solide, âgé de 78 ans; le soir même, accidents psychiques, qui cessent également dès que le malade est rentré chez lui.

Dans un deuxième groupe, M. G. Marchant range le cas d'une jeune femme, sans enfants, tout occupée de la vie mondaine, à laquelle il extirpait tout un sein, sans la prévenir de l'étendue de l'opération. Désespérée de la perte de son sein, la malade tomba dans la mélancolie.

Dans un troisième groupe, on peut classer les cas de troubles cérébraux survenus après une opération portant sur des centres nerveux. Après une résection d'un ganglion de Gasser, M. G. Marchant vit survenir une manie aiguë, et après une résection du ganglion cervical supérieur pour un goître exophthalmique, il a observé de la démence. Dans ces cas, il y a sans doute des phénomènes d'ébranlement nerveux sur lesquels nous ne sommes pas fixés, mais qui existent évidemment.

Enfin il est des malades auxquelles il ne faut pas toucher parce que la lésion que l'on constate n'est pas la véritable cause des troubles, dont se plaignent les patients. Ce sont des neurasthéniques qui viennent, qui pour un varicocèle, qui pour une vieille uréthrite, qui pour un prolapsus du rein, qui pour un prolapsus utérin. On les opère, mais on ne les guérit pas, et le malade voit sa neurasthénie augmenter; parfois il menace son chirurgien, parfois il s'attaque à lui-même.

Relativement à la question de la guérison de la folie par une opération, M. G. Marchant cite un cas d'amélioration temporaire, survenue chez un paralytique général qui, après une chute, avait dû subir diverses interventions.

Corps étrangers des voies aériennes.

M. Félizet a observé un certain nombre de cas qui montrent toute la gravité immédiate de l'introduction de corps étrangers des voies aériennes chez les enfants, et la nécessité d'une prompte trachéotomie dans ces cas.

Ce qui fait la gravité de ces corps étrangers chez les enfants, ce sont les spasmes de la glotte qui surviennent brusquement sous l'influence d'un déplacement du corps étranger et déterminent une asphyxie immédiate, en raison de la conformation de la glotte à cet âge. Aussi la trachéotomie hâtive s'impose pour éviter l'asphyxie d'abord, et retirer le corps étranger ensuite. Les rayons de Röntgen serviraient sans doute dans quelques cas à indiquer la situation exacte du corps étranger.

M. Tuffier fait observer qu'à côté des dangers immédiats, les corps étrangers des voies aériennes déterminent des accidents ultérieurs de la plus haute gravité : la gangrène pulmonaire et la dilatation bronchique avec infection sont les complications ordinaires qui déterminent la mort.

M. Michaux montre un malade qui avait été atteint d'une fracture multiple et grave du maxillaire inférieur. Après un traitement prolongé et le port d'un appareil prothétique, le malade se trouve dans un excellent état.

M. Tuffier présente un jeune enfant de 11 ans, chez lequel il a abouché le trigone dans l'S iliaque, pour une exstrophie de la vessie. L'enfant avait auparavant subi une série d'opérations sans résultat. Actuellement il va bien : les selles sont au nombre de 5 à 6 par jour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 Mai 1898.

Contagion de la rougeole à la période de convalescence.

M. G.-H. Lemoine. — Le contage morbilleux est regardé comme peu persistant, et on tend à regarder le rougeoleux convalescent comme non susceptible de propager la maladie. Un fait que je viens d'observer montre qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, conformément aux opinions émises par M. Vallin, en 1892, dernièrement encore par M. Kelsch, il y a lieu de prescrire la désinfection après la rougeole, comme après toute autre maladie contagieuse. Il s'agit de 4 malades parvenus aux 44e, 41e, 33e, 18e jours de la maladie et ne présentant plus ni catarrhe, ni éruption, réunis avec les convalescents de scarlatine dans une même salle. Deux de ceux-ci prirent la rougeole de 12 à 14 jours après le départ en congé des convalescents de rougeole, alors qu'il n'existait plus aucun cas de cette maladie dans tout l'hôpital. Ces derniers furent le point de départ d'une série de 4 cas intérieurs.

Quant aux scarlatineux, ils avaient déjà fait un séjour de 35 jours au moins à l'hôpital, dans une salle isolée, avant d'être réunis aux convalescents de rougeole. Tous avaient été baignés auparavant, et il ne se produisit aucun cas intérieur de scarlatine.

M. Vincent rapporte un cas qui a avec ceux de M. Lemoine de grandes analogies.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Netter attire l'attention sur la fréquence insolite à l'heure actuelle des cas de méningite cérébro-spinale suppurée, fréquence qui paraît indiquer l'*existence à Paris d'une véritable petite épidémie*. Depuis le milieu du mois de mars dernier il a constaté à l'hôpital Trousseau cinq cas de cette maladie suivis d'autopsie, sans compter trois cas de méningite tuberculeuse pour lesquels l'étude bactériologique lui a montré le méningocoque associé au bacille de Koch. D'autre part, M. Netter a constaté que des méningites suppurées primitives n'existaient pas seulement chez les enfants. Ses recherches bactériologiques ont également porté sur les organes d'une malade de 42 ans qui a séjourné dans le service de M. Delpeuch à l'hôpital Cochin, du 29 janvier au 7 avril. M. Siredey a fait il y a quelques jours l'autopsie d'une malade de l'hôpital Saint-Antoine atteinte de méningite suppurée. MM. Delpeuch et Ménétrier ont rapporté des cas vraisemblablement de même nature traités en ville.

Les petites malades de M. Netter habitaient, en effet, les Ve, Xe, XIe, XIIe, XIIIe, XXe arrondissements ainsi que les communes des Lilas et d'Ivry. Il s'est assuré que dans la famille et le voisinage de quelques-uns de ces sujets il n'y avait pas eu d'autre cas de maladie. Il peut sembler singulier, en conséquence, qu'on emploie le terme d'épidémie. Mais c'est ainsi que se comporte d'habitude la méningite cérébro-spinale épidémique, dont le caractère épidémique a pour trait principal la coïncidence de plusieurs faits de maladie dans la même localité ou la même région. Les cas de contagion évidente sont rares et ont manqué dans bien des épidémies. Cela n'a rien d'étonnant puisque les agents pathogènes sont enfermés presque tous dans la cavité du crâne et du rachis dont ils ont peine à sortir.

Quoi qu'il en soit, M. Netter attache une réelle importance à dénoncer l'existence de cette petite épidémie. On ne songe pas ordinairement à la méningite cérébro-spinale suppurée. Le médecin n'a que trop souvent l'occasion de voir la méningite tuberculeuse, dont il connaît les modalités cliniques diverses, dont il sait que la mort est la terminaison à peu près implacable. La méningite cérébro-spinale suppurée permet un pronostic moins sombre. Elle peut se terminer par la guérison qui survient dans près de moitié des cas. Il y a donc un grand intérêt à savoir qu'à *l'heure actuelle, plus encore qu'à toute autre, une confusion est possible, qu'une méningite peut ne pas être tuberculeuse.*

On devra s'attacher à établir un diagnostic dont découleront des indications de grande valeur pour le pronostic, et il sera tout indiqué, en cas de doute, de recourir à la ponction lombaire et de faire l'examen bactériologique du liquide retiré.

Les recherches bactériologiques faites par M. Netter dans cinq cas de méningite cérébro-spinale suppurée et trois cas de méningite tuberculeuse ont montré dans les huit cas la présence d'un microbe qui est très probablement le méningocoque intracellulaire de Weichselbaum.

M. Lemoine (Val-de-Grâce) dit qu'il a vu en 1890 une dizaine de cas de méningite cérébro-spinale. Ils alternaient avec des cas de scarlatine et il se demande s'il n'y aurait pas quelques affinités entre les deux maladies.

M. Netter pense qu'il doit s'agir là d'une simple coïncidence.

M. Rendu a vu depuis une année environ trois cas de méningite cérébro-spinale, le premier en novembre 1896. Il croit donc, comme M. Netter, qu'il y a une petite épidémie.

Au point de vue symptomatologique, la maladie est souvent très difficile à reconnaître. Dans un de ces trois cas, il n'y avait ni raideur, ni rachialgie, ni quoi que ce soit qui pût éveiller l'attention. On pensait avoir affaire à une pneumonie grave, mais rien qu'à une pneumonie; or, à l'autopsie, on trouva le canal rachidien rempli de pus.

M. Netter fait observer que les complications du côté des méninges rachidiennes ne sont pas absolument rares au cours des pneumonies, alors même que la symptomatologie n'en a point révélé l'existence : on peut ainsi découvrir à l'autopsie des exsudats purulents sur les méninges rachidiennes; mais il faut pour cela examiner minutieusement toutes les régions de la moelle et, en particulier, ses deux faces, ce qu'on néglige souvent.

M. Mathieu, lorsqu'il s'est trouvé, en novembre dernier, en présence d'un cas de méningite cérébro-spinale, a pratiqué l'isolement de son malade. Cette précaution est-elle indispensable?

M. Netter croit qu'il n'y a pas grand intérêt à s'astreindre à l'isolement. Sans doute on a cité des cas de contagion, mais on peut dire qu'en général la maladie est épidémique et à peine contagieuse; les cas sont à peu près toujours isolés, et non pas groupés de manière à faire penser à une dissémination par contagion directe. C'est que l'agent pathogène, en raison de son siège dans le canal rachidien, est difficilement diffusible.

Infection généralisée par le bacille pyocyanique au cours d'une fièvre typhoïde mortelle.

M. Vincent (Val-de-Grâce). — Dans ce cas, on avait noté, cliniquement, une mammite double non suppurée, très douloureuse, une double parotidite et une toux quinteuse. A l'autopsie, le sang et la rate contenaient le bacille d'Eberth et le bacille pyocyanique, et le poumon était parsemé de nombreux foyers de gangrène, où les colorations et les cultures aérobies firent rencontrer une seule espèce microbienne, le bacille pyocyanique. Enfin, le malade avait présenté, dans les derniers temps, des phlyctènes multiples renfermant le même microbe. Il est probable que l'évolution rapide de la maladie, en ne laissant pas aux foyers gangréneux le temps de s'ouvrir dans les bronches, explique pourquoi on n'a trouvé qu'une seule espèce microbienne dans ces foyers.

M. Widal fait remarquer qu'on ne peut pas affirmer que le bacille pyocyanique ait été le seul agent en cause dans la production de la gangrène, car on n'a pas fait d'inoculation du contenu des foyers, ni de cultures anaérobies. Or, il arrive parfois qu'on rencontre des microbes qui sont incapables de pousser dans nos milieux de culture, et qui végètent, au contraire, lorsqu'on inocule directement sous la peau le liquide pathologique.

On peut rapprocher, au point de vue de la pathogénie des phlyctènes et des bulles, le cas de M. Vincent d'un cas observé par M. Widal, où une infection généralisée à staphylocoques s'est accompagnée de bulles énormes renfermant le staphylocoque à l'état de pureté.

M. L. Jacquet présente un malade atteint de paralysie faciale gauche douloureuse avec zoster de l'oreille et troubles vaso-moteurs du même côté.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 Mai 1898.

Une nouvelle forme de dermatite suppurative d'origine probablement séborrhéique.

M. Hallopeau. — Cette dermatite a une marche aiguë, cyclique; elle envahit en premier lieu le cuir chevelu pour s'étendre successivement de haut en bas au tronc et aux extrémités : elle est constituée essentiellement par des foyers d'exsudation miliaire avec érythème; les foyers de suppuration consistent en des pustulettes miliaires, profondes, nullement saillantes, lesquelles se développent au centre de boutons pisiformes; elles se dessèchent sans s'ouvrir : l'épiderme s'altère à leur niveau et il s'y développe par grattage ou spontanément, une squame limitée exactement au siège de la pustulette profonde; ultérieurement, toute la surface du bouton desquame et il se détache de la face profonde de la squame un prolongement qui pénètre à la manière d'un comédon dans une dépression centrale du bouton : ces altérations occupent surtout, sinon exclusivement, les orifices glandulaires; ultérieurement, l'exfoliation se généralise en larges lambeaux. La maladie simule une herpétide exfoliatrice; il n'y a pas de microbes pyogènes non plus que d'éléments bacillaires mis en évidence par les procédés usuels de coloration. Nous pensons qu'il s'agit de toxines émanées soit d'un microbe non colorable, soit de l'organisme. L'aspect des lésions du cuir chevelu, le siège périglandulaire, plaident en faveur d'une éruption séborrhéique bien distincte des folliculites décrites précédemment par nous; aucun fait semblable n'existe dans la littérature médicale.

Érythème bulleux toxique.

MM. G. Baudouin et **Emery** présentent une femme de 28 ans qui est entrée, il y a quelques jours, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption d'érythème bulleux en plaques, localisé aux régions fessières et au membre inférieur gauche, et dont l'origine paraît présenter un intérêt tout particulier. Il semble, en effet, tout d'abord, qu'on se trouve en présence d'une dermatose antipyrinique. Le 1er mai dernier, la malade, qui avait pris une dose d'antipyrine pour calmer des névralgies, sentit, au bout de quelques minutes, se produire cette éruption qui s'accompagna pendant plusieurs jours d'une sensation de brûlure des plus douloureuses. Celle-ci, d'autre part, offrait tous les caractères que l'a déjà constatés dans des cas de dermatoses dont cette origine médicamenteuse était indiscutable.

Cependant, deux crises éruptives absolument semblables à celle-ci, tant au point de vue des symptômes objectifs que de la réaction douloureuse et de l'évolution, se sont produites antérieurement, l'une au commencement de novembre, l'autre, il y a 6 semaines environ. La malade ne sait à quelle cause attribuer la première, les plaques bulleuses qui la constituaient se séchèrent au bout de 10 jours, sans cependant disparaître, car la peau resta toujours très fortement pigmentée à leur niveau. Quant à la seconde poussée, elle aurait fait suite à un repas composé principalement de maquereau. Dans les deux dernières crises, ce furent uniquement les plaques de l'éruption précédente qui se réveillèrent en quelque sorte et évoluèrent de la même façon, sans qu'il s'en produisît de nouvelles, et laissant encore après elles les mêmes macules pigmentaires qui avaient suivi la première poussée.

Ainsi, on voit, dans ce cas, d'une part, des toxines animales, d'origine alimentaire; d'autre part, une substance médicamenteuse, provoquer la réapparition des mêmes déterminations cutanées dues primitivement à l'action de toxines d'origine inconnue.

La malade est une nerveuse d'un caractère violent, extraordinairement irritable; elle est aussi légèrement mais manifestement éthylique et présente, en outre, probablement liés à cette dernière cause, des troubles dyspeptiques qui, peut-être, ne sont pas étrangers à l'action toxique de certaines substances souvent inoffensives pour d'autres sujets.

Acné chéloïdienne de la nuque.

M. Danlos présente un homme de 47 ans, cocher, éthylique, bien portant d'ailleurs, n'ayant d'autres antécédents qu'une fièvre typhoïde ancienne, une blennorrhagie et une syphilis, et qui porte depuis 14 ans à la nuque une lésion lentement extensive. Aujourd'hui, le mal forme une plaque ovalaire très allongée, s'étendant d'une apophyse mastoïde à l'autre. Cette plaque est composée de deux zones. L'une externe en forme de bourrelet, large d'un doigt, saillante de 4 à 5 millimètres, a les caractères typiques de l'acné chéloïdienne (saillie générale, dureté, folliculites, croûtes, poils groupés en bouquets, etc.). L'autre incluse dans la première est lisse et cicatricielle dépassant à peine le niveau de la peau saine. Le bourrelet périphérique représente la zone où le mal est en activité, l'aire centrale, celle où l'activité morbide est éteinte. Ce qui a lieu de surprendre, c'est sur cette zone la disparition du caractère chéloïdien de la cicatrice. Autant qu'on en peut juger par les renseignements, la chéloïde primitive se serait affaissée à la suite de scarifications répétées; malheureusement, ce traitement n'a pas arrêté la marche lentement envahissante du mal.

Syphilis maligne précoce sans adénopathie.

M. Landouzy présente un malade doublement intéressant au point de vue de la pathologie générale et de la localisation qui s'est faite chez lui des manifestations syphilitiques.

Ce jeune garçon présente des syphilides ulcéreuses disséminées, qui se sont développées en pleine période secondaire, alors même que la bouche était encore envahie par d'énormes plaques muqueuses. Chez lui, on n'a pu trouver trace du chancre, et on peut penser que cet accident primitif localisé à la gorge a été suivi de lésions ulcéreuses, spécifiques et destructives. Il y a eu, en effet, perte complète de la luette.

Malgré l'intensité des lésions, on n'a pu trouver chez lui d'adénopathie vraiment spécifique. Il y a bien eu aux aines un peu de gonflement ganglionnaire, mais il a paru en raison de ses caractères, plutôt lié à une chaude-pisse dont le malade était encore porteur au moment où on a observé ce phénomène.

Cette absence de réaction ganglionnaire dans une syphilis maligne semble bien venir à l'appoint de la théorie soutenue dans cette même Société par M. Augagneur, relative au rôle d'organe défensif joué par l'adénopathie dans la syphilis.

M. Landouzy ajoute que ce malade était dans un état de cachexie profonde lorsqu'il est venu dans son service. Ainsi que cela arrive fréquemment en pareil cas, il a offert une grande résistance à l'action de la thérapeutique : il a fallu recourir chez lui au traitement intensif par les injections de biiodure combinées avec l'administration de l'iodure de potassium pour modifier son état. Aujourd'hui, la cachexie a disparu chez lui, son état général s'améliore en même temps que les lésions se réparent.

Relativement à la question de pathogénie, on a des raisons de soupçonner qu'ici la syphilis est entrée par la voie buccale; d'autre part, ce malade est fortement entaché d'alcoolisme. Ce sont là des conditions qui peuvent, être sérieusement invoquées dans l'appréciation des facteurs de gravité relatifs à ce cas.

M. Mauriac a souvent noté que l'absence d'adénopathies coïncidait avec la production, de ces formes ulcéreuses.

M. Barthélemy ne croit pas que l'adénopathie ait autant de valeur dans le pronostic de la syphilis, elle dépend bien plus de l'individu que de la gravité de l'infection. Il a vu bien des cas de syphilis très bénignes dans lesquelles il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire.

Il faut s'entendre sur ce qu'on doit considérer comme syphilis maligne, grave; les cas avec lésions même profondes de la peau ne sont pas réellement dignes de ce nom, qui doit être plutôt réservé aux syphilis à localisations profondes, viscérales par exemple.

D'autre part, si l'éthylisme exerce une influence indiscutable sur la gravité de la syphilis, le rôle du lymphatisme n'est pas moindre.

M. Brocq a constaté que dans les syphilis malignes précoces, il y a le plus souvent peu ou pas de ganglions.

M. Génin a toujours constaté à Alger, chez les indigènes qui ont en général des syphilis très graves, des ganglions très volumineux. Quant à l'éthylisme, chez eux qui ne boivent que de l'eau, il n'implique pas la gravité. Il croit plutôt que la gravité chez les Arabes est due à la source de l'infection dont la virulence n'est pas atténuée par la mercurialisation.

M. E. Besnier. — Ce qui est certain, c'est que tous les vieux médecins de l'hôpital Saint-Louis ont vu des cas nombreux dans lesquels la gravité de la syphilis n'a nullement été en rapport avec l'état ganglionnaire.

M. Landouzy croit qu'en présence de lésions gutturales dans la syphilis, il faut dans l'appréciation de l'adénopathie correspondante, tenir compte de l'état bactériologique des régions malades.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 Mai 1898.

Le suc gastrique de chien dans le traitement des dyspepsies par insuffisance.

M. Bardet, en revenant sur la communication de M. Frémont, admet que le suc gastrique est un excellent peptonisant et que son introduction dans un estomac sans sécrétion permettra la digestion de l'albumine, d'où rétablissement et engraissement du sujet. Mais est-il nécessaire d'avoir recours à un tel médicament jusqu'ici difficile, sinon impossible à se procurer? Certainement non. La pepsine rendra les mêmes services à condition de faire usage d'une pepsine active et de prescrire par conséquent : pepsine en paillette de titre 100. La dose devra être d'au moins 1 gramme et l'on devra administrer en même temps la solution chlorhydrique. Dans ces conditions, la digestion sera assurée tout aussi facilement. Quant à pouvoir soutenir que le régime est inutile, cela semble singulièrement exagéré. La vérité est que tout régime ne doit être maintenu que pendant le temps strictement nécessaire pour permettre le retour à une alimentation plus normale. Quand les troubles dus à la stase ont cessé, quand les fermentations ont cessé, mais alors seulement, il sera possible d'essayer avec le secours de la pepsine une alimentation normale. Si, dans l'emploi du suc gastrique, la fonction a pu se rétablir, c'est parce que, grâce au régime préalablement suivi par le malade, mais maintenu trop longtemps, l'estomac s'était reposé, il n'y a pas là un résultat qui puisse être à bon droit mis à l'actif du médicament.

M. Frémont estime que le suc gastrique naturel est mieux supporté que le suc gastrique artificiel. Dans une observation clinique, qui a la valeur d'une expérience, il a vu l'intolérance gastrique jugulée par le suc gastrique naturel, alors que le suc gastrique artificiel, qui fut employé quelque temps plus tard, faute de suc gastrique naturel, ne procura aucun soulagement.

Quant au régime, M. Frémont est loin de le négliger. A lui seul, il ne procure pas la guérison, mais, en l'associant au suc gastrique naturel, il devient un des facteurs de la guérison.

M. Mathieu pense que l'acide lactique peut être fort utile, quand la sécrétion gastrique d'acide chlorhydrique ne se fait pas ou se fait mal. L'acide organique supplée en quelque sorte l'acide minéral.

M. Petit pense que tout suc gastrique artificiel doit agir comme un suc gastrique naturel quand sa teneur en acide chlorhydrique est égale à celle du suc naturel.

M. Bardet fait remarquer que dans les dyspepsies l'estomac n'est pas seul en jeu; il faut faire la part du duodénum et du pancréas.

M. Mathieu rappelle combien sont variables les réactions de deux estomacs vis-à-vis des mêmes doses d'un même agent thérapeutique. Peut-être sera-t-il démontré que c'est par les acides qu'on doit traiter l'hyperacidité, et cette hypothèse semble justifiée par ce fait que tout estomac, à motricité intacte, tend à établir dans son acidité un *statu quo*, une sorte d'équilibre tel que sa teneur en acides reste fixe, alors même qu'on apporte à son contact une médication acide.

M. Bilhaut cite 2 observations dans lesquelles des injec-

tions sous-cutanées de suc gastrique agirent en faisant disparaître les douleurs d'un zona et d'une tumeur du sein.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 11 Mai 1898.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Marcus présente un jeune soldat guéri d'une actinomycose cervico-faciale à la suite de deux interventions. Le traitement ioduré a été appliqué en même temps que le traitement chirurgical. L'actinomycose a été affirmée par l'examen microscopique, plusieurs fois répété, des grains jaunes que contenait le pus.

Maladie d'Addison.

M. Cade présente des pièces provenant d'un malade du service de M. Bouveret, suppléé par M. Nicolas. Il s'agissait d'un homme de 46 ans, entré à l'Hôtel-Dieu avec le tableau classique de la maladie d'Addison. Le début remontait à 1 an, et depuis ce temps, l'asthénie s'était progressivement produite, accompagnée de troubles digestifs (anorexie, vomissements) et de la pigmentation spéciale de la peau et des muqueuses. Quelques petites taches brunes, très discrètes, d'acanthosis nigricans. Submatité légère avec un peu d'obscurité respiratoire aux deux sommets.

Dès l'entrée, le malade fut soumis par M. Nicolas à des injections sous-cutanées d'extrait aqueux capsulaire. Ces injections, commencées à la dose quotidienne de 1/10 de cent. cube furent portées progressivement à 1/2 cent. cube. Mais la marche de l'affection ne fut en rien entravée, et le malade succomba au bout d'un mois.

Les sommets des poumons présentèrent, à l'autopsie, des traces de tuberculose éteinte; on trouva également de petites granulations dans le foie, la rate, les reins. Quant aux deux capsules surrénales, elles étaient de la taille d'un gros œuf de poule, indurées, entourées d'une masse cellulo-adipeuse épaissie. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait uniquement de lésions tuberculeuses.

Tuberculose testiculaire. Traitement.

M. X. Delore présente un épididyme caséeux enlevé par lui chez un homme de 28 ans, atteint de tuberculose épididymaire double. Le testicule gauche avait été opéré il y a 2 ans, par la cautérisation ignée. Depuis 3 mois, le testicule droit s'était pris. L'opération montra que l'épididyme était seul atteint; il fut aussi seul enlevé. Une incision exploratrice du testicule, comme le préconise M. Poncet dans de semblables cas, permit de constater que la glande était saine. Les observations d'une telle intervention, réunies dans la thèse de Chassin (Lyon, 1897) montrent que l'on ne doit craindre ni sphacèle, ni atrophie ultérieure de la glande.

Corps étranger de l'avant-bras.

M. Molin présente un éclat de crosse de fusil resté pendant 33 ans dans l'avant-bras d'un individu, sans occasionner aucun trouble, jusqu'à il y a 4 mois, où apparut un kyste à développement rapide, qui nécessita une intervention, et l'ablation du corps étranger, pratiquée par M. Jaboulay.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance des 15 et 22 Avril 1898.

Du drainage de la plèvre après l'empyème.

M. Davezac communique l'observation d'un jeune homme de 21 ans, à antécédents tuberculeux, qui, au commencement de l'année 1897, présenta les signes habituels d'une pleurésie chronique sèche très étendue, du côté droit, faisant penser à un processus tuberculeux. Le poumon et la plèvre gauche paraissaient intacts.

Au milieu du mois de mai, apparut dans l'espace intercostal sous-jacent au mamelon droit une petite tumeur mate, réductible, fluctuante, qui augmenta insensiblement jusqu'à acquérir à l'extérieur le volume de la moitié d'un œuf de poule. Elle n'était pas pulsatile; la peau demeurait à peu près saine à son niveau. La fièvre et la dyspnée suivaient la même progression.

Ayant tout lieu de supposer qu'elle était l'indice d'une collection purulente enkystée de la plèvre, on fit une incision qui donna issue à une quantité considérable de pus, en partie louable, en plus grande partie sanieux et fétide. Un drainage fut établi avec de la gaze iodoformée. Le lendemain, après le soulagement des premières heures, la dyspnée et le malaise étaient encore très marqués. Le pansement, comme c'est ordinaire, était largement souillé, et, quand on enleva le drain, on vit s'écouler encore une grande quantité de pus mêlé de gros débris fibrineux et cruoriques qui, pour leur part, faisaient bouchon. On supprima alors toute mèche, et dès ce jour on remarqua que rien ne faisait plus obstacle à la libre sortie du pus et des grumeaux de toute sorte entraînés au dehors par la suppuration. L'examen bactériologique démontra la présence des microbes banals du pus; point de bacilles tuberculeux.

Il fut bientôt possible de raréfier les pansements. Fétidité, fièvre, etc., diminuèrent rapidement, et on assista à une guérison presque inespérée. Il ne restait en juillet qu'une fistule qui finit elle-même peu à peu par se tarir.

Chez un second malade observé par M. Davezac, on avait fait le diagnostic de bronchite fétide avec pneumothorax droit. Il existait, en outre, à la base un petit épanchement très probablement purulent. On fit très bas et en arrière une thoracentèse exploratrice qui ne donna qu'une très petite quantité d'un liquide puriforme, dont la fétidité était la même que celle de l'haleine et des crachats. Le lendemain on pratiqua l'opération de l'empyème au niveau même du lieu de la thoracentèse précédente. Une fois les côtes dépassées, on fut obligé de décoller avec le doigt une couche très épaisse de fausses membranes pleurales qui paraissaient combler la gouttière costo-diaphragmatique. Ne parvenant pas à pénétrer ainsi dans une cavité, on conduisit sur le doit un petit trocart, et l'issue d'un liquide identique à celui de la première exploration exploration prouva qu'il ne restait plus qu'à inciser largement sur le conducteur en dehors et en dedans pour mener cette intervention à bonne fin.

Une assez grande quantité d'un pus horriblement fétide s'écoula dans ces conditions, sans autre incident chez le malade qu'une toux violente et quinteuse, suivie de l'expectoration accoutumée, et une douleur très vive dans la région que nous venions de tourmenter.

On ne pratiqua ce premier jour qu'un tout petit drainage sur un angle de la plaie, et dès le lendemain on n'en fit plus, dans l'idée que l'écoulement tout à fait aisé du liquide pleural et les efforts spontanés de cette forte toux suffiraient à expulser dans le pansement tous les débris de la poche suppurante. On fit à plusieurs reprises tomber ou pénétrer dans cette poche une mixture antiseptique et excitante, et on eut la satisfaction de voir le malade, à tous le spoints de vue très amélioré, en voie de cicatrisation manifeste, demander sa sortie de l'hôpital au bout de 12 jours.

M. Villar croit que la guérison rapide obtenue chez les malades de M. Davezac tient en partie à ce que l'incision avait été pratiquée basse. Si l'incision avait dû être pratiquée plus haut, le drainage se fut imposé.

M. Braquehaye pense qu'en matière de drainage il faut être éclectique. D'abord, le drainage au tube semble préférable à celui à la gaze, car il est plus parfait. Pour ce qui est de son indication, elle dépend non seulement du siège de l'incision, mais surtout de la virulence du pus. Si l'on se trouve en présence d'un pus ne contenant que du pneumocoque ou des microbes peu virulents, il suffira de donner une issue à ce pus. Si, au contraire, on constate qu'il existe des associations microbiennes, indice d'une virulence plus grande, le drainage sera indiqué.

Enfin, un troisième point important de l'indication du drai-

nage est la date de début de la pleurésie. Plus la date de début sera éloignée et plus le drainage aura sa raison d'être, car dans les cas anciens le poumon sera beaucoup plus long à remplir à nouveau la cage thoracique.

Un cas d'hémoptysies répétées chez un enfant.

M. Muselli présente une fillette âgée d'environ 9 ans, sujette à des crachements de sang qui se répètent à la moindre émotion.

Son père, gros et bel homme, facteur rural, se porte très bien et dans son enfance était sujet à des saignements de nez. Sa mère est une femme superbe; rien à noter sur ses antécédents pathologiques.

Lorsqu'on examine la petite malade, on la trouve maigriotte. Rien aux poumons ni au cœur.

Quelle est la nature des crachements de sang auxquelles est sujette notre fillette? D'abord, ces crachements ne s'accompagnent pas de vomissements et ne sont pas mêlés d'aliments. Le sang est rutilant, spumeux, aéré; il arrive après une petite toux nerveuse; nous n'avons donc pas affaire à des hématémèses, mais bien à des hémoptysies. L'absence de toute lésion cardiaque ou pulmonaire doit faire penser qu'il s'agit là d'une manifestation hémophilique.

M. R. Saint-Philippe fait remarquer que l'hémoptysie comme signe prémonitoire de tuberculose pulmonaire est rare chez l'enfant, surtout de 1 à 12 ans. Les antécédents nerveux paternels, les quelques troubles névropathiques que la malade a présentés elle-même et la conservation du bon été général tendraient à faire admettere qu'il s'agit dans ce cas d'hémoptysies d'origine nerveuse.

M. Armaignac rapporte l'histoire d'un jeune malade de sa connaissance, très nerveux, qui a des crachements de sang toutes les fois qu'on parle devant lui de certaines substances, telles que la cire, le goudron.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 Mai 1898.

Asthme bronchique.

M. A. Fränkel fait remarquer que si l'on connaît bien les symptômes cliniques de l'asthme, on n'est guère renseigné sur l'anatomie pathologique de cette affection. Toutefois on admet aujourd'hui avec Curschmann que dans certains cas la bronchiolite exsudative, affection autonome, peut provoquer un accès d'asthme.

M. Fränkel vient justement d'observer un cas de ce genre. Il s'agit notamment d'un goutteux de 60 ans, sujet à des accès d'asthme, qui a succombé pendant un de ces accès. A l'autopsie on trouva en outre des lésions d'emphysème, une obstruction de petites et moyennes bronches par des bouchons formés de cellules épithéliales cylindriques. Il s'agissait donc bien d'un catarrhe desquamatif des bronches. On sait du reste que Lewy a signalé la présence de cellules épithéliales cylindriques dans les crachats des asthmatiques pendant l'accès.

Sur la présence de cellules ganglionnaires dans le muscle cardiaque.

M. Schwarz a constaté, chez un rat qui avait succombé à la section du pneumogastrique, que les ventricules et les oreillettes se trouvaient en diastole prononcée, mais que le muscle cardiaque continuait à battre, ce qui peut s'expliquer en supposant que c'est dans les ganglions cardiaques que l'excitation sensible se transforme en excitation motrice. Mais où sont situés ces ganglions? Pour élucider la question, M. Schwarz a eu recours à la méthode de coloration par la thionine qui colore très bien les cellules ganglionnaires en respectant les fibres nerveuses. Il résulte de ces recherches que chez les mammifères il n'y a de cellules ganglionnaires qu'à la face postérieure des oreillettes, en plus grand nombre à gauche qu'à droite, et qu'elles s'étendent jusqu'au sillon coronaire transverse. Outre les cellules ganglionnaires, on trouve à la surface du cœur une autre espèce de cellules qui ressemblent aux cellules dites *Mastzellen* et sont disséminées le long des vaisseaux dans le myocarde.

On ne rencontre de véritables cellules ganglionnaires ni dans le myocarde des ventricules, ni dans celui des oreillettes, ni enfin à la surface des ventricules.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 29 Avril 1898.

Hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde.

M. Rolleston communique l'observation d'un homme de 30 ans sans antécédents particuliers qui, au 24e jour de sa fièvre typhoïde présenta une hémiplégie gauche avec aphasie, celle-ci s'expliquant par ce fait que le malade était gaucher. L'apparition de cette hémiplégie ne fut accompagnée d'aucun symptôme cérébral. La marche de la fièvre typhoïde ne fut pas modifiée, et le malade guérit aussi bien de sa dothiénentérie que de son hémiplégie.

L'hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde est rare, et M. Hawkins qui a réuni 17 cas de ce genre dont quelques-uns avec autopsie attribue cette complication à une thrombose ou à une embolie du cerveau.

M. Herringham a vu l'hémiplégie survenir au troisième septenaire de la fièvre typhoïde chez une fillette de 9 ans. Deux ans plus tard la malade a été revue : elle avait toujours une parésie du membre supérieur droit. L'enfant n'avait aucune affection cardiaque, et dans ces conditions l'hémiplégie ne pouvait être attribuée à une thrombose de petites veines du cerveau.

M. Hawkins fait remarquer que dans deux cas qui se sont terminés par la mort on a trouvé une embolie de l'artère cérébrale moyenne.

Maladie de Graves avec bradycardie.

M. Pasteur présente une femme qui à côté d'une maladie de Graves présente une atrophie de la glande thyroïde et des symptômes faisant penser au myxœdème comme le ralentissement de la parole et une anesthésie au froid. Il n'y a pas de sécheresse de la peau, mais le pouls est à 40 ou 50 par minute.

M. Haviland Hall a eu l'occasion d'observer une malade atteinte de myxœdème et qui, 12 ans auparavant, avait tous les symptômes de la maladie de Graves. Sous l'influence du traitement thyroïdien, les symptômes myxœdémateux se sont améliorés.

Epiphysite aiguë dans la tête du fémur.

M. Wallis communique l'observation d'un enfant de 16 ans qui à la suite d'une chute a présenté, en janvier de cette année, tous les signes d'une épiphysite aiguë de la tête du fémur. Quelques semaines après il se forma dans l'abdomen un gros abcès extra-péritonéal qui fut ouvert. Après l'évacuation de la collection on a trouvé, attaché à l'acetabulum, une masse qui n'était que la tête du fémur nécrosé qui avait perforé une partie de l'acetabulum. L'enfant guérit.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. Georges Hayem.

Sur un cas d'anémie extrême symptomatique (1).

Nous allons étudier aujourd'hui un cas complexe et difficile, ne répondant à aucune des descriptions schématiques des ouvrages classiques. Les cas de ce genre se rencontrent fréquemment; mieux que tout autre ils montrent l'importance des études cliniques, et à ce titre offrent toujours un grand intérêt.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, blanchisseuse, couchée au n° 8 de la salle Moïana, entrée dans le service le 23 novembre 1897.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont insignifiants. Sa mère a eu 10 enfants dont 9 morts en bas-âge (de convulsions ?). Elle-même s'est toujours bien portée. Elle n'a présenté que quelques signes de chlorose au moment de la puberté. Elle a eu 6 enfants. Deux sont morts, l'un de gastro-entérite à 15 jours, l'autre mort-né.

Mariée à un individu ivrogne et brutal, elle a beaucoup souffert, s'est beaucoup surmenée et paraît avoir subi de nombreuses privations.

C'est dans le cours de sa dernière grossesse qu'elle est tombée malade.

Enceinte pour la sixième fois en février dernier, elle n'a d'abord éprouvé aucun trouble morbide.

Au 3e mois elle a été prise d'hémorrhagies utérines, hémorrhagies quotidiennes mais de peu d'importance, puis tout est rentré dans l'ordre; jusqu'au 7e mois elle s'est bien portée. A ce moment, à la suite d'une violente émotion elle a perdu connaissance. Après cet accident, elle a dû s'aliter.

Dès lors ses forces ont décliné rapidement. Il s'est produit un affaiblissement extrême, des défaillances, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la céphalée; les téguments se sont décolorés : en un mot sont apparu tous les signes d'une anémie accentuée. Cependant l'appétit était conservé. Il n'existait aucun trouble dyspeptique, aucune douleur; pas de fièvre, même pas de vomissements de grossesse.

Malgré ces symptômes inquiétants, l'accouchement a eu lieu à terme, le 23 octobre 1897. Aucun incident. Pas d'hémorrhagie, pas de syncope. La malade se souvient seulement que le délivre a été trouvé volumineux, et qu'il est sorti de l'utérus de nombreux caillots. Les suites de couches ont été normales : pas de fièvre, pas de lochies fétides, aucun signe d'infection.

Mais au bout de 4 ou 5 jours les symptômes antérieurs ont subi une brusque aggravation.

La faiblesse est devenue extrême, l'appétit a disparu, la pâleur s'est accentuée, les téguments ont pris une teinte jaune spéciale qui existe encore, mais qui aurait été plus accentuée.

C'est en raison de la persistance de cet état et de la faiblesse générale que la malade s'est décidée à entrer dans notre service le 23 novembre 1897.

Elle avait alors un léger état fébrile (38°) qui n'a duré que 2 jours, puis, après une défervescence en lysis très courte, la température est revenue définitivement à la normale le 5e jour.

Sauf cette fièvre légère, l'état actuel est resté sensiblement le même qu'au début.

Comme vous pouvez le constater, c'est une femme d'aspect un peu chétif, d'une taille au-dessous de la moyenne, un peu amaigrie, mais sans maigreur excessive. Les téguments présentent une coloration particulière; la peau absolument exsangue offre une teinte mate, terreuse, avec coloration légèrement jaune. Ce n'est pas la teinte de l'ictère franc et pourtant il existe de l'ictère, ainsi qu'en témoigne la coloration des conjonctives.

La malade a toujours été brune, mais, sur un fond brun uniforme, on note de nombreuses taches pigmentaires. Il en existe au visage, sur la mâchoire inférieure, sur le front, et ces taches n'ont pas l'aspect des éphélides auxquelles on donne le nom de masque de la grossesse. Il en existe également sur les cuisses, sur le ventre; ce dernier est fortement pigmenté. Sur les parties latérales du cou la peau est également très foncée et semée de quelques grains noirâtres. Enfin la pigmentation de l'aréole des seins est exagérée, même si l'on tient compte de ce fait que la malade vient d'accoucher. Sur les muqueuses pas de taches pigmentaires, la muqueuse buccale est gris sale, mais cette teinte est uniforme.

Toutes ces muqueuses sont d'une pâleur excessive, un peu jaune; seules les conjonctives ont une teinte franchement ictérique. Le visage est un peu bouffi, mais il n'existe pas d'œdème vrai. Le cou n'est pas volumineux; il n'y a pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

Les troubles fonctionnels, un peu moins accentués qu'au début sont cependant encore très marqués.

La malade, très affaiblie, incapable de quitter le lit, a des étourdissements, des vertiges, dès qu'elle essaye de s'asseoir. Elle ne se plaint d'ailleurs de rien, ne souffre de nulle part. Son appétit commence à revenir.

Au cœur, il existe un souffle inorganique très doux, souffle à timbre musical, plus fort à l'orifice pulmonaire. On perçoit un frémissement cataire, intense dans la jugulaire droite. On ne trouve aucun signe suspect à l'examen des poumons.

1. Leçon du 4 décembre 1897, recueillie par M. Ghika, interne du service.

Par contre l'exploration de l'abdomen révèle des signes intéressants.

Le ventre, par suite des grossesses répétées est assez déformé, il est sillonné de vergetures.

Dans l'hypochondre gauche la rate, qui déborde franchement les fausses côtes, forme une masse dure, résistante, énorme, non douloureuse spontanément, mais douloureuse à la pression. En bas elle s'étend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, en haut sur la ligne axillaire antérieure jusqu'à la 9e côte, son bord droit s'avance jusqu'à deux travers de doigt à gauche de l'ombilic dans le décubitus dorsal. Il arrive à l'ombilic dans le décubitus latéral droit.

Le foie également hypertrophié atteint presque la cicatrice ombilicale, mais il est lisse, non déformé, non saillant, non douloureux; son bord inférieur est aigu, tranchant, terminé en languette.

L'estomac clapote franchement; la grande courbure descend un peu au-dessous de l'ombilic, mais, malgré cette dilatation très appréciable, il n'existe aucun trouble dyspeptique.

Du côté de l'utérus et de ses annexes, rien de particulier.

Aucun trouble nerveux en dehors de la céphalée, des vertiges, des étourdissements signalés plus haut.

Le petit nombre de symptômes positifs que nous venons de relever ne nous permet pas de poser un diagnostic précis. Nous avons essayé de compléter ces renseignements par des examens spéciaux portant sur le sang, l'estomac, les matières fécales, les urines, les yeux, etc.

Le sang, examiné une première fois le 24 novembre 1897 est d'une pâleur extrême. Il s'écoule si difficilement que pour en obtenir une goutte on doit faire trois piqûres successives : la dernière, véritable coupure, donne seule la petite quantité nécessaire.

Le nombre des globules rouges	N = 651,200
La richesse globulaire	R = 632,640
La valeur globulaire	G = 0,97
Le nombre des globules blancs	B = 6,834

Ce sont là les chiffres d'une anémie extrême, d'une anémie du 4e degré.

Dans la cellule à rigole les globules n'ont aucune tendance à former des piles. Presque tous sont vus isolés soit de face, soit de champ; quelques-uns forment de petits îlots.

Il n'y a pas d'augmentation des globules blancs, pas de fibrine.

Les hématoblastes paraissent nombreux. Quelques globules minces très déformés présentent des prolongements mobiles, d'autres oscillent sur place.

Le sang sec montre des déformations globulaires très intenses. Sur des préparations colorées par l'hématoxyline et l'éosine, on ne constate pas de globules rouges à noyau.

Le 1er décembre on recueille une petite quantité de sang pour l'examen du caillot et du sérum. Le sang s'écoule beaucoup plus facilement. L'éprouvette est pleine au bout de cinq minutes. La coagulation est très rapide. La rétraction du caillot est presque complète au bout d'une heure un quart, elle augmente un peu dans les quelques heures qui suivent, mais reste ensuite stationnaire. Le caillot est très rétractile, mais son volume est encore assez grand relativement au degré de l'anémie. Le sérum est transparent, un peu plus jaune que normalement. Au spectroscope, absorption de la partie droite du spectre avec renforcement à l'origine du bleu au niveau de la raie de l'urobiline.

Il existe une réaction de Gmelin faible, mais très nette, apparaissant au bout d'une dizaine de minutes.

Le 3 décembre, une nouvelle numération montre une réparation sanguine évidente.

Le nombre des globules rouges	N = 1,014,010
La richesse globulaire	R = 849,580
La valeur globulaire	G = 0,83
Le nombre des globules blancs	B = 6,980
Le nombre des hématoblastes	H = 378,200

Très nombreux globules nains et formes intermédiaires entre ces derniers et les hématoblastes.

A l'anémie du 4e degré qui existait au début a succédé une anémie du 3e degré et le fait le plus intéressant à relever est l'énorme poussée hématoblastique, premier acte de la réparation sanguine.

Du côté de l'estomac malgré l'absence complète de troubles dyspeptiques, l'examen du suc gastrique indique une gastrite chronique.

La malade a été examinée en série une demi-heure, 1 heure et 1 h. 1/2 après le repas d'épreuve. L'analyse, faite par M. Carrion, chef du laboratoire de l'hôpital, donne les résultats suivants :

	Au bout d'une 1/2 h.	1 heure.	1 h. 1/2.
A =	0,200	0,220	0,220
H =	0	0,030	0,007
C =	0,100	0,168	0,212
H + C =	0,100	0,198	0,219
T =	0,428	0,438	0,423
F =	0,328	0,248	0,204
α =	2	1,13	1
$\frac{T}{F}$ =	1,30	1,83	2,07
	Liquide très peu abondant difficile, épais.	Liquide peu abondant, épais, difficile.	Peptones assez abondantes. Réaction lactique, liquide assez abondant, *bilieux*, difficile.

Il s'agit d'une gastropathie ancienne, d'une gastrite chronique avec atrophie marquée des glandes. Si le liquide paraît plus abondant au bout d'une heure 1/2, cela est dû très vraisemblablement à la présence de la bile.

Les urines étaient remarquables par la faiblesse de tous les produits dosés. Depuis, les chiffres se sont un peu relevés.

	ANALYSE DU 25 NOVEMBRE		ANALYSE DU 1er DÉCEMBRE	
Volume	800 cm. c.		1 100 cm. c.	
Odeur	*sui generis.*		*sui generis.*	
Couleur	jaune rougeâtre.		jaune rouge.	
Aspect.	limpide après repos.		limpide après repos.	
Dépôt	peu abondant, formé presque exclusivement d'acide urique.		formé presque exclusivement d'acide urique.	
Densité	1 011		1 014	
	par lit.	par 24 h.	par lit.	par 24 h.
Acidité (H Cl)	0,58	0,464	0,64	0,704
Chlorures. (Na Cl)	3 gr.	2,40	3,70	4,07
Phosphates (Ph^2O^5)	1,004	0,803	1,728	1,90
Urée	13,87	11,096	12,61	13,87
Acide urique.	»		1,17	1,218
Albumine. Mucine. Peptones. Pigments biliaires.	o.		o.	
Urobiline.	traces.		quantité faible.	
Indican.	quant. considérable.		quantité faible.	
Glucose.	o.		o.	

Les matières fécales sont brunâtres, fauves, très riches en urobiline.

La malade se plaignant depuis sa dernière couche d'une diminution de la vue du côté droit, nous avons fait pratiquer l'*examen des yeux* par M. Dreyer-Dufer. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

« L'acuité visuelle normale à gauche est égale à la « moitié de la normale à droite.

« L'examen ophthalmoscopique montre à l'œil gauche « une papille optique sale avec pigmentation centrale : « les veines sont étroites à leur origine.

« A l'œil droit, on note une chorio-rétinite centrale : « les artères sont amincies, les veines tortueuses.

« De plus, dans la région maculaire, on observe deux « petites hémorrhagies en flammèche avec tendance à « la pigmentation. Ce dernier caractère montre que ces « hémorrhagies ne sont pas tout à fait récentes; elles « ont dû néanmoins se produire au cours de la maladie « actuelle.

« Quant aux lésions choroïdiennes congénitales con- « statées aux deux yeux, elles offrent les caractères des « stigmates de la syphilis héréditaire. »

Nous ferons remarquer que ces dernières lésions n'ont pas pour tous les auteurs la valeur que M. Dreyer-Dufer leur attribue. Quelques spécialistes en font une variété de fond de l'œil normal.

On ne trouve d'ailleurs chez notre malade aucun signe net de syphilis.

Deux faits seulement sont un peu suspects : la mort en bas-âge de tous ses frères et sœurs, l'accouchement d'un enfant mort-né.

Malgré tous les renseignements que nous venons de recueillir, nous allons être obligé, pour arriver à un diagnostic, de faire une analyse minutieuse des symptômes.

Le fait le plus frappant est *l'anémie* extrême du 4e degré, survenue assez rapidement au cours d'une 6e grossesse chez une femme surmenée, malheureuse, anémie qui paraît s'être brusquement aggravée après la délivrance.

Est-ce un cas d'anémie dite pernicieuse progressive?

Vous savez que c'est précisément dans la puerpuéralité que les premiers cas de ce genre ont été publiés (Gusserow, Biermer). Plus tard, nombre d'auteurs ont admis une forme d'anémie pernicieuse d'origine puerpuérale. Cette forme a fait l'objet de nombreux travaux.

Elle serait caractérisée essentiellement par une anémie très profonde, survenant sans cause bien nette, grave, mettant la vie en danger et se terminant le plus souvent par la mort.

Nous retrouvons chez notre malade quelques-uns des traits de cette description et il est probable que pour beaucoup d'auteurs, ce cas serait rangé parmi les faits d'anémie pernicieuse progressive; mais il ne faut pas confondre sous ce nom, comme cela a été fait dès le début, et comme certains auteurs le font encore, toutes *les anémies extrêmes en apparence spontanées, capables d'avoir une terminaison funeste*. On a réagi contre cette manière de procéder, suivie surtout en Allemagne, et récemment on est tombé dans un excès contraire qui consiste à dire que l'anémie pernicieuse progressive n'existe pas et qu'il s'agit toujours d'une anémie symptomatique.

Dès mon premier travail sur ce sujet et notamment dans mon livre *Du sang*, j'ai proposé de diviser les faits dits *d'anémie pernicieuse progressive* en 2 groupes : les *protopathiques* et les *deutéropathiques ou secondaires*.

Mes études ultérieures m'ont permis de préciser les caractères propres aux faits *protopathiques*. Ces cas sont rares chez nous, cependant on en rencontre. J'en ai observé plusieurs exemples typiques, un, entre autres, qui a fait l'objet d'une de mes leçons publiées par M. Parmentier.

Les caractères de l'affection sont les suivants : l'étiologie est nulle; la maladie survient en dehors de toute cause appréciable chez des individus bien nourris, bien portants.

On ne trouve aucune lésion viscérale, sauf quelques altérations gastriques ou gastro-intestinales d'une grande banalité. Par contre, il existe des lésions très particulières du sang : anémie atteignant très rapidement le 4e degré; globules géants, faisant monter la valeur globulaire G au-dessus de l'unité; globules rouges à noyau; diminution très rapide du nombre des hématoblastes, amenant des modifications profondes de la coagulabilité du sang : le caillot se forme normalement, mais il n'est pas rétractile, le sérum fait défaut. Enfin, la maladie est d'une gravité telle que, dans tous les cas que j'ai observés, elle s'est terminée par la mort.

Les signes présentés par notre malade sont-ils identiques à ceux que je viens d'indiquer?

L'étiologie n'est pas absolument nulle : il y a eu des grossesses répétées, de la misère, des privations, des peines morales, du surmenage, une profession fatigante et non sans quelque danger, le métier de blanchisseuse exposant à l'intoxication lente par l'oxyde de carbone; il s'est produit au 3e mois de la dernière grossesse des hémorragies utérines, enfin au 7e mois, c'est à la suite d'une violente émotion que sont apparus les symptômes morbides. Toutes ces causes ont, en somme, peu de valeur et ne peuvent constituer un argument contre l'hypothèse d'une anémie pernicieuse protopathique; mais voici des raisons décisives pour rejeter cette hypothèse :

L'anémie est extrême, cela est vrai, et semble être survenue assez rapidement; mais la constitution du sang n'est pas celle de l'anémie pernicieuse vraie.

Il existait, au début, une anémie du 4e degré, cette anémie n'est déjà plus que du 3e degré. Le nombre des hématoblastes, loin d'être diminué, était élevé dès le début; aujourd'hui il atteint un chiffre considérable; il s'est produit une forte poussée hématoblastique. Le caillot est rétractile, le sérum est abondant. Il n'existe pas de globules rouges à noyau. La valeur globulaire est inférieure à l'unité. Il est vrai que l'élévation de cette valeur peut manquer dans l'anémie protopathique.

Enfin, dernier argument, la malade présente des lésions viscérales importantes du côté du foie et de la rate.

Le foie est gros et lisse, non énorme, non induré, de sorte que chez une multipare on pourrait penser à un foie abaissé, ou à un foie gras par grossesse, mais il existe un certain degré d'ictère, ce qui ne s'observe pas dans ces deux conditions.

Quant à la rate, elle est énorme; son hypertrophie constitue une lésion viscérale importante, absolument étrangère à l'histoire de l'anémie pernicieuse vraie.

Donc il s'agit d'une *anémie symptomatique;* cela ne fait aucun doute.

Reste à déterminer la cause de cette anémie. Nous devons tout d'abord rechercher si parmi les maladies qui peuvent s'accompagner d'hypertrophie du foie et de la rate, il en est une qui puisse se rapporter au cas actuel.

Cette rate ressemble à celle du *paludisme*.

S'agit-il d'un cas de paludisme chronique?

On observe dans la cachexie palustre un ensemble de signes qui ont une certaine ressemblance avec l'état de notre malade. Anémie avec teinte un peu spéciale de la peau et même subictère, gros foie, grosse rate. Mais le foie paludique est plus gros et surtout plus saillant, plus dur; quand l'anémie est aussi marquée elle s'accompagne d'œdèmes, l'état du sang est spécial, la teinte de la peau est terreuse ou bien franchement celle de l'ictère sanguin.

Il y a donc entre ces deux états morbides des différences essentielles. D'ailleurs cette hypothèse ne peut être sérieusement discutée. La malade n'a jamais quitté Paris, n'a jamais eu de fièvres intermittentes : or, ces états de cachexie ne s'observent que dans les pays à malaria, à la suite d'accès graves et multiples.

Avant l'examen du sang, on pouvait penser à une *leucocythémie splénique*, compliquée d'un certain degré d'ictère. L'examen du sang a montré que le chiffre absolu des globules blancs (le seul auquel il faille attacher de la valeur) est tout à fait normal; or on ne peut être autorisé à faire un pareil diagnostic lorsqu'il n'existe pas une forte leucocytose.

Cherchons donc du côté des maladies du foie. L'ictère particulier, l'hypertrophie du foie et de la rate peuvent faire songer à une *cirrhose hypertrophique biliaire*. Mais, si dans cette maladie l'ictère est analogue, l'état du foie est très différent, il est plus gros, plus dur, et la rate est bien moins volumineuse.

La ressemblance est très grossière.

Il y a de plus fortes raisons encore pour repousser l'idée d'une *cirrhose alcoolique*, d'un *néoplasme*, d'une *cholélithiase*, d'une *tuberculose hépatique*. Quant à la *syphilis* nous devons y penser à cause des lésions du fond de l'œil signalées par M. Dreyer-Dufer, et rapportées par lui à la syphilis congénitale, mais le foie n'a nullement les caractères du foie syphilitique et d'ailleurs cette hypothèse n'expliquerait pas l'état de la rate.

Devons-nous renoncer à nous faire une idée de l'état de notre malade? Je ne le crois pas. Et d'abord, nous devons remarquer que cet état est complexe. Il y a au moins deux choses à considérer : d'une part la coloration particulière de la peau, de l'autre le gonflement du foie et de la rate.

La coloration de la peau, quand on y regarde de près, est évidemment due à un mélange de diverses teintes.

Il y a d'abord un fond anémique incontestable : d'où résulte une grande *pâleur*. Puis une coloration *brunâtre* et *jaunâtre* à la fois, qui rappelle celle de l'ictère hématique intense.

L'aspect est fort analogue à celui que nous avons observé, au début de l'année, chez une femme atteinte de méthémoglobinhémie, si bien qu'avant l'examen du sang j'ai pensé un moment à un ictère hématique, mais le sérum ne renferme aucune trace d'hémoglobine ou de méthémoglobine.

Par contre, il donne nettement la réaction de Gmelin, ce qui, joint à la teinte franchement jaune des conjonctives, ne peut laisser aucun doute sur l'existence d'un certain degré d'ictère : ictère hémaphéique léger, sans urines ictériques.

Nous pouvons donc déjà conclure que la coloration des téguments est un mélange de la *pâleur* causée par l'anémie et de la teinte *jaune* due à cet ictère. Dans ces conditions nous devrions avoir la même coloration que chez une de nos malades couchée au n° 13 de la salle Moïana, atteinte de chlorose aménorrhéique avec ictère par infection chronique des voies biliaires. Et pourtant cette coloration n'est pas identique, elle est plus bistrée. Il y a donc autre chose. A ces deux premières teintes s'ajoute certainement un léger degré de *mélanodermie* diffuse, et si vous voulez bien, à ce point de vue spécial, comparer notre malade à un homme atteint de mal de Bright avec maladie d'Addison, que je vous ai présenté dans une de mes précédentes leçons, et qui est couché au n° 36 de la salle Bazin, vous serez frappés de la ressemblance qui existe entre les deux sujets.

L'homme n'a pas d'ictère, il est moins anémié, mais comme la femme il présente une pigmentation brune, diffuse, avec taches noirâtres plus foncées, irrégulièrement disséminées. Chez notre femme, la peau du ventre, les mamelons, le cou, la taille présentent des traînées ou des taches noirâtres.

Seules les muqueuses sont indemnes.

Cette pigmentation anormale doit nous faire craindre un début de maladie d'Addison. Mais les signes sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions affirmer d'une façon certaine l'existence de cette affection.

D'ailleurs, par cette hypothèse la mélanodermie seule se trouve expliquée.

Dans la maladie d'Addison on n'observe ni hypertrophie du foie, ni splénomégalie, ni anémie extrême.

Nous devons donc chercher ailleurs la raison de cette anémie et des lésions du foie et de la rate.

Il existe chez notre malade un fond de chlorose évident, auquel s'est ajouté peut-être un certain degré d'anémie toxique professionnelle. Mais c'est brusquement que la déglobulisation a atteint un degré aussi marqué. On est donc obligé d'admettre l'intervention d'une maladie anémiante, et ce qu'il y a de plus probable c'est qu'il s'agit d'une maladie de nature infectieuse, à laquelle peut-être la grossesse a servi de porte d'entrée.

En vue de vérifier cette hypothèse, j'ai prié M. Thiercelin, mon chef de laboratoire, de faire des recherches microbiennes.

Voici le résultat de ses expériences.

« Une première ponction de la rate, pratiquée le 1er décembre, donne issue à quelques gouttes de sang, dans lequel on peut facilement reconnaître la présence de diplocoques encapsulés, restant colorés par la méthode de Gram; la coloration simple ou la coloration de Gram ne montrent aucune autre espèce microbienne. Les cultures faites avec ce sang sur agar et dans le bouillon restent stériles.

Par une seconde ponction de la rate, pratiquée le 6 décembre, on obtient environ 1/4 de centimètre cube de sang dans lequel on trouve encore quelques diplocoques, mais en quantité moindre qu'après la première ponction. Les cultures faites avec ce sang restent également stériles. Mais, inoculé à une souris blanche, ce sang la fait mourir au bout de 28 heures, et dans le cœur de cette souris, et surtout dans la pulpe de la rate, on trouve une grande quantité de diplocoques lancéolés et encapsulés dont la culture sur agar rappelle absolument celle du diplocoque de Talamon-Frankel.

« Ces deux ponctions pratiquées à quelques jours de distance donnent donc le même résultat : le sang retiré contient des diplocoques lancéolés et encapsulés; aucune autre espèce microbienne ne peut y être décelée. »

Ces recherches sont intéressantes. Sans doute il est exceptionnel qu'une pneumococcie donne lieu à une infection chronique très prolongée, la vitalité du pneumocoque étant essentiellement éphémère; d'autre part, ce n'est pas là le mode de début ordinaire d'une infection par le pneumocoque : il n'y a eu qu'une fièvre insignifiante; mais il est bien difficile en présence des

caractères morphologiques de ce microbe et de la manière dont il se comporte vis-à-vis de la souris, de ne pas l'assimiler au microbe de Talamon.

Quoiqu'il en soit, il nous est permis de conclure que nous sommes très vraisemblablement en présence d'une maladie infectieuse chronique, ayant déterminé une anémie par déglobulisation, chez une femme atteinte peut-être de maladie d'Addison au début.

Vous vous demanderez encore quelle est dans cette hypothèse la cause de l'ictère. Il est probable qu'il est également de nature infectieuse, qu'il s'agit d'un catarrhe chronique des voies biliaires.

Cela expliquerait l'augmentation de volume du foie et l'hypertrophie de la rate.

Je ne pense pas, en effet, qu'il puisse s'agir d'un ictère par simple épaississement de la bile, résultant d'une déglobulisation intense. Je ne comprendrais pas la longue durée d'un ictère de cette origine. D'ailleurs le sérum est peu teinté, les selles ne sont pas très fortement colorées, les urines ne sont pas ictériques.

Les ictères d'origine sanguine ne se voient guère que dans les cas de destruction globulaire aiguë, massive, comme par exemple dans le cas de méthémoglobinhémie dont je vous parlais plus haut.

Je m'en tiens donc à l'idée d'un ictère chronique par infection des voies biliaires. Si vous vous en souvenez, c'est le même diagnostic que j'ai admis chez notre n° 13 de la salle Moïana. Entre ces deux cas il existe une analogie frappante. Les deux malades ont de l'ictère hémaphéique avec réaction de Gmelin dans le sérum, urobiline dans les urines, toutes deux ont une rate volumineuse et un foie relativement peu hypertrophié.

Le pronostic d'un pareil état est naturellement très sérieux, moins du fait de l'anémie et de l'infection des voies biliaires que de l'existence possible d'une maladie d'Addison.

Le traitement ne peut être que palliatif. Si la maladie d'Addison se confirmait, on pourrait essayer l'organothérapie. Pour le moment nous nous en tiendrons au repos absolu au lit et à un régime sévère. Ce traitement a déjà produit une grande amélioration.

L'anémie a diminué, les urines sont moins pauvres, l'état général s'est relevé.

Plus tard, si cela devient nécessaire, nous prescrirons des capsules surrénales à la dose de 5 à 10 grammes de glande fraîche dans les 24 heures. Cette dose ne doit pas être dépassée, car c'est un médicament très toxique.

Depuis le jour où cette leçon a été faite jusqu'au 30 décembre 1897, l'état de la malade a continué à s'améliorer. L'anémie est devenue moins intense. Le foie, la rate ont diminué de volume, l'ictère s'est atténué. Tout allait donc assez bien lorsqu'une circonstance toute fortuite est venue entraver la guérison.

La malade a appris que son plus jeune enfant était atteint d'une gastro-entérite grave. Elle en a ressenti un violent chagrin. Du jour au lendemain l'ictère a subi une brusque poussée, la rate a réaugmenté de volume et l'état général est redevenu très mauvais. La malade a voulu quitter l'hôpital. Depuis nous avons pu savoir que l'état général s'était de nouveau amélioré, mais que l'ictère persistait encore. Tout récemment il s'est produit une nouvelle rechute.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Fibro-molluscum congénital du crâne implanté sur le sinus longitudinal supérieur,

Par M. Emile Weill,
Interne des hôpitaux.

Observation. — Marcel P..., 8 ans 1/2, 23 novembre 1896.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent à relever dans la famille; les parents sont bien portants, il n'y a aucune malformation à noter.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, a été nourri au biberon. Comme seule maladie, a eu la rougeole à l'âge de 7 ans.

Au moment de sa naissance, l'enfant était porteur d'une petite tumeur grosse comme une noisette, qui siégeait à la partie postérieure et supérieure du crâne. Cette tumeur a très peu grossi. Elle aurait été écrasée par un médecin quand l'enfant avait 2 ans; elle aurait momentanément disparu, pour se reproduire quelques jours après. Depuis elle n'a guère subi de modifications dans son volume.

Etat actuel. — Il existe dans le cuir chevelu sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la suture de l'occipital et des pariétaux, une tumeur haute de 3 centim. 5, large de 3 centimètres à sa base. Cette tumeur est dure de consistance; elle est recouverte dans toute sa partie inférieure de cheveux, mais n'en présente plus dans son tiers supérieur.

Sa forme est très exactement celle d'un bonnet phrygien dont la pointe s'inclinerait un peu du côté droit. Elle possède en effet un brusque changement de dimensions vers sa partie moyenne, qui lui donne cet aspect. A partir de ce point, son diamètre n'est plus que d'environ 1 centimètre. La tumeur est entièrement adhérente au plan profond et comme elle fait partie de la peau elle ne possède aucune mobilité.

Opération. — M. Broca circonscrit la tumeur par une incision et arrive à l'enlever assez facilement, car elle n'est pas adhérente au squelette; mais son ablation détermine une assez forte hémorrhagie, car la tumeur est attachée sur le sinus longitudinal supérieur et semble communiquer avec lui par un petit orifice. On tamponne le sinus avec une mèche de gaze iodoformée, qu'on laisse à demeure et qu'on enlève deux jours plus tard. Le 29 novembre l'enfant sort guéri de l'hôpital.

Le diagnostic n'avait pas été porté avec précision avant l'opération. On avait émis l'hypothèse d'un angiôme devenu fibreux, sans être plus affirmatif; mais on avait prévu la communication éventuelle de la tumeur avec le sinus. L'examen histologique montre bien que le clinicien avait le droit d'être hésitant, car l'anatomie pathologique elle-même est obligée à quelque réserve.

Examen microscopique. — La tumeur présente la forme et les dimensions que nous avons indiquées. Elle est dure et semble fibreuse dans toute son étendue. Sous sa base d'implantation on trouve l'orifice de communication sinusaire, mais la tumeur est séparée des os du crâne par du tissu cellulo-graisseux.

Des coupes sont pratiquées, après inclusion dans le collodion, en trois points : au sommet, à la partie moyenne, à la partie inférieure.

A. *Au sommet.* — La tumeur est recouverte par la peau dont on retrouve les éléments normaux à la périphérie; celle-ci est constituée par son épiderme assez épais et pigmenté, par un derme qui se confond immédiatement avec le néoplasme. A ce niveau, on ne constate ni follicule pileux, ni glande sébacée; mais on reconnaît dans les parties superficielles de la tumeur des glandes sudoripares d'ailleurs peu abondantes.

La tumeur est presque entièrement formée par un tissu conjonctif composé de grandes fibrilles, enchevêtrées en tous sens, isolées ou se réunissant par places en faisceaux plus ou moins ondulés. En outre, il y a dans ce tissu des cellules assez abondantes, généralement disséminées, quelquefois un peu groupées, qui sont les cellules étoilées du tissu conjonctif; un certain nombre ont la forme de plasmazellen (cellules arrondies ou ova-

laires, à protoplasma clair, noyau excentrique). Les faisceaux conjonctifs sont serrés par point, mais d'une façon générale ils sont assez lâches : il y a comme un léger œdème infiltrant les tissus. Dans les parties supérieures de la tumeur on ne trouve que des vaisseaux de petit volume : ceux-ci sont entourés par du tissu fibreux dont les faisceaux leur forment une gaine assez épaisse; on ne constate point dans leur tunique d'éléments embryonnaires. Rien à signaler du côté de leur endothélium.

Dans la partie superficielle de la tumeur et dans le derme, les capillaires sont très abondants, autour desquels on voit de nombreuses petites cellules.

Les fibres musculaires lisses et le tissu élastique sont augmentés de volume et de quantité. On n'en retrouve pas trace dans la profondeur. Enfin là, existent quelques formations de nature assez spéciale : ces formations sont arrondies ou ovalaires suivant le sens de la coupe; elles prennent d'une façon presque uniforme la coloration par l'éosine et correspondent probablement à des coupes de nerfs très hypertrophiés et malades.

B. *Partie moyenne*. — D'une façon générale, les coupes ne sont pas très différentes à la partie moyenne de la tumeur; mais, en ce point, la peau présente des poils et des glandes sébacées volumineuses, si bien que ce n'est qu'au-dessous de la couche des phanères que commence la véritable tumeur. Celle-ci offre le même aspect que dans les coupes précédentes. Les faisceaux fibreux se tassent et forment gaine à tous les organes qui y sont contenus : dans la partie profonde aux vaisseaux, dans la partie superficielle, aux poils, aux glandes sébacées, aux glandes sudoripares. Ces manchons fibreux sont doublés dans les couches superficielles par des fibres élastiques très abondantes. Nous retrouvons de l'œdème dans les coupes de la tumeur et les mêmes formations qni nous semblent être des nerfs pathologiques, mais celles-ci sont beaucoup plus abondantes. Il est difficile de définir leur structure. Les plus petites sont formées de lamelles concentriques en pelures d'oignon, qui se colorent par l'éosine et que parsèment quelques cellules à noyaux colorés. Dans les plus volumineuses, les noyaux disparaissent et l'on est en présence d'un bloc ovalaire ou arrondi d'aspect gélatiniforme, qui se colore uniformément en rose par l'éosine. Il ne semble pas que cette lésion spéciale, qui siège surtout sur les tubes nerveux, ne puisse atteindre qu'eux. Au centre d'une ou deux de ces masses, on peut constater une lumière et un endothélium qui montre une origine vasculaire; mais cette disposition est exceptionnelle.

C. *A la partie profonde*. — L'aspect des coupes est tout différent. Nous trouvons là le tissu cellulo-graisseux sous-cutané dans lequel viennent s'implanter les cheveux qui recouvraient la tumeur. Ce tissu est parcouru par d'énormes travées formées de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses. La majeure partie de ces travées est occupée par d'énormes vaisseaux qui y sont incrustés; ces vaisseaux possèdent une couche mince de fibres musculaires lisses dans leur profondeur et une tunique externe épaisse conjonctivo-élastique. De ces travées partent les capillaires qui vont se perdre dans le tissu cellulo-graisseax. Les poils sont aussi entourés d'une gaine conjonctive importante.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une tumeur congénitale du crâne. Cette tumeur n'est pas un angiome ayant subi la transformation graisseuse ou fibreuse, car on ne retrouve ni vaisseau embryonnaire, ni pigmentation d'origine sanguine.

Ce n'est pas non plus un kyste dermoïde transformé, ni un tératome.

Il nous semble que cette tumeur doit être rapprochée des lipomes congénitaux ostéopériostiques décrits par le professeur Lannelongue. C'est, à n'en pas douter, une tumeur mésodermique de nature conjonctive. Elle est surtout constituée par du tissu fibreux et c'est dans le groupe des fibro-molluscums que nous aurions tendance à la faire entrer. Dans ceux-ci, on trouve fréquemment des lésions nerveuses plus accentuées (dégénérescence myxomateuse et névromes plexiformes); la lésion nerveuse est ici peu importante, mais elle n'est pas d'une constance absolue ni indispensable.

Il reste à expliquer l'attache que prend la tumeur sur le sinus longitudinal avec lequel elle semblait communiquer. Deux hypothèses sont en présence : la malformation cutanée a pu s'accompagner de malformation osseuse; ou bien la tumeur fibreuse a pu empêcher la fermeture crânienne. Son attache sinusaire permet-elle de lui marquer une origine dure-mérienne?

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de cas analogue à celui-ci.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

ANNÉE 1897-98.

M. DUVERNOY (Marcel). *Le foie mobile*. N° 184. (G. Carré et Naud.)

M. CHEVALLIER (Marcel). *Technique de l'hépatopexie (procédé de Legueu*. N° 183. (G. Carré et Naud.)

M. ROBIN (Paul). *Tumeurs fibreuses du muscle sterno-mastoïdien chez un nouveau-né (myosclérose)*. N° 185. (Steinheil.)

M. TAVERA. *Du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche et en particulier de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique*. N° 188. (H. Jouve.)

M. CANGE (Gustave-Ernest-Henri). *Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical*. N° 205. (Steinheil.)

M. GAMBLIN (Gabriel). *De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux*. N° 132. (G. Steinheil.)

M. CHARPENTIER (Emmanuel). *De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme (ou coxa vara)*. N° 46. (G. Steinheil.)

M. MAHU (Georges). *Le phosphorisme dans les manufactures d'allumettes*. N° 187. (H. Jouve.)

M. LÉVI-SIRUGUE (Charles). *Etude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale*. N° 194. (Soc. d'Ed. Scient.)

M. TROUVÉ (R.). *De l'invagination intestinale chez l'enfant*. N° 89. (H. Jouve.)

M. FONTOYNONT. *Luxations récidivantes de l'épaule*. N° 137. (G. Carré et Naud.)

M. CRÉHANGE (Moïse). *Contribution à l'étude de l'hémimélie*. N° 138. (H. Jouve.)

Jusqu'à ces dernières années, la question du foie mobile était restée un peu dans l'ombre au milieu des nombreux travaux relatifs à la prose des viscères. L'intervention chirurgicale faite dans ces derniers temps avec succès en France par Gérard-Marchand, les travaux de Glenard, de Terrier et Auvray, ont fait ce sujet tout d'actualité.

M. DUVERNOY, qui a entrepris une mise au point de la question divise l'hépatoptose en 2 groupes :

D'un côté, les cas de vrai foie mobile où la glande hépatique est normale, mis à part son défaut de fixité.

D'un autre, les cas où le foie est malade et mobile, la mobilité cédant ici la place à l'affection du parenchyme hépatique et devenant accessoire.

Les causes variées invoquées pour expliquer l'hépatoptose ne sont qu'occasionnelles. En réalité, l'hépatoptose n'est qu'un chapitre à part de l'entéroptose.

Au point de vue symptomatique, les signes fonctionnels variables n'ont rien de pathognomonique.

Les signes physiques donnent plus de certitude et sont constitués par l'absence de la matité hépatique en son siège normal de la présence dans l'abdomen d'une tumeur solide rappelant la forme du foie.

Le diagnostic peut être difficile.

Le traitement médical suffira dans la majorité des cas; on fera porter au malade une bonne ceinture et on traitera les troubles généraux de la nutrition.

Lorsque malgré tout les troubles fonctionnels persistent intenses, on sera autorisé à pratiquer l'hépatopexie. Le procédé employé par M. le Dr Gérard-Marchant paraît le meilleur à suivre.

Quant au foie à lobe flottant, dont l'origine paraît être quelquefois le fait d'une malformation congénitale, il est souvent en rapport avec une affection de la vésicule biliaire.

Les signes fonctionnels sont comparables à ceux de l'hépatoptose totale. Le meilleur signe physique est la constatation, dans l'abdomen, d'une tumeur mobile reliée au foie qui, lui est dans sa situation normale. Le diagnostic avec le rein mobile est souvent fort délicat.

Si les douleurs sont très intenses, on sera autorisé à intervenir chirurgicalement. La résection du lobe flottant est une opération à rejeter, on lui préférera la fixation du lobe à la paroi abdominale.

Dans les cas où l'affection est en rapport avec une lésion de la vésicule biliaire, la cholécystostomie permettra de traiter et la vésicule biliaire et le lobe flottant qui s'atrophiera sous l'influence de l'opération.

M. Chevallier a étudié les différentes méthodes d'hépatopexie employées jusqu'ici.

Le procédé de Depage, de Bruxelles, consistant dans la reconstitution d'une paroi abdominale, reste un procédé d'exception complétant heureusement certaines hépatopexies.

Le procédé de M. Legueu, d'après M. Chevallier, assure une fixité plus grande que tous les autres. Il consiste essentiellement à surprendre le foie au moyen d'un vaste échelon de fil double soulevant l'organe par sa face inférieure, en évitant de prendre au cours de cette technique, dans l'anse formée par le fil, la vésicule biliaire. Pour cela, on fait passer l'anse au-dessus de la vésicule : l'aiguille de Reverdin dont le fil a déjà traversé toute l'épaisseur du lobe gauche pénètre à nouveau dans le parenchyme à gauche de la vésicule pour ressortir au-dessous du foie, à droite de la vésicule et être de la conduite à travers l'épaisseur du bord droit, de la face inférieure à la face supérieure de l'organe. Les extrémités du fil sont fixées aux côtes et à la paroi.

On rencontre assez fréquemment dans le muscle sterno-mastoïdien des nouveau-nés, soit au moment même de leur naissance, soit quelque temps après, des tumeurs dures, de volume variable, de consistance presque cartilagineuse.

D'après M. Robin, ces tumeurs peuvent être le résultat d'un traumatisme dû à l'accouchement et, dans ce cas, sont où bien des hématomes s'il y a eu rupture de quelques fibres musculaires, ou bien s'il n'y a eu qu'un tiraillement du muscle, le résultat d'une inflammation du tissu conjonctif : une myosite scléreuse d'origine traumatique.

Elles peuvent aussi être produites par la syphilis congénitale.

Enfin, chez des sujets absolument indemnes de syphilis, indépendamment de tout trauma sérieux pendant l'accouchement, on trouve de ces tumeurs où le tissu conjonctif hypertrophié est arrivé à un degré d'organisation tel, qu'il faut admettre dans leur production une cause autre que celles invoquées jusqu'à présent et plus ancienne, une cause intra-utérine.

M. Tavera a étudié, avec les observations de A. Broca, les attitudes vicieuses anciennes consécutives à la coxalgie.

Bien des traitements ont été proposés : la plupart sont insuffisants ou dangereux. L'ostéotomie sous-trochantérienne linéaire n'assure pas un bon contact osseux et ne produit pas l'allongement du membre opéré. L'ostéotomie cunéiforme assure un bon contact des surfaces de section, mais elle exagère le raccourcissement. Quant au redressement, il nous paraît un mode de traitement inférieur, car il peut être dangereux, ne répond pas à tous les cas et ne met pas à l'abri des récidives.

L'ostéotomie sous-trochantérienne oblique a des avantages incontestables : elle ne présente aucun danger, assure le contact des fragments et produit l'allongement du fémur. Les reproches qui lui ont été adressés ne nous paraissent pas justifiés; les résultats obtenus en sont la meilleure preuve.

Pour obtenir un bon résultat, l'extension continue est indispensable. Elle doit être faite avec un poids considérable. Une surveillance prolongée et rigoureuse est nécessaire. On ne saurait trop insister sur ce point : de là dépend le succès.

D'après M. Cange, on doit réserver le terme d'éventration vraie ou spontanée à l'état de distension, d'élargissement de l'espace fibreux séparant les bords internes des muscles grands droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique et qui se produit après certains accouchemenss.

Les fissures de l'aponévrose, dans lesquelles s'engage le péritoine, donnent naissance à de véritables hernies, à ouverture plus ou moins large, à sac plus ou moins formé. Ce sont des pseudo-éventrations.

L'éventration résulte de la perte des conditions de résistance de la paroi abdominale par suite de modifications dans son intégrité anatomique sous l'influence de causes multiples.

Parmi ces causes, nous pouvons citer toutes celles qui modifient le développement de la paroi abdominale pendant la grossesse, telles la petite taille, les vices du squelette, la coexistence de tumeurs, l'action du corset, et encore celles qui retardent l'involution normale de la paroi après l'accouchement, telles l'infection puerpérale, l'hygiène défectueuse des suites de couches.

Peut-être ces causes trouvent-elles un terrain favorable à leur action dans une débilité originelle des tissus.

L'éventration est susceptible d'entraîner à sa suite toute une série de lésions et de désordres : des ptoses des divers organes (intestin, utérus, foie, reins), des symptômes gastro-intestinaux, des phénomènes douloureux et des troubles du système nerveux.

L'éventration, sans offrir de réelle gravité pronostique, est une affection incurable, si on l'abandonne à elle-même. On peut, dans une certaine mesure, en pallier les inconvénients par le port d'une ceinture appropriée d'une part, par l'emploi méthodique et prolongé des moyens thérapeutiques suivants : hydrothérapie, massage, électrothérapie, gymnastique.

Dans bien des cas, on tirera de l'âge, des conditions sociales, de l'étendue des troubles fonctionnels, des caractères spéciaux de l'éventration, d'importantes indications à la cure chirurgicale.

Cette intervention se fait avec ou sans ouverture du péritoine. Le procédé de choix est pour l'auteur celui de M. Quénu, que l'on peut résumer ainsi :

a) Incision de la peau et du tissu cellulaire;

b) Recherche et ouverture de la gaine des droits;

c) Suture en surjet des deux lèvres internes de la gaine ouverte en faufilant le plan fibro-séreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine;

d) Suture des deux muscles droits décollés de leur gaine et amenés au contact;

e) Suture en surjet des lèvres externes de la gaine des droits.

La tarsalgie est une maladie caractérisée surtout par la douleur et la contracture; la déformation n'est qu'un phénomène secondaire qui varie suivant que celle-ci prédomine dans tel ou tel muscle. Aussi M. Gamblin préfère-t-il à la dénomination de pied plat valgus douloureux celle de tarsalgie, qui a l'avantage de convenir dans tous les cas.

Dans toute tarsalgie, il y a derrière l'état local un état général prédisposant : la maladie a besoin pour se montrer d'un terrain névropathique.

Etant donné un sujet dont le système nerveux est altéré, la cause la plus légère pourra provoquer l'éclosion des accidents, alors que chez un autre elle fût restée sans effet.

Les lésions anatomiques qui ont été constatées au niveau des articulations malades sont des troubles trophiques, c'est-à-dire des phénomènes sous la dépendance du système nerveux.

Dans l'étude des pièces anatomiques du coxa vara on ne trouve pas la preuve du rachitisme local auquel il a été rapporté par les auteurs allemands, lorsqu'il survient au moment de l'adolescence. Chez les sujets qui ont été rachitiques dans leur jeune âge on trouve bien une diminution, mais légère, de l'angle d'inclinaison du col fémoral, qui ne cadre point avec l'affaissement considérable rencontré sur les pièces d'incurvation du col chez l'adolescent.

D'après M. Charpentier la discussion des faits cliniques nous montre :

Que de nombreuses erreurs de diagnostic ont dû être commises dans les observations publiées sous le couvert d'un rachitisme local du col du fémur et que d'autre part, alors même que la radiographie permet de reconnaître l'existence d'une incurvation, celle-ci ne saurait être rapportée à une cause unique, le rachitisme tardif, mais à des causes diverses, bien qu'elle apparaisse ordinairement avec une symptomatologie presque toujours la même, dont les variantes ne sont que de simples nuances, ce qui tient à la disposition de l'articulation coxo-fémorale.

L'indication d'une intervention opératoire ne surgit, en cas d'attitude vicieuse et d'impotence fonctionnelle très prononcées, qu'au moment où la déformation est parvenue à la période où elle reste stationnaire et définitive. On ne peut, à l'heure actuelle, faire un choix entre les différents procédés opératoires encore à l'étude.

Malgré le danger réel résultant de la manipulation du phosphore blanc qui n'a pu encore être supprimé de la fabrication des allumettes, M. Mahu n'a pas noté dans l'état actuel des usines, état qu'il est possible d'améliorer dans de larges proportions, une quantité inquiétante d'accidents sérieux dûs au « phosphorisme ».

Dans une période de 8 années (de 1888 à 1896 inclus) une quinzaine de cas graves de « nécroses phosphorées » dont 4 mortels, ont été constatés sur un personnel d'environ 700 ouvriers occupés d'une manière continue dans les manufactures de Pantin et d'Aubervilliers.

La comparaison de l'état sanitaire du personnel de ces dernières usines avec celui de la manufacture des tabacs de Pantin, a donné les résultats suivants :

1° Les accidents et blessures sont beaucoup plus fréquents dans les manufactures d'allumettes, mais n'atteignent qu'exceptionnellement une certaine gravité;

2° Les maladies générales sont à peine plus nombreuses chez allumettiers et la mortalité n'y est pas plus grande;

3° Certaines maladies, telles que l'anémie et la chlorose et surtout la tuberculose sont, par contre, moins nombreuses qu'à la manufacture des tabacs.

Malgré ces renseignements assez rassurants il importe de procéder le plus tôt possible à l'exécution de certains perfectionnements, tant au point de vue de l'hygiène personnelle de l'ouvrier que sous le rapport du remaniement d'ensemble des manufactures.

L'auteur préconise : 1° L'aération plus complète des ateliers qui doit occuper le premier rang dans les précautions d'hygiène :

2° La séparation absolue des ateliers dangereux de ceux où l'on ne manipule pas le phosphore blanc.

Quant aux soins d'hygiène individuelle, ils sont suffisants dans l'état actuel, à la condition d'être strictement observés; il est nécessaire pour cela de demander aux chefs une fermeté inébranlable et aux ouvriers une bonne volonté de tous les instants.

Au nombre de ces soins sont :

1° Les soins de propreté de toute espèce, non pas seulement de la bouche et des dents, mais de tout le corps et surtout des mains.

2° Le roulement des services, mis peu à peu en pratique dans des usines se suffisant le plus possible à elles-mêmes.

Si, malgré ces précautions, on rencontre encore des phosphoriques dans les manufactures d'allumettes, on ne devra jamais se départir, pour instituer leur traitement, des deux principes suivants :

1° Eloignement immédiat des ateliers;

2° Abstention en matière d'intervention chirurgicale.

Enfin, au moyen d'une feuille individuelle sur laquelle seraient portés les antécédents personnels et héréditaires de l'ouvrier avant son admission et les maladies survenues depuis, il serait possible au médecin, le cas échéant, de se prononcer en connaissance de cause sur l'exclusion temporaire ou définitive d'ouvriers malades, à charge par l'Etat d'attribuer à certains d'entre eux une pension de retraite.

Dans son intéressante étude M. Lévi-Sirugue divise les lésions tuberculeuses chroniques du péritoine en lésions caséeuses, et lésions fibreuses.

La péritonite caséeuse est caractérisée par la quantité des bacilles, par l'étendue des lésions nécrosiques; les leucocytes dégénérés et détruits tombent dans la cavité séreuse et y forment du pus. Les adhérences qui se font sont seulement dues au contact de zones mortifiées. Au contraire dans certaines formes, il y a des amas caséeux avec nombreux bacilles, mais ils sont bien enkystés de tissu fibreux, et tendent même à être envahis par lui. Ce sont là des formes de transition avec les formes fibreuses qui, elles, sont sèches ou ascitiques. Elles répondent à la pleurésie séro-fibrineuse ou sèche comme les formes caséeuses étaient l'analogue de l'empyème tuberculeux. L'étude histologique y montre du tissu fibreux, des cellules épithélioïdes en évolution fibroblastique, des cellules géantes nombreuses et volumineuses. On y trouve peu de bacilles, rarement en amas, généralement isolés, et le plus souvent enfermés dans des cellules épithélioïdes ou des cellules géantes. A ces formes se rattachent la forme subaiguë pleuro-péritonéale décrite par Fernet et qui est souvent curable, et la plupart des tuberculoses herniaires, qui sont généralement des formes fibreuses.

Dans une seconde partie l'auteur montre que l'expérimentation peut reproduire ces diverses formes selon la nature du produit tuberculeux injecté, selon la quantité et le nombre des inoculations. Le chien est, à ce point de vue, l'animal de choix. Les inoculations très virulentes (crachats, produits tuberculeux d'autopsie) lui ont donné une série de formes intenses, dont la forme caséeuse purulente occupe le sommet de l'échelle. Puis viennent des formes fibro-caséeuses sèches ou ascitiques.

Avec des produits de virulence faible, et en particulier avec des cultures en milieux artificiels, on obtient des formes fibreuses sèches ou ascitiques. Dans ce dernier cas, l'ascite n'est pas, comme dans les premières formes, une lésion terminale, précédant la mort de quelques jours, mais c'est une manifestation qui peut disparaître, et, après la résorption de l'ascite que nous avons vu se faire spontanément, les lésions évoluent vers la guérison. L'animal sacrifié montre souvent des lésions visibles seulement au microscope (tubercules fibreux, superficiels ou profonds) avec très peu de bacilles. Chez le cobaye et le lapin, on peut produire des péritonites tuberculenses, mais on a plutôt des lésions viscérales, et le lapin offre une résistance inégale qui rend l'expérimentation moins sûre.

Les bacilles tuberculeux morts, ou leurs produits toxiques (bacilles traités par l'éther, tuberculine TR) peuvent donner des lésions analogues à celles qu'on observe avec les bacilles vivants. Ceci explique pourquoi certaines lésions humaines limitées sont curables, puisqu'elles peuvent être, pour un certain nombre de cas au moins, fonction de bacilles morts, et d'autre part comment ceux-ci peuvent être encore nocifs pour l'organisme.

Si un certain nombre de cellules épithélioïdes dérivent des gros leucocytes mononucléaires (macrophages), il y en a d'autres qui se forment aux dépens des grosses cellules, dérivées probablement des cellules fixes des tissus et que Unna a bien décrites sous le nom de plasmazellen. Ces plasmazellen par confluence peuvent former des cellules géantes. L'évolution des cellules épithélioïdes varie selon que la tuberculose devient caséeuse ou fibreuse. Dans ce dernier cas, ou elles se changent en fibroblastes, puis en cellules fusiformes conjonctives, ou pour la plupart elles disparaissent sur place par un processus encore mal défini. Il ne reste plus alors que le tissu réticulé fondamental. Dans les formes caséeuses, les cellules épithélioïdes sont détruites et il ne reste plus que des débris nucléaires. On peut voir l'extension des lésions aux parties voisines et surtout à la plèvre. La propagation est plus facile du péritoine à la plèvre que vice-versa.

Aux lésions du péritoine s'associent souvent des lésions hépatiques (tubercules surtout aux espaces portes, infiltration embryonnaire ou cirrhose péri-lobulaire, stéatose, dégénérescences de l'épithélium glandulaire dues aux toxines tuberculeuses). Ces lésions ont une grande importance pronostique et elles expliquent les phénomènes hépatiques observés au cours de la tuberculose péritonéale. L'ascite peut être due quelquefois à la cirrhose, mais elle ne l'accompagne pas forcément, et surtout elle peut se produire sans elle.

Expérimentalement l'auteur a vu des lésions dégénératives du foie et des cirrhoses.

Les liquides d'ascite, examinés directement, après le repos de quelques heures, montrent quelquefois assez facilement des bacilles, dans certains cas très nombreux à l'examen sur lamelles. Sinon on devra faire l'inoculation, en injectant au cobaye, des doses assez fortes, mais ne dépassant pas la dose maxima de 20 à 30 c. c., et au lapin une dose double. Si on injectait davantage on risquerait de tuer l'animal, avec des phénomènes toxiques. On pourra répéter plusieurs jours de suite l'inoculation à dose faible; c'est là un excellent moyen qui permet d'injecter des doses assez élevées de liquide sans risquer de tuer trop tôt l'animal. Enfin l'examen extemporané du liquide au microscope peut servir au pronostic. La présence dans le liquide de nombreux globules rouges, de leucocytes et de bacilles à l'examen sur lamelles indique une infection sévère.

D'après M. Trouvé, qui relate la statistique de A. Broca, l'invagination intestinale n'est pas une affection exceptionnelle; elle représente même à peu près l'unique cause d'obstruction intestinale aiguë dans le bas âge (mis à part les cas d'imperforation anale et de volvulus congénital).

Son siège le plus fréquent est le siège iléo-cæcal.

Elle peut évoluer d'une façon aiguë ou chronique. Dans la forme aiguë, la plus commune chez l'enfant, les symptômes dominants sont : la douleur, la tumeur en boudin et l'évacuation de sang dans les selles avec apyrexie tant qu'il n'y a pas de péritonite. L'obstruction absolue est inconstante.

Le diagnostic est assez facile chez l'enfant beaucoup plus que chez l'adulte; à la condition de songer à la possibilité de cette affection on peut la dépister par les symptômes précédents.

Le pronostic est très grave, et s'il y a des cas de guérison spontanée ils sont exceptionnels. Il ne faut pas y compter.

Le traitement doit être institué d'une façon précoce. Au début on aura recours aux moyens médicaux, et en cas d'insuccès c'est la laparotomie qui permettra de faire la désinvagination par expression et non par traction.

Si l'intestin est sphacélé, on sera forcé de recourir à l'entérectomie, bien qu'elle n'ait guère donné jusqu'ici d'heureux résultats.

Parmi les luxations de l'épaule il en est une variété des plus curieuses, c'est la luxation récidivante à laquelle M. Fontoynont a consacré sa thèse inaugurale.

Ces luxations appartiennent surtout aux variétés extra-ou intra-coracoïdiennes et sous acromiales.

Reprenant les faits déjà décrits par A. Broca et H. Hartman, M. Fontoynont montre que le plus souvent il existe, au niveau de la cavité glénoïde, un arrachement plus ou moins considérable de son bord antérieur et au niveau de la tête humérale une encoche siégeant au point où la tête humérale déplacée est en contact avec le rebord de la glène. Cette encoche a donc un siège différent suivant la variété de la luxation. Mais les variétés antérieures étant les plus fréquentes, c'est presque toujours à la partie postérieure qu'on la rencontre.

La capsule peut ne pas présenter toujours une boutonnière, mais elle est en tout cas amincie et relâchée, permettant les déplacements de la tête humérale.

Pour le traitement, on essaiera d'abord les moyens de contention et l'immobilisation plus ou moins prolongée. En cas d'insuccès, on aura recours à une intervention sanglante; mais on devra considérer 2 cas :

Ou bien il existe des lésions de la glène et surtout de la tête humérale et alors la résection est le traitement de choix.

Ou bien la capsule est seule atteinte et en ce cas il suffira de remédier à son relâchement, suivant le procédé de Ricard ou celui de Mikulicz.

Si l'intégrité de la tête humérale peut être constatée par la palpation seule, et cela arrivera dans les cas où cette capsule est très mince, l'opération de Ricard est tout indiquée.

Si, au contraire, l'intégrité ne peut être constatée que *de visu*, après ouverture de la capsule, c'est-à-dire de l'articulation, l'opération de Mikulicz est préférable.

M. Crehange étudie dans sa thèse l'hémimélie par amputation congénitale.

D'après cet auteur l'hémimélie peut résulter d'une amputation congénitale, avec ou sans régénération d'un moignon à l'extrémité du membre. Elle peut être produite par un arrêt dans le développement de parties déjà formées, sous l'influence de causes qui nous échappent. Ce vice de conformation est compatible avec l'existence.

La chirurgie et la prothèse pourront intervenir dans certains cas. Ce sera au chirurgien de voir s'il y a avantage à supprimer un moignon informe, qui ne peut rendre aucun service, pour permettre l'application d'un appareil prothétique.

La radiographie permettra, dans certains cas, de déterminer si l'hémimélie résulte d'un arrêt de développement ou d'une amputation congénitale.

L'hémimélie affecte rarement les membres abdominaux. Aux membres thoraciques, elle est notablement plus fréquente à gauche qu'à droite.

Elle peut être simple, double, triple, quadruple.

Thèse de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-1898.

M. Lansac (Louis). *Du pemphigus foliacé mixte primitif.* N° 236.

M. Lansac réserve le nom de pemphigus foliacé à une dermatose primitivement bulleuse et squameuse essentiellement caractérisée : 1° par la production de bulles flasques auxquelles succède une exfoliation épidermique très abondante; 2° par un prurit modéré; 3° par la longue durée de la maladie avec conservation d'un bon état général.

L'auteur expose l'étiologie et la pathogénie encore mal connues de cette affection et admet que les lésions anatomiques rencontrées dans quelques autopsies semblent indiquer qu'elle est d'origine myélopathique; la scoliose serait un des troubles trophiques de la maladie; elle a un pronostic fatal.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate (Ueber die Operationen an den Sexualorganen bei Prostatahypertrophie), par V. Steinter (*Centralb. f. die Krankh. d. Harn.- u. Sex.- Org.*, 1898, vol. XI, nos 1 et 2, p. 1 et 62). — L'auteur communique dans son travail 6 cas d'hypertrophie de la prostate, traités une fois par la résection bilatérale des canaux déférents, 5 fois par la castration bilatérale.

Le malade traité par la résection des canaux a été perdu de vue quelque temps après l'opération dont il ne semble avoir retiré le moindre bénéfice. Sur les 5 autres malades, 1 seul a été considérablement amélioré, mais chez les 4 autres les résultats fonctionnels et la diminution de la prostate furent pour ainsi dire nuls.

La résection des trompes comme moyen prophylactique de la conception chez la femme (Kritische Bemerkung. über Sterilisirung des Frauen mittels Durchschneidung resp. Resektion der Tuben), par W. Ruhl (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1898, n° 8, p. 211). — Il y a quelque temps, Kehrer a proposé comme moyen prophylactique de la conception la section, la résection partielle des deux trompes avec ligature serrée des deux moignons de chaque trompe.

Or, il résulte d'une observation que publie l'auteur, que non seulement ce moyen n'empêche pas la conception, mais qu'il expose encore à tous les dangers d'une grossesse extra-utérine. Dans un cas notamment où l'auteur avait fait l'ablation des ovaires et la ligature serrée à la soie du bout utérin des deux trompes que pour plus de sûreté il recouvrit encore de lambeaux

péritonéaux, il trouva, en faisant quelques mois plus tard l'hystérectomie, que le moignon de la trompe droite était libre de toute adhérence et largement ouvert dans la cavité abdominale.

Il pense donc que pour éviter la conception il vaut mieux, après la résection partielle des trompes, aboucher les deux moignons utérins dans le vagin à travers une incision faite à la paroi antérieure de ce conduit. C'est cette opération qu'il a faite récemment dans un cas. Les résultats ultérieurs seront communiqués plus tard.

Antisepsie des mains pour les opérations (Zur Vorbereitung der Hände vor aseptischen Operationen), par Meuge (*Münch. med. Wochenschr.*, 1898, n° 4, p. 104). — Pour obtenir une asepsie parfaite des mains au cours des opérations, l'auteur conseille de les enduire, après leur désinfection habituelle, d'une couche de xylol paraffiné, mélange de 100 centimètres cubes de xylol et de 10 grammes de paraffine molle, facilement stérilisable, et dont le point de fusion est à 45°. Quand il se dessèche, il forme sur les mains une sorte de pellicule imperméable qui se moule sur toutes les anfractuosités de la peau et emprisonne les microorganismes qui ont résisté à la désinfection préparatoire des mains; les liquides glissent sur cette pellicule sans l'entamer.

La désinfection des mains doit donc, dans ces conditions, se faire de la façon suivante :

1° Nettoyage mécanique des mains avec une brosse, de l'eau chaude et du savon de potasse, pendant un temps suffisamment long pour amener le ramollissement de l'épiderme;

2° Désinfection soignée des mains avec une solution antiseptique, alcoolique ou aqueuse, destinée à détruire les microorganismes qui se trouvent à la surface de la peau;

3° Lavage prolongé des mains avec de l'alcool à 70°. Essuyer les mains avec une serviette stérilisée.

La couche de xylol paraffinée qui emprisonne les mains ne gêne en rien l'opérateur. L'opération terminée, la couche de xylol paraffinée est enlevée par un lavage à l'éther, puis par un lavage avec de l'eau chaude et du savon de potasse.

Transplantation des ovaires (Zur Ovarientransplantation) par E. Knauer (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1898, n° 8, p. 201). — L'auteur communique dans son travail une série d'expériences faites sur des lapines qui ont consisté à extirper aseptiquement les ovaires et à les transplanter dans un autre point du péritoine, notamment dans le méso-mètre qui existe chez ces animaux. En sacrifiant les animaux à des intervalles variables après l'opération, l'auteur a constaté que non seulement les ovaires se greffent fort bien sur le péritoine, mais qu'ils continuent encore à se développer et à fonctionner normalement c'est-à-dire que les ovules continuent à se développer et à arriver à la maturité. Du reste une de ces lapines mise en rapport, 13 mois après l'opération, avec un mâle, devint grosse et mit bas au bout d'un mois une portée de 2 petits, un mâle et une femelle, normalement conformés.

Taxis forcé (Zur Frage des forcirten Taxis), par E. Bennecke (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 12, p. 253). — Il s'agit d'un homme de 41 ans, amené à l'hôpital pour une hernie inguinale étranglée, datant de 48 heures et qui a été traitée en ville par le taxis forcé sous le chloroforme. La kélotomie faite séance tenante montra tout d'abord une nécrose étendue de l'intestin. Sous l'influence du taxis, le contenu de la hernie s'est trouvé repoussé dans le canal inguinal, le col était déchiré, et l'intestin et une partie de l'épiploon sont venus se loger dans une cavité entre le péritoine pariétal et l'aponévrose transverse. Pour réparer tous ces désordres il a fallu faire une série de sutures et réséquer en outre 45 centimètres d'intestin. Les deux bouts furent laissés dans la plaie. Mort 48 heures après l'opération.

D'après l'auteur, il ne faut pas pratiquer le taxis sous le chloroforme qui permet de déployer instinctivement une force plus grande qu'il n'est nécessaire.

MÉDECINE

Colibacilles et fièvre puerpérale (Die Beziehungen des Bacterium Coli zur Entstehung von Wochenbettfieber), par E. Schenk (*Arch. f. Gynäkol.*, 1898, vol. LV, p. 429). — L'auteur communique dans son travail deux observations de fièvre puerpérale dont une avec péritonite mortelle. Dans ce dernier cas le liquide péritonéal renfermait des streptocoques et des colibacilles. Dans le premier cas, qui s'est terminé par la guérison les lochies et l'exsudat fibrineux qui s'étaient formés sur les lèvres du col, renfermaient des colibacilles.

Colique pancréatique avec diabète passager (Ueber einen Fall von Pankreaskolik mit temporärem Diabetes begleitet), par Polyakoff (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 11, p. 237). — Il s'agit d'un homme de 28 ans, ordinairement bien portant, qui, dans de bonnes conditions hygiéniques, fut pris de vives douleurs survenant sous forme d'accès localisés dans l'épigastre avec irradiations dans la colonne vertébrale et l'omoplate gauche. En même temps apparurent de la polyphagie, de la polydipsie, de l'amaigrissement. On trouva du sucre dans les urines. Les accès douloureux paroxystiques s'accompagnaient de vomissements. La vésicule biliaire paraissait n'être pas en cause et les garde-robes étaient normales. Le traitement antidiabétique, la caféine et l'antipyrine amenèrent une amélioration importante, et un peu plus tard la glycosurie disparut complètement.

Bien que l'examen des garde-robes n'ait pas fait voir de calculs pancréatiques, l'auteur pense qu'il s'agissait de coliques pancréatiques. Il se base, pour ce diagnostic, sur le siège et la nature des douleurs et la coexistence de la glycosurie.

Aphasie comme début d'un accès d'urémie (Aphasie als Einleitung eines urämischen Anfalls), par U. Rose (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 9, p. 193). — Cette observation se rapporte à un homme de 32 ans qui, 4 ans auparavant, avait eu des coliques de plomb et qui est entré à l'hôpital avec tous les signes du mal de Bright et des hydropisie multiples. Neuf jours après son entrée, le matin au réveil, il est pris d'aphasie, c'est-à-dire qu'il ne peut plus prononcer que le mot : « ja » (oui). A ce moment, il ne présente aucun autre symptôme, aucune paralysie notamment; mais, une demi-heure plus tard, il est pris de convulsions cloniques et iloniques et tombe dans le coma dont il ne sort qu'au bout de 3 jours après avoir présenté pendant ce temps plusieurs accès de convulsions. Au 4e jour, tout rentre dans l'ordre, et l'aphasie disparaît.

D'après l'auteur, cette aphasie marquant le début d'un accès d'urémie, ne peut s'expliquer que par un œdème local ou un trouble passager de la circulation de la 3e circonvolution.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 Mai 1898.

De la syphilis de l'estomac.

M. Dieulafoy relate l'observation d'un malade, ancien syphilitique, qui, après avoir été soigné sans résultat pendant 1 an 1/2 pour un ulcère simple de l'estomac par les traitements usuels, a guéri à la suite de la médication spécifique (injections de bi-iodure de mercure et iodure de potassium à l'intérieur). Il termine par les conclusions suivantes :

La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorrhagiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois

stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous ceux de l'ulcus simplex : douleurs xiphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, melæna, amaigrissement cachectique.

Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois, lorsque les signes de l'ulcus simplex se montrent chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade présentant des symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex.

En pareille circonstance le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

La notion de la syphilis comme cause des ulcérations stomacales est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de soumettre à une intervention chirurgicale.

Stomatite diphtéroïde.

M. Rendu fait un rapport sur une note de **M. Mongour** (de Bordeaux).

Se fondant sur ce fait que l'examen bactériologique de la fausse membrane donne toujours des formes microbiennes complexes, M. Mongour en a conclu que la stomatite diphthéroïde n'était pas une entité clinique, et qu'elle confinait d'une part à la diphthérie vraie, d'autre part à la stomatite ulcéro-membraneuse. Le rapporteur n'admet pas cette assimilation qui lui paraît reposer sur une interprétation erronée des cultures bactériologiques. Jusqu'à nouvel ordre les symptômes cliniques et l'évolution des diverses variétés de stomatite fournissent encore les meilleurs éléments de diagnostic et de pronostic pour le médecin, et la stomatite diphthéroïde, avec les caractères que lui a si judicieusement assignés M. Sevestre, mérite d'être conservée comme une entité morbide spéciale; au point de vue pratique les assertions de M. Mongour seraient dangereuses puisqu'elles tendraient à faire soigner dans les services de diphthérie des enfants qui ne sont pas atteints de cette affection.

Nature et traitement de la chorée.

M. Vallin lit, au nom de **M. Moncorvo** (de Rio-de-Janeiro), une note dans laquelle cet auteur soutient que, dans un très grand nombre de cas, la chorée ne serait que la détermination cérébro-médullaire de l'infection rhumatismale développée dans l'organisme d'un hystérique ou d'un neurasthénique.

Pour combattre la chorée, M. Moncorvo recommande l'emploi des agents dérivés de la série aromatique, tels que l'antipyrine, l'exalgine, l'asaprol et l'analgène.

Acétate de thallium.

M. Huchard fait, à propos d'un travail de **M. Combemale** (de Lille) sur l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phthisiques, un rapport dans lequel il déclare que si ce médicament est un antisudoral énergique, il doit cependant être rejeté de la thérapeutique, parce qu'il détermine très rapidement de l'alopécie.

MÉDECINE PRATIQUE

Réactif simple et très sensible pour déceler la présence du brome dans l'urine,

Par M. le Dr Jolles (de Vienne).

Il est souvent utile pour le médecin de rechercher la présence du brome dans les urines, soit pour assurer le diagnostic d'un exanthème, soit chez le nourrisson lorsque la mère ou la nourrice ont pris du bromure, ou enfin dans les cas où l'on donne à l'enfant du bromoforme ou du bromure de potassium. Les réactions employées jusqu'ici sont d'une exécution difficile et d'une valeur incertaine.

Les recherches entreprises par M. le Dr Jolles (de Vienne) (1) lui ont montré qu'en traitant l'urine acide par le permanganate et la chaleur, on détruisait les combinaisons bromées contenues dans l'urine et l'élimination du brome se traduisait par son odeur caractéristique.

On peut déceler cette mise en liberté de brome par le papier au *chlorhydrate-paradiméthylphénylendiamine*. La préparation de ce papier est très simple. On prépare une solution de chlorhydrate-paradiméthylphénylendiamine (0,5 cent. pour 1/2 litre d'eau). On trempe du papier filtré dans cette solution puis on le retire pour le laisser sécher et le découper en bandelettes appropriées.

Sous l'influence d'une très faible quantité de vapeur de brome, le papier prend une coloration rougeâtre. Cette réaction est extrêmement sensible et permet de déceler la présence de 0,001 de bromure de sodium dans 100 centimètres cubes d'urine.

On procède de la façon suivante : 10 centimètres cubes d'urine sont mis dans un petit ballon à col rétréci après qu'on les a acidifiés avec de l'acide sulfurique. On ajoute du permanganate de potasse en excès jusqu'à coloration rouge persistante. Dans le col du ballon on place du papier de *paradiméthylphénylendiamine*, légèrement humecté, puis on chauffe doucement. En présence de quantités même infinitésimales de brome, le papier prend la coloration caractéristique.

Emploi de la quinine en injections hypodermiques,

Par M. le professeur V. Stoffella (de Vienne).

L'insolubilité de la quinine a mis pendant longtemps un obstacle à son emploi en injections sous-cutanées.

Dans ces dernières années, un médecin italien avait trouvé qu'associé à l'antipyrine le chlorhydrate de quinine se dissout facilement. Ce fait, confirmé par Gessard au Val-de-Grâce, reçut son application et Laveran prescrivait la formule suivante pour injections hypodermiques.

Chlorhydrate de quinine	3 gr.
Antipyrine.	2 gr.
Eau distillée	6 gr.

Le professeur Santesson (de Stockholm), reprenant la question, a montré qu'en réalité, de l'association de la quinine et de l'antipyrine résultait une combinaison nouvelle, la quinopyrine, dont la toxicité serait moindre que la quinine.

Pour le professeur Stoffella (de Vienne), l'association de la quinine et de l'antipyrine est inutile. Depuis de longues années il emploie le chlorhydrate de quinine seul, en injections sous-cutanées.

Son procédé est le suivant :

Il met 2 grammes de chlorhydrate de quinine, dont il a auparavant vérifié (point important) la réaction alcaline, dans une éprouvette contenant 10 grammes d'eau distillée. L'éprouvette est chauffée doucement et vers 40°6 la dissolution est complète et se maintient encore quelque temps. En refroidissant, la quinine se précipite sous forme d'une masse blanchâtre qui se redissout par la chaleur, où en plongeant l'éprouvette dans l'eau chaude.

L'injection est complètement indolore et, d'autre part, le médicament restant soluble à la température du sang, on n'a pas, comme dans les injections de quinopyrine, de noyau d'induration au lieu de l'injection.

Une seringue de Pravaz contient dans ces conditions 2 déci-

1. *Wiener klin. Rundschau*, 20 mars 1898, p. 181.

grammes de chlorhydrate de quinine. On peut donner ainsi jusqu'à 3 doses par jour.

Indications du massage dans le traitement des maladies internes.

On divise les effets physiologiques du massage en *directs* et *indirects*.

Dolega (1) range parmi les premiers ceux dont l'action est locale, c'est-à-dire l'excitation mécanique des éléments cellulaires. l'augmentation de leur origine, la modification du chimisme intra-cellulaire, enfin l'activité de la circulation sanguine et lymphatique.

Les effets indirects du massage sont ceux dont l'action s'exerce sur les échanges nutritifs et la sécrétion des glandes. On a pu démontrer expérimentalement que le massage combiné aux mouvements passifs activait la circulation lymphatique.

Le massage est formellement indiqué en médecine interne, toutes les fois qu'on désire obtenir une action déplétive, résorbante, régressive et régénératrice.

En particulier, il se trouve indiqué dans toutes les manifestations chroniques de l'arthritisme, dans les dépôts inflammatoires chroniques musculaires et tendineux, enfin dans l'atrophie musculaire.

Le massage abdominal est utile dans l'atonie de la musculature abdominale, dans l'insuffisance motrice simple de l'estomac, dans l'entéroptose.

Le massage général est employé dans le diabète où il diminue la glycosurie. Il est également bon dans les cures hygiéniques, en particulier dans la cure de Weir Mitchel, enfin dans le traitement de l'obésité et de l'œdème cardiaque.

Enfin il trouve encore son application dans différentes formes d'affections cutanées, au début de la sclérodermie, dans les processus épidermiques hyperplastiques, tels que l'éléphantiasis, dans le prurigo.

En neuropathologie le massage est un moyen thérapeutique souverain dans le traitement de l'atrophie musculaire primitive ou secondaire dans les troubles de coordination par névroses ou d'origine centrale, telles que la chorée et le tabès.

Ces heureux résultats du massage dans la chorée sont confirmés par Fedoroff (2).

D'autre part Huchard (3) récemment a insisté sur les avantages du massage dans le traitement des dyspepsies, suivant la méthode déjà préconisée par le Dr Cautru.

Enfin, d'après M. Geoffroy (4) les vomissements incoercibles de la grossesse seraient dus à une contraction réflexe du tube intestinal. Le massage aurait eu des résultats heureux en pareil cas.

VARIÉTÉS

Tumulte à la Faculté de médecine.

Nous avons cru devoir jusqu'à présent garder le silence sur les désordres auxquels a déjà donné lieu le cours de M. Blanchard à la Faculté de médecine. Mais nous devons dire aujourd'hui que le concours d'agrégation, auquel M. Blanchard participe comme membre du jury, a été troublé, mercredi soir, par de graves manifestations.

Voici ce que nous lisons dans *le Temps* :

Le tirage des sujets de leçons pour ce concours devait avoir lieu lundi, à midi, et la première séance publique avant-hier mardi, à 5 heures. Dans les journées de lundi et de mardi, des billets avaient été mis en circulation dans le Quartier latin, distribués en grand nombre dans les cafés, dans les écoles et surtout à l'Ecole de médecine; ces billets disaient :

« Mardi, à 5 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, immense chahut au concours d'agrégation dont fera partie M. Blanchard. »

A l'heure dite, mardi, 200 ou 300 personnes occupaient l'amphithéâtre indiqué. On vint leur annoncer que les deux candidats qui devaient passer le concours ce jour-là avaient retiré leur candidature et que, partant, il n'y aurait séance que le lendemain, mercredi, à la même heure. Les assistants se retirèrent alors, assez tranquillement.

Hier, ce ne fut plus 200 ou 300 jeunes gens qui vinrent pour assister à la leçon publique que devait professer le Dr Launois, mais une foule de 1 000 à 1 200 personnes. Le grand amphithéâtre, les escaliers et les couloirs qui y accèdent étaient bondés; la cour de la Faculté était elle-même occupée par les derniers arrivants.

Lorsque, à 5 heures, les membres du jury, revêtus de leur robe rouge, font leur entrée dans la salle, des applaudissements accueillirent MM. Mathias Duval, Farabeuf et Charles Richet, qui s'assirent successivement autour de la grande table d'examen. Mais lorsque, derrière eux, apparut M. Blanchard, aux applaudissements succédèrent les coups de sifflet et les cris de : « Démission! Conspuez Blanchard! »

M. Mathias Duval prit alors la parole; il engagea l'assistance au calme et lui demanda de laisser la Faculté procéder au concours si important de l'agrégation.

On cria : « Vive Duval! », mais le tumulte ne cessa pas un instant. Selon les termes de l'invitation, « le chahut était immense ».

Il fallait cependant, à tout prix, que le concours eût lieu. Les candidats étaient en loge depuis 2 heures de l'après-midi, afin de préparer leurs leçons; s'ils n'avaient pu professer celles-ci, il aurait fallu recommencer et le tirage des sujets, et la préparation des leçons, tout le concours en un mot.

Le jury, devant l'insistance des manifestants, se rendit alors dans la salle du conseil, pour continuer les opérations du concours. Comme celles-ci doivent être, d'après la loi, publiques, on avait laissé pénétrer dans cette salle une quarantaine de personnes; c'étaient, pour la plupart, les candidats et leurs amis, des professeurs, agrégés, prosecteurs : l'auditoire ordinaire de ces concours. Aussi M. Launois put-il achever tranquillement sa leçon et la séance ne fut levée, à 6 heures moins 5 minutes, qu'après qu'il eût parlé durant le temps réglementaire de 3/4 d'heure.

Cependant, la foule était passée du grand amphithéâtre dans la cour. Elle continuait ses manifestations violentes et se demandait dans quelle salle le jury s'était retiré. Soudain, quelques personnes sont vues se dirigeant vers la salle du conseil. Alors, une poussée se produit dans cette direction; 5 ou 6 garçons de l'école tentent de s'opposer au mouvement; ils sont débordés et la foule occupe l'entrée du grand couloir, qui donne sur le boulevard Saint-Germain. Elle menace de forcer les portes et de faire irruption dans la salle où le jury procède au concours.

MM. Brouardel, doyen de la Faculté, et Ch. Pupin, secrétaire, interviennent alors; ils tentent de ramener le calme dans les esprits. Le doyen montre de quel intérêt est pour les candidats que le concours puisse s'achever réglementairement.

— Ce concours est public, lui crie un jeune homme en tenue de bicycliste. Tout doyen que vous êtes, vous n'avez pas le droit de nous interdire l'accès du concours.

Ni le doyen, ni le secrétaire ne reconnaissent ce jeune homme pour un de leurs élèves. Cependant, grâce à leurs efforts, la foule s'arrête... et 6 heures sonnent. « Le concours est fini, annonce-t-on, les professeurs sont sortis ».

Et la foule se retire alors, non sans quelque tumulte.

Le concours d'agrégation étant un cours non de faculté, mais d'Etat, sa police n'appartient pas au doyen. Aussi, hier, par ordre supérieur, M. Touny, directeur de la police municipale, avait-il pénétré dans l'intérieur de l'Ecole, accompagné par une douzaine d'agents en bourgeois; au reste, il n'a pas eu à intervenir.

1. *Münchener med. Woch.*, n° 2, 1898.
2. Obozrenje, *Psychiat. Neurol*, n° 4, 1897.
3. Huchard, *Journ. des Prat.*, n° 38, 1898.
4. *Bulletin génér. de thérap.*, 15 décembre 1897.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Le mal perforant buccal,

D'après le Dr R. Baudet,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En dehors des perforations que la syphilis et la tuberculose créent à la voûte palatine, il en existe d'autres siégeant au niveau du bord alvéolaire des maxillaires, plus rares et moins bien connues, que les symptômes, la marche, la pathogénie classent à part. La dénomination de mal perforant buccal que leur a donnée le professeur Fournier met bien en relief le processus ulcératif de cette lésion absolument comparable au mal perforant plantaire. Depuis le cas de Labbé, présenté en 1868 sous le nom d' « affection singulière des arcades alvéolaires » à la *Société de chirurgie*, divers cas ont été observés par Dolbeau, Dubrueil, Duplay, Galippe. Manoha en 1885 émet l'hypothèse que cette maladie relève de l'ataxie locomotrice. C'est en 1893 et 1894 que M. Fournier observe deux malades (obs. de Hudelo et de Wickham) pour lesquels il crée le nom de mal perforant buccal. Enfin depuis ce temps M. Letulle en présente un cas en 1894 à la *Société médicale des hôpitaux* et revient récemment sur le sujet (1), et M. Baudet, à propos de trois nouveaux faits observés par lui, retrace l'histoire complète de l'affection dans sa thèse inaugurale (2).

I. Symptômes. — Le premier symptôme bien net c'est l'ébranlement et la *chute des dents*, bien que parfois l'on ait noté quelques prodromes (sensations de battement dans les gencives, phénomènes névralgiques, tic douloureux de la face, etc.). Puis vient le stade de *résorption alvéolaire* où le malade se présente avec un aspect assez spécial : mâchoire supérieure rentrée, mâchoire inférieure débordant en avant, lèvre inférieure recouvrant la supérieure; la face prend un aspect assez étrange, étonné et rieur (Baudet). Il y a d'ailleurs différents aspects possibles, suivant que toutes les dents sont complètement tombées aux 2 maxillaires, ou seulement au maxillaire inférieur, ou sont tombées en nombre variable; la chute peut encore être unilatérale mais toujours les lésions sont plus accentuées au maxillaire supérieur et débutent par celui-ci. Le plus souvent les dents tombées sont saines et remarquablement solides, le système dentaire est frappé en pleine vigueur. La résorption du rebord alvéolaire qui suit la chute des dents n'a pas lieu de la même façon aux deux maxillaires. Pour le supérieur, le rebord alvéolaire est réduit à sa portion horizontale; au maxillaire inférieur, du fait de la résorption le corps de l'os est diminué de hauteur; les alvéoles ont disparu et laissent à leur place un bord libre mince et tranchant. Au maxillaire supérieur la résorption rapetisse l'os dans le sens antéro-postérieur, au maxillaire inférieur elle le rapetisse dans le sens vertical. Les lèvres, en contact avec les os, les suivent dans leur retrait, la supérieure se retire donc en arrière avec le maxillaire supérieur, d'où l'aspect particulier de la face.

Puis vient le stade des *perforations*, variables comme étendue et comme nombre mais ayant un siège fixe : sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur en un point correspondant au sommet du sinus maxillaire. Là on trouve tous les degrés de l'ulcération tabétique : ulcération simple rare, avec fistule plus fréquente mais devant être cherchée avec soin, enfin perforation. Celle-ci est large, et crée une infirmité et un danger par sa communication avec le sinus et les fosses nasales. Elle est d'ailleurs rare puisque M. Baudet n'en relève que huit observations publiées dont trois lui sont personnelles; mais, pour lui comme pour M. Letulle, il y en a d'autres méconnus, car la plupart des malades ne se plaignent d'aucun trouble bien marqué, car aussi, cette lésion peu connue peut prêter à erreur de diagnostic.

Survenant chez des sujets ayant dépassé l'âge moyen de la vie (toujours chez des hommes) la perforation est uni- ou bilatérale, pouvant dans le premier cas coexister avec une fistule siégeant de l'autre côté et qui plus tard deviendra elle-même une perforation. Les limites de la perforation sont les suivantes : en dehors elle confine à la joue, en avant elle s'avance vers les lèvres, en arrière elle s'étend jusqu'aux apophyses ptérygoïdes, en dedans elle se rapproche plus ou moins de la ligne médiane, s'étendant pourtant plus en longueur qu'en largeur; de dimensions variables, elle permet à l'état le plus avancé l'introduction du médius.

La muqueuse à ce niveau est rouge, vascularisée, fortement irritée par les particules alimentaires si le malade a peu de soin de sa personne; ou blanche, lisse et comme fibreuses si le malade prend soin de son mal. L'os bordant les perforations n'est pas nécrosé il n'y a pas trace de fistules avoisinantes et le rebord osseux résiste au doigt quand on cherche à l'ébranler. Le contour est irrégulier, sinueux, allongé dans le sens antéro-postérieur dans l'axe même du bord alvéolaire. Quand on fait renverser en arrière la tête du malade, la bouche ouverte,

1. Letulle, *Presse médicale*, n° 28, 2 avril 1898.
2. Baudet, *Archives générales de médecine*, janvier 1895; thèse de Carrière, Paris, 1892, et thèse inaugurale (1898, n° 241, Steinheil).

on peut apercevoir dans certains cas l'extrémité antérieure des cornets inférieur et moyen; d'ailleurs les aliments liquides refluent en partie par le nez; si l'on introduit le doigt ou un stylet dans la perforation, on pénètre en plein sinus. La perforation aboutit donc à la fois dans le sinus et la fosse nasale correspondants. Il n'y a pas d'exception.

Quand les perforations sont doubles, elles ont un siège symétrique, mais leur étendue n'est pas la même et elles ne sont ni contemporaines dans leurs débuts, ni aussi rapides dans leur marche.

Les signes fonctionnels sont peu intéressants. La voix est nasonnée. Le malade bredouille en parlant, parfois la mastication est gênée, les liquides refluent par le nez, les solides se condensent en une véritable pâte qui pénètre dans le sinus.

M. Baudet insiste sur les troubles de la sensibilité de la face ou de la joue qui sont constants. Ces troubles peuvent être subjectifs (sensations douloureuses du côté de l'appareil dentaire, névralgie de la face, tic douloureux, etc.) Les troubles vaso-moteurs sont rares. L'anesthésie sensorielle n'a été trouvée qu'une seule fois, la thermo-anesthésie également; en revanche les anesthésies tactile et douloureuse existent dans presque tous les cas, au niveau des ulcérations, au pourtour des perforations, sur la muqueuse buccale, la langue, la peau de la face. Elles varient en intensité et en étendue, leur répartition se modifie avec chaque malade.

II. Évolution et pronostic. — L'évolution, depuis la chute des dents jusqu'à l'époque des perforations varie entre 1 et 7 ans; les perforations s'établissent avant que la chute soit complète; celle-ci peut continuer et les perforations rester stationnaires. La perforation une fois faite peut s'arrêter dans sa progression, certaines observations le prouvent, mais leur guérison est impossible, la perforation ne se répare jamais. La syphilis, qui existe chez quelques malades, mais non chez tous, semble n'avoir aucune influence sur l'évolution de l'affection; de même le tabès, bien que la plupart des malades soient ou des tabétiques avérés anciens, ou des tabétiques sans symptôme inquiétant, ou des tabétiques douteux à symptôme très peu accusés, ne semble pas empêcher que l'évolution des perforations s'arrête d'elle-même au bout d'un certain temps; bien qu'il puisse se produire, rarement il est vrai, des hémorrhagies ou des nécroses plus ou moins étendues par infections secondaires, amenant l'élimination de séquestres, le mal perforant buccal n'est pas par lui-même une affection grave, c'est une infirmité.

III. Diagnostic. — Les perforations de la voûte palatine syphilitiques, tuberculeuses, traumatiques, ou succédant à des ostéites aiguës terminées par nécrose se distinguent facilement du mal perforant buccal, pour peu que l'on se rappelle les principaux caractères de ce dernier énoncés plus haut.

IV. Pathogénie. — Les premiers faits de résorption progressive des arcades alvéolaires ayant été observés chez des syphilitiques il était naturel de rattacher cette affection à la syphilis. M. Duplay, tout en remarquant les différences capitales qui séparent ces perforations de celles que la syphilis engendre ordinairement à la voûte palatine, admit que la syphilis créait, sous l'influence de prédispositions inconnues, une lésion particulière du tissu osseux, qu'il s'agissait peut-être d'un processus analogue à la carie sèche des os du crâne. Cette hypothèse doit être abandonnée actuellement, car outre que les malades ne sont pas tous syphilitiques, la lésion, tant par ses caractères cliniques et anatomiques que par sa résistance absolue au traitement antisyphilitique, diffère entièrement des accidents syphilitiques.

La théorie infectieuse est soutenue par M. Galippe depuis 1882, il est revenu depuis sur cette question (1). Pour cet auteur le mal perforant buccal est une simple complication de la pyorrhée alvéolaire ou maladie de Fauchard se terminant par nécrose du bord alvéolaire. Mais cette complication ne se produit que dans des conditions spéciales, principalement quand la pyorrhée se déclare chez des ataxiques. M. Baudet objecte que le malade de Dolbeau, que les siens ne présentaient nullement les signes de la pyorrhée alvéolaire, que les dents jusqu'à leur chute sont restées remarquablement saines et solides sans aucune rougeur du liseré gingival, sans suintement purulent au niveau de la sertissure. Quant au microbe isolé par M. Galippe rien ne prouve qu'il soit pathogène et ce peut être, dit M. Baudet, un parasite banal de la bouche entraîné par les dents dans leur chute, mais ne provoquant pas celle-ci. Des travaux de M. Galippe subsiste cependant cette notion de la possibilité des infections alvéolaire, au cours du mal perforant buccal. Elles se surajoutent à celui-ci comme les abcès, les lymphangites, les ostéites se surajoutent au mal perforant plantaire.

La théorie tabétique, affirmée par Manoha en 1885 en se basant sur le cas de son maître Dubrueuil, n'avait pour elle à ce moment aucune observation et aucun fait concluant, car l'autopsie du malade de Dubrueuil ne révéla pas une sclérose systématique des cordons postérieurs rappelant celle de l'ataxie. Repoussée en 1892 par le Dr Carrière, reprise par Fournier et ses élèves Hudelo et Wickham, la théorie tabétique vient à nouveau d'être affirmée par M. Baudet. Il montre d'abord que depuis la chute incomplète des dents jusqu'à la perforation même il y a tous les intermédiaires. Le malade d'Hudelo en 1893 avait une chute à peu près complète des dents et une simple ulcération gingivale droite, ayant détruit la muqueuse jusqu'à l'os, en 1894 M. Galippe lui trouvait une légère fistule; enfin en août 1894 il est dans le service de M. Proust avec une large perforation admettant l'introduction du doigt. Les cas de chute des dents et les cas de perforations palatines chez les tabétiques sont donc deux degrés différents d'une même affection relevant vraisemblablement des mêmes lésions anatomiques. Or l'examen anatomique complet a été fait dans deux cas de chute complète des dents avec résorption du bord alvéolaire par Demange et il a montré, outre une sclérose bulbaire envahissant le noyau sensitif des nerfs mixtes, la racine ascendante du trijumeau, une névrite extrêmement prononcée du nerf trijumeau lui-même.

Concluant de ces deux exemples aux autres cas, M. Baudet attribue à la névrite du trijumeau les différentes lésions du mal perforant buccal, montrant que des lésions osseuses de même ordre ont été signalées à la suite de lésions nerveuses, que seules les lésions des nerfs peuvent rendre compte des troubles sensitifs signalés parfois. Ces altérations nerveuses sont-elles dues au tabès? La réponse doit être réservée, car si, d'après les observations parues, rien encore autre que l'ataxie n'explique la production de semblables lésions, il semble qu'elles ne soient pas impossibles en dehors de l'ataxie, et quelques malades ne pouvaient pas, au moment de leur examen être considérés comme ataxiques avérés; il est vrai qu'on avait le droit de les considérer comme des ataxiques en imminence, surtout si l'on admet que le

1. Galippe, *Journal des connaissances médicales*, mai 1894.

mal perforant buccal peut être un symptôme de la période pré-ataxique.

L'ataxie est en tout cas la cause la plus fréquente de la névrite du trijumeau dans les cas de mal perforant buccal. Comment sous l'influence de cette névrite, les perforations s'établissent-elles? M. Baudet montre que la lésion primitive semble débuter dans l'alvéole; il y a régression de l'alvéole et du ligament alvéolo-dentaire déterminant la chute de la dent. Tout se passe comme dans une arthropathie tabétique où l'on voit les extrémités osseuses usées jusqu'à la disparition. Rapprochant ses recherches de celles de M. Gilles de la Tourette sur le mal perforant plantaire où cet auteur montre l'arthropathie contemporaine du durillon, si même elle ne le précède pas, M. Baudet admet que la névrite du trijumeau, frappant tout un territoire buccal, muqueuse et ses annexes, périoste, os, amène d'abord et surtout la lésion articulo-dentaire, l'arthropathie alvéolaire, l'ébranlement de la dent et sa chute; puis le bord alvéolaire se résorbe, la muqueuse prend un aspect cicatriciel, devient le siège d'anesthésies; bientôt apparaissent les fistules et les perforations, parfois à la faveur de l'infection surajoutée comme dans les cas de Galippe, mais celle-ci n'est pas nécessaire et manque souvent; lorsqu'elle existe, peuvent apparaître alors les phénomènes d'ostéite raréfiante, les suppurations qu'il faut ouvrir, les séquestres plus ou moins volumineux provoquant une simple fistule ou une vaste perforation communiquant avec le sinus (cette ouverture du sinus s'observant aussi sans infection).

Le TRAITEMENT est purement palliatif et l'on devra se borner à conseiller le port d'un appareil prothétique.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

SESSION DE MAI 1898

Pathologie de l'amygdale linguale et de la base de la langue.

M. E. Escat (de Toulouse). — L'amygdale linguale, ou quatrième amygdale, qui avait si peu intéressé les biologistes jusqu'à ces dernières années, a pris enfin rang dans l'anatomie à côté des deux amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée. Les travaux publiés sur la pathologie de cette amygdale ont démontré, en outre, qu'elle était susceptible des mêmes affections que les trois autres.

1° Dans l'angine diffuse symptomatique d'affections générales aiguës, telles que la scarlatine, la rougeole, la grippe, le rhumatisme infectieux, l'amygdale linguale est affectée d'*inflammation catarrhale*, au même titre que les amygdales palatines; sa lésion, dans ce cas, n'attire guère l'attention, et ses symptômes se confondent avec les symptômes généraux de l'angine. Sa symptomatologie propre est caractérisée par une douleur localisée au fond de la gorge, répondant extérieurement à l'os hyoïde, généralement plus prononcée d'un côté, avec irradiation vers l'oreille correspondante; par de la dysphagie, constituée par une sensation de corps étranger au fond de la gorge, nécessitant des efforts constants de déglutition qui exaspèrent la douleur. On constate généralement un léger état cararrhal de l'oropharynx; l'examen au laryngoscope montre que la base de la langue est uniformément rouge.

L'amygdalite linguale catarrhale dure de 1 à 2 septenaires; elle est très bénigne et se termine par résolution. Les récidives sont fréquentes; elles entraînent avec elles l'hypertrophie chronique.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, il y aurait deux formes d'*amygdalite et péri-amygdalite linguales phlegmoneuses* (Simanowsky) : l'amygdalite folliculaire suppurée et la périamygdalite linguale, pouvant se combiner.

L'étiologie de l'amygdalite linguale phlegmoneuse est celle des angines phlegmoneuses en général. L'affection paraît un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Elle est primitive ou secondaire à une angine catarrhale généralisée et s'annonce par l'apparition parfois très brusque d'une vive douleur à la gorge, à la grande corne de l'os hyoïde, s'exaspérant de plus en plus, s'irradiant à l'oreille. La température atteint facilement 39°5 et 40°, avec frissonnements, courbature, malaise céphalalgie, embarras gastrique et constipation.

La dysphagie, légère au début, s'accentue rapidement; la sensation de corps étranger est d'autant plus accusée que l'infiltration phlegmoneuse est plus étendue. La douleur provoquée par les efforts de déglutition devient bientôt intolérable, non seulement pour les aliments solides, qui dès le début ne peuvent être supportés, mais aussi pour les liquides.

La gêne respiratoire, sans être constante, est souvent observée; elle peut être légère, mais peut aussi devenir menaçante, au point de donner lieu à un vrai tirage, qui fait songer à la nécessité de la trachéotomie; ce peut être le véritable tableau de la trachéotomie; ce peut être le véritable tableau de l'œdème aigu de la glotte.

La phonation n'est pas altérée, dans les formes bénignes; mais, lorsqu'il s'agit de véritable périamygdalite, on observe des troubles portant à la fois sur la phonation proprement dite et sur l'articulation.

Dans certains cas, les malades n'ont pas de peine à ouvrir la bouche; dans d'autres, il y a difficulté due à la propagation du processus inflammatoire à la muqueuse qui tapisse la branche montante du maxillaire inférieur.

L'examen de la gorge ne montre rien sur l'oro-pharynx, si ce n'est une rougeur catarrhale diffuse. L'abaisse-langue déprime facilement la portion antérieure de la langue, mais plus difficilement la base.

La mobilité de la langue est généralement conservée, cependant, la propulsion est parfois impossible.

A la base de la langue, dans la périamygdalite, on aperçoit la région de l'amygdale linguale, occupée d'un seul côté par une tuméfaction plus ou moins volumineuse, rouge, lisse, tendue s'élevant au-dessus du bord de l'épiglotte qu'elle cache ou qu'elle comprime. Les ligaments glosso-épiglottiques sont défigurés et même effacés par l'inflammation, les fossettes glosso-épiglottiques comblées par la tuméfaction amygdalienne.

L'adénopathie a été signalée tantôt sur les ganglions sous-mentaux, tantôt sur deux ganglions superposés au-devant de la jugulaire interne, sur les côtés du cartilage cricoïde.

L'affection évolue en 8 ou 15 jours; c'est du huitième au quinzième jour que l'abcès peut s'ouvrir spontanément. L'évolution est plus rapide dans l'abcès folliculaire que dans la périamygdalite proprement dite; mais, lorsque les abcès folliculaires se succèdent, la maladie peut durer plusieurs semaines.

L'œdème de la glotte est une complication redoutable, capable de prendre le pas sur la maladie elle-même et d'absorber toute l'attention. L'amygdalite phlegmoneuse, d'ailleurs, expose aux mêmes complications générales que les amygdalites palatines phlegmoneuses.

Le pronostic est plutôt bénin; jusqu'ici tous les cas d'amygdalite linguale observés se sont terminés par la guérison.

L'examen simple de l'oro-pharynx, faisant éliminer la périamygdalite palatine, fera penser tout de suite à la périamygdalite linguale; mais l'examen au miroir permettra seul de préciser le diagnostic. Si le laryngoscope ne pouvait être placé, il faudrait se contenter du toucher.

3° Au point de vue anatomique on trouve dans l'*amygdalite linguale chronique hypertrophique* les mêmes modifications que dans l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées.

Etiologiquement l'affection semble être consécutive à des séries de poussées inflammatoires paroxystiques.

L'hypertrophie de l'amygdale semble ne se traduire chez l'enfant par aucun symptôme spécial capable d'attirer l'attention. Ce-

pendant certaines toux rebelles et certaines laryngites de l'enfance qui, dans quelques cas exceptionnels ne cèdent pas au traitement des végétations adénoïdes et des amygdales palatines pourraient relever de cette lésion.

Cette affection, communément observée chez l'adulte entre 18 et 55 ans, a été regardée comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme. L'examen avec le miroir permet de constater plusieurs aspects de la base de la langue pouvant être ramenés à 3 types : 1° l'hypertrophie disséminée; 2° l'hypertrophie massive; 3° l'hypertrophie en nappe,

L'affection se manifeste sous 3 formes cliniques :

1° Dans la forme latente, on observe quelquefois un état hypertrophique manifeste de l'amygdale linguale, sans que le sujet en ait été averti par le moindre signe fonctionnel; le diagnostic est alors souvent fait à l'occasion d'un examen de la gorge, nécessité par une autre affection;

2° Dans la forme normale, classique, banale, les signes subtifs sont bien caractérisés.

Le plus constant est la sensation de corps étranger arrêté dans la gorge, que les malades localisent en un point répondant à la grande corne de l'os hyoïde. Cette sensation est moins forte pendant la déglution des liquides et surtout de la salive.

Il y a, en outre, un besoin incessant d'avaler à vide, du ténesme pharyngé, produit par l'irritation des filets du glossopharyngien qui innerve la base de la langue.

Bien des malades se plaignent d'une véritable douleur répondant toujours extérieurement à l'os hyoïde, exagérée par la pression, toutefois supportable et bien moins intense que celle observée dans l'amygdalite linguale aiguë.

La toux, qui constitue un symptôme des plus importants est petite, sèche, quinteuse, convulsive, opiniâtre. L'état nauséeux n'est pas rare; il se produit presque spontanément, à l'occasion d'une tentative infructueuse de déglutition à vide. Dans les cas d'hypersécrétion des glandules de la muqueuse, le malade, pour se débarrasser des exsudats qui s'accumulent dans les fossettes glosso-épiglottiques, « racle » de la gorge. Il y a « hemmage glosso-pharyngien ».

3° Les formes frustes se manifestent par les troubles réflexes, qui sont manifestement liés à la lésion amygdalienne, puisqu'ils disparaissent généralement par le traitement de la lésion locale.

Bien que la plupart des auteurs n'hésitent pas à classer ces manifestations nerveuses parmi les symptômes de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, il est plus rationnel de les considérer plutôt comme des épisodes accidentels appelant l'attention sur une lésion de l'amygdale linguale, latente jusque-là; comme des phénomènes exprimant la réaction accidentelle d'une lésion banale sur un terrain névropathique : la lésion de l'amygdale linguale est un agent provocateur qui sonne le réveil de la névrose (Escat). Ce qui le prouve, c'est que ces phénomènes réflexes sont contingents, rares eu égard à l'excessive fréquence de l'hypertrophie de l'amygdale linguale qui, en fait de lésion gutturale, est tout ce que l'on peut voir de plus banal; qu'il n'y a pas de parallélisme entre le degré de l'hypertrophie et l'intensité de la réaction névropathique (Ruault, Cl. Chauveau, Lermoyez); que l'hypertrophie de l'amygdale lingale n'a pas seule le privilège de les faire éclore, puisqu'on les a observés au cours des affections de la pituitaire, des végétations adénoïdes et des lésions des amygdales palatines; que la cautérisation de l'amygdale linguale n'est pas facilement suivie de leur disparition; qu'enfin, dans beaucoup d'observations, on signale chez le sujet une tare nerveuse.

Marche. Pronostic. — La marche de l'affection est lente : elle peut durer des années, entrecoupée généralement de poussées paroxystiques. Elle ne rétrocède guère sans traitement, et expose à des complications aiguës, telles que la périamygdalite phlegmoneuse.

En cas de troubles mécaniques simples, le pronostic est favorable; la réduction par le galvanocautère ou l'ablation ont facilement raison du mal. En cas de phénomènes réflexes, il doit être réservé, car on ne peut assurer la guérison complète à un malade par un traitement local, surtout quand on a affaire à un névropathe.

4° L'examen systématique de la base de la langue de nombreux malades, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle de ville, a démontré que l'*aplasie de l'amygdale linguale* chez l'adulte, loin d'être une lésion pathologique, constituait, au contraire, un état normal, au même titre que l'aplasie de l'amygdale pharyngée (Escat).

5° L'*amygdalite lacunaire* des follicules de la base de la langue est caractérisée par la formation de bouchons caséeux dans les cryptes.

Toutes les fois qu'on aura affaire à un sujet qui se plaint de rendre de temps en temps de petits grains caséeux fétides et chez lequel l'exploration des amygdales palatines aura été négative, il faudra donc explorer avec soin l'amygdale linguale.

Cette exploration devra, d'ailleurs, être pratiquée dans tous les cas d'amygdalite palatine lacunaire.

6° Les *varices* compliquent souvent l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Elles sont superficielles ou profondes et donnent lieu à des troubles analogues à ceux de l'hypertrophie de l'amygdale linguale : paresthésie pharyngée, sensations de corps étranger et névralgies, et aussi à des hémorrhagies simulant des hémoptysies et jetant dans l'épouvante les malades qui se croient atteints de tuberculose pulmonaire.

7° Les *névroses de la base de la langue* sont encore mal connues. Les signes fondamentaux sont la paresthésie et la glossodynie, qui peuvent exister séparément ou être associés.

La paresthésie est faite de troubles extrêmement variés, que le malade localise à la base de la langue.

On retrouve ici des sensations gutturales analogues à celles observées dans l'hypertrophie de l'amygdale lingale : sensation de corps étranger accompagnée de ténesme pharyngé. Mais, généralement, cette sensation a quelque chose de spécial; elle revêt une couleur névropathique qui permet de la reconnaître.

Ces perversions sensorielles se manifestent par crises, tandis que les troubles dysphagiques de l'hypertrophie de l'amygdale linguale sont généralement continus.

La glossodynie se traduit par une douleur d'intensité variable, occupant la région de l'amygdale linguale, la plupart du temps limitée à un côté, mais passant facilement de droite à gauche. La douleur est généralement profonde, se produisant par paroxysmes, qui peuvent durer plusieurs heures; le malade éprouve alors des élancements, des coups d'aiguilles, des brûlures, superposés quelquefois à une douleur contusive continue. Il peut y avoir irradiation jusque sur la moitié postérieure du bord latéral de la langue; à ce niveau, les papilles sont souvent le siège d'une véritable hyperesthésie. Le maximum de la douleur semble siéger sur l'attache du pilier antérieur à la base de la langue.

Les phénomènes douloureux s'accentuent quand les malades ont beaucoup parlé. Les crises se reproduisent à intervalles irréguliers, séparées par des rémissions plus ou moins complètes, qui peuvent durer plusieurs jours, un ou plusieurs mois.

Ces phénomènes sont le plus souvent accompagnés d'un état psychique spécial, dû à la préoccupation qu'ils provoquent. Il peut suffire de rassurer le malade pour ramener le calme dans son esprit; mais, sur un terrain névropathique, l'inquiétude devient une véritable obsession, pouvant conduire à l'hypocondrie et à la mélancolie anxieuse. On voit des femmes en proie à uue véritable angoisse; la plupart se croient menacées d'une affection cancéreuse.

Le pronostic est variable suivant la forme clinique. Il est très favorable dans les cas où la parésie est d'origine réflexe. Il est moins favorable dans les névroses de la ménopause qui peuvent durer 2 ou 3 ans, pour cesser avec les troubles physiologiques généraux. Il est plus grave chez les neurasthéniques. Enfin, il est beaucoup plus grave chez les dégénérés héréditaires; cependant, la mal peut guérir par un traitement approprié, tout en restant sujet aux récidives.

8° *Syphilis.* — La syphilis, à toutes ses phases, a été observée sur l'amygdale linguale.

Un seul cas de chancre primitif a été observé par Schiffers; mais, si le cas est unique, il est suffisamment caractéristique pour autoriser à admettre sans contestation cette localisation.

La syphilis secondaire se traduit sur l'amygdale linguale non seulement par des plaques muqueuses, mais aussi par une hypertrophie spécifique, analogue à celle bien connue des amygdales palatines.

Les gommes s'observent sur l'amygdale linguale, soit par infiltration gommeuse secondaire à une gommes des régions

voisines, soit primitivement. Elles peuvent être profondes ou superficielles : les premières se rattachent plutôt à la pathologie de la langue qu'à celle de l'amygdale linguale proprement dite.

Le diagnostic différentiel avec les autres lésions de la base de la langue sera surtout éclairé en cas de doute par l'efficacité du traitement spécifique. Il faudra penser à l'actinomycose.

9° *Tuberculose.* — Les ulcérations tuberculeuses de la langue sont bien connues; mais, parmi les observations relatées, on n'en trouve guère où la lésion se soit spécialement localisée à la région de l'amygdale linguale. Dans la plupart des cas observés, cette affection était une propagation de la tuberculose de l'amygdale palatine ou de la tuberculose du larynx, et toujours secondaire à la tuberculose pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, en présence d'une lésion de l'amygdale linguale, offrant quelques-uns des caractères de la tuberculose et coïncidant avec des adénopathies, le meilleur élément de diagnostic sera la recherche du bacille et l'examen microscopique d'un fragment enlevé à la pince coupante.

10° *Lèpre.* — D'après Lennox-Browne, qui a pu observer les lépreux de l'île Robben (Afrique australe), le signe différentiel le plus marqué entre la lèpre et le lupus de la base de la langue serait l'aspect vernissé, pâle, jaunâtre, de toute la muqueuse de la bouche et de la gorge, comme si toutes ces parties étaient infiltrées de suif. L'ulcération de l'amygdale linguale ne constitue qu'une localisation accessoire de la maladie.

11° *Mycose leptothrixique.* — L'amygdale linguale est un lieu de prédilection de la mycose leptothrixique, qui se présente sous trois aspects :

1° Petits points blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet ou plus gros, pointus, résistants, faisant une légère saillie au milieu de la muqueuse ; 2° points saillants, groupés en îlots, dont la surface est hérissée d'un grand nombre de petites piques lui donnant l'aspect dentelé d'une crête de coq ou de la « barbe de capucin » ; l'épaisseur peut, dans certains cas, atteindre plusieurs millimètres; 3° taches blanc jaunâtre, pouvant être confondues avec des membranes diphthériques.

Les amas leptothrixiques ont toujours une consistance « ferme et dure ». Ils siègent sur la muqueuse entre les cryptes, et, de plus, sont si adhérents qu'on ne peut les enlever qu'à la pince, ce qui les différencie des amas caséeux de l'amygdalite lacunaire.

La maladie est longue, rebelle et sujette aux récidives. Le diagnostic sera établi par l'examen microscopique. Avec la coloration par le Gram, à un grossissement de 250 diamètres, on reconnaître facilement les couches de leptothrix colorés en violet au milieu de cellules épithéliales mortifiées, teintées en jaune.

12° *Tumeurs.* — Les tumeurs qui ont leur point de départ soit dans l'amygdale linguale elle-même, soit dans la région de la base de la langue, soit encore peu connues.

Les papillomes sont rares à la base de la langue, tandis qu'ils sont assez fréquents sur les autres régions de l'organe. Le fibrome pur est rare; la tumeur est souvent mixte, mais le tissu fibreux est dominant, plus ou moins associé à du tissu adipeux, musculaire, cartilagineux et même osseux. Il s'observe surtout chez l'adulte, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; on l'a observé aussi chez l'enfant. Suivant donc la période où il est découvert, le fibrome est sessile ou pédiculé. Ses dimensions peuvent varier de celles d'un haricot jusqu'à celles d'une bille de billard.

Le lipome de la base de la langue est plus rare encore que le fibrome. Il est intra-musculaire ou sous-muqueux. Le plus souvent sessile, le lipome peut se pédiculiser ; son volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon. On l'observe exclusivement chez l'adulte, et plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Sa marche est très lente.

Parmi les autres tumeurs bénignes on peut encore citer le chondrome pur, l'adénome, les angiomes, les kystes, etc.

Le sarcome est rare; on l'a vu chez des enfants, même de quelques mois. On observe les variétés globo-cellulaire et fuso-cellulaire. Sa marche rapide empêchera de le confondre avec le fibrome. L'affection avec laquelle il offre le plus de ressemblance est la gomme, soit avant, soit après l'ulcération; le traitement spécifique institué pourra seul permettre le diagnostic différentiel. Le pronostic de ce néoplasme, quand il peut être opéré dans des conditions favorables, paraîtrait moins sombre que celui des autres régions.

La région de la quatrième amygdale est un des sièges d'élection de l'épithéliome. La tumeur, à son début, ne se manifeste que par une dysphagie modérée, dont la cause peut passer inaperçue, si on n'a pas soin de pratiquer l'examen avec le miroir laryngoscopique. On pourra ainsi surprendre le mal à sa phase initiale ; et tenter une intervention avec plus de chance de succès que si l'on attendait d'être averti par des symptômes plus graves ou par l'adénopathie cervicale.

Sur la base de la langue, l'épithéliome se présente avec ses caractères habituels sous forme d'ulcération précoce, végétante, fongueuse, secrétant un ichor sanieux et fétide, donnant lieu à quelques petites hémorrhagies,

En cas de doute, le diagnostic sera assuré par l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur enlevé à la pince coupante ou au serre-nœud galvanique.

M. Lennox-Browne (de Londres). — L'idée, acceptée partout, de l'identité de tous les groupes anatomiques du tissu lymphoïde contenus dans le cercle de Waldeyer n'est pas exacte. Ceci peut s'appliquer à l'amygdale linguale.

Il se peut que, contrairement à l'opinion de Bekel, l'amygdale linguale se développe d'aussi bonne heure que les amygdales palatine ou pharyngée. Mais il n'est pas exact qu'elle ait sa plus grande vitalité dans l'enfance, et que son atrophie soit aussi précoce que celle des amygdales pharyngée ou palatine.

On peut le prouver anatomiquement et cliniquement. Non seulement les cas d'atrophie sont rares dans l'enfance, car on n'en connaît que deux cas, mais le grand intérêt réside en ceci : que l'hypertrophie, les poussées inflammatoires et les maladies primitives de la glande ne sont observées que chez l'adulte.

Au point de vue anatomique, on observe, dans les amygdales palatines et pharyngées, une tendance hâtive à la dégénérescence colloïde avec atrophie rapide, qui ne se voit pas dans l'amygdale linguale; on trouve dans l'amygdale linguale une abondance de glandes muqueuses qu'on ne voit pas dans les amygdales pharyngées, rarement dans les palatines; on ne trouve pas dans celle-ci l'épithélium à cils vibratiles qui tapisse les cryptes de l'amygdale linguale ; il y a une grande différence dans le plancher sur lequel repose l'amygdale linguale et les plans aponévrotiques et osseux sur lesquels s'appuie les amygdales palatines et pharyngées.

La connexion intime de l'amygdale linguale avec les muscles de la langue explique l'immobilité de cet organe dans les inflammations de la glande. La distribution du nerf glosso-pharyngien occasionne une douleur vive dans les inflammations de l'amygdale linguale; la distribution du laryngé supérieur détermine des réflexes laryngés.

Il y a, en outre, bien des différences importantes au point de vue pathologique. La principale est que l'amygdale linguale est rarement atteinte chez l'enfant, et que son atrophie ne se voit que dans un âge plus avancé ; ses affections, en outre, ne s'étendent pas au voisinage comme celles de l'amygdale palatine; elles sont rarement primitives.

Procédé simple permettant de réséquer le cartilage nasal dévié sans perforer la cloison.

M. Escat (de Toulouse) décrit un procédé facile à exécuter, non douloureux et extrêmement rapide.

On place un tampon imbibé de cocaïne à 1/10 dans chaque narine, l'un sur la convexité de la cloison, l'autre dans la concavité, et quand on juge l'anesthésie suffisante, on enlève simultanément les deux tampons et avec une seringue contenant 3 centimètres cubes d'eau bouillie, on pousse une injection sous la muqueuse de la concavité, manœuvre qui a pour but de séparer la muqueuse du cartilage en interposant entre eux une masse liquide protectrice.

Puis, passant à l'autre narine, on résèque en masse la voussure cartilagineuse d'un trait de bistouri dans le plan vertical antéro-postérieur comme pour sectionner un éperon plein. La perforation est évitée; il ne reste plus qu'à tamponner du côté réséqué.

Le résultat est excellent : après cicatrisation la cloison est formée par l'adossement de la muqueuse respectée et de la muqueuse reconstituée du côté opéré.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 Mai 1898.

Fracture du péroné et du tibia à leur extrémité inférieure.

M. Georges Luys présente le squelette de la jambe gauche d'un homme de 44 ans, cocher, tombé en état d'ivresse de son siège; ce malade mourait 4 jours après de delirium tremens.

On trouva une fracture des deux os de la jambe à leur extrémité inférieure. Le péroné étant rompu au-dessus de la malléole et le trait de fracture étant oblique en bas et en avant; il commençait à 4 centimètres au-dessus de la malléole et se terminait à la partie antérieure de la base de la malléole externe.

Le tibia était partagé en deux massifs, l'un antérieur, l'autre postérieur, et le trait de séparation entre ceux-ci était parallèle au trait de fracture du péroné, c'est-à-dire oblique en bas et en avant. Le massif antérieur se continuait en haut avec le reste de l'os. Le massif postérieur présentait deux gros fragments séparés l'un de l'autre par une ligne verticale; chacun de ces fragments était lui-même divisé en deux. Cette fracture était intra-articulaire; l'articulation tibio-tarsienne contenait, en effet, un épanchement assez considérable.

Les ligaments latéraux interne et externe étaient intacts,

Tumeur cérébrale.

MM. Ch. Achard et **E. Weil** présentent une tumeur de la partie antérieure du lobe temporal droit, de nature névroglique, très vasculaire, diagnostiquée pendant la vie par les signes constatés dans la région des deuxième et troisième nerfs crâniens du côté droit.

Hypoplasie viscérale totale; carcinome pylorique.

M. Griffon apporte les pièces de l'autopsie d'une femme de 49 ans, qui a succombé, dans le service de M. Chauffard, à un cancer de l'estomac, compliqué d'endocardite aiguë et de phlegmatia alba dolens.

Cette femme, de petite taille et d'aspect infantile, avait tous ses organes dans un état d'hypoplasie qui n'est certainement pas la conséquence du cancer, et qui avait constitué plutôt une véritable prédisposition. La rate pèse 17 grammes, le rein 98, le foie 720; l'appendice est à peine développé, et ne mesure pas plus de 1 cent. 1/2 de longueur.

L'examen histologique du foie et du rein montre qu'il ne s'agit pas d'atrophie scléreuse, cachectique; un argument capital en faveur de la congénitalité est l'état de l'utérus, dont le col, plus long que le corps, est celui d'une vierge avec un orifice externe punctiforme.

Le cœur était également infantile; l'aorte avait relativement un calibre normal; les capsules surrénales avaient le volume qu'on leur trouve chez un sujet sain.

L'analyse bactériologique a permis de déceler le streptocoque dans les végétations mitrales et tricuspides et dans le thrombus de la veine iliaque primitive.

Ce cas d'hypoplasie viscérale coïncidant avec le cancer gastrique, ou plutôt préexistant à cette lésion, est à rapprocher du cas présenté autrefois à la Société anatomique par M. F. Bezançon, et de celui que MM. Caussade et Rénon ont apporté récemment à la Société médicale des hôpitaux.

Endocardite végétante tricuspidienne pendant la grossesse.

M. Milian présente un cœur ayant appartenu à une femme enceinte et porteur de végétations énormes, développées sur la valvule tricuspide.

La malade, très cachectique, en proie à une fièvre intermittente, avec grand frisson, accoucha au 7e mois 1/2 d'un enfant vivant. Elle mourut deux jours après.

L'autopsie révéla, outre la lésion tricuspidienne, des infarctus du poumon et des foyers de bronchopneumonie. L'enfant, dont l'autopsie fut faite par M. Couvelaire, ne présentait aucune lésion.

L'utérus ne présentait pas d'altération appréciable, et, comme la malade n'a eu aucun antécédent pathologique, il est difficile de dire par où s'est faite l'infection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 Mai 1898.

De la présence de l'iode dans le sang.

M. Gley ayant constaté au moyen du procédé de Baumann modifié que l'iode existait non seulement dans la glande thyroïde, mais aussi en quantité minime dans le foie et la rate, a eu l'idée de voir si cette substance ne se trouvait pas également dans le sang. L'examen du sang de chien, de lapin et d'homme a confirmé cette hypothèse en montrant que le sang contient, en effet, de petites quantités d'iode qui semble fixé par les hématies.

Du dosage du sucre dans le sang et dans l'urine.

M. Hanriot. — Dans une précédente séance, M. Hédon a communiqué des recherches cliniques sur le sucre du sang, normal ou diabétique. Il a constaté que ce sucre a tous les caractères cliniques de la glycose, cependant ses solutions sont moitié moins actives sur la lumière polarisée que les solutions glycosées de même titre.

Il émet, pour expliquer ce fait, deux hypothèses entre lesquelles il ne se prononce pas : ou bien le sucre du sang est un sucre particulier différant de la glycose; ou bien il représente un mélange de sucres à propriétés optiques diverses.

Des recherches analogues à celles de M. Hédon m'avaient depuis longtemps amené à constater les mêmes faits. J'ai même pu isoler du sang environ 6 grammes de sucre sur 30 litres de sang traité (sang de cheval), ce qui, en tenant compte des pertes subies dans les manipulations, m'a amené à conclure qu'il existe environ 0 gr. 33 de sucre par litre de sang. Ce sucre est bien de la glycose, car le chloralose formé avec ce sucre a tous les caractères physiques du chloralose de la glycose. Mais il est certainement accompagné d'autres substances réductrices, qui expliquent que les chiffres donnés par le dosage à la liqueur de Fehling surpassent ceux donnés par le polarimètre.

Je rappelle, à ce propos, qu'on peut observer des urines qui réduisent la liqueur de Fehling, et qui, cependant, sont inactives au polarimètre, et par conséquent ne contiennent pas de glycose.

Les femmes en couches ont aussi très souvent des urines qui réduisent la liqueur de Fehling en donnant le précipité rouge caractéristique. Néanmoins, l'épreuve du polarimètre, et celle de la fermentation montrent le plus souvent, dans ces cas, qu'il n'y a pas de glycose dans l'urine.

M. Chauveau. — Il existe certainement, dans le sang, des substances réductrices autres que la glycose, mais j'affirme que ces substances sont des sucres fermentescibles, car, après fermentation, les solutions ne réduisent plus la liqueur de Fehling.

M. Hanriot. — Il n'y a pas que les sucres qui soient à la fois réducteurs et fermentescibles. L'aldéhyde glycérique, dont il est logique de supposer la présence dans le sang, jouit aussi de ces propriétés.

M. Capitan. — En clinique, nous constatons assez souvent dans les urines la présence de substances réductrices décolorant, même à froid, la liqueur de Fehling. Il s'agit toujours, dans ces cas, d'individus dont le foie est malade.

M. Lapicque. — Cette réaction de l'urine est constante chez le chien.

M. Gley. — Dans le diabète artificiel par ingestion de phlorhidzine, après la disparition de la glycosurie, on constate, pendant un certain temps, cette réaction de l'urine.

M. Yvon. — Quand un diabétique arrive, par un régime azoté zévère, à faire tomber à zéro la quantité de glycose éliminée, on constate alors la persistance de propriétés réductrices dans son urine. Les règles suivantes peuvent servir à éviter l'erreur. La glycose seule réduit la liqueur de Fehling avant que l'urine ait atteint le point d'ébullition; les autres corps réducteurs ne réduisent qu'à l'ébullition, et il faut qu'elle soit prolongée; dans certains cas même, le précipité ne se produit qu'après refroidissement. On évitera encore plus sûrement l'erreur en déféquant l'urine par l'acétate de plomb, qui entraîne les corps réducteurs autres que le sucre.

M. Hanriot. — Ces procédés sont certes à recommander; mais ils ne s'appliquent pas aux corps réducteurs que je signale, lesquels réduisent la liqueur de Fehling même à froid, et ne sont pas précipités par l'acétate de plomb.

Pancréas dans l'urémie.

M. Lefas a trouvé, en examinant histologiquement le pancréas d'un ancien saturnin atteint de néphrite interstitielle et mort d'accidents urémiques, des lésions de sclérose intralobulaire et une tuméfaction trouble ou une nécrose de coagulation des cellules, répartie irrégulièrement dans les lobules.

L'eau de mer et le sérum artificiel.

M. R. Quinton répond au travail de MM. Bosc et Vedel, présenté au Congrès de Montpellier et dont la conclusion était : « L'eau de mer est légèrement toxique; le sérum artificiel demeure la solution de choix à employer la thérapeutique. » M. Quinton rejette la conclusion de MM. Bosc et Vedel, les expériences de ceux-ci ayant été accomplies avec un défaut de méthode grave.

Ils n'ont pas tenu compte dans leur travail de la notion nouvelle d'isotonie. Pour mettre en relief les propriétés soi-disant toxiques de l'eau de mer, ils l'ont injectée en la concentrant (par évaporation), si bien qu'ils ont introduit dans l'organisme une dissolution dont la pression osmotique était quadruple et sextuple de la pression osmotique cellulaire. Les accidents observés ont été purement mécaniques, exactement comme ceux qu'on observerait sur un animal soumis à une pression de 4 ou 6 atmosphères. En effet, les lois qui régissent les corps à l'état de dissolution sont les lois qui régissent les corps à l'état gazeux (lois de Bayle, Gay-Lussac, Avogadro). Introduire dans l'organisme une dissolution qui ne lui est point équimoléculaire, c'est déterminer par rupture d'équilibre entre les pressions osmotiques, une désorganisation cellulaire d'ordre au premier chef mécanique.

Des travaux de MM. Quinton, Hallion, Julia, il résulte bien au contraire une supériorité de la solution marine sur la solution salée simple. M. Quinton rappelle qu'il a fait vivre pendant 28 heures dans le liquide marin des globules blancs de mammifères, qui étaient réputés ne vivre dans aucun milieu artificiel. Ils ne vivent que 8 heures au contraire dans le sérum artificiel. Les conclusions de MM. Bosc et Vedel ne sont pas fondées. La solution marine est physiologiquement supérieure à la solution salée simple. Cette supériorité s'explique facilement par la présence dans l'eau de mer de tous les sels organiques, dans la proportion même où ils se trouvent dans l'économie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 Mai 1898.

Hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie).

M. Tuffier communique 23 cas d'hystérectomie vaginale pratiqués sans pinces et sans ligatures. Cette statistique comprend 12 suppurations pelviennes; 2 suppurations pelviennes compliquées d'hématocèle; 8 fibromes dont 1 compliqué de salpingite suppurée, et 1 de prolapsus vulvaire; 1 cancer du col. Les résultats opératoires ont été les suivants : 21 guérisons et 2 morts, l'une de septicémie péritonéale et l'autre de congestion pulmonaire.

La technique employée est simple; l'ablation de l'utérus est faite suivant les règles générales de l'hystérectomie; mais, une fois que l'utérus a basculé, au lieu de placer des pinces sur les ligaments larges, on place les mors de l'angiotribe et on serre la partie supérieure du ligament large que l'on coupe dans l'étendue de ce mors; puis on desserre, et on enlève l'instrument; l'artère utéro-ovarienne est détruite; on continue de la sorte sur toute l'étendue du ligament large; on opère, en somme, comme si l'on voulait laisser les pinces à demeure, avec cette seule différence qu'on enlève immédiatement l'instrument; il va sans dire que la manœuvre faite sur le ligament large gauche, par exemple, est répétée sur le ligament droit; l'opération terminée, on a devant soi une cavité béante limitée, de chaque côté, par un ligament large blanc et mince comme une feuille de papier : l'hémostase est complète et absolue. Pendant cette angiotripsie, deux précautions sont à prendre : l'instrument doit être serré jusqu'à ce que toute la vis ait disparu derrière la branche, mais surtout les mors de l'instrument doivent rester immobiles.

Psychoses post-opératoires.

M. Nimier a observé chez des militaires, pendant la campagne du Tonkin, de véritables accès de vésanie qui avaient éclaté à la suite de blessures peu graves par arme à feu. Ces accidents, qui s'étaient déclarés chez un grand nombre de sujets à la fois, avaient fini par prendre les allures d'une véritable petite épidémie. Pour M. Nimier, ces phénomènes cérébraux doivent être mis sur le compte du surmenage occasionné par des marches forcées imposées à ces hommes : les blessures n'auraient joué, ici, que le rôle de causes adjuvantes.

M. Berger estime qu'il faut grouper en plusieurs catégories distinctes les malades affligés de folie dite post-opératoire, attendu que tous les cas sont loin de se ressembler.

Dans une première catégorie, on peut placer les sujets dont l'état mental est déjà plus ou moins compromis avant même d'avoir subi une opération; ce sont des détraqués qui, pour une lésion insignifiante, et parfois même imaginaire, réclament à grands cris une intervention, d'ailleurs nullement motivée.

Viennent ensuite les malades atteints d'un délire passager et attribuable soit à l'action des anesthésiques, soit à la peur, soit, enfin, à la septicémie; mais, dans ces cas, il ne peut vraiment pas être question de vésanie post-opératoire. On peut en dire autant des idées plus ou moins délirantes que l'on observe quelquefois chez des opérées au cours de la convalescence; tous ces accidents sont transitoires : ils ne doivent pas entrer ici en ligne de compte.

Restent donc les troubles mentaux, persistants ou même définitifs que l'on a signalés plus ou moins longtemps après la guérison opératoire. M. Berger les tient pour tout à fait rares; lui-même n'en a observé que 3 cas, et toujours chez des femmes qui avaient subi l'amputation d'un sein pour cancer; il en conclut que l'opération joue, dans ces circonstances, le rôle de cause tout à fait banale.

L'incision vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.

M. Quénu pense, contrairement à M. Monod, que l'incision vaginale est une opération de nécessité ou d'attente, mais nullement une intervention de choix : on doit y recourir quand on ne peut pas faire autrement, toutes les fois qu'il s'agit de parer à des accidents menaçants chez des femmes fébricitantes et trop profondément affaiblies pour pouvoir affronter impunément une opération aussi grave que la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale. Et si, dans certains cas, la simple ouverture d'un cul-de-sac combinée avec drainage ait pu suffire à amener la guérison, il n'en est pas moins vrai qu'en érigeant la colpotomie en procédé de choix, on risque fort de s'exposer à une longue série de déboires.

M. Ricard pense entièrement comme M. Quénu et rapporte, à l'appui de son dire, 5 observations où l'on voit l'incision vaginale améliorer l'état local des malades, mais où la guérison n'a été obtenue qu'au prix d'une hystérectomie ultérieure.

Les injections d'éther iodoformé dans le traitement de la tuberculose des membres.

M. Kirmisson montre deux petits malades atteints de tuberculose chirurgicale, et qu'il a traités par les injections d'éther iodoformées. Le premier présentait une tumeur blanche du genou, compliquée d'un énorme abcès froid péri-articulaire; l'autre était atteint d'un abcès tuberculeux de la région fessière. Ces deux collections sont aujourd'hui guéries.

M. Brun estime qu'il serait prudent de formuler quelque réserve sur les résultats de cette cure; à son avis, la guérison de l'abcès ne suffit pas pour affirmer que le processus bacillaire s'est éteint dans l'articulation : le gonflement de celle-ci, la chaleur qu'on y découvre en appliquant la main, l'atrophie de masses musculaires sont autant de signes évidents que les lésions qu'on prétend avoir guéri sont encore en pleine activité.

M. Poirier partage la manière de voir de M. Brun : cet enfant est loin d'être encore guéri; l'état de la jointure réclame encore l'immobilisation.

M. Championnière hésite aussi à dire qu'il y a guérison; mais il n'est pas partisan de l'immobilisation pour ces sortes de malades.

Un cas d'obstruction apparente des voies biliaires traitée par l'abouchement de la vésicule biliaire à l'estomac.

M. Quénu montre un homme, aujourd'hui complètement guéri, auquel il a ouvert le ventre pour un ensemble de symptômes qui avaient fait porter le diagnostic d'occlusion des voies biliaires. Au cours de l'intervention, il constata que la vésicule était augmentée de volume; mais il lui fut impossible de trouver trace de calculs, pas plus dans celle-ci que dans le cholédoque. Il se contenta donc de pratiquer le massage de ce canal et d'aboucher la vésicule à l'estomac.

Coxa vara.

M. Brun montre une épreuve radiographique recueillie sur une fillette de 13 ans, qui paraissait atteinte de luxation congénitale double de la hanche : la démarche de l'enfant simulait à s'y méprendre celle qu'on observe dans cette dernière affection; ce qui fit hésiter M. Brun, ce fut l'impossibilité de déterminer la place des têtes fémorales. Grâce à l'examen radiographique, il peut montrer aujourd'hui à ses collègues un très beau cas de coxa vara absolument typique, affection très souvent signalée par les auteurs allemands, mais à peine connue en France.

Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière.

M. Poirier montre l'image radiographique d'un malade chez lequel, il y a 33 mois, il a pratiqué le remplacement de la diaphyse tibiale, nécrosée à la suite d'ostéomyélite, par la diaphyse péronière du même côté : le résultat physiologique est excellent; l'enfant a grandi dans tous les segments de ses membres inférieurs, y compris la jambe opérée.

Corps étranger de l'estomac.

M. Reynier montre un pinceau qu'il a retiré de l'estomac d'un jeune homme, qui l'avait imprudemment dégluti en voulant se badigeonner le fond de la gorge avec de la teinture d'iode. Cet opéré, qui a subi la laparotomie et la gastrotomie, est aujourd'hui guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 Mai 1898.

Méningite à pneumocoques.

M. L. Galliard communique un cas qui peut être rapproché de celui de M. Netter, bien que les méninges spinales n'aient pas été examinées.

Un homme de 42 ans, peintre, entre à Saint-Antoine, le 23 novembre 1897, avec des signes de rhumatisme sacro-iliaque du côté gauche, lequel s'améliora sous l'influence de salicylate de soude; mais la fièvre persista. Le 2 décembre, la température s'élevait à 40°3; il y avait du délire et des symptômes méningitiques. Mort le 5 décembre. A l'autopsie, méningite cérébrale à pneumocoques; pas de pneumonie.

M. Netter a retrouvé le pneumocoque dans 5 cas nouveaux de méningite cérébro-spinale, dont quatre primitives, l'une d'elles compliquant une tuberculose cérébrale. 4 fois les malades étaient des enfants, le 5ᵉ un adulte traité à Beaujon, dans le service de M. Troisier.

Il s'agissait du même microorganisme que dans les 8 cas antérieurs. Dans l'une de ces méningites, le méningocoque présentait absolument la disposition intra-cellulaire du microbe de Weichselbaum, et cependant l'identité avec le pneumocoque lancéolé en capsule ne saurait être mise en doute. Les produits expectorés par le malade renfermaient le pneumocoque, et les formes intra-cellulaires se voyaient dans les points où l'exsudat était plus épais et par conséquent plus ancien.

Deux fois le diagnostic avait été fourni à la suite de la ponction lombaire, qui a permis de cultiver le méningocoque. Dans ces 2 cas, le liquide était clair comme de l'eau de roche, et ne renfermait que peu de flocons. Dans un 3ᵉ cas, un adulte du service de M. Troisier à l'hôpital Beaujon, le méningocoque avait été vu dans les crachats.

L'un des petits malades, chez lequel la ponction a permis d'isoler le méningocoque, est en voie d'amélioration très manifeste et fournira un exemple de guérison de méningite cérébro-spinale épidermique avérée.

M. Troisier a observé un cas de méningite cérébro-spinale chez un homme de 43 ans. Le début a été brusque et la mort est survenue le 9ᵉ jour de la maladie. A l'autopsie on a trouvé une méningite cérébro-spinale suppurée et une broncho-pneumonie dans le lobe inférieur gauche.

M. Béclère a soigné récemment un malade qui, selon toute probabilité, succomba à une méningite cérébro-spinale. C'était un homme de 37 ans, dont la maladie dura 2 jours et se caractérisa uniquement par du coma et quelques paralysies oculaires. L'absence d'autopsie ne permit cependant pas d'être affirmatif sur la nature de son affection.

Disostose cléido-crânienne héréditaire; hydrocéphalie héréditaire.

MM. P. Marie et **P. Sainton** présentent un nouveau cas d'une affection caractérisée par un aspect de la tête fort singulier : persistance des fontanelles, bosses frontales saillantes, accentuation considérable du diamètre transverse; en outre, prognathisme du maxillaire inférieur et défaut de soudure de la voûte palatine. Enfin, chez ce malade, les deux clavicules se montrent sous la forme de deux fragments non soudés entre eux.

Quatre cas sont actuellement connus : un homme et son fils, une femme et sa fille. L'hérédité est donc manifeste. Ces malformations ont apparu spontanément et isolément dans ces deux familles, sous une influence qui, d'ailleurs, nous échappe.

Névrite datant de l'adolescence, avec arrêt de développement et hyperostose calcanéenne.

MM. L. Jacquet et **Napieralski.** — Le malade que voici, névropathe, surmené et alcoolisé dès l'enfance, est atteint depuis l'âge de 16 ans (il en a aujourd'hui 30) d'une névrite du membre inférieur droit portant sur le sciatique et le crural.

Cette névrite a entraîné, entre autres troubles, un arrêt de développement tout à fait comparable à ceux que produit la paralysie infantile, et une hyperostose calcanéenne analogue à celle que l'un de nous a étudiée chez les blennorrhagiques. Or, ce malade n'a jamais eu la blennorrhagie, cela paraît certain et de par ses affirmations qui sont précises, et de par l'examen méticuleux et répété de l'urèthre et des urines; mais chez les blennorrhagiques atteints d'hyperostose calcanéenne, les signes de névrite étaient manifestes : c'est donc à cette lésion nerveuse qu'il faut, sans doute, attribuer l'hyperostose.

Syndrome bulbaire d'Erb.

MM. P. Marie et **L. Roques** présentent une malade dont l'histoire se rapproche des faits étudiés depuis quelques années, sous le nom de syndrome d'Erb. Elle reproduit tous les traits du tableau connu : à la face, on observe une chute de la paupière supérieure gauche, avec une faiblesse marquée dans la contraction des voiles palpébraux des deux côtés; la parole est nasonnée, il y a des troubles de la déglutition allant parfois jusqu'à l'engouement. Aux membres, se manifeste au plus haut degré la « myasthénie » signalée par quelques auteurs : après une série de quelques efforts, les muscles sont « épuisés » et ne peuvent plus se contracter. Ces phénomènes offrent une grande mobilité, dont les causes sont assez difficiles à déterminer. On n'a pas retrouvé, dans le cas présent, la « réaction myasthénique » dont Jolly (de Berlin) a voulu faire une caractéristique du syndrome.

Histologie du cancer du canal thoracique.

M. Troisier complète une communication faite en 1897 sur le *cancer du canal thoracique* en décrivant les *caractères histologiques* de la lésion. La masse cancéreuse contenue dans le canal est formée par un amas de grosses cellules épithéliales, munies d'énormes noyaux, s'implantant directement sur la face interne du vaisseau. Cette végétation cellulaire constitue une zone périphérique ou pariétale. En dedans se trouve un bloc central, d'apparence caséeuse, comblant la lumière du vaisseau et formé d'éléments nécrobiotiques. La paroi du canal présente un épaississement notable et, par places, de véritables nodosités formées de tissu conjonctif vascularisé et infiltrées de cellules cancéreuses.

Ces lésions sont les mêmes que celles de la lymphangite cancéreuse que M. Troisier a décrite dans sa thèse (1874).

L'envahissement du canal thoracique se fait de proche en proche. La propagation à ce vaisseau amène nécessairement la dissémination des éléments néoplasiques dans le sang et la généralisation du néoplasme.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 11 Mai 1898.

Hernie diaphragmatique congénitale chez une femme enceinte.

MM. Kein, Rosenthal et **Hugier** communiquent l'observation d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 30 avril, avec des douleurs abdominales et des signes de pneumothorax généralisé à gauche. Elle eut une hématèse abondante suivie de phénomènes d'étranglement interne ayant amené la mort. A l'autopsie on trouva un orifice diaphragmatique anormal, à gauche, par où pénétrait l'estomac dans le thorax. Le foie est en place normale ainsi que les reins. Le tube digestif tout entier est dans la plèvre gauche, l'intestin grêle et le mésentère étant contenus dans un sac péritonéal. Le côlon descend par le même orifice pour se continuer normalement avec le rectum. Le cœur est à droite, le poumon gauche est rudimentaire.

On peut penser que, l'utérus gravide ayant comprimé le tube digestif, il a pu se produire des phénomènee de refoulement de l'intestin dans le thorax.

Rétraction de l'orifice externe.

MM. Maygrier et **Schwab** relatent l'observation d'une femme ayant les membranes rompues depuis un jour, enceinte de 7 mois et dont l'enfant se présentait par l'épaule. Plusieurs tentatives de version avaient été faites en ville. Quand ils virent la patiente, ils trouvèrent l'utérus accolé sur le fœtus, situé tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl. L'orifice externe était rétracté spasmodiquement, mais la femme avait peu de contractions et l'utérus n'était nullement menacé de rupture. On attendit un peu, puis, sous le chloroforme, il fut possible de dilater le col et de pratiquer la version.

Paralysie radiale congénitale.

M. Bonnaire a observé une femme présentant de l'œdème et de l'albuminurie et qui accoucha d'un enfant pesant 3 000 grammes, mais assez faiblement constitué. Malgré son poids normal il avait l'aspect d'un enfant né avant terme et, de plus, il présentait, au niveau de l'avant-bras, des lésions trophiques bien particulières. Ces lésions étaient constituées par des pertes de substance de la peau siégeant surtout à la région externe de l'avant-bras. La main était œdémateuse, les ongles étaient atrophiés et il existait de la paralysie des extenseurs. L'enfant mourut bientôt avant qu'on ait pu examiner les muscles au au point de vue électrique.

A l'autopsie il n'existait aucune lésion viscérale. Les centres nerveux paraissaient sains, mais le nerf radial est profondément atrophié au niveau de l'avant-bras. Les coupes histologiques montrent que ce nerf est arrêté dans son développement. Il n'existe pas de dégénérescence graisseuse ni du nerf radial, ni des muscles qui en dépendent.

M. Bonnaire croit que cette lésion trophique a été produite par une bride amniotique ayant comprimé le nerf radial au niveau du point où il devient superficiel. Ces cas sont rares et leur pathogénie est assez obscure; on peut les rapprocher des lésions cutanées que l'on rencontre assez souvent au niveau du cuir chevelu.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 16 Mars 1898.

Épilepsie jacksonnienne.

M. Dreyfus présente des pièces provenant de l'autopsie d'un malade mort de pneumonie dans le service de M. Lépine. C'était un homme de 59 ans, dans les antécédents duquel on rencontrait la syphilis. Depuis 1889, à la suite de l'influenza, il avait présenté de l'hémiplégie gauche avec contracture, puis des crises d'épilepsie jacksonnienne. Il fut trépané deux fois : par M. Chandelux et par M. Jaboulay. Au cours de la deuxième intervention, on constata la présence d'un kyste, dont le liquide s'écoula sans qu'il fût possible de le recueillir. A côté, on aperçut une gomme syphilitique qui ne fut pas touchée. Le traitement spécifique qui avait été suivi depuis longtemps, avant les interventions, n'avait pas amené d'amélioration notable. La seconde trépanation sembla surtout avoir été utile au malade, dont les attaques furent incomparablement moins fréquente; mais la guérison n'était pas obtenue. En effet, quelque temps avant la mort, c'est-à-dire 2 ans après la dernière intervention, les crises avaient de nouveau augmenté.

L'autopsie permit de retrouver la gomme assez étendue de l'hémisphère droit qui avait déjà été aperçue. Elle siégeait en arrière de la scissure de Rolando, et s'étendait en profondeur jusque dans le voisinage du ventricule.

Sclérose cérébrale infantile. Arrêt de développement d'un bras.

M. Raymond Bernard présente un malade de son service à l'hôpital militaire Desgenettes. Il s'agit d'un soldat pour lequel se pose la question de la réforme, en raison d'un raccourcissement de 5 centim. 1/2 de l'humérus gauche. Il n'y a aucun traumatisme dans les antécédents du malade : ni fracture, ni décollement juxta-épiphysaire, comme M. de Magalheies en a récemment publié un cas dans la *Revue de chirurgie*.

Les radiogrammes ont montré, dans le cas actuel, l'intégrité de la tête humérale, et en même temps qu'il s'agissait d'un arrêt de développement de tout l'humérus. Mais en dehors du squelette, le système musculaire est atteint : les muscles de l'épaule sont moins gros à gauche qu'à droite, et il y a une certaine impotence fonctionnelle.

Les renseignements donnés par les parents ont appris qu'à la naissance cette difformité n'existait pas; à l'âge de 18 mois, le malade a eu des convulsions, depuis, est resté faible du côté gauche, et c'est progressivement, à mesure de l'accroissement de

la taille, que la différence entre les deux bras s'est fait remarquer.

On pourrait penser à un reliquat de paralysie infantile, mais contre cette hypothèse, il y a le fait que les muscles de la face sont atteints. Les fentes palpébrales ne sont pas égales, la commissure des lèvres tombe un peu à gauche; il y a une déviation notable de la luette, et beaucoup moins marquée de la langue, vers la droite.

La participation des muscles de la face a été rencontrée dans la paralysie infantile, des exemples en ont encore été récemment présentés à la Société médicale des hôpitaux, mais elle constitue une rareté, tandis qu'elle est habituelle, à ce faible degré, dans la sclérose cérébrale.

Enfin l'intelligence est peu développée, les réflexes sont intacts, l'exploration électro-faradique ne donne pas de différences entre le côté malade et le côté sain, au contraire de ce que l'on voit dans la paralysie infantile.

Les mensurations respectives de l'avant-bras et du bras donnent, pour le côté atteint, un rapport de 100 (chiffre représentant la longueur du bras) à 100 (chiffre représentant l'avant-bras) tandis que l'on sait que ce rapport est de 73,8 p. 100 chez l'Européen; 76,9 chez les épileptiques; 79,4 chez le nègre; 89,6 chez les hémiplégiques infantiles, et enfin 100 et plus p. 100 chez les primates.

Ostéo-sarcomes.

M. Destot présente une série de radiographies d'ostéo-sarcomes, et insiste sur l'importance de ce moyen d'exploration, qui permet d'éliminer les tumeurs nées dans le voisinage de l'os des tumeurs osseuses proprement dites, et de distinguer, parmi celles-ci, le sarcome des ostéomyélites et de la tuberculose.

Au point de vue du pronostic et des applications thérapeutiques, une foule de considérations peuvent être tirées de ces indications.

Syphilis cérébrale.

M. Planchu présente un malade du service de M. Vinay, atteint de syphilis cérébrale se traduisant par des troubles multiples de l'intelligence, du langage, de l'écriture, une démarche hésitante, du tremblement, des accès épileptiformes, etc. A signaler que ces troubles ont débuté, il y a quelque mois, à l'âge de 20 ans, 2 ans 1/2 après l'accident primitif.

Adéno-papillome de l'estomac.

M. Bret rapporte les résultats de l'examen histologique, pratiqué par lui, d'une tumeur de l'estomac provenant du service de M. Bondet. Il s'agissait d'un homme, mort avec de l'anasarque et des signes multiples de néphrite, sans avoir jamais rien présenté du côté de l'estomac.

L'autopsie montra, outre une tuberculose rénale double, une grosse tumeur pédiculée, non ulcérée, appendue à la paroi stomacale au voisinage du pylore. La surface était irrégulièrement vallonnée; elle était lardacée à la coupe; le raclage ne produisait aucun suc.

L'examen microscopique permit de constater qu'il s'agissait d'un adéno-papillome de l'estomac, cas exceptionnel, puisque quelques exemples seulement en sont connus dans la science, entre autres celui de Chaput, où l'extirpation fut suivie de guérison complète.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 18 Mai 1898.

Laparotomie rectale.

M. Molin rapporte le cas d'un malade amené *in extremis* dans le service de M. Jaboulay qui, se trouvant en présence d'une péritonite appendiculaire, fit l'incision classique, qui l'amena sur une poche purulente au fond de laquelle était l'appendice tuméfié.

Mais l'état général restant très mauvais, et le toucher rectal ayant montré l'existence d'une collection purulente dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, M. Jaboulay incisa la paroi antérieure du rectum pour pouvoir faire un drainage.

Le malade succomba à la péritonite généralisée dont il était atteint, mais la mort ne peut être attribuée à l'intervention par la voie rectale, qui, dans 2 cas antérieurs, avait donné au même chirurgien un succès complet.

Grossesse extra-utérine.

M. Aug. Pollosson présente des pièces provenant de la rupture d'une grossesse extra-utérine. Il rapporte quelques cas analogues, en insistant sur la nécessité des interventions abdominales rapides, et sur ce fait que les hémorrhagies lui semblent d'autant plus abondantes qu'on est plus près du début de la grossesse.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 4 et 11 Mai 1898.

Des émissions sanguines générales et locales chez les enfants.

M. A. Baginsky attire l'attention sur les bons résultats que la saignée donne dans certains cas de pratique infantile. C'est surtout dans la dilatation aiguë du cœur avec insuffisance fonctionnelle grave que la phlébotomie est indiquée. En pareil cas l'ouverture de la veine agit d'une façon purement mécanique et n'exerce aucune influence sur la maladie elle-même : à cet égard, elle peut être comparée à la trachéotomie ou au tubage dans le croup.

A l'appui de cette thèse, M. Baginsky cite trois observations particulièrement typiques.

La première concerne un petit garçon âgé de 7 ans 1/2, qui fut apporté à la clinique dans un état de dyspnée et d'hyposystolie des plus inquiétants. On pratiqua une saignée de 120 centim. cubes qui eut pour effet de relever le pouls et de faciliter la respiration. Vers le soir l'enfant fut pris d'un délire qui nécessita l'application de sangsues derrière les oreilles. Après une bonne nuit l'état du petit malade se trouva considérablement amélioré, et on put diagnostiquer une insuffisance mitrale.

Dans le second cas il s'agissait d'un enfant de 9 ans, qui présentait un état de dyspnée alarmant par suite de sclérose pulmonaire et de dilatation bronchique post-pneumonique. Une saignée de 90 centim. cubes dissipa tous les symptômes menaçants.

Le troisième fait se rapporte à un petit malade qui fut conduit à l'hôpital pour des phénomènes graves de suffocation. La phlébotomie n'ayant amené qu'un écoulement sanguin insignifiant, on ouvrit une artère, de laquelle on tira environ 100 centim. cubes d'un sang très foncé : la cyanose et la dyspnée cessèrent aussitôt et le pouls remonta. Dans la suite on reconnut qu'on avait eu affaire à un sujet en puissance de rougeole.

Les émissions sanguines locales chez les enfants sont indiquées dans les cas d'éclampsie rebelle aux moyens ordinaires et contre les convulsions urémiques qui ne cèdent pas au chloroforme, au chloral ni aux bains chauds accompagnés d'affusions froides.

M. Krönig fait remarquer que dans l'urémie la saignée n'agit pas d'une façon purement mécanique, mais a aussi pour effet d'amender l'état d'intoxication. La saignée est également indiquée dans l'hémorrhagie récente du cerveau et dans la chlorose. M. Krönig a notamment observé un cas grave de chlorose qui avait résisté à toute sorte de médications et qui guérit après trois saignées pratiquées à des intervalles d'un mois.

M. Mendel n'est pas de l'avis de M. Baginsky relativement à l'efficacité des saignées locales chez les enfants atteints d'éclampsie, et il se rallie à l'opinion généralement admise, d'après laquelle les émissions sanguines ne se montrent d'aucune utilité dans les cas graves et sont superflues dans les cas légers.

Névrome plexiforme.

M. Menke a présenté un homme de 23 ans, d'aspect infantile, qui était atteint d'une petite tumeur fusiforme située dans la région de l'hypochondre gauche, laquelle tumeur, qui était très sensible au toucher et formée de plusieurs nodosités, a été extirpée. Son examen montra qu'il s'agissait d'un névrome plexiforme. Mais ce néoplasme n'est pas le seul qui existât chez ce malade; actuellement, en effet, il en présente encore plusieurs autres vraisemblablement de même nature, un au niveau du bras gauche sur le trajet du nerf cubital, et un autre au bras droit dans le domaine du nerf médian. Toutefois, au niveau de la tête, qui est le siège de prédilection des névromes, on n'en constate aucun.

L'étiologie de ces tumeurs est assez obscure; il faut noter cependant que la mère de ce jeune homme porte également sur le bras droit un petit névrome.

Biologie des bacilles de la tuberculose.

M. Aronson a recherché à l'aide d'un procédé chimique la présence d'une substance adipeuse dans les bacilles de la tuberculose, signalée par Unna. A cet effet il a fait des cultures massives de ces bacilles, c'est-à-dire avec plusieurs centaines de litres de bouillon glycériné; le résidu obtenu après filtration ayant été desséché, puis traité au moyen d'un mélange d'éther et d'alcool, il en est résulté une masse brune représentant à peu près 20 à 25 p. 100 de la masse bacillaire. Avec 300 grammes de bacilles desséchés, il a eu 60 grammes de substance grasse. Elle renferme 17 p. 100 d'acides gras libres, et est en réalité constituée par de la cire. La graisse diffère de la cire en ce que celle-là se décompose en acides gras et en glycérine, tandis que celle-ci est formée d'acides gras et d'un alcool supérieur, insoluble dans l'eau.

En préparant de la même manière des cultures de bacilles de la diphthérie, M. Aronson a pu en extraire également une substance graisseuse, qui se colore par la fuchsine et se décolore facilement et rapidement dans l'alcool chlorhydrique.

Au microscope on reconnaît que cette cire n'est pas renfermée dans le corps des bacilles; elle représente plutôt un produit de sécrétion des microbes.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 10 Mai 1898.

La pression intrapleurale dans le pneumothorax.

M. Samuel West a rendu compte des recherches qu'il a instituées sur les variations de la pression intrapleurale dans les cas d'épanchement pleurétique et notamment dans le pneumothorax.

Pour lui, les deux feuillets de la plèvre, qui se trouvent en contact l'un avec l'autre dans les conditions normales, subissent une tension intrapleurale continue qui tend à les séparer et qui est égale à la contraction élastique des poumons. Lorsque les mouvements respiratoires se font d'une façon calme, normale, la pression intrapleurale est négative. Pendant l'inspiration forcée, cette pression négative augmente, mais au cours de l'expiration forcée la pression dans la cavité pleurale peut devenir positive. Tant que les deux feuillets de la plèvre restent en contact l'un avec l'autre, la pression positive qui s'effectue au cours de l'expiration forcée est supportée par la paroi thoracique. Par contre, dans certaines conditions pathologiques, lorsque la plèvre contient de l'air ou un épanchement liquide, cette pression se communique au contenu de la cavité pleurale et ses effets varient suivant que la séreuse renferme de l'air, lequel est facilement compressible, ou un liquide, qui est incompressible.

Quand les deux feuillets de la plèvre sont adhérents entre eux, la pression intrapleurale est plus ou moins diminuée. Si la cavité pleurale est oblitérée, le poumon du même côté se trouve rétracté, tandis que son congénère est augmenté de volume. L'élasticité de ce dernier serait, d'après l'orateur, considérablement accrue, ce qui prouve qu'il s'agit dans ces conditions, d'une hypertrophie compensatrice et non, comme on l'admet généralement, d'un emphysème compensateur. M. West pense que la contractilité du poumon n'est pas uniquement le résultat de l'élasticité de cet organe, mais qu'elle est en partie d'origine musculaire, de façon qu'il existerait une sorte de *tonus pulmonaire* présentant une certaine analogie avec le tonus vasculaire.

Dans le pneumothorax, la pression intrapleurale varie pendant l'inspiration et l'expiration. Au cours de l'inspiration, l'air ne pénètre dans la cavité pleurale que tant que la pression y reste inférieure à celle de l'atmosphère. La pression intrapleurale inspiratoire ne peut donc dépasser la pression atmosphérique que si le pneumothorax est accompagné d'un épanchement liquide. La pression intrapleurale expiratoire est toujours positive dans le pneumothorax; elle peut atteindre un degré considérable sous l'influence de l'expiration forcée et amener une compression du poumon et le déplacement du médiastin. Cependant les oscillations respiratoires sont en général petites dans l'affection dont il s'agit, car du côté malade la cage thoracique se trouve d'habitude dans l'attitude de l'inspiration maxima, alors que de l'autre côté la contraction expiratoire du poumon est diminuée par suite du déplacement du médiastin.

Dans les cas de pneumothorax avec épanchement liquide observés par M. West, la pression intrapleurale a varié de 0 à 22 centim. 1/2 d'eau. Le fait que cette pression n'est pas plus considérable est dû, d'après l'orateur, à ce qu'une grande quantité d'air est résorbée. Une pression intrapleurale exagérée indiquerait donc l'existence d'un état morbide quelconque du poumon entravant la résorption de l'air.

M. Lazarus-Barlow ne peut admettre l'hypothèse d'une véritable hypertrophie dans un organe aussi complexe que le poumon. Pour ce qui est du tonus pulmonaire, il n'a jamais pu constater la présence de muscles lisses dans le tissu pulmonaire. Les vaisseaux du poumon contiennent bien des fibres musculaires, mais les nerfs ont peu d'influence sur ces fibres.

M. Rose Bradford déclare avoir seulement démontré que l'action des nerfs sur les vaisseaux pulmonaires est insignifiante en comparaison des effets vasomoteurs qui se produisent dans d'autres organes et d'autres tissus, de sorte que l'hypothèse d'un tonus pulmonaire n'est nullement inadmissible.

M. Pearce Gould dit avoir observé un garçon atteint de pneumothorax par suite d'une blessure de la paroi thoracique chez lequel, au cours de la paracentèse, on entendait l'air s'échapper en sifflant, bien que la cavité pleurale ne contînt aucun épanchement. La présence d'une certaine quantité de liquide dans la plèvre ne paraît donc pas constituer une condition indispensable à l'exagération de la pression intrapleurale dans les cas de pneumothorax.

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 1er Avril 1898.

Hématémèse à répétition par suite d'hépatoptose.

M. Mc Naughton Jones relate un cas intéressant d'hématémèses fréquemment répétées, dues à une hépatoptose complète. Il s'agissait d'une femme âgée de 38 ans qui, dans son enfance, avait souffert de gastralgies avec vomissements. Plus tard elle avait présenté de l'aménorrhée et de l'anémie. A 19 ans elle eut un vomissement de sang qui fut attribué à un ulcère rond de l'estomac ou à une menstruation vicariante. A l'âge de 23 ans, après ses premières couches, elle fut prise à nouveau

d'hématémèses. Les vomissements sanglants se reproduisirent en 1895, puis en 1897, époque à laquelle l'auteur eut l'occasion d'examiner pour la première fois la malade. A ce moment, elle était pâle, extrêmement affaiblie. On l'alimentait par la voie rectale, l'estomac ne tolérant aucune nourriture. Il n'existait pas de douleurs. La percussion de l'abdomen donnait partout un son sonore, à l'exception de l'hypochondre droit et des régions lombaire et inguinale du même côté, où l'on constatait la présence d'un corps volumineux mobile s'étendant depuis les dernières côtes jusqu'à l'aine. On crut à un rein flottant et on procéda à la laparotomie : la tumeur n'était autre chose que le foie déplacé, qui reposait directement sur le rein droit. L'estomac était sain, comme on put s'en convaincre par une gastrotomie exploratrice. On replaça le foie dans sa situation normale et on ferma la plaie opératoire. La malade guérit. Depuis l'opération, elle se porte mieux que jamais et n'a plus eu d'hématémèses.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 23 Avril 1898.

De la ligature de la carotide externe.

M. Lauwers estime, contrairement à M. Depage, que la ligature de la carotide externe comme opération préliminaire à la résection de la mâchoire supérieure est d'une utilité certaine, cette ligature supprimant pour ainsi dire toute hémorrhagie. Ses observations personnelles lui permettent d'être très affirmatif à cet égard et il considère les anastomoses avec l'ophthalmique de l'artère carotide externe du côté opposé comme trop peu importantes pour qu'il y ait à craindre une perte de sang sensible de ce côté. D'autre part, M. Lauwers ne croit pas à l'efficacité de la ligature de l'artère carotide primitive. Le sang peut alors affluer dans la carotide externe par l'intermédiaire de la vertébrale, qui s'abouche à plein canal avec la carotide interne.

Enfin, M. Lauwers estime que la ligature de la carotide externe peut dispenser de la trachéotomie préventive, parce que la narcose, dans ces conditions, est parfaitement possible pendant tout le cours de la manœuvre opératoire.

M. Depage fait remarquer qu'il enlève le ganglion carotidien quand il pratique la ligature de la carotide externe, parce que, la plupart du temps, il s'agit alors d'opérer un cancer. La section du tronc thyro-linguo-facial se fait en vue de disséquer convenablement le ganglion et non pas dans le but de lier plus facilement la carotide. Dans les cas de cancer de la langue, M. Depage estime qu'on peut parfaitement lier la carotide externe au lieu des trois branches qui en émanent; mais puisque ces dernières se trouvent dénudées au fond de la plaie, il ne prolonge pas l'opération en liant ces artères séparément et il conserve la circulation dans la maxillaire.

Pour ce qui est de l'efficacité de la ligature de la carotide externe en cas de résection de la mâchoire supérieure, il maintient que cette ligature ne diminue pas sensiblement la quantité de sang dans la plaie, mais il croit avec plusieurs autres membres de la Société que, pour formuler une opinion décisive à ce sujet, il est indispensable que le même opérateur fasse la comparaison des différentes méthodes en s'appuyant sur un certain nombre suffisant d'observations.

Quant à la trachéotomie préventive, elle est indiquée non seulement pour permettre une narcose plus facile et plus continue, mais surtout pour éviter la pneumonie consécutive aux opérations sur les voies respiratoires supérieures.

Opération d'exclusion d'une anse intestinale.

M. Lavisé rapporte l'observation d'une femme chez laquelle, à la suite d'une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, il se forma un anus contre nature au-dessus de l'anse sigmoïde du gros intestin. Ayant essayé de faire la suture de l'orifice anormal et n'ayant pas réussi à le fermer, M. Lavisé fit la laparotomie, sectionna l'intestin au-dessus et au-dessous de l'anse sigmoïde, ferma les deux orifices de celle-ci et aboucha l'extrémité inférieure du côlon à l'extrémité supérieure du rectum. Le résultat fut parfait.

Gastro-jéjunostomie.

M. Lauwers rappelle l'observation de résection de l'estomac pour cancer qu'il a présentée antérieurement à la Société. La malade qui fait le sujet de cette observation reste guérie depuis 2 ans 1/2 sans qu'il y ait apparence de récidive.

M. Lauwers rapporte un nouveau cas de résection de l'estomac qu'il vient de pratiquer avec succès pour un cancer relativement développé. Mais ici, ne pouvant aboucher l'estomac au duodénum, à cause de l'étendue de la résection, il ferma les deux orifices duodénal et stomacal résultant de l'ablation de la néoplasie et termina par une gastro-jéjunostomie antérieure.

Péritonite généralisée suite d'appendicite.

M. Lebrun (Namur) rapporte une observation de péritonite généralisée qui évolua chez un enfant de 7 ans à la suite de la rupture d'un abcès appendiculaire. M. Lebrun fit la laparotomie, nettoya très minutieusement les différents replis du péritoine et la cavité de l'abcès, et établit un drainage au moyen d'une mèche de gaze. Cette opération fut suivie de guérison.

Redressement des gibbosités pottiques.

M. Blondez (Leuze) rapporte 3 observations dans lesquelles il a appliqué l'appareil de Calot pour redresser des gibbosités pottiques. Ses résultats ont été satisfaisants, et dans un des cas une paralysie des membres inférieurs a pour ainsi dire totalement disparu à la suite de l'application du bandage.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 22 Avril 1898.

Épithélioma primitif du vagin.

M. Laurent présente un épithélioma primitif du vagin qu'il a enlevé à une femme de 28 ans. La néoplasie s'étendait du méat urinaire au clitoris et, en arrière, se prolongeait jusque près du cul-de-sac antérieur. Le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen de coupes microscopiques faites par M. Vandervelde. Le symptôme le plus pénible présenté par la patiente était une dysurie nécessitant un cathétérisme fréquent, le canal de l'urèthre étant souvent obstrué par les masses fongueuses de la néoplasie. L'opération consista dans l'ablation complète de la tumeur, y compris la moitié inférieure du canal de l'urèthre.

Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

Entéro-épiplocèle étranglée.

M. Wauthy montre des pièces provenant d'un malade de 23 ans, opéré dans le service de M. le Dr Lavisé pour hernie étranglée.

L'incision du sac herniaire laissa s'écouler un liquide sanieux, d'odeur gangréneuse; le sac herniaire renfermait environ 25 centimètres d'intestin grêle en voie de sphacèle, ainsi que la plus grande partie du grand épiploon totalement nécrosé, aminci et presque dépourvu de graisse. La tunique vaginale du testicule adhérait à celui-ci et était en pleine mortification. Le mésentère correspondant à l'anse gangrenée de l'intestin était enroulé comme une corde : le déroulement n'ayant pu se faire par la plaie opératoire, on pratiqua une laparotomie médiane. L'anse gangrenée fut attirée dans cette ouverture et l'on pratiqua l'entérotomie et l'entérorrhaphie; le testicule malade fut également enlevé.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La lithiase intestinale,

D'après le Dr A. Chevalier (1).

Les calculs qu'on peut rencontrer dans l'intestin sont de deux ordres : 1° ceux nés en dehors de l'intestin, véritables corps étrangers (calculs pancréatiques, biliaires, noyaux, débris d'os, etc., calculs vésicaux ou vaginaux dans le cas de fistules vésico ou vagino-rectales; poudres médicamenteuses, craie, sous-nitrate de bismuth, etc.); 2° ceux nés dans l'intestin même et sécrétés par lui. Ces derniers seuls méritent le nom de lithiase intestinale.

Cette lithiase intestinale se présente sous deux formes, le sable et les calculs, le premier plus fréquent que les seconds d'ailleurs en général expulsés avec du sable. Bien que les concrétions calculeuses aient été de longue date signalées dans l'intestin, c'est seulement en 1873, que M. Laboulbène (2) fit la première description clinique de la lithiase intestinale. Depuis, Marquez (3), puis Bioggi (4) en signalèrent des cas accompagnés de symptômes d'entérite muco-membraneuse. En 1896 seulement, la question est reprise par MM. Mongour (5), Oddo (6), Mathieu (7). On sait l'importance que lui attribue M. Dieulafoy dans la pathogénie de l'appendicite (8); Fontet (9), puis plus récemment de Langenhagen (10) insistent sur ses rapports avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Reprenant les faits publiés et notamment les observations anglaises de Delépine, Ord, Shattock, Jones, M. Chevalier vient de retracer l'histoire de cette affection dans sa thèse à laquelle nous empruntons les éléments de cette courte revue.

Symptômes. — Maladie secondaire du tube digestif, la lithiase intestinale existe à titre d'épiphénomène dans quelques affections inflammatoires chroniques de l'intestin, le plus souvent elle se manifeste à la suite de l'entérite muco-membraneuse; dont les symptômes précèdent l'apparition du sable et Dieulafoy, Mathieu cherchant systématiquement le sable chez leurs malades atteints d'entérite l'ont trouvé. Le début de l'affection est par suite difficile à préciser, car la colite membraneuse peut attirer toute l'attention et le malade peut rendre depuis longtemps du sable à son insu, lorsqu'on s'en aperçoit: ou brusquement la quantité de ce sable augmente et attire l'attention. Parfois le malade se rend compte de l'état anormal de ses selles, à la sensation du passage à travers l'anus d'une grande quantité de terre (Oddo) on éprouve la sensation de graviers à l'anus (Trouchaud). Un signe important qui peut faire soupçonner la présence du sable, c'est la grande crise douloureuse au cours de l'entérite muco-membraneuse. Si les douleurs peuvent dans certains cas être rapportées à l'entérite, le plus souvent c'est quand celle-ci se complique de lithiase qu'éclatent les accès paroxystiques douloureux, parfois tellement vifs qu'ils font penser à une colique hépatique ou néphrétique.

Toute émission de sable n'est pas accompagnée de crise douloureuse; si le sable est très fin et sa quantité minime il passe à travers la filière intestinale sans en irriter autrement les parois, si la quantité de sable est considérable, elle peut distendre l'intestin et irriter les parois d'autant plus enflammées que le volume plus considérable du sable produit plus de frottements en provoquant, pour être expulsé, des contractions péristaltiques plus énergiques. Dans ce second cas l'émission du sable détermine de véritables coliques, dites par Dieulafoy *coliques intestinales lithiasiques*. Chez une femme d'âge moyen, neurasthénique, sujette à la constipation et aux poussées d'entérite glaireuse, à la suite d'un régime végétarien plus abondant, après une période de constipation plus longue, la crise éclate soudain, arrive vite à son paroxysme avec douleur très intense occupant tout l'abdomen sans localisations précises; parfois il y a un maximum douloureux à l'épigastre, dans la région cæcale, dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet du côlon descendant.

Les irradiations au-delà de l'abdomen sont rares. La crise douloureuse peut débuter moins brusquement, précédée d'une sensation de langueur, de malaise, de fatigue, de ballonnement du ventre, le tympanisme étant pour M. Dieulafoy un important signe précurseur. Les phénomènes douloureux, parfois assez intenses pour arracher des cris aux malades, s'accompagnent alors de

1. Chevalier, thèse de Paris, n° 253. Steinheil.
2. Laboulbène, Le sable intestinal (*Arch. gén. de médecine,* déc. 1873 et *Ach. de médecine*, 18 novembre 1873).
3. Marquez, *Assoc. pour l'avanc. des sciences*, 1876, p. 878,
4. Bioggi, Du sable intestinal (*Presse médicale belge*, 1874, n. 20).
5. Mongour, *Soc. de biologie*, 22 février 1896.
6. Oddo, Sable intestinal (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 juin 1896).
7. Mathieu, *Gaz. des Hôpitaux*, 31 mars 1896, et *Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1896.
8. Dieulafoy. *Presse médicale*, 10 mars 1893; *Acad. de médecine* 23 mars 1897
9. Fontet, thèse de Bordeaux, novembre 1897.
10. De Langenhagen. L'entérite colite muco-membraneuse (*Sem. médic.*, 5 janvier 1898).

symptômes généraux, vomissements muqueux ou bilieux, sanguinolents, hoquets, défaillances, sensations vertigineuses. La crise, qui peut durer quelques minutes, une heure, un ou plusieurs jours, cesse subitement par l'évacuation d'une quantité considérable de sable, mêlé ou non de calculs, accompagné de scybales témoignant de la constipation antérieure; c'est une véritable débâcle intestinale, dans les selles on trouve les glaires et les fausses membranes parfois mêlées de sang. Le soulagement est immédiat, la maladie calmée pour un temps. Les crises reparaissent à la suite d'une nouvelle période de constipation ou à l'occasion d'une secousse. Pendant les crises l'abdomen est ballonné, sensible à la pression. Le cæcum, l'hypochondre droit, c'est-à-dire vraisemblablement l'angle du côlon, l'épigastre sont spécialement le siège de cette sensibilité et peuvent présenter de l'empâtement. Cet empâtement montre nettement la stase sableuse dans diverses régions du gros intestin avec une certaine fréquence au niveau du cæcum. Cette stase se comprend, étant donnée la fréquence de l'entéroptose au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse; les spasmes régionaux partiels des tuniques musculaires du gros intestin favorisent également la stase. Enfin dans l'intervalle des crises on trouve les signes ordinaires de l'entéro-colite muco-membraneuse, sans rien qui indique plus spécialement la lithiase intestinale sauf parfois une légère dilatation cæcale sans empâtement.

Les concrétions intestinales, obtenues en examinant chaque jour les selles du malade, se présentent sous forme de graviers, de calculs. Le *sable* est de couleur brunâtre ou jaunâtre, variable en quantité, pouvant atteindre un volume considérable, les *graviers* sont assez semblables à des grains de poivre, les *calculs* peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. Rarement formés de couches concentriques comme les calculs biliaires, ils sont parfois formés de grains analogues aux graviers ci-dessus unis les uns aux autres. Friables, ces calculs sont de couleur noirâtre. Si dans ces calculs la matière organique varie dans des proportions assez notables, la matière minérale y est plus constante formée de sels de chaux (phosphates et carbonates) dont les variations quantitatives tiennent à la différence du temps de leur séjour dans l'intestin.

Étiologie et pathogénie. — Les causes de la lithiase sont mal connues. Des relevés de M. Chevalier résulte que son maximum de fréquence est entre 45 et 55 ans; mais on peut l'observer avant cet âge et récemment M. Guinon insistait ici même sur la coexistence du sable intestinal avec la colite chez les enfants (1). Deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, la lithiase intestinale survient chez des sujets ayant des antécédents intestinaux, l'entéro-colite muco-membraneuse précédant souvent de beaucoup l'apparition du sable; les antécédents arthritiques sont également assez fréquents et parfois les malades ont présenté des crises de coliques néphrétiques avec gravelle urique ou phosphatique; les antécédents nerveux, les troubles dyspeptiques se retrouvent également assez souvent dans les antécédents.

C'est souvent après une longue période de constipation qu'éclatent les coliques douloureuses, parfois provoquées par un effort violent, un saut brusque, une course en voiture.

Les causes directes sont à peu près totalement inconnues et diverses théories ont été invoquées pour expliquer la production de la lithiase. Laboulbène, puis Trouchaud admettent que le sable intestinal vient du dehors (alimentation trop exclusivement végétale, ingestion de particules siliceuses). Dieulafoy, puis Mongour, pensent qu'au point de vue pathogénique la lithiase intestinale fait partie de la diathèse goutteuse et qu'il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire; mais ils admettent certains cas qui, pas plus que certains cas de lithiase urinaire et biliaire ne sauraient être rattachés à la diathèse. Dieulafoy avait peu avant décrit une lithiase appendiculaire absolument analogue. Mathieu enfin, s'appuyant sur la coexistence constante de l'entérite muco-membraneuse et la composition calcaire (phosphates et carbonates) des calculs pense que la lithiase intestinale est d'origine inflammatoire, l'action de la diathèse serait prédisposante, M. Chevalier conclut de son étude que la lithiase intestinale s'observe surtout chez les neuro-arthritiques, elle est causée directement par l'inflammation intestinale chronique en rapport avec l'entérite muco-membraneuse, les reliquats de fièvre typhoïde ou toute autre lésion inflammatoire de la muqueuse. L'inflammation chronique est entretenue par l'hygiène défectueuse des malades, régime végétarien trop abondant, constipation habituelle. L'accumulation du sable est favorisée par l'atonie intestinale, des spasmes partiels (entéroptose) et par la constipation.

Si elle coexiste fréquemment avec l'entérite muco-membraneuse, qui réunit toutes les conditions favorables à la formation de concrétions, sa coexistence avec l'appendicite prête plus à des discussions; signalée dans un certain nombre d'observations, Dieulafoy admet qu'il s'agit dans ces cas d'entéro-typhlo-colite lithiasique et non d'appendicite; celle-ci ne saurait pour lui coexister avec la colite muco-membraneuse; si cette opinion est celle de M. Langenhagen elle n'est en revanche pas partagée par MM. Reclus, Brun et nombre de chirurgiens; de leur côté MM. Mathieu, Marfan, Siredey, Comby, Guinon ont signalé des cas nombreux chez l'enfant et chez l'adulte où l'entéro-colite précéda l'appendicite.

Diagnostic. — Le diagnostic est assez facile, à condition d'y penser; il faut rechercher systématiquement le sable intestinal chez tous les malades atteints d'entérite chronique et surtout d'entéro-colite muco-membraneuse; sa présence sera d'autant plus probable qu'apparaîtront au cours de ces maladies des crises douloureuses à forme de coliques, et que la débâcle sableuse ou calculeuse coïncide exactement avec la cessation de la colique; dans la colique hépatique au contraire il s'écoule un certain temps entre la cessation des douleurs et l'expulsion du calcul; les irradiations ascendantes, l'ictère fréquent suffisent d'ailleurs à assurer le diagnostic; quant à la colique néphrétique, les caractères et le siège de la douleur, les caractères des urines la feront reconnaître; enfin nous avons énoncé plus haut les caractères qui distinguent les concrétions intestinales des calculs biliaires.

Marche. Durée. Terminaisons. — Si parfois on a pu fixer le début de l'affection et la faire remonter à plusieurs années en arrière, le plus souvent on ne peut guère préciser le début; quant à la marche de l'affection constituée, elle est essentiellement chronique, n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée. Avec un traitement approprié, on arrive à faire disparaître les crises mais non le sable; si donc la lithiase intestinale n'a pas de pronostic grave *quoad vitam*, elle constitue néanmoins une affection gênante et douloureuse.

1. Guinon, Formes et traitement de la colite chez l'enfant (*Gaz. hebd.* n° 27, 3 avril 1898).

Traitement. — 1° Traitement curatif. En face d'une crise de coliques intestinales il faut d'abord calmer la douleur aiguë (applications chaudes sur le ventre, opiacés à l'intérieur, au besoin piqûre de morphine); il faut combattre la stagnation du sable dans l'intestin à l'aide de l'entéroclyse réalisée avec une sonde rectale introduite haut dans le rectum communiquant avec un bock suspendu à 50 centimètres au plus de distance et rempli de deux litres d'eau bouillie tiède, qui doit couler dans l'intestin avec une extrême lenteur, l'entéroclyse devant durer au moins une heure.

2° Traitement préventif. Pour prévenir le retour de nouvelles crises il faut autant que possible supprimer l'alimentation par les substances végétales, en donnant la préférence aux aliments carnés, éviter avec le plus grand soin la constipation; enfin on peut employer l'antisepsie intestinale préconisée par Oddo (1 gramme de benzo-napthol par jour associé à une faible quantité de magnésie).

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Contribution à l'étude du rein neurasthénique.

L'Anurie neurasthénique,

Par le Dr Paul Berbez.

Ancien chef de clinique adjoint des maladies nerveuses à la Faculté.

Nous entendons par anurie neurasthénique un trouble portant *exclusivement sur la sécrétion de l'urine* et non l'anurie due à la rétention du liquide urinaire en un point quelconque du trajet à parcourir.

Les malades que nous avons observés étaient des neurasthéniques avérés : à notre avis il existerait donc une anurie neurasthénique par suppression de la fonction rénale, au même titre qu'il existe une anurie hystérique admise aujourd'hui sans conteste depuis la publication de notre regretté maître Charcot, de Féré et de plusieurs autres auteurs.

Ce modeste travail devait être signé par mon ami Malécot et par moi, la mort de ce dernier m'a fait différer l'impression du mémoire; l'adjonction de deux nouveaux cas confirmatifs de notre thèse m'engage à publier nos observations et les réflexions cliniques qu'elles nous ont inspirées.

L'historique de cette question est nul...

Si nous consultons les traités sur la neurasthénie nous ne trouvons rien ayant trait au sujet qui nous occupe. Beard, Bouveret, Levillain sont muets à cet égard; Féré dans ses « Troubles urinaires dans les maladies du système nerveux » dit seulement : « Il est rare qu'on observe une anurie passagère sous l'influence d'émotions morales chez les *névropathes* ».

Cette phrase suit le passage qui a trait à l'anurie hystérique. Merklen, dans sa belle thèse sur l'anurie, étudie le phénomène de l'anurie hystérique, cite Charcot, Fernet, 1873, les thèses de Secouet, 1870, de Chataing, 1880, mais ne parle pas d'une anurie quelconque chez des patients neurasthéniques.

Depuis, rien de nouveau n'a été écrit sur le sujet.

Étiologie. — *L'âge* auquel on observe le plus fréquemment l'anurie est celui de la neurasthénie en général, c'est-à-dire pour les intellectuels l'âge moyen de la vie.

Tous nos malades étaient âgés de 25 à 50 ans, et traversaient cette période de l'existence où l'on est le plus en butte aux difficultés de la vie, aux angoisses des concours, etc.

Le sexe le *seul* atteint a été le sexe masculin, et, bien qu'admettant l'hystérie masculine, nous nous sommes réjouis de cette circonstance qui nous permettait d'éliminer le sexe féminin si facilement atteint d'hystérie.

La profession a de l'importance : nos 5 malades appartenaient aux carrières libérales (1 médecin, deux ingénieurs, un candidat à l'agrégation des lettres, un ecclésiastique).

Les maladies antérieures n'ont joué qu'un rôle effacé. Quelques-uns de nos patients cependant avaient présenté déjà quelques troubles de l'appareil génito-urinaire. Le malade qui fait le sujet de l'observation I était rhumatisant, avait une vessie paresseuse et à différentes reprises avait été atteint de spermatorrhée, de plus il était aux trois quarts impuissant.

Le malade de l'observation II avait eu antérieurement des crises de rétention d'urine au cours d'une dothiénentérie.

Le malade n° 3 était atteint de spermatorrhée, de spasme uréthral avec dysurie.

Tous étaient neurasthéniques avérés et présentaient en tout ou en partie le complexus symptomatique habituel : céphalée en casque, dépression intellectuelle et physique, dyspepsie, constipation, insomnie, émotivité, un peu d'hypochondrie.

Tous travaillaient beaucoup; n'avaient jamais eu la syphilis, ne faisaient pas d'excès alcooliques et n'avaient pas été atteints d'infections capables de jeter le doute au sujet du diagnostic. Le terrain neurasthénique seul était responsable de ce qui était arrivé du côté du rein.

Les causes occasionnelles ont été différentes : chez un des malades l'anurie se produisit sous une influence morale d'ordre urinaire cependant : la crainte d'être pris d'accidents en l'absence du médecin en qui on avait mis sa confiance.

Chez un second malade des excès de coït la nuit précédente amenèrent l'anurie.

Chez les malades des observations IV et V l'anurie survint chez l'un à la suite d'une contrariété, chez l'autre à la suite d'une longue marche.

L'anurie neurasthénique, avons-nous déjà dit, consiste exclusivement en la cessation absolue ou presque absolue de la sécrétion urinaire; le malade n'urine pas parce que, fait prouvé par un cathétérisme infructueux, il n'y a rien dans la vessie.

Cette anurie entraîne souvent un état d'angoisse d'emblée beaucoup plus grand que celui qui accompagne la pseudo-anurie par rétention (observation II). Le malade fait des efforts pour uriner, change de position; se lève, s'accroupit, sa peau se couvre de sueur froide, tout trahit le fond nerveux sur lequel se produit le symptôme.

Il y a quelquefois concomitance de douleurs vives irradiées au testicule, au périnée (observation I).

Souvent aussi le tableau n'a rien de dramatique (observation III, IV et V), le malade n'urine pas et ne s'en préoccupe pas autrement. Il trouve seulement étrange qu'éprouvant le besoin d'uriner il ne puisse pas satisfaire ce besoin.

La durée de l'anurie est variable : dans l'observation II le malade ne resta sans uriner, tout en ayant le désir de le faire, que du soir au lendemain matin.

Le malade de l'observation I resta 56 heures et plus.

Le malade de l'observation III resta 36 heures environ.

Les malades des observations IV et V demeurèrent l'un 2 jours, l'autre un jour seulement.

La levée de l'obstacle à la sécrétion se fit lentement chez le jeune prêtre (obs. IV) goutte à goutte l'urine reparut, n'atteignit le premier jour que 150 à 200 grammes et ne revint à son taux normal que plusieurs jours après.

Le plus souvent le retour des urines est soudain; en peu de temps le malade expulse un vase plein d'urine avec une entière satisfaction.

Les urines rendues sont le plus souvent riches en urée, très colorées, quelquefois elles contiennent un peu d'albumine; chez le malade n° 1 elles ont été mélangées assez longtemps du liquide spermatique. L'analyse faite par M. Vigier avec tout le soin désirable est la seule que nous ayons eue.

Nous ne pouvons passer sous silence l'influence qu'exerce sur la cessation de l'anurie la déclaration nette et franche qu'il ne s'agissait pas de rétention d'urine.

Chez l'ingénieur (obs. I) pour qui je sollicitai le concours de Malécot les choses se passèrent à peu près de même.

Nous avons vu des faits analogues dans des cas d'anurie hystérique.

Les crises d'anurie ne sont pas très fréquentes. Le fait faillit se reproduire chez le malade de l'observation II parce que dans la rue il rencontra le médecin qui avait cru à une vessie pleine et avait tenté en vain le cathétérisme.

Telle est symptomatiquement et d'après nos observations l'anurie des neurasthéniques.

Le diagnostic de ces anuries en somme assez rares s'étaie sur des bases assez solides.

On pense d'abord à une rétention d'urine pure et simple et on sonde, bien que les anamnestiques recueillis ne laissent supposer ni rétrécissements de l'urèthre ni hypertrophie prostatique ni calculs ayant pu entraîner une hydronéphrose.

Le cathétérisme ne ramène pas d'urine.

On peut alors penser à une rétention d'urine intra-rénale mais on abandonne bientôt cette idée quand l'examen de la région du rein ne révèle ni augmentation de volume de l'organe; ni douleurs ni accidents d'aucune sorte de ce côté.

Le diagnostic d'anurie par *arrêt de la sécrétion rénale* s'impose et ce diagnostic s'éclaircit bientôt quand on trouve le sujet atteint de cette névrose protéiforme qui est la neurasthénie.

Mais, dira-t-on, ces malades-là si émotifs sont peut-être des hystériques et votre plaidoyer en faveur de l'anurie neurasthénique tombe de lui-même en présence de cette constatation!

Nous sommes de ceux qui pensent que l'hystérie s'appuie sur des signes qui la font reconnaître et qu'aucun de nos malades n'a présentés. Qualifier d'hystériques tous les symptômes névropathiques ou mal déterminés est vraiment une façon trop facile de faire rentrer tout phénomène embarrassant dans un cadre établi. Nous revendiquons donc pour la neurasthénie en l'absence de signes objectifs d'hystérie, la possibilité de produire elle aussi l'anurie par arrêt de la sécrétion rénale.

Observation I. — M. X..., âgé de 43 ans, a des *antécédents* névropathiques très accusés.

Son père, âgé d'environ 70 ans aujourd'hui, est atteint de dyspepsie flatulente accompagnée d'idées hypochondriaques et de craintes morbides sur lesquelles il n'aime pas à s'arrêter.

Sa mère, femme d'une grande intelligence, rhumatisante, est comme son mari atteinte de dyspepsie atonique; la dilatation de son estomac était énorme.

Mme X... joint à ces troubles gastriques une neurasthénie des plus tenaces et des mieux caractérisées. Elle présente le type : névralgie générale. Sa crainte de prendre froid est si grande que, même en été, il lui arrive de s'enfermer chez elle et de ne pas sortir en proie à des idées noires qu'elle ne peut écarter.

Le malade lui-même a montré une paresse très grande pendant les années où l'on fait ses études. Ce n'est qu'à l'âge de 21 ans qu'il a commencé à travailler avec passion.

Attaché à de grands établissements financiers il fit et défit plusieurs fortunes et s'attacha en dernier lieu à des entreprises dont le poids retomba sur lui seul. Il se surmena et bientôt apparurent des accidents sur la description desquels nous serons brefs, nous réservant d'exposer à fond ce qui a trait aux symptômes urinaires :

Lassitudes après quelques heures de travail, impossibilité de fixer son attention. Céphalées spéciales en casque, ou bien étreignant la nuque à la façon d'un carcan, amblyopie, idées noires, désespoir, par moments idées de suicide?

Dyspepsie spéciale.

Irritabilité extrême, impressionnabilité. Hypochondrie.

L'état mental du malade est bizarre. Merveilleusement doué pour les calculs, les combinaisons financières, cet homme craint de rentrer tard chez lui de peur des reproches que peuvent lui adresser ses parents. Sa situation dans la maison est celle d'un adolescent de 15 ans dont la mère surveille les escapades.

Le malade, peu porté du reste du côté génital, finit par renoncer aux femmes...

Il y renonça si bien qu'il ne tarde pas à tomber dans un état inquiétant pour lequel il vient me trouver dans le courant de l'année 1889.

Homme d'aspect vigoureux, M. X..., a le faciès nerveux. Les yeux sont volontiers larmoyants, les traits tirés, l'expression du visage est triste.

Mon diagnostic est le suivant : neurasthénie cérébro-spinale très accusée.

Par moments *faiblesse* considérable des membres inférieurs. *Réflexes rotuliens* presque abolis existant cependant.

Vessie un peu paresseuse; la miction est plus facile dans la position accroupie.

Frigidité à peu près complète. Le malade recherche la société des femmes, mais il n'a plus d'érections. Son sommeil est troublé par des pertes séminales involontaires; il s'exagère encore la gravité de cet accident et fuit tout rapport avec une femme de peur de rester en affront. Cette crainte le paralyse.

Nous soignons son estomac, nous mettons le malade au traitement hydrothérapique, phosphure de zinc, etc.

Nous prescrivons le repos cérébral complet. Après une amélioration appréciable, M. X... se rend en province et se livre de nouveau à des travaux physiques et intellectuels au-dessus de ses forces.

Il se trouvait dans le Midi vers le milieu du mois de septembre quand il eut, une nuit où il s'était couché plus fatigué encore que de coutume, une pollution nocturne.

Il s'éveilla au moment où l'éjaculation allait se produire, l'émission de sperme n'eut pas lieu, paraît-il, et le malade ressentit dans le canal une douleur extrêmement vive.

Cette douleur persista et le soir même on put constater l'existence d'un écoulement non douloureux pendant la miction auquel le malade ne prit pas garde, pensant que l'éjaculation qui avait été supprimée le matin était remplacée par un simple écoulement de sperme (?)

Le jour même M. X... se met en route, voyage toute la journée et s'arrête pour passer la nuit chez une ancienne maîtresse... les détails manquent sur cette entrevue... il est probable toutefois que la fatigue a été grande pour le malade car il arrive à Paris le 20 fatigué au possible et atteint d'un écoulement blanchâtre de plus en plus abondant.

Le mercredi 24, je vois M. X... chez moi. Son écoulement ne ressemble en rien à celui du liquide blennorrhagique, il ne

tache le linge qu'en blanc et ne s'accompagne d'aucune douleur en urinant.

Le samedi 27 je revois le malade, fébrile, nerveux, langue sale, pouls à 110, pas d'appétit, inquiétudes vives. Il se plaint en outre de douleurs intolérables dans le testicule gauche, douleurs survenues, dit-il, après des injections intra-uréthrale d'eau bouillie.

L'écoulement n'a pas plus que l'autre jour le caractère inflammatoire, le méat n'est pas rouge. Ce liquide a tous les caractères du sperme et ne tache pas le linge à la façon du liquide des uréthrites.

Le testicule très douloureux a le volume normal, la région périnéale entière est sensible, de cette sensibilité exquise que l'on trouve dans les cas de testicule irritable, de mamelle irritable.

Le lendemain dimanche le malade m'écrit : « Les douleurs du testicule sont les mêmes malgré les onctions d'onguent mercuriel belladoné et les bains de siège que vous m'avez ordonnés, j'ai peur d'une orchite, de plus, j'ai depuis ce matin une *rétention d'urine* et je vous prie de venir au plus vite pour me sonder. » Le soir du dimanche, je trouve le malade dans un état nerveux violent.

La douleur s'étend au périnée, aux aines, à la face interne des cuisses; l'écoulement de liquide spermatique est presque tari, le malade me montre son vase où il y a à peine 50 grammes d'urine et me dit : Voilà tout ce que j'ai rendu depuis près de 12 heures!

Cette urine est rougeâtre, épaisse, chargée de mucus, elle ne contenait pas d'albumine.

Le lendemain lundi, le malade n'a rendu que quelques gouttes d'urine malgré 3 litres d'infusion de polygala absorbé dans la journée. Je me refuse à sonder, trouvant à la percussion la vessie vide.

Lundi soir, même situation malgré l'adjonction d'un gramme de nitrate de potasse par litre d'infusion diurétique.

Mardi matin, même état. Devant l'insistance du malade je demande Malécot en consultation. Nous nous trouvons au lit du malade le soir à 5 h. 1/2.

Il y a 100 grammes d'urine depuis le matin; le liquide a le caractère des urines si rares des jours précédents.

Malécot constata l'intégrité du testicule, du cordon, du canal, une hypertrophie légère de la prostate, une réplétion considérable des vésicules séminales, la pression de ces réservoirs effectuée d'arrière en avant fait sourdre un méat du liquide spermatique en abondance.

La vessie est vide, rétractée derrière le pubis.

Malécot affirme au malade qu'il n'a pas une rétention d'urine, passe une sonde molle qui ne ramène rien et conclut en faveur d'une anurie nerveuse.

Le lendemain mercredi, le malade qui a pris un bain dans la soirée d'hier nous dit qu'il a un peu uriné dans son bain. Il me montre 600 grammes d'urine assez claire rendue depuis minuit. M. Vigier fait l'analyse, constate la présence de cristaux, quelques traces d'albumine, du mucus, des globules sanguins et des traces de liquide spermatique.

24 heures après, le jeudi, le malade a rendu 2 litres d'urine, il ne souffre plus du testicule, est rassuré complètement.

La spermatorrhée est insignifiante.

Depuis, le malade aurait eu un accident analogue en Italie après une grave contrariété, on voulut le sonder, il s'y opposa et guérit grâce à des bains.

Obs. II. — M. X..., ingénieur, 46 ans, *arthritique*, *nerveux*, fatigué par la direction d'une maison importante, venait d'avoir la fièvre typhoïde.

Au cours de cette fièvre il fallut sonder le malade. Ce cathétérisme pratiqué par un médecin expérimenté n'amena ni douleur, ni écoulement sanguin; mais un deuxième cathétérisme exécuté par un médecin moins adroit fut si douloureux que le malade en garda un souvenir terrifiant. Guéri de son affection aiguë, M. X... fêta son retour à la santé par un grand dîner.

Avant le repas on vint lui annoncer que le médecin en qui il avait pleine confiance et qui l'avait soigné pendant sa fièvre typhoïde quittait Paris pour plusieurs jours, mais s'absentait sans inquiétudes sur le compte de son convalescent à qui il recommandait en manière de plaisanterie de ne pas lui faire le tour d'être malade en son absence.

« Presque aussitôt, dit le malade, j'éprouve une sensation désagréable du côté de la vessie, je me *crois ballonné* et je me précipite au W.-C. Rien... efforts répétés et infructueux. Je retourne dans la salle à manger disant à mes amis : Je suis repris de rétention d'urine.

« Dix minutes après je quittais à nouveau la salle à manger et allais dans ma chambre où je m'allongeais sur un fauteuil, me tâtant, déboutonnant mon pantalon. Mon ventre paraissait se gonfler et prendre une forme bizarre. Il me semblait, en changeant de position, faire mouvoir en moi une énorme quantité de liquide. J'étais consterné. »

Un médecin appelé en toute hâte eut le tort de se laisser influencer par le malade, conclut à une rétention d'urine et se mit en demeure de pratiquer le cathétérisme.

On choisit une sonde molle et alors, dit le malade, commença une opération abominable. « J'éprouvais, dit-il, une angoisse terrible et une douleur qui me faisait grincer des dents. »

Après deux tentatives la sonde pénétra dans la vessie et ne ramena que trois ou quatre gouttes d'urine.

Le Dr Malécot, appelé en toute hâte, affirma avec un calme stupéfiant, dit le malade, que point n'était besoin de sonder, qu'il s'agissait d'anurie chez un neurasthénique, conseilla un bain dès que la digestion des aliments pris serait terminée, et pour rassurer pleinement son malade, sonda sans résultat avec une sonde métallique, et, se servant de cette sonde, injecta de l'eau bouillie dans la vessie. La sonde retirée, le malade rendit l'eau injectée et se rendit compte que la vessie aurait aussi bien expulsé de l'urine s'il y en avait eu que le liquide de l'injection.

L'ingénieur convaincu remit le bain au lendemain, reprit sa place au milieu de ses convives, soupa de bon appétit. La nuit fut parfaite, pas l'ombre d'insomnie, et le lendemain dans la matinée il urina avec facilité.

Le fait ne s'est pas reproduit. Cependant il y eut tendance à l'anurie un jour où le malade rencontra dans la rue le médecin qui l'avait fait souffrir en le sondant.

Obs. III. — Homme de 45 ans, médecin, rhumatisant et neurasthénique, éprouve depuis de longues années des troubles génito-urinaires variés : vessie paresseuse, urèthre en état de spasme permanent, difficulté de la miction.

Spermatorrhée rebelle traitée par des cautérisations qui altèrent la muqueuse uréthrale.

Vers la fin de mai 1889, la miction devint encore plus difficile et un beau jour le malade, qui était resté une demi-journée sans uriner, fit appeler un confrère pour le sonder.

Celui-ci affirma que la vessie très distendue remontait à l'ombilic et appela Malécot pour pratiquer le cathétérisme.

Celui-ci nia l'état de plénitude de la vessie et ne sonda pas, concluant à un cas d'anurie neurasthénique.

Les choses restèrent dans cet état pendant 36 heures encore malgré des bains, le malade n'éprouvant qu'une sorte de tension hypogastrique très modérée.

La miction se rétablit petit à petit; l'urine rendue ne présentait aucune altération si ce n'est un léger nuage de mucus après refroidissement.

Au bout de 3 ou 4 jours la situation était redevenue normale.

Obs. IV. — Un prêtre de 40 ans, rendu neurasthénique par la préparation d'un livre, est envoyé dans un couvent comme aumônier. Après avoir fait de longues courses à pied dans Paris, ce malade essaie d'uriner dans un urinoir public, ne peut y parvenir, s'effraie et se présente à ma consultation en 1895.

Je constate que la vessie est absolument vide, à la percussion. Je pense à l'anurie dont mon ami Malécot m'avait tant parlé, et pour être sûr de ce que j'avance je fais le cathétérisme sans aucune difficulté avec une sonde molle de petit calibre. Il coule à peine quelques gouttes d'urine. Je rassure le malade, lui conseille d'aller prendre un bain et d'essayer d'uriner dans le bain.

A 8 heures du soir je vais voir mon patient. Vessie toujours vide. Je sonde sans plus de succès que dans la journée et décide alors de ne plus passer de sonde.

La nuit, la journée du lendemain se passent sans urine. Le malade se plaint de souffrir de la tête, d'être brisé, etc. Je lui donne une potion avec 3 grammes de bromure. Il dort bien la nuit et le lendemain expulse environ un verre à bordeaux

d'une urine dense, chargée de mucus, avec un peu de louche albumineux.

A midi, miction de 150 grammes.

Le soir, à peu près autant.

Le cours normal des urines se rétablit petit à petit.

Depuis, le malade à qui j'ai continué à donner mes soins n'a plus rien présenté de semblable tout en restant neurasthénique.

Obs. V. — Jeune licencié ès lettres, préparant l'agrégation, très neurasthénique. Soigné par moi depuis près de deux ans, reçoit de mauvaises nouvelles de sa famille, sollicite un congé qui lui est accordé de mauvaise grâce, craint de perdre sa place.

Sans phénomène prémonitoire, il ne peut uriner malgré ses efforts. Effrayé il me fait appeler. Je constate la vacuité de la vessie et rassure le patient. Sur ses instances j'allais le sonder quand il m'avoue qu'avant de me faire appeler il est allé, sur le conseil d'un pharmacien, se faire sonder chez un médecin qui s'est trouvé tout étonné de ne pas obtenir une goutte d'urine bien que la sonde ait pénétré dans la vessie.

Je ne juge pas à propos de sonder à nouveau. J'affirme qu'il ne s'agit pas d'une rétention, qu'il n'y a pas de danger à redouter et j'affirme que le soir même la miction sera possible. C'était m'avancer beaucoup, mais l'événement m'a donné raison. Le licencié, moins sceptique que le prêtre, rendait, 12 heures après l'établissement de l'anurie, environ 250 grammes d'urine.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Poret (A.). *Les fibromes de la trompe utérine.* N° 225. (A. Delmar).

M. Sideridis. *Kystes hydatiques de la glande mammaire.* N° 218. (H. Jouve.)

M. Schwob (G.). *Les ulcérations intestinales au cours de l'occlusion chronique.* N° 217. (G. Carré).

M. Manfredi (G.) *Traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.* N° 230. (Imprimerie de la Cour d'appel).

M. Riou. *Contribution à l'étude des corps étrangers des synoviales tendineuses.* N° 234. (H. Jouve.)

M. Bonfils. *Contribution à l'étude des lésions de l'artère axillaire dans la réduction des luxations de l'épaule. Déductions thérapeutiques.* N° 235. (H. Jouve.)

M. Gravier. *L'incontinence d'urine liée au prolapsus génital.* N° 236. (Steinheil.)

M. Huguet. *De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte ascendante.* N° 240. (H. Jouve.)

M. Beigbéder (Félix). *Du délire dans l'érysipèle.* N° 226. (H. Jouve.)

Les tumeurs fibreuses de la trompe utérine sont rares.

Pour M. Poret, qui les a étudiées elles se rencontrent pendant la période active de la vie sexuelle.

L'anatomie pathologique démontre qu'elles peuvent se développer sur la trompe même sans qu'il soit besoin d'aller chercher leur point de départ à la surface de l'utérus.

Leur structure histologique démontre que dans la majorité des cas ce sont des fibro-myomes.

Elles peuvent présenter le phénomène de la torsion du pédicule.

La symptomatologie et le diagnostic n'offrent point de signes pathognomoniques qui permettent de les reconnaître facilement.

La thérapeutique, purement chirurgicale, est celle de toutes les tumeurs pédiculées du bassin.

M. Sideridis a réuni 9 cas nouveaux de kystes hydatiques du sein qui paraissent plus fréquents dans certaines régions, les landes en particulier.

Les kystes se développent dans le tissu conjonctif inter-acineux, les échinocoques étant transportés là par la voie sanguine : ils sont toujours ou presque toujours la manifestation isolée de l'infection parasitaire. Autour des kystes, en général peu volumineux, il se fait un travail de sclérose péri-glandulaire. Cette réaction est précoce, si on en croit la clinique.

L'anatomie pathologique n'est connue que par quelques analyses trop peu nombreuses.

Evolution chez une femme ayant en général allaité, lenteur du début, douleurs initiales légères, presques constantes; tumeur résistante, puis fluctuante quand elle a acquis un certain volume; dureté du sein autour du kyste, voilà quels sont les signes habituels de la maladie. Les vieux kystes suppurent fréquemment.

Pour faire le diagnostic, la constatation du frémissement et les renseignements fournis par la ponction sont les caractères les plus importants, ou même les seuls importants. En présence d'une tumeur à marche lente, développée chez une femme native d'une région où les kystes hydatiques sont assez fréquents (Landes en France) il ne faudrait pas manquer de les rechercher.

L'amputation cunéiforme du sein est le traitement de choix.

On pourrait dans le cas d'un kyste franchement uniloculaire et chez une femme jeune lui substituer la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé au 1/1000.

D'après les observations rapportées par M. Schwob, on peut dire qu'au cours de toute obstruction chronique du gros intestin il se développe parfois des ulcérations dysentériformes aiguës ou subaiguës.

En général multiples elles siègent surtout vers la fin de l'intestin grêle.

Elles peuvent aboutir à la perforation.

Elles semblent résulter d'un processus toxi-infectieux.

Elles ne présentent pas de caractères cliniques permettant de les diagnostiquer.

Mais leur existence possible doit rendre circonspect dans l'emploi des purgatifs, et surtout des purgatifs drastiques.

Le véritable traitement consiste dans le traitement de la cause (iléus, bride, invagination), c'est-à-dire : lavement électrique à titre d'essai, mais surtout traitement chirurgical précoce, laparotomie.

D'après M. Manfredi, les lavages intra-utérins pratiqués sans dilatation préalable par les laminaires, sans l'immobilisation au lit de la malade, faits avec précaution, n'ont jamais occasionné d'accidents graves. Sur environ 1000 lavages relatés dans ses observations, nous ne relevons, en effet, aucune complication sérieuse.

Les métrites simples, aiguës ou chroniques, paraissent susceptibles d'être guéries par l'emploi de cette méthode dans l'immense majorité des cas.

Il en est de même des métrites accompagnées de lésions annexielles légères.

Au contraire, toutes les fois que les lésions annexielles sont plus prononcées, l'utérus étant en situation normale ou en rétrodéviation, une amélioration relative peut seule être obtenue; souvent même le résultat est nul, et alors, dans ce cas, le traitement chirurgical s'impose.

M. Riou a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des corps étrangers des synoviales tendineuses. Tandis que les corps étrangers intra-articulaires ont été bien étudiés dans tous les traités de chirurgie et dans de nombreuses monographies, ceux des synoviales tendineuses sont complètement passés sous silence.

L'affection est surtout fréquente chez les jeunes gens et se rencontre de préférence sur les synoviales de la région tibio-tarsienne. Tantôt la gêne qui en résulte est minime, tantôt au contraire elle est suffisante pour inquiéter le malade et entraîner une faiblesse notoire du membre malade.

Le diagnostic de cette affection est loin d'être toujours facile. Elle peut être confondue avec diverses maladies qui frappent soit les synoviales tendineuses, soit les lésions environnantes.

Le seul traitement efficace consiste dans l'ablation du ou des corps étrangers.

Au point de vue anatomique ces corps étrangers peuvent être osseux, ostéo-cartilagineux et fibro-cartilagineux.

D'après M. Bonfils, les lésions de l'artère axillaire ont été observées aussi bien après la réduction des luxations récentes qu'après celle des luxations anciennes. Mais elles sont surtout fréquentes dans la réduction des luxations anciennes.

Dans les déplacements récents, ces lésions reconnaissent généralement pour cause une action directe exercée sur la tête humérale, soit pour la repousser dans la cavité glénoïde, soit pour diriger les manœuvres de coaptation ou effectuer cette dernière.

Dans les luxations anciennes, la violence et la brutalité des manœuvres de réduction ont été le plus souvent la cause immédiate des lésions artérielles.

Dans quelques cas, cependant, elles se sont produites à la suite de tentatives faites avec toute la sagesse et la prudence possibles.

Les altérations athéromateuses de l'artère, les adhérences qu'elle contracte avec les tissus fibreux voisins ou avec le squelette augmentent considérablement les chances de rupture.

La rupture intéresse généralement toutes les tuniques de l'artère. Plus rarement elle ne comprend que les tuniques interne et moyenne.

Il est difficile de préciser le siège de la solution de continuité. Dans quelques observations, cependant, on a noté qu'elle se trouvait vers la partie moyenne de l'axillaire, au niveau des collatérales inférieures : scapulaire inférieure ou circonflexe postérieure.

Les signes de rupture de l'axillaire sont ceux de l'anévrysme diffus et ne peuvent guère passer inaperçues.

L'absence de souffle et de battements, la persistance du pouls radial rendent parfois le diagnostic des plus difficiles.

Le traitement de choix est la ligature des deux bouts de l'artère rompue.

Pour M. Gravier, l'incontinence d'urine liée au prolapsus génital est un symptôme de début du prolapsus, comme la rétention en est le symptôme final.

On l'observe principalement chez les femmes adultes ou âgées et surtout chez celles qui ont eu des enfants, ou dont les accouchements ont été laborieux.

Cette incontinence est inconsciente, et peut être diurne, ou diurne et nocturne, ou seulement se produire pendant l'effort. Elle est spontanée et ne reconnaît d'autre facteur que le manque de résistance du périnée, qui provoque le prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

Les opérations qui auront donc pour but de supprimer le prolapsus de la paroi vaginale antérieure et de refaire le périnée seront les opérations de choix.

La colporraphie antérieure et la périnéorraphie sont seules utiles pour le traitement de l'incontinence. Dans le cas où elles échoueraient il serait toujours temps de compléter par une opération sur l'urèthre. L'opération d'Albarran dans ce cas est l'opération de choix.

Les symptômes fonctionnels et physiques les plus caractéristiques de l'anévrysme de l'aorte ascendante (douleur rétro-sternale, compression des organes du médiastin, voussure thoracique, tumeur animée de battements et même souffles perçus au niveau de l'orifice aortique) peuvent coexister chez le même sujet en l'absence de toute dilatation anévrysmale. M. Huguet rapporte des observations probantes de tumeurs du sternum et de masses ganglionnaires volumineuses (tuberculeuses ou cancéreuses) siégeant au-devant de la crosse de l'aorte et ayant provoqué des erreurs à peu près inévitables.

Le délire s'observe assez fréquemment dans l'érysipèle, environ dans 10 p. 100 des cas. Egalement fréquent dans les deux sexes ; mais chez la femme se voyant surtout avant 30 ans, chez l'homme après 40, le délire de l'érysipèle peut, d'après M. Beigbéder, apparaître à toutes les périodes de la maladie, au début, à la période d'état, à la fin après la chute de la fièvre. Il n'y a pas de rapport nécessaire entre la fièvre et l'apparition du délire.

La durée du délire est généralement courte : 2 à 3 jours en moyenne.

Le caractère de ce délire est variable, tantôt c'est une idée fixe qui tourmente le malade, tantôt il a des hallucinations, mais le plus souvent on observe du délire professionnel.

Ce délire est le plus souvent calme, tranquille, mais il peut être violent.

Sa pathogénie est complexe. En premier lieu, le délire apparaît toujours chez des individus prédisposés aux réactions nerveuses.

En second lieu, le mécanisme des troubles nerveux qui provoquent le délire peut s'expliquer de deux façons.

Ou bien il a perversion de la dynamique circulatoire de l'écorce cérébrale par hyperémie ou anémie cérébrale résultant de diverses causes.

Ou bien il y a imprégnation des cellules nerveuses par une substance toxique apportée par le sang.

Ces substances sont soit des poisons exogènes comme l'alcool, soit des poisons endogènes, dus soit aux déchets cellulaires de la vie organique, soit aux toxines sécrétées par l'infection.

L'érysipèle est susceptible de créer des lésions du foie et des reins qui, en supprimant le rôle des émonctoires, provoquent l'apparition d'une insuffisance rénale ou hépatique aiguë.

Le streptocoque de l'érysipèle sécrète de plus une toxine spéciale capable d'exercer son action sur le système nerveux. Dans un certain nombre de cas, M. Chantemesse a montré qu'au cours d'érysipèles terminés par la mort on retrouve une véritable hydropisie des méninges de l'espace inter-arachnoïdien sans autre trace de lésion méningée. Le liquide épanché contient du streptocoque pur. Cette exsudation relèverait de la congestion méningée.

M. Chantemesse a donné ainsi une explication très rationnelle et objectivement démontrée de ces cas de délire et autres troubles nerveux *sine materia* depuis longtemps signalés dans l'érysipèle, explication analogue à celle invoquée pour les accidents nerveux localisés de l'urémie par MM. Chantemesse et Tennesson, et Raymond.

Le délire de l'érysipèle peut être dû à d'autres causes que l'érysipèle lui-même c'est-à-dire à une complication cérébrale.

L'érysipèle peut enfin chez les alcooliques provoquer l'apparition du delirium tremens. Chez eux, le délire peut donc apparaître au cours de l'érysipèle pour plusieurs raisons, car :

a) D'une part, l'artério-sclérose alcoolique prédispose à l'anémie cérébrale et par suite au délire.

b) D'autre part, l'alcoolisme entraîne des lésions du foie et des reins et ces deux organes chez l'alcoolique n'ont souvent besoin que de la moindre cause provocatrice pour se former.

c) Enfin le délire des alcooliques dans l'érysipèle peut n'être qu'une crise de delirium tremens due à la suppression brusque des habitudes alcooliques.

Le délire dans l'érysipèle ne semble pas influencer le pronostic.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-98.

M. Gélibert (Amand). *De l'hémosialémèse. Variété d'hématémèse hystérique.* N° 103.

M. Donier (G.). *Etude sur la pneumonie à température excessive.* N° 67.

M. Tête (J.-Urbain). *Du double souffle intermittent crural en dehors de l'insuffisance aortique et particulièrement dans l'athérome artériel.*

M. Lavernhe (Joseph). *Contribution à l'étude du pneumothorax (pronostic, traitement, statistique algérienne.)*

La nature hystérique d'une hématémèse est difficile à affirmer, même chez une hystérique avérée. Mais il existe une variété d'hématémèse nerveuve qu'on peut diagnostiquer, facilement sur le crachoir et qu'étudie M. Gélibert. Cet accident, décrit par M. Josserand sous le nom d'hémosialémèse, consiste dans l'expectoration d'un liquide hématique, homogène, sirupeux, incoagulable, composé d'une certaine quantité de sang dissous dans de la salive et déposant dans un verre en 3 couches caractéristiques. La couche supérieure, très rouge, est de la salive colorée par l'hémoglobine dissoute; la couche moyenne,

rose pâle, renferme les globules décolorés; la couche inférieure, grisâtre, est formée de débris épithéliaux.

L'hémosialémèse s'observe surtout chez des femmes névropathes et le plus souvent dysménorrhéiques.

Le mélange de salive et de sang a lieu dans la bouche. — Le sang vient des glandes salivaires, du pharynx, des varices de la base de la langue, de l'œsophage. — La salive et le sang sont rejetés immédiatement; quelquefois pourtant ils sont déglutis, s'accumulent dans l'œsophage d'où ils sont expulsés par un vomissement œsophagien.

Ces hémorrhagies sont de nature vaso-motrice, et souvent leur siège est glandulaire, caractère qu'elles partagent avec beaucoup d'hémorrhagies hystériques.

Les rapports de l'hémosialémèse avec l'aménorrhée sont indéniables, mais la nature intime de ces rapports est difficile à fixer.

La pneumonie dont le degré thermique atteint ou dépasse 41° n'a pas, pour M. Donier, la gravité qu'on lui accorde. En comptant tous les cas, et même les moins favorables, on obtient, dans un même pays, une mortalité de 13,33 alors que la mortalité des autres pneumonies atteint un chiffre de 20,13. Cette variété de pneumonie ne lui semble pas coïncider avec les épidémies de pneumonies graves. Elle existe plutôt en dehors d'elles. Elle atteint tous les âges. Très bénigne chez les enfants, elle dure plus longtemps chez l'adulte et se montre plus grave. La mort survient surtout chez les malades débilités antérieurement à leur pneumonie et chez les malades atteints d'une affection cardiaque. Les symptômes de la pneumonie à hyperthermie excessive ne diffèrent pas essentiellement de ceux de la pneumonie classique. Les symptômes généraux y sont plus marqués et les symptômes pulmonaires apparaissent parfois plus tardivement. La défervescence s'opère comme d'habitude.

La plupart des auteurs ont signalé le double souffle de Duroziez en dehors de l'insuffisance aortique, dans un certain nombre de maladies telles que l'athérome, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la chlorose, le saturnisme. M. Tête n'a pu le trouver que dans l'athérome artériel.

Le bruit produit en dehors de l'insuffisance aortique et de l'athérome est un bruit veineux continu venant s'ajouter au bruit systolique artériel. Dans l'athérome on ne l'observe que lorsque le cœur présente une énergie contractile suffisante pour le produire, de même qu'il ne se trouve dans l'insuffisance aortique que lorsque l'énergie du cœur est assez forte.

D'après M. Lavernhe, à Alger, le nombre des pneumothorax chez les tuberculeux est plus considérable qu'en France; c'est que, dans cette ville, la tuberculose marche rapidement, sans s'accompagner de la sclérose providentielle chez les gens qu'on observe à l'ordinaire dans la clientèle hospitalière; alors que, chez les hiverneurs, le climat algérien jouit d'une réputation non usurpée et favorise l'arrêt des lésions tuberculeuses en cours de développement. Le pronostic du pneumothorax dépend de plusieurs facteurs [tuberculose, disposition anatomique (ouvert, fermé, à soupape); complications pleurales et pulmonaires, étendue (partiel ou total); âge, etc.].

L'auteur conseille d'attendre en cas de pneumothorax simple, à moins d'accidents menaçants; dans ce cas on recourra alors aux ponctions ou à la canule de Bouveret, moyens qui pareront à l'augmentation de la pression intrapleurale et aux phénomènes de compression qui en sont la conséquence. En cas d'hydropneumothorax, on doit temporiser s'il s'agit d'un hydropneumothorax non tuberculeux, à moins d'accidents. L'auteur admet également la temporisation s'il s'agit d'un hydropneumothorax tuberculeux, et craint les dangers de la décompression brusque.

Dans le pyopneumothorax non tuberculeux, la thoracotomie précoce donne des résultats remarquables, surtout s'il s'agit d'un pyopneumothorax gangréneux.

Dans le pyopneumothorax tuberculeux, avec pus fétide et organismes annexés au bacille de Koch, il faut opérer immédiatement, sans penser au danger de la décompression, il y a urgence. En cas de pus non fétide, on peut faire la thoracotomie si le sujet est en bon état; mais, en cas de mauvais état général, faire des ponctions très modérées. Les tentatives faites par la chirurgie pulmonaire pour obtenir l'oblitération de la fistule viscérale, sont encourageantes et permettent d'espérer de ce côté des résultats heureux. Enfin, la méthode radioscopique nous donnera peut-être dans le traitement du pneumothorax des indications utiles.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syndrome hipocinésique d'Erb, par G. Finizio (*Riforma medica*, mars 1898, vol. I, p. 589, 602, 615). — Finizio ajoute ce synonyme aux huit ou dix dénominations appliquées déjà à la *myasthénie grave pseudo-paralytique*. Il est mieux inspiré en donnant une bonne observation, typique et très complète : il s'agit d'un homme de 42 ans, à antécédents héréditaires et personnels, chez qui l'affection débuta (pas d'infection récente préalable) par du ptosis (plus accentué à droite) et du strabisme externe de l'œil droit; après des alternatives de mieux et de plus mal, tous les muscles étaient devenus d'une faiblesse extrême, ou mieux présentaient cet épuisement rapide qui est la caractéristique de l'affection. Ainsi, après plusieurs mouvements d'occlusion et d'ouverture des yeux, les paupières ne pouvaient plus être soulevées; après quelques minutes de parole, la voix devenait nasonnée; le repas du soir était quelquefois interrompu par la fatigue qu'entraînaient la mastication et la déglutition; le bras droit peut être normalement élevé une première fois (atrophie du deltoïde à gauche; d'autres atrophies à gauche et à droite), puis de plus en plus mal, puis plus du tout; l'écriture devient irrégulière et illisible après quelques lignes; le malade ne peut faire que quelques pas dans sa chambre. Après un peu de repos, tous les mouvements redeviennent possibles; ils se font de plus en plus pénibles, puis impossibles, s'ils sont répétés plusieurs fois consécutives.

Enfin, réaction myasthénique et phénomène de la substitution des excitations : c'est-à-dire qu'un muscle qui après plusieurs excitations électriques ne se contracte plus, peut être contracté normalement par la volonté et inversement.

La base anatomique de la maladie? Les autopsies ont montré des lésions cervico-bulbaires nulles, légères ou graves se rapprochant de celles de la polio-encéphalomyélite. En clinique, on a aussi des formes de transition; ainsi dans le présent cas il y avait de légères atrophies musculaires et tendance à la réaction de dégénérescence. Or, atrophies musculaires et réaction de dégénérescence appartiennent aux polio-encéphalomyélites. Finizio a raison de penser que les deux affections ne sont pas complètement séparables.

La paralysie générale dans la classe agricole, principalement chez les pellagreux, par B. Verga (*Riforma medica*, 7 mars 1898, vol. I, p. 637). — La statistique de l'auteur porte sur 9370 aliénés dont 344 paralytiques généraux; 3 pellagreux seulement étaient paralytiques; de cette faible proportion (0,87 p. 100 du nombre total des paralytiques généraux), il résulte que la pellagre ne saurait être considérée comme une cause étiologique commune de la paralysie générale. Cette affection *rare* chez les paysans, est *très rare* chez les pellagreux.

Suicide à deux chez les adolescents, par De Sanctis et B. Vespa (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, janvier 1898, p. 273). — Ce cas de suicide en commun de deux gamins de 15 ans, présente des particularités par le motif du suicide: lassitude de la vie, crainte de l'avenir; par le moyen choisi : le revolver (l'asphyxie est le mode généralement adopté); par ce fait que l'instigateur et le suggestionné n'avaient entre eux aucun lien d'amitié; les idées du premier, le dégénéré supérieur, le maître, ont été bénévolement adoptées par le dégénéré inférieur, le disciple (ce dernier, aujourd'hui guéri de trois coups de revolver ne regrette pas son maître, hausse les épaules quand on lui parle du suicide, et montre un

esprit malléable); enfin le maître d'abord s'est tué, tandis qu'à l'ordinaire c'est le suggestionné qui frappe d'abord, soit son compagnon et lui-même, soit lui-même seulement.

MÉDECINE

Histoire d'une famille avec trois générations de syphilitiques, par C. Hochsinger (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1898, n° 3, p. 177). — L'étude détaillée des circonstances dans lesquelles la syphilis s'est développée dans les trois générations de cette famille montre que la syphilis de la troisième génération n'était pas d'origine héréditaire. En s'appuyant sur ce fait et ceux qui ont été publiés, l'auteur soutient que, d'une façon générale on ne saura admettre la transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération que si l'observation se présentait avec l'ensemble suivant de faits :

1° La syphilis héréditaire de l'un ou des deux conjoints de la seconde génération doit être établie d'une façon tout à fait certaine mais l'existence de cette syphilis héréditaire chez le ou les conjoints de la seconde génération ne peut être établie que si on a réellement vu évoluer chez l'individu, pendant son enfance, cette syphilis héréditaire, ou si à côté des stigmates certains de syphilis héréditaire on ne trouvait la déformation cicatricielle caractéristique des lèvres. Si la nature héréditaire des manifestations syphilitiques chez les individus de la seconde génération est bien établie, il faut encore apporter les faits relatifs à la syphilis des individus de la première génération (grands-parents), et montrer que les grands-parents avaient eu la syphilis avant la conception de leurs enfants, c'est-à-dire des individus de la seconde génération, considérés comme des syphilitiques héréditaires.

2° Il doit être démontré d'une façon absolument certaine qu'un des conjoints de la seconde n'a ou n'avait pas une syphilis acquise manifeste ou latente.

3° La nature héréditaire de la syphilis chez l'individu de la troisième génération doit être établie de façon à ce qu'aucun doute ne subsiste à ce sujet. Pour cela le diagnostic doit présenter les garanties que nous avons exigées pour celui de la syphilis héréditaire de la seconde génération.

Si l'on étudie avec ces éléments de critique les cas de transmission de la syphilis à la troisième génération publiés jusqu'à présent, on trouve qu'il n'existe pas encore un seul cas probant de ce genre. Personnellement, du moins, l'auteur n'a pas trouvé, parmi les 23 cas qui ont été publiés jusqu'à présent, un seul qui réponde aux conditions exigées par ce diagnostic.

Deux cas d'hématémèse grave traités par le perchlorure de fer, par Reid (*Brit. med. Journ.*, 1898, p. 554, t. 1). — L'auteur rapporte deux cas d'ulcère d'estomac où il eut recours contre l'hématémèse au traitement suivant : toutes les 2 heures une cuillerée à café d'une potion comprenant de la glycérine, de la glace pilée et 10 à 15 centig. de perchlorure de fer. Dans les 2 cas la guérison complète s'est effectuée très rapidement.

Euquinine dans la malaria, par Geo. Gray (*Brit. medic. Journ.*, 26 févr., p. 551). — L'euquinine a un pouvoir antipyrétique supérieur à celui de la quinine, dans la proportion de 1 p. 2 environ.

Elle ne présente pas les mêmes inconvénients que la quinine et ne détermine ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles visuels. Enfin elle est d'une administration plus facile. Le moyen le plus simple est d'en placer une petite quantité sur la langue du malade et de lui faire avaler à la suite une peu d'eau.

CHIRURGIE

Les indications de la trépanation et l'apophyse mastoïde (Ueber die Indicationen der Trepanation des Warzenfortsatzes), par Rimini (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 11, p. 239). — La trépanation doit être la règle dans tous les cas d'abcès développés dans l'apophyse mastoïde. Le diagnostic d'abcès n'est pourtant pas toujours facile, notamment dans les cas où malgré l'existence d'une collection dans la mastoïde, la peau a conservé un aspect normal. Il faut encore songer à l'existence d'un abcès de la mastoïde, lorsque, chez un individu non dyscrasique, comme l'auteur en a observé un cas, l'écoulement par otite moyenne aiguë, persiste pendant plus de 4 semaines. Une céphalalgie persistante au cours d'une otite moyenne chronique unilatérale, peut être symptomatique de l'abcès et constituer l'indication de la trépanation. Celle-ci enfin est toujours indiquée dans les cholestéatomes.

L'état du ventricule gauche dans les lésions de la valvule mitrale (Das Verhalten der linken Herzkammer bein den Erkrankungen der Valvula mitralis), par Oestreich (*Virchow's Archiv*, 1898, vol. CLI, p. 189). — L'étude des cœurs atteints soit de sténose mitrale pure, soit d'insuffisance mitrale pure, soit de sténose avec insuffisance mitrale, conduit l'auteur à conclure que dans la sténose mitrale pure, il n'existe pas d'atrophie du ventricule gauche et quand celle-ci existe, elle tient à d'autres causes qu'à l'insuffisance. Dans l'insuffisance mitrale, le ventricule gauche est dilaté, mais nullement hypertrophié, et s'il existe de l'hypertrophie, celle-ci tient à des causes autres que l'insuffisance de l'orifice mitral.

Inflammation chronique primitive, cancériforme de la glande thyroïde, par Tailhefer (*Rev. de chir.*, 1898, n° 3, p. 224). — Il résulte de 5 observations rapportées par l'auteur dans son travail que l'inflammation chronique d'emblée de la glande thyroïde ressemble par certains points de sa symptomatologie au cancer thyroïdien, mais qu'une étude minutieuse permet de l'en distinguer.

L'étiologie de cette inflammation reste obscure, il est très probable toutefois qu'elle ne diffère pas de celle de l'ostéomyélite chronique d'emblée. Son traitement ne doit jamais consister dans l'extirpation : seule la thérapeutique symptomatique lui convient d'autant plus qu'elle peut être curatrice.

Kyste épithélial d'origine traumatique (Zur Kasuistk der traumatischen Epithelcyste), par Vulpius (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 13, p. 361). — L'auteur communique l'observation d'un garçon de 3 ans 1/2 qu'il a eu à soigner pour une contusion du tibia gauche et qui fut ramené un an plus tard pour une tumeur qui s'était développée au niveau de l'ancien foyer de contusion.

La tumeur des dimensions d'une noix adhérait à la face interne du tibia et ne présentait pas d'adhérences avec la peau. L'opération montra que la tumeur était un athérome à parois épaisses, dont la base se continuait avec le périoste.

L'examen microscopique n'a pas été fait.

Habitual or recurrent dislocation of the shoulder, par Herbert Burrel et Robert Lovett (*American Journal of medic. sciences*, août 1897. — Les auteurs donnent 6 cas de cette affection. Leur conclusion est que le traitement sera d'abord le massage et les exercices combinés à la fixation. Si après 10 semaines d'essai aucun résultat n'est obtenu, il faut recourir à l'opération qui consistera en la résection partielle de la capsule et à son raccourcissement par des sutures.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 Mai 1898.

De la prophylaxie de la tuberculose.

M. Gibert (du Havre) propose d'intercaler entre la 2e et 3e conclusion du rapport de M. Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose (voir *Gazette hebdom.*, 1898, p. 443) la résolution suivante :

« L'Académie demande aux pouvoirs publics d'exiger que les préfets prennent les mesures administratives nécessaires pour

que tous les logements des phtisiques soient désinfectés, après décès, à la ville comme à la campagne. »

Pour établir la nature contagieuse de la tuberculose, l'orateur s'appuie sur la distribution géographique de cette maladie dans la ville du Havre où elle sévit toujours dans les mêmes quartiers en épargnant les autres.

A propos de la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, M. Gibert estime qu'il faudrait faire prendre aux médecins civils l'habitude d'envoyer aux préfets les noms des jeunes gens à examiner de très près, au moment de la revision, sous la réserve que la note ainsi envoyée ne fût jamais divulguée.

Enfin, pour tous les indigents atteints de tuberculose, l'orateur déclare qu'il conviendrait non pas de désinfecter mais bien de brûler leurs hardes et leurs objets de literie, que les municipalités devraient ensuite remplacer.

M. Laveran partage complètement les idées émises dans le rapport de M. Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée.

Quant aux mesures de prophylaxie dans la famille, elles sont suffisantes s'il s'agit de familles riches, insuffisantes s'il s'agit de familles pauvres. En pareil cas la seule mesure efficace consisterait à isoler les malades dans un sanatorium ou un hôpital.

Il serait indispensable aussi de faire figurer dans les conclusions du rapport la désinfection des locaux qui ont été occupés même passagèrement par des tuberculeux, ainsi que celle de leurs effets et de leurs objets de literie.

M. Colin est d'avis qu'il y aurait lieu de joindre aux conclusions du rapport de M. Grancher visant la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée la proposition suivante :

« Il est nécessaire d'assurer par des crédits suffisants l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes : augmentation du volume d'air attribué à chaque homme ; réfection et imperméabilisation des parquets ; désinfection des locaux et des mobiliers ; aération continue des chambres ; isolement des infirmeries et des réfectoires, etc., et autant que possible de profiter des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les convocations des réservistes, les changements de garnison, les exercices, les manœuvres, marches de nuit, etc. »

Imperforation anale.

M. Pédebidou présente, au nom de **M. Kirmisson** et au sien, un enfant âgé de 4 jours, qui est venu au monde avec une imperforation anale. Un anus iliaque pratiqué en ville fut bientôt suivi d'un prolapsus intestinal. L'introduction d'une sonde dans le bout inférieur de l'intestin par l'anus iliaque permit à M. Kirmisson d'arriver jusqu'au périnée et de rétablir l'anus normal.

MÉDECINE PRATIQUE

De la révulsion et des émissions sanguines en thérapeutique oculaire,

D'après M. le Dr H. Coppez (1) de Bruxelles.

Au commencement de cette année, le Dr A. Robin a voulu réhabiliter, à l'Académie de médecine de Paris, les vésicatoires et la saignée.

Or si la révulsion et les émissions sanguines ont perdu, en pathologie générale, beaucoup de partisans dans le domaine ophthalmologique, certains praticiens, et non des moins expérimentés, demeurent obstinément fidèles à ces moyens dits antiphlogistiques. M. Panas a hautement vanté les bons effets des révulsifs à l'Académie de médecine.

M. Fuchs regarde « les soustractions sanguines comme douées d'une efficacité évidente et impossible à méconnaître ». En revanche, M. de Wecker n'emploie jamais ni vésicatoire ni sangsue. Pour moi je considère qu'à y recourir avec discernement, la révulsion et la dérivation rendront des services précieux.

On peut, en thérapeutique oculaire, soustraire le sang de différentes manières, dont chacune a des indications propres : scarifications conjonctivales, canthotomie externe, sangsues, ventouse de Heurteloup.

Les *scarifications conjonctivales* sont surtout recommandables dans la forme grave de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés surtout dans les cas où le traitement n'a pas été institué avec toute la rigueur désirable. La sécrétion est abondante, la tuméfaction palpébrale considérable ; en renversant les paupières, on découvre une hypertrophie papillaire souvent énorme. Les scarifications, pratiquées plusieurs jours de suite, amènent une amélioration rapide. Chevallereau préconise également les scarifications dans l'hyalitis : avec les petits ciseaux courbes, à strabisme, on prend facilement des bourrelets de la conjonctive chémotique, et la section faite sur plusieurs points donne une hémorrhagie assez abondante pour diminuer la tension intra-oculaire et les phénomènes douloureux. La douleur provoquée par les scarifications est d'ailleurs très minime et absolument passagère.

La *canthotomie externe* s'adresse surtout aux adultes frappés de conjonctivite blennorrhagique ou de conjonctivite granulaire à poussées suraiguës. La section de l'artère produit un dégorgement presque instantané, et l'agrandissement de l'angle externe permet en même temps de retourner plus aisément la paupière et de porter le caustique jusqu'au fond du cul-de-sac.

Les *sangsues* jouent dans la thérapeutique oculaire un rôle bien plus considérable que les scarifications conjonctivales et la canthotomie externe.

Quel est le siège d'élection pour la pose des sangsues? Il va sans dire qu'il ne faut jamais les appliquer sur la conjonctive ni sur les paupières. Les endroits d'élection sont la région temporale et l'angle interne de l'œil. En appliquant les sangsues à la région temporale, on agit sur la veine temporale superficielle et, par l'intermédiaire de la circonférence veineuse périorbitaire, sur l'angulaire et l'ophthalmique. En les appliquant, au contraire, à l'angle interne de l'œil, un peu au-dessous du ligament palpébral interne, l'action sur l'ophthalmique sera bien plus immédiate.

Ces considérations, Chevallereau les a déjà émises avant moi dans le *Traité de thérapeutique appliquée* d'Alb. Robin. Mais l'application des sangsues dans l'angle interne de l'œil offre une réelle difficulté.

Chevallereau parle d'une ou deux sangsues. Il semble, en effet, difficile d'en faire tenir plus sur cet espace réduit et vallonné. Mais les auteurs enseignent que si l'on applique des sangsues, il faut y aller *larga manu*. Une ou deux sangsues produisent de l'engorgement et de la congestion, au lieu de la déplétion attendue. En dépit des considérations anatomiques, 4 ou 6 sangsues placées à la tempe seraient donc plus efficaces qu'une ou deux sangsues placées à l'angle interne.

Le lieu d'application des sangsues ne doit-il pas varier selon la maladie oculaire en cause? Si on se rend un compte exact de la circulation veineuse du globe oculaire on se persuadera aisément que les sangsues appliquées à l'angle interne ou à la région temporale auront une action déplétive marquée sur les paupières et la conjonctive, moindre sur le tractus uvéal antérieur, moindre encore sur la choroïde, et nulle pour ainsi dire sur la rétine et le nerf optique,

On a essayé d'agir autrement sur la circulation des parties profondes de l'œil, en appliquant les sangsues sur l'apophyse mastoïde. Ce moyen n'est réellement indiqué que si des désordres de l'encéphale se joignent aux lésions de l'œil, dans certaines formes de névrite par exemple.

Mais nous pouvons agir autrement encore sur le réseau vasculaire uvéal et rétinien, en recourant à la *ventouse de Heurteloup*. Celle-ci ne se contente pas d'une simple soustraction sanguine; elle exerce un véritable vide, que vient combler le sang des branches veineuses voisines. Cette aspiration fait sentir ses effets au loin sur le trajet des veines ophthalmiques et de leurs collatérales, d'autant plus que la sortie du sang se fait bien plus rapidement. En outre, comme le fait déjà remarquer Fieuzal, la ventouse a une action durable; l'amélioration ne se produit pas immédiatement, mais lentement, et se prolonge longtemps après les applications.

1. Communication faite à la *Société belge d'ophthalmologie*.

Quelles sont les affections oculaires qui bénéficient le plus des émissions sanguines par les sangsues ou les ventouses?

Nous avons pu, à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Jean, sauver l'œil d'un homme atteint de conjonctivite blennorrhagique extrêmement grave en lui appliquant tous les jours 6 sangsues, outre, bien entendu, le traitement classique par le nitrate d'argent et les compresses de formol glacées.

Dans l'iritis et la cyclite, dit Fuchs, une large émission sanguine au moyen « de 6 à 10 sangsues placées à la tempe ou au moyen d'une ventouse de Heurteloup, peut, dans les cas graves, amener une diminution sensible des phénomènes inflammatoires. Il n'est pas même rare qu'après une pareille émission sanguine, la pupille cède pour la première fois à l'action de l'atropine, tandis que jusque-là elle était toujours restée spasmodiquement contractée. Si l'affection dure longtemps, on peut, quand la chose est nécessaire, encore répéter l'émission sanguine une ou deux fois. »

Les sangsues sont également indiquées dans la choroïdite exsudative, la scléro-choroïdite antérieure, etc. On s'en trouve particulièrement bien dans les traumatismes graves, avec épanchement de sang intra-oculaire, rupture des membres et inflammation consécutive. Une émission sanguine le 3e ou le 4e jour et répétée le surlendemain produit alors une détente considérable. Mentionnons enfin l'arrêt brusque de certaines iritis post-opératoires (extraction du cristallin) sous l'influence d'une forte soustraction sanguine.

Quant à la ventouse de Heurteloup, Fieuzal la recommande toutes les fois qu'il s'agit de combattre une ophthalmie profonde, capable de déterminer des exsudats et d'aboutir à la sclérose. Ce mode thérapeutique influence très heureusement les chorio-rétinites, les choroïdites, les scléro-choroïdites, surtout les formes compliquées d'hémorrhagies. Il donne aussi de bons résultats dans la myopie progressive avec mouches volantes, menace de décollement ou extravasation sanguine à la région maculaire. Il faut faire une application tous les 8 jours, pendant 6 semaines environ, d'un côté ou des deux à la fois. Le malade doit rester dans l'obscurité presque absolue pendant 24 à 36 heures. Si l'application est faite à la clinique, on bande les yeux.

Nous passons à la révulsion. Ici les avis sont encore plus partagés. A l'Académie de médecine de Paris, M. Huchard a été particulièrement dur pour les oculistes révulseurs. Pour M. Valude, « la révulsion en général est utile, mais plus souvent incertaine, désagréable, dangereuse. On doit la remplacer par des agents mydriatiques, myotiques, anesthésiques, antiseptiques ou calmants. On la réservera exceptionnellement pour quelques affections chroniques, externes et profondes du tractus uvéal, de la rétine, du nerf optique et des centres nerveux où les indications locales sont assez vagues et où la thérapeutique habituelle n'a donné que des résultats nuls ou insuffisants. »

Où et comment révulse-t-on? On peut agir directement sur le globe. Dans les hémorrhagies récidivantes du corps vitré, Chevallereau conseille d'appliquer des pointes de feu au thermocautère sur la sclérotique. Cette manœuvre active la résorption du sang et l'éclaircissement des membranes. Elle ne paraît pas indiquée dans les autres cas d'hémorrhagie du corps vitré.

Pour M. Panas, les injections conjonctivales agiraient surtout par révulsion. Je me suis déjà élevé ailleurs contre cette opinion. Ayant pratiqué, selon le conseil de M. Fromaget, des injections très concentrées de cyanure de mercure, une violente réaction s'en est suivie, allant jusqu'à la formation d'une eschare conjonctivale. L'amélioration de l'affection oculaire a été moindre que par la banale injection à 1 p. 100.

La révulsion sur la peau des paupières est parfois utile. A la suite de certaines opérations sur le globe (iridectomie dans l'irido-choroïdite, par exemple), on observe de temps en temps une tuméfaction palpébrale intense, accompagnée de larmoiement et de photophobie. Si l'on badigeonne la peau des paupières avec une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100, on obtient en un jour ou deux une amélioration considérable.

Bien plus importante est la révulsion sur la région périorbitaire, en particulier sur le front et la tempe. Cette révulsion s'emploie dans une foule d'affections. Les malades y recourent déjà spontanément. Quand on a les yeux fatigués, congestionnés, on se lotionne le front avec de l'eau de Cologne : c'est le premier degré de la révulsion.

La teinture d'iode en badigeonnages sur la peau du front et des tempes est un excellent moyen de combattre la photophobie chez les enfants atteints de kérato-conjonctivite lymphatique.

Les individus empoisonnés par l'alcool et le tabac se plaignent fréquemment, outre l'amblyopie, de céphalée frontale. On les soulage aisément par des frictions révulsives périorbitaires de baume de Fioravanti, ammoniaque et esprit de lavande. La teinture de vératrine agit comme révulsif dans certains cas de paralysies musculaires.

Je suis moins partisan des vésicatoires appliqués au voisinage de l'œil. Leur emploi est toujours plus ou moins dangereux. Les traces subsistent longtemps; elles sont désagréables à la vue. Dans la névrite optique cependant, on se trouve bien de vésicatoires volants sur le pourtour de l'orbite.

Quant au cautère temporal et au phlegmon temporal de M. le professeur Panas, je considère ces méthodes comme vraiment trop brutales. Avant d'en arriver là, il faut avoir épuisé toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique ophthalmologique.

La révulsion peut également s'opérer sur l'apophyse mastoïde, par de petits vésicatoires volants, du collodion cantharidé, de l'huile de croton. Il faut opérer avec prudence. Parfois la plaie produite peut s'infecter, donner lieu à un érysipèle, amener ainsi la mort. On en connaît des exemples. La révulsion rétro-auriculaire est utile dans les choroïdites avec flocons nombreux dans le corps vitré, dans les myopies fortes. Elle est moins active que la ventouse de Heurteloup apposée à la tempe, mais elle est, si je puis m'exprimer ainsi, plus portative : moins de douleurs, pas de sang, pas de séjour dans l'obscurité. On se trouvera donc bien dans ces cas d'employer le collodion cantharidé avant d'user de la ventouse.

Les applications de collodion cantharidé sont également recommandables dans les cas de névrite optique en voie d'atrophie, complication de tumeurs cérébrales. J'ai pu ainsi garder à un malade atteint de cette affection une vision suffisante pendant plusieurs mois. Sa cécité n'est devenue complète que quelques jours avant sa mort. Sans la méthode révulsive, je suis convaincu que ce malheureux aurait passé dans les ténèbres les derniers mois de son existence.

Mentionnons enfin le vésicatoire et le séton à la nuque. Ces moyens sont aussi très utiles dans les affections oculaires d'origine cérébrale, les névrites optiques en particulier. Ils sont plus efficaces que le collodion cantharidé derrière l'oreille. Mais le séton est malpropre, gênant, dangereux par les inflammations qu'il peut provoquer (Valude).

On ne prescrit plus guère le vésicatoire entretenu de manière permanente au bras ou à la jambe. Cependant, je connais une dame atteinte de glaucome chronique, qui porte depuis 5 ans un vésicatoire au bras. Chaque fois que la plaie a tendance à se fermer, le glaucome s'aggrave. Ce fait me semble absolument démonstratif de l'utilité de la révulsion.

G. M.

Traitement de l'ostéomalacie par l'extrait ovarique,

Par M. le Dr Bernstein (de Cassel) (1).

Les recherches de Fehling, complétées par les travaux d'un grand nombre d'auteurs dont on trouvera dans la thèse de Meslay (1896) l'analyse complète, ont montré que l'extirpation des ovaires amenait le plus souvent l'amélioration ou la guérison de l'ostéomalacie puerpérale. S'appuyant sur ces faits Fehling en a émis une nouvelle théorie pathogénique de l'ostéomalacie dont il faisait un trouble réflexe vaso-moteur prenant sa source dans l'état des ovaires. Il était donc en quelque sorte assez naturel d'essayer l'opothérapie ovarienne dans cette curieuse affection, c'est ce qu'a fait M. le Dr Bernslein, après Senator, dans un cas d'ostéomalacie chez une femme de 46 ans. Mais cet auteur n'a pu constater les mêmes heureux effets de ce traitement que Senator et au bout de 6 semaines d'absorption quotidienne d'extrait ovarique en tablettes, il ne put constater aucune amélioration. A ce moment il institua le traitement ordinaire par l'huile de foie de morue phosphorée et la guérison suivit assez rapidement.

1. *Münchener medic. Woch.*, 5 avril 1898, p. 427.

Occlusion de l'urèthre par un nouvel appareil permettant de prolonger le contact du liquide injecté,

Par E. Schiff (de Vienne) (1).

Dans ces derniers temps, Neisser (2) a proposé comme traitement de la blennorrhagie, le protargol, nouvellement introduit en thérapeutique; mais pour obtenir un résultat certain il faut que le contact du liquide et de la muqueuse soit prolongé pendant environ 1/2 heure. Jusqu'ici cela n'était pas sans quelque difficulté, Il fallait introduire plusieurs fois de suite le liquide dont on empêchait la sortie pendant 5 à 10 minutes en fermant l'urèthre avec les doigts.

Pour remédier à cet inconvénient, M. le Dr Schiff, de Vienne a fait construire une sorte d'injecteur à demeure permettant aussi longtemps qu'on le désire, le séjour du liquide dans l'urèthre. L'appareil, très simple, comprend une canule uréthrale, autour de laquelle se trouve une petite vésicule en gomme dilatable, dans laquelle on peut insuffler de l'air. A cette vésicule l'air arrive par un conduit extérieur qui à son autre extrémité est réuni à une poire en caoutchouc. Une pince permet d'assurer à volonté la pénétration ou la sortie de l'air dans la petite vésicule.

La canule étant introduite dans l'urèthre, le liquide arrive par le conduit intérieur. A ce moment on insuffle de l'air dans la vésicule et le canal uréthral se trouve alors complètement obstrué. En serrant la pince placée sur le conduit de l'air on maintient aussi longtemps qu'il est nécessaire la dilatation et par suite l'obturation de l'urèthre.

Un cas de psychose aiguë à la suite d'une intoxication par l'acide salicylique,

Par le Dr Saloschin (de Vienne) (3).

M. le Dr Saloschin, de la clinique du professeur Nothnagel à Vienne, rapporte l'observation d'un cas d'empoisonnement par le salicylate de soude, accompagné de délire aigu.

Il s'agit d'une malade, âgée de 22 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu à laquelle on donna 8 grammes de salicylate de soude par jour à raison de 1 gramme toutes les 2 heures. Le 3e jour la malade présenta des phénomènes d'agitation. La nuit avait été agitée. Toutes les articulations semblaient dégagées; aucune douleur dans les mouvements actifs ou passifs, pas d'épanchement mais en même temps le délire prit un caractère plus violent et dura ainsi 2 jours, avec des hallucinations sensorielles diverses. Le salicylate de soude avait été supprimé dès l'apparition des phénomènes cérébraux et la malade en avait absorbé en tout 18 grammes.

La guérison s'accomplit régulièrement et la malade put sortir quelques jours après de l'hôpital.

M. Saloschin pense que dans ce cas c'est au salicylate de soude, et non à l'affection rhumatismale qu'il faut attribuer la cause de ces accidents cérébraux.

Les nombreux cas d'empoisonnement ont déjà été rapportés dans la littérature, à la suite d'administration de salicylate de soude ou d'acide salicylique. Ces deux médicaments ne semblent pas présenter de différence à cet égard. Le délire de l'intoxication salicylée est plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il est également plus souvent observé chez des individus affaiblis. Les symptômes cérébraux sont très variables. Tantôt il y a une sorte d'excitation générale tantôt le malade est agité, inquiet, enfin parfois apparaît le délire qui très souvent prend le caractère du délire alcoolique avec hallucinations sensorielles, idées délirantes, désir de fuite. En dernier lieu on peut observer des troubles du langage, de l'hémiparésie, le coma ou des convulsions.

Comme phénomènes concomitants, il faut signaler la céphalée, la mydriase, le strabisme, la dyspnée.

La chute brusque des accidents cérébraux est encore un point intéressant à noter. En général, ils disparaissent au bout de 8 à 12 heures.

1. *Klinisch. therap. Wochensch.*, 1898, p. 470.
2. *Dermatolog. Centralb.*, 1897, n° 1.
3. *Wiener klin. Rundschau*, 1898, p. 70.

Nouvelles recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'hydrastinine,

Par le Dr Rousac, de New-Nork (1).

L'hydrastinine est un alcaloïde dérivé de l'hydrastis canadensis.

En thérapeutique, on utilise presque exclusivement le chlorhydrate d'hydrastine qui, lorsqu'il est pur, se présente sous forme de petits cristaux en aiguilles, légèrement jaunâtres. D'un goût fortement amer, il fond à 205°-208°C. Très soluble dans l'eau et dans l'alcool, sa solution aqueuse est jaune et possède une fluorescence bleuâtre intense.

Depuis quelques années, le chlorhydrate d'hydrastinine a été l'objet de nombreuses recherches et recommandé non seulement dans le traitement des hémorrhagies utérines, mais contre le purpura, la tuberculose pulmonaire, l'épilepsie, l'endocardite.

M. le Dr Rousac, à son tour, a voulu reprendre l'étude des propriétés thérapeutiques du chlorhydrate d'hydrastinine et l'a administré de 32 cas d'affections diverses, ainsi réparties :

1° Hémorrhagies utérines.	17 cas.
2° Sueurs profuses chez des phthisiques.	9 cas.
3° Hémoptysie.	2 cas.
4° Epilepsie.	2 cas.
5° Néphrite.	2 cas.

Tantôt il l'a administré sous forme de pilules, tantôt sous forme de poudre, et enfin en injections hypodermiques à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 par jour. Au cas de sueurs profuses, chez des phthisiques, il a donné jusqu'à 0 gr. 35 à 0 gr. 40 en 1 heure ou 2 heures.

Sans vouloir exagérer la valeur de ce médicament, il est permis de conclure de ces recherches que le chlorhydrate d'hydrastinine a une valeur réelle dans le traitement des hémorrhagies utérines, en particulier dans les congestions de l'utérus et dans les règles profuses. Par contre, son action est nulle au cas de fibromes ou de cancer utérin. Un autre point important, c'est que la grossesse ne contre-indique nullement l'emploi du chlorhydrate d'hydrastinine qui ne provoque ni l'avortement, ni l'accouchement prématuré.

Les résultats obtenus dans la phthisie pulmonaire sont vraiment encourageants, en tant qu'antidiaphoretique. Il n'en est pas de même pour les hémoptysies, où son emploi ne peut être conseillé qu'avec prudence. Son usage rend l'expectoration plus difficile et nécessite de plus grands efforts de toux.

Dans l'épilepsie et dans la néphrite, son action est douteuse.

Sans avoir déterminé positivement la posologie exacte du chlorhydrate d'hydrastinine, il semble que la dose maxima doive être placée entre 0 gr. 30 à 0 gr. 35 par voie buccale en 1 heure ou 2 heures. A partir de 0 gr. 40 apparaissent des symptômes d'intoxication, caractérisés par de la fatigue, de la paralysie (surtout dans les membres inférieurs) et de l'hyperesthésie cutanée. Même à fortes doses, il n'a pas d'influence sur l'appétit et ne produit ni nausées, ni vomissements ou autres symptômes gastriques.

Envisagé au point de vue de la permanence de son action, il suffira de dire que le chlorhydrate d'hydrastinine n'est pas un spécifique. Son action est purement symptomatique et la guérison ne s'obtient qu'au cas où le symptôme que l'on veut combattre constitue toute la maladie (congestion utérine pure, menstruation profuse).

L'action physiologique de l'hydrastinine a été étudiée par Falk, Marfori, Kisoleff et Devos. L'hydrastinine est un poison paralysant, mais contrairement aux affirmations de ceux qui ont écrit sur ce sujet, son action dépressive est précédée d'une période d'excitation, faible il est vrai, mais notable. Sur les animaux, comme le pigeon, par exemple, il constitue un véritable excitant et produit des spasmes tétaniques.

1. *American med. surg. Bulletin*, 1898, p. 253.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE DES CONGRÈS

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Madrid du 10 au 16 avril 1898.

Le microbe de la péri-pneumonie.

MM. Nocard et **Roux**. — On sait que la lésion essentielle de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines consiste dans la distension du tissu conjonctif interlobulaire du poumon par une sérosité albumineuse, jaunâtre et très virulente. Cette sérosité, inoculée à la dose d'une goutte sous la peau du tronc ou de l'encolure d'une vache, détermine, au bout de peu de jours, un engorgement considérable à tendance envahissante et souvent suivi de mort; les animaux qui résistent à l'inoculation de cette sérosité sont désormais réfractaires à l'inoculation virulente et à la contagion naturelle.

Il était utile de déterminer l'agent spécifique de la péripneumonie contagieuse des bovidés, de l'isoler et de la cultiver afin de pouvoir orienter la prophylaxie de cette maladie dans une voie positive. Toutes les tentatives faites dans ces dernières années avaient été infructueuses : les cultures de la sérosité péripneumonique dans les milieux usuels, à l'air ou dans le vide n'avaient décelé aucun microorganisme. MM. Nocard et Roux désespéraient d'arriver à un résultat quelconque, lorsqu'ils eurent l'idée d'appliquer à l'étude de cette sérosité le procédé ingénieux de cultures en sacs de collodion. Des sacs de collodion emplis de bouillon ensemencé au préalable avec une trace de sérosité péripneumonique furent insérés dans la cavité péritonéale de lapins et on observa, après 15 ou 20 jours, dans leur intérieur, l'apparition d'un liquide opalin, légèrement albumineux et renfermant une infinité de petits points réfringents et mobiles d'une extrême ténuité, à un grossissement de 2 000 diamètres. En ensemençant de nouveaux sacs, avec ce liquide opalin, on obtint des cultures identiques. Les lapins qui avaient reçu des sacs ensemencés avec de la sérosité péripneumonique présentèrent des signes de cachexie profonde et quelques-uns succombèrent avant le jour fixé pour l'autopsie, ce qui prouvait la sensibilité de ces animaux à une toxine vis-à-vis de laquelle ils sont tout à fait réfractaires dans les conditions ordinaires.

MM. Nocard et Roux sont donc arrivés à déceler, par ce procédé, l'existence, dans cette sérosité, d'un microbe spécial. Ce microbe est-il l'agent de la virulence péripneumonique? L'inoculation a permis de répondre affirmativement.

Enfin, MM. Nocard et Roux ont trouvé un milieu permettant de cultiver le virus péripneumonique en dehors de l'organisme; ce milieu est constitué par l'addition d'une très petite quantité de sérum de lapin ou de vache à la solution de peptone préparée par L. Martin pour la production de la toxine diphthérique.

Désormais, on pourra étudier la toxine péripneumonique et essayer de modifier sa virulence.

Toxine tétanique et leucocytes.

M. Metchnikoff. — A la suite de l'introduction de la toxine tétanique dans l'organisme des animaux, il se manifeste une leucocytose des plus accusées : mais la preuve de la digestion de la toxine par les leucocytes n'est pas facile à fournir d'une façon directe; la grande sensibilité des cobayes à l'égard du poison tétanique empêche de leur injecter de fortes quantités de toxines et de mettre à l'essai des exsudats leucocytaires chez les animaux. Mais à défaut d'une preuve directe, on peut se servir de l'argumentation indirecte. A cet égard les expériences de Wassermann et Takaki arrivent à point. Wassermann admet que les centres nerveux des animaux normaux renferment une antitoxine comparable à celle que Behring et Kitasato ont découverte dans le sang des animaux vaccinés contre le tétanos; et il pense que l'antitoxine du cerveau normal injectée se résorbe dans l'organisme des animaux en expérience, puis entre en contact avec la toxine tétanique injectée d'autre part dans le sang et que ces deux substances se neutralisent. Ce n'est pas ainsi que se passent les choses : M. Marie a prouvé que si on injecte de la matière cérébrale dans une patte postérieure de la souris et de la toxine dans l'autre patte postérieure, l'animal prend le tétanos : donc ce n'est pas dans le sang que se fait la neutralisation de la toxine lorsqu'on injecte à la souris le mélange de matière cérébrale normale et de toxine tétanique, ainsi que le pensait Wassermann. L'action antitoxique de la substance nerveuse, si action il y a, est strictement locale, car, en réalité, la substance cérébrale ne fait que fixer la toxine, ainsi que le prouvent des expériences inédites de M. Roux et les recherches de Know et Blumenthal. La toxine tétanique injectée en mélange avec le cerveau broyé se trouve à l'état de substance fixée momentanément : elle n'est nullement détruite et peut facilement manifester son action tétanigène. Si l'on vient à injecter à un cobaye un mélange de toxine et de substance cérébrale dans les muscles de la cuisse, le cobaye présente un tétanos grave quoique le plus souvent non mortel : chez la souris, le même mélange ne provoquera qu'un tétanos léger ou nul. Donc la matière cérébrale ne détruit pas la toxine tétanique. Bien plus, si l'on injecte le même mélange tantôt dans les muscles de la cuisse, tantôt dans le péritoine des cobayes, ces derniers mourront ou auront un tétanos grave, lorsque l'injection aura été faite dans la cuisse et ils résisteront aux injections intra-péritonéales. C'est que le liquide péritonéal renferme une quantité énorme de leucocytes, ainsi que le démontrent les exsudats que nous pouvons prélever à l'aide de tubes effilés : nous voyons, en outre, que ces exsudats renferment de gros leucocytes mononucléaires, cellules dites macrophages, qui sont bourrés de matière cérébrale. Voilà le moyen dont se sert l'organisme pour digérer la matière cérébrale et en même temps la toxine qui y est fixée. Au contraire, dans les expériences d'injection de matière cérébrale et de toxine tétanique dans les muscles de la cuisse, que voyons-nous? L'exsudat de la cuisse est riche en cellules polynucléaires qui n'absorbent que très peu de matière cérébrale et

qui permettent à la toxine tétanique de se manifester par ses réactions. La conclusion de ces expériences est que la toxine tétanique, fixée sur la matière cérébrale, est absorbée par les macrophages : ces cellules sont donc un moyen de défense de l'organisme contre les toxines.

Cette action que nous venons de déterminer par un exemple précis est probablement la manifestation d'une loi générale. L'hyperleucocytose, que l'on observe régulièrement après l'injection de toxines, s'explique par l'action destructive des leucocytes, analogue à l'action anti-microbienne de ces cellules. D'autres expériences sur les poisons minéraux, comme l'arsenic, prouvent que les phagocytes sont les cellules les moins sensibles à l'action toxique de ces agents; ils peuvent s'en charger impunément et les empêcher de porter leur action sur les cellules nerveuses, éléments de l'économie extrêmemens sensibles aux poisons. Peut-être, comme le dit M. Portier, les leucocytes renferment-ils des ferments oxydants qui détruisent les toxines ou les atténuent. Mais cette question d'ordre plus complexe est encore à l'étude.

Sur le mécanisme de l'immunisation contre les venins.

M. Calmette. — On ne peut pas considérer l'action antitoxique de la bile, de la cholestérine, etc., pas plus que celle de certains sérums normaux ou antitétaniques ou antirabiques comme une action antitoxique vraie, c'est-à-dire spécifique à l'égard du venin. On a simplement affaire, ici, à des effets de stimulation cellulaire, effets très passagers et pouvant être produits par des substances diverses.

Après l'injection de sérum antivenimeux, ce sérum manifeste son action préventive même si l'on s'efforce de diminuer la résistance des éléments nerveux par l'injection de divers poisons qui agissent sur ces derniers.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

SESSION DE MAI 1898.

Les hémorrhagies intra-oculaires chez les adolescents.

M. Abadie (de Paris) *rapporteur*. — Les hémorrhagies intra-oculaires chez les adolescents méritent une description à part, parce qu'elles diffèrent à tous les points de vue, étiologie, nature, traitement, de celles qu'on rencontre à l'âge moyen de la vie ou chez les vieillards.

1° *Hémorrhagies subites et récidivantes.* — Elles sont caractérisées par un début brusque, sans phénomènes prémonitoires et s'observent chez des adolescents de 15 à 25 ans, sujets aux épistaxis violentes. Le début subit, sans cause déterminante appréciable, est immédiatement suivi de l'obscurcissement total de la vue de l'un des yeux. Les deux yeux ne sont jamais atteints simultanément. Ce qui est caractéristique aussi, c'est la rapidité de la résorption de l'épanchement hémorrhagique dans le corps vitré. Le retour progressif de la vision s'effectue, en général, dans le cours d'une semaine.

Lorsque le corps vitré s'est éclairci, on peut se rendre compte de l'origine des hémorrhagies dont le point de départ paraît être dans les régions équatoriales de l'œil. Elles sont comparables aux épistaxis qui surviennent chez les jeunes sujets au moment de la puberté, et qui paraissent liées aux transformations que subit l'organisme à cette période de la vie. Le traitement doit consister, avant tout, dans une bonne hygiène, dans l'emploi des toniques : quinquina, préparations ferrugineuses; enfin, de la limonade citrique, sulfurique et des préparations d'ergotine.

2° *Hémorrhagies dyscrasiques.* — Ce sont aussi des hémorrhagies à évolution rapide, progressive, mais dont le début n'est jamais aussi brusque que dans la variété précédente. Habituellement, les malades ne commencent à se préoccuper de leur état que lorsque leur vision a baissé d'une façon sensible, et, déjà à ce moment, le corps vitré uniformément trouble, sombre, presque noirâtre, empêche l'exploration des parties profondes. Lorsqu'on peut surprendre les hémorrhagies au début de leur apparition, on voit se produire, tout le long des parois des vaisseaux rétiniens, de fines stries sanguines. D'abord discrètes, ces stries s'élargissent en envahissant tout d'abord de préférence le voisinage de la papille, du côté de la macula, parfois la papille elle-même. Bientôt le sang, qui était répandu à la surface de la rétine, se fraye un passage dans le corps vitré, et, bientôt enfin, le corps vitré, troublé dans sa nutrition, commence à se désorganiser. Alors apparaissent des corps flottants devenant plus épais et rendant impossible l'exploration des membranes profondes. Quand le trouble des milieux rend le diagnostic embarrassant, on se servira, pour les examiner, du photophore électrique. Ces hémorrhagies se produisent sans développer aucun symptôme réactionnel : la tension oculaire reste normale; la perception quantitative de lumière se conserve dans toute l'étendue du champ visuel, et le réflexe pupillaire est aussi bien conservé.

Ces hémorrhagies intra-oculaires ont été souvent confondues avec le décollement de la rétine.

Les hémorrhagies dyscrasiques méritent ce nom parce que, tout d'abord, chez les malades atteints, on n'a trouvé ni altération des vaisseaux, ni troubles de la circulation générale, et aussi et surtout, en raison des remarquables résultats que fournit une thérapeutique dirigée surtout contre l'état du sang. Chez la plupart des sujets observés, en effet, toutes les médications ont échoué, sauf les suivantes : le quinquina de préférence, sous forme d'extrait, à dose assez élevée, de 1 à 2 grammes par jour, la limonade citrique ou sulfurique à volonté, le perchlorure de fer à la dose de XX à XXX gouttes; enfin, l'ergotine ou l'ergotinine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées. L'application de ventouses scarifiées à la tempe peut être fort utile.

C'est dans cette catégorie des hémorrhagies dyscrasiques, que l'on peut faire rentrer un certain nombre d'hémorrhagies intra-oculaires qui se produisent sous l'influence de modifications passagères prédisposantes de l'organisme auxquelles viennent se joindre des causes provocatrices, comme une violente colère, par exemple. On rencontre, enfin, des hémorrhagies dyscrasiques dans certaines maladies graves, l'anémie pernicieuse, la leucémie, l'infection paludéenne.

3° *Hémorrhagies intra-oculaires secondaires dans les chorio-rétinites.* — Elles peuvent se disposer en nappes le long des vaisseaux et dans le corps vitré, et leur apparition doit toujours être considérée comme un symptôme grave. A la désorganisation de la rétine et de la choroïde s'ajoute celle du vitré, et, quelquefois, cette dernière prend une importance telle qu'elle imprime un caractère spécial à la maladie. Elle prend alors le nom de rétinite proliférante.

Quand les hémorrhagies intra-oculaires sont la conséquence d'une chorio-rétinite, c'est au traitement de cette affection qu'il faudra s'adresser tout d'abord. La syphilis en étant la cause la plus fréquente, on pratiquera des injections de sels mercuriels solubles et on aura recours, comme médication auxiliaire, aux déplétions sanguines à la tempe, aux préparations d'ergotine et de quinquina.

4° *Hémorrhagies rétiniennes apoplectiformes.* — Cette forme d'hémorrhagies intra-oculaires est due, cette fois, à la rupture des vaisseaux rétiniens. Quoique à début soudain ou, tout au moins, très rapide, comme les formes subites et à récidives, ce qui leur appartient en propre, c'est d'être toujours très franches et d'aboutir habituellement à la perte de l'œil. Dans cette forme, quelle que soit la médication employée, la guérison est toujours difficile, aléatoire, et le pronostic très sérieux. Le sang, au lieu de s'épancher presque uniquement dans le vitré, s'infiltre dans la trame des tissus rétinien et choroïdien en y produisant une désorganisation profonde. Des parties profondes cette imprégnation gagne le tissu irien lui-même, dont l'aspect est complètement modifié. Des stries rougeâtres, sanguinolentes, le parcourent et modifient sa teinte générale. La pupille est généralement plus dilatée qu'à l'état normal et la tension intra-oculaire aussi plus élevée. D'ordinaire, dans ces apoplexies rétiniennes, des douleurs se montrent quelques jours après le début et prennent le caractère des douleurs glaucomateuses. La localisation sur un seul œil est la règle.

Ces ruptures vasculaires sont dues non pas à la fragilité des parois qui sont normales, mais à une vaso-dilatation excessive

de ces vaisseaux, allant jusqu'à leur éclatement. Le point de départ de la maladie serait dans le sympathique.

Dans cette forme d'hémorrhagie, c'est le sulfate de quinine, administré systématiquement à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour, qui donne les meilleurs résultats.

Malgré tout, le pronostic reste grave, et lorsque les phénomènes glaucomateux apparaissent, on se trouvera bien d'appliquer des ventouses scarifiées aux tempes et d'instiller les myotiques, de préférence la pilocarpine associé à l'ésérine.

Phlegmon de l'orbite chez l'enfant.

M. A. Trousseau. — J'ai observé récemment un phlegmon de l'orbite chez une fillette de 9 mois, qui fut prise en pleine santé, sans qu'il me fut possible d'attribuer au mal une cause quelconque. En 13 jours, après incision et évacuation facile du pus, la guérison fut complète. Le phlegmon de l'orbite, chez l'enfant, est très rare. Au point de vue thérapeutique, la nécessité d'une intervention hâtive est admise, même si elle ne permet pas l'issue immédiate du pus. Il est inutile de placer des drains. L'étiologie du phlegmon orbitaire chez l'enfant est difficile à établir. Le phlegmon de l'orbite chez l'enfant est bénin, et la guérison a eu lieu dans l'espace de 15 jours environ.

Trois cas de tumeur orbitaire chez l'enfant.

M. Valude. — J'ai observé, dans le cours de l'année dernière, 3 cas de tumeur orbitaire chez des enfants de moins de 1 an.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un endothéliome mixte, du type de ceux bien étudiés par M. Van Duyse. Une prolifération intra-oculaire était constituée par du gliome, et la tumeur principale, remplissant l'orbite, allait jusque dans le cerveau. Bien entendu, l'opération dut être incomplète, et il est, d'ailleurs, probable que la tumeur provenait de l'endothélium de la pie-mère.

Le second cas était un sarcome pur, à grandes cellules fusiformes, du nerf optique. Le sarcome, venu de la gaine du nerf, s'étendait surtout en arrière; mais, cependant, la tumeur put être enlevée en totalité par éviscération de l'orbite, et actuellement, après 9 mois, il ne s'est pas produit de récidive, et l'enfant est en très bonne santé.

Le troisième enfant portait une tumeur volumineuse de l'orbite qui englobait le nerf. L'examen de la pièce démontra, après la ponction exploratrice, qu'il s'agissait d'une tumeur formée de graisse compacte, d'un volumineux noyau de cartilage, avec, au centre, une cavité kystique étroite, revêtue d'épithélium cylindrique, calciforme, à cils vibratiles, à franges multiples, remplissant la cavité. Cette tumeur appartient donc au type des tumeurs congénitales mucoïdes, provenant, d'après M. Panas, d'une involution de la muqueuse nasale.

Influence de la nouvelle tuberculine de Koch sur la tuberculose oculaire.

M. Zimmermann a eu l'occasion de traiter par la tuberculine une malade dont on avait dû énucléer l'œil gauche, tuberculeux. Cinq ans après, l'œil droit fut atteint de la même affection. L'examen microscopique du premier œil ne permettait aucun doute sur la nature de la maladie du second, déjà si gravement atteint qu'on était absolument autorisé à tenter l'effet de la tuberculine R. On commença par des doses de 1/500 de milligramme, en augmentant progressivement. La malade, actuellement soignée par M. Hœderath, à Saarbrück, peut être considérée comme guérie. Pour voir si ce résultat favorable devait être attribué à la tuberculine ou aux cautérisations répétées faites sur la masse tuberculeuse de la cornée et de la sclérotique. M. Zimmermann a fait une série d'expériences sur les lapins, auxquels il pratiquait une inoculation, en frottant sur l'iris l'anse de platine imprégnée d'une culture virulente de 12 à 20 jours de date, et qu'il traitait ensuite par la tuberculine en commençant vers la 4e semaine, époque à laquelle la tuberculose irienne atteint son maximum d'intensité.

Quoique ces expériences ne soient pas encore terminées, M. Zimmermann croit pouvoir affirmer déjà que la tuberculine a une réelle action spécifique antituberculeuse. On peut, chez les animaux, espérer la guérison, même dans des cas désespérés, alors que l'atrophie du globe est imminente. Chez l'homme, dans les cas rebelles à tous les traitements, on peut tenter l'effet de la tuberculine, en commençant par des doses minima.

Le lupus des voies lacrymales.

M. Morax relate tout d'abord une observation de double tumeur lacrymale liée à un lupus nasal dont le diagnostic fut établi par l'examen histologique et l'inoculation au cobaye L'affection lacrymale avait été le premier et le seul symptôme révélateur du lupus nasal. La fréquence du lupus facial débutant au niveau de la région lacrymale, puis s'étendant à la joue, doit, d'après M. Morax, faire supposer que, dans ces cas, le processus lupique débutant par la muqueuse nasale, se propage à la muqueuse des voies lacrymales, et de là à la peau de la région du sac lacrymal. M. Morax cite à l'appui de cette interprétation, l'observation d'un jeune homme de 20 ans, atteint d'une double affection lacrymale et d'une petite lésion lupique de la joue consécutive à l'ouverture d'un abcès du sac. L'injection de tuberculine montra qu'il s'agissait d'un processus tuberculeux, et la réaction locale mit en évidence une infiltration lupique discrète de la muqueuse nasale et des lésions bacillaires des ganglions cervicaux. Il n'existait chez ce malade aucune localisation pulmonaire. Dans un autre cas qui a trait aussi à un jeune homme de 23 ans, l'existence d'une adénopathie cervicale fit supposer que l'affection lacrymale double dont il était atteint, était de nature tuberculeuse. L'inoculation d'un lambeau de la muqueuse du sac démontra qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux.

Il faut donc toujours penser à la possibilité d'une tuberculose des voies lacrymales chez les jeunes sujets porteurs d'une affection lacrymale dont l'étiologie ne peut être rattachée à la syphilis ou au traumatisme.

Lymphangiectasie de la conjonctive bulbaire.

M. Jocqs communique l'observation d'une jeune fille de 17 ans, qui portait sur ses deux conjonctives bulbaires une infinité de petits kystes miliaires. Ses cornées étaient troubles au point qu'elle ne pouvait plus travailler et à peine se conduire. Les ganglions sous-maxillaires parotidiens, préauriculaires, mastoïdiens, étaient engorgés et volumineux. La face, comme œdématiée, présentait un aspect éléphantiasique.

L'examen microscopique d'une portion excisée démontra que ces kystes, très petits et très nombreux, sont autant de dilatations lymphatiques.

L'excision d'un centimètre de la conjonctive, tout autour de la cornée, et plus tard le massage au calomel, amenèrent, au bout d'un mois, une amélioration très notable. La malade put reprendre son travail.

M. Jocqs établit un rapprochement entre cette dilatation lymphatique de la conjonctive et l'aspect éléphantiasique de la face, accompagné d'engorgements glanglionnaires, et admet que cette dégénérescence kystique de la conjonctive est de même nature que l'éléphantiasis dont l'origine est généralement mise par les auteurs dans une lésion du système lymphatique.

La cyclite infectieuse dans l'influenza.

M. Dianoux a observé au cours de l'épidémie d'influenza 6 malades atteints de cyclite; l'affection oculaire débutait brusquement au début de la convalescence accompagnée de douleurs vives. Injection périkératique vive; élévation de la tension intraoculaire, chambre antérieure trouble avec hypopion plus ou moins considérable. L'iris était indemne ainsi que la choroïde et le corps vitré. Dans tous les cas, la guérison se produisit. L'affection fut bilatérale dans deux cas seulement. Tous les cas furent traités par la paracentèse pratiquée une ou deux fois par jour. L'ensemencement du pus de la chambre antérieure donna dans 2 cas sur 3 un résultat positif; les colonies obtenues étaient constituées par un bacille prenant le Gram.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 mai 1898.

Des greffes autoplastiques à larges lambeaux dermiques.

M. Ollier communique une nouvelle observation qui paraît de nature à prouver la persistance et la stabilité des greffes dorso-épidermiques.

Elle concerne un homme âgé actuellement de 55 ans, qui, à 8 ans, était tombé sur une marmite d'eau bouillante, dans laquelle son genou gauche avait plongé : il en était résulté une vaste brûlure qui ne se cicatrisa jamais complètement à la face externe de l'articulation. Sur cette partie privée d'épiderme se développa un cancroïde pour le traitement duquel M. Ollier proposa l'ablation du tissu dégénéré et la réparation de la perte de substance par des greffes autoplastiques. Il opéra, en 1893, cet homme qui à ce moment était porteur d'une plaie de forme ellipsoïdale, de 2 décimètres carrés environ. M. Ollier recouvrit cette plaie au moyen de 8 lambeaux cutanés, taillés sur la peau des membres sains du sujet même. Ces lambeaux furent appliqués sur la plaie en deux séances, à un mois de distance. Or, non seulement ils ne sont pas rétractés, ils n'ont pas été soumis à une atrophie progressive, mais plusieurs d'entre eux se sont, au contraire, agrandis, étendus surtout dans le sens longitudinal. Cet agrandissement paraît dû principalement à une cause physique, à l'extension de ces lambeaux par les tiraillements exercés sur eux dans les mouvements de la région.

L'augmentation en surface des lambeaux n'est pas uniquement expliquée, sans doute, par le phénomène physique de l'extension qu'ils subissent. En augmentant en surface, ils n'ont pas perdu de leur épaisseur. L'extension répétée dans les mouvements du membre provoque certainement des modifications nutritives par l'irritation de leurs éléments anatomiques. Cette irritation est suivie d'un certain degré d'hyperplasie interstitielle qui conserve aux lambeaux leur épaisseur et leur consistance, comme lorsque la peau normale est refoulée par le développement d'une tumeur profonde. Les lambeaux dermiques, qui s'étaient retirés sur eux-mêmes par une rétraction inévitable au moment de leur séparation, paraissent particulièrement disposés à éprouver ces effets de l'extension : ils sont en quelque sorte déplissés par les tiraillements périphériques. Ce qui vient, en outre, confirmer cette théorie, c'est que les poils retrouvés sur les lambeaux sont plus éloignés les uns des autres que dans la région où le lambeau a été pris ; mais ce sont là des points de repère difficiles à préciser. Quoi qu'il en soit, rien ne vient démontrer l'agrandissement propre, spontané, c'est-à-dire l'agrandissement par hypernutrition ou hyperplasie interstitielle et primitive du lambeau. Jamais M. Ollier n'a observé cette augmentation en surface des lambeaux transplantés sur des régions fixes ou qui ne sont pas soumises à des mouvement étendus.

Obtention de cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide et variété mobile de ce bacille.

M. S. Arloing, pour pouvoir étudier le phénomène de l'agglutination, a tenté, depuis longtemps, d'obtenir des émulsions homogènes de bacilles de Koch, en partant des cultures sur milieu solide. Ces tentatives avaient très médiocrement réussi ; mais dernièrement il a atteint son but de deux manières : 1° en obtenant sur milieu solide des cultures faciles à émulsionner ; 2° en obtenant des cultures homogènes dans du bouillon glycériné.

Il a obtenu les premières sur la pomme de terre cuite : le succès est subordonné à la qualité des pommes de terre et à l'imprégnation constante du support nutritif par l'eau glycérinée. Il a obtenu des cultures homogènes liquides en partant des cultures précédentes.

En portant sous le microscope une goutte de ces cultures à n'importe quelle période de leur évolution, il a constaté qu'elle était peuplée d'organismes mobiles dont quelques-uns donnaient la sensation visuelle de microcoques. Mais cette sensation était l'effet de la mobilité des organismes s'offrant à l'observateur par une de leurs extrémités, car, après avoir séché, fixé et coloré la préparation il s'est aperçu qu'elle était peuplée exclusivement de bacilles uniformes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 Mai 1898.

Recherches anatomiques sur l'ampoule de Vater.

MM. Letulle et **Nattan-Larrier** ont étudié 21 cadavres au point de vue de l'existence et de la disposition de l'ampoule de Vater. Les particularités anatomiques peuvent être synthétisées en quatre types :

1° Il n'y a pas d'ampoule, le cholédoque débouche seul dans le duodénum, et le canal de Wirsung vient s'aboucher, comme un affluent dans le cholédoque ;

2° L'ampoule existe, c'est la description classique. On ne l'a trouvée que 5 fois sur 21, soit dans un quart des cas ;

3° Il n'y a pas d'ampoule, les deux canaux s'ouvrent côte à côte dans l'intestin, et l'on voit un peu au-dessous une dépression en cul-de-sac, vestige embryologique ;

4° Les deux canaux, accolés en canon de fusil, font une saillie dans le duodénum, saillie recouverte d'une valvule connivente, ce qui lui donne l'aspect d'un clitoris recouvert de son capuchon.

Exceptionnellement, ils ont noté une fois l'absence complète du canal de Wirsung ; le canal pancréatique accessoire faisait seul l'office de canal excréteur.

Le canal de Wirsung n'est jamais situé au-dessus du cholédoque ; il lui est toujours ou inférieur ou latéral.

Il y a moins de glandes autour du canal de Wirsung qu'autour du cholédoque.

Chez le nouveau-né, l'épithélium du cholédoque est à cellules cylindriques très hautes tandis que les cellules de revêtement du canal pancréatique sont basses, presque cubiques.

Il résulte de ces données anatomiques, que le véritable cancer primitif de l'ampoule de Vater doit être très rare. Il s'agit, le plus souvent, ou d'un cancer du duodénum à la hauteur de l'orifice d'abouchement des canaux du foie et du pancréas, ou d'un cancer ayant débuté au niveau des deux canaux, et, dans ce cas, c'est presque toujours le cholédoque qui est en cause.

Écrasement du doigt.

M. Boyer présente un mandrin creusé d'un trajet en pas de vis, dans lequel un jeune ouvrier eut le doigt engagé, vissé en quelque sorte jusqu'au nœud articulaire qui forma cran d'arrêt. On tenta vainement de dévisser en sens contraire ; on allait se résoudre à l'amputation, quand, avec une spatule, on finit par décoller le doigt du trajet où il était enclavé et par l'extraire, très endommagé, d'ailleurs.

Ulcérations expérimentales de l'estomac.

MM. P. Jousset et **Lefas** apportent l'estomac de lapins qui ont présenté des ulcérations de la muqueuse gastrique à la suite d'injections sous-cutanées faibles, mais répétées, de tartre stibié.

Un cas d'adénie.

MM. Labbé et **Jacobson** présentent des coupes de ganglions lymphatiques cervicaux, axillaires et inguinaux, recueillis chez un enfant de 12 ans atteint d'adénie et mort avec des symptômes d'infection intestinale. Les divers ganglions présentent une sclérose qui débute autour des vaisseaux sanguins, porte sur le réticulum, la capsule et les travées qui en partent, et atteint son maximum dans les ganglions cervicaux où elle s'accompagne de nécrose et de dégénérescence amyloïde. Les ganglions mésentériques étaient envahis par des streptocoques provenant probablement d'une infection secondaire d'origine intestinale et n'ayant aucun rôle pathogénique à l'égard de l'adénie.

Appendicite herniaire.

M. Ardouin rapporte l'observation d'un homme de 54 ans envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée. Il présentait, en effet, tous les signes de l'étranglement, sauf l'absence de gaz par l'anus.

L'intervention, pratiquée immédiatement, démontra la présence, dans le sac, de l'appendice seul, du volume d'un œuf, renfermant une cuillerée de pus. L'état du malade s'améliora rapidement et la guérison complète survint en 1 mois.

Anévrysme du cœur.

M. Henry Bernard présente un cœur sur lequel on voit un anévrysme pariétal, du volume d'une grosse noix, développé à la fois aux dépens de la paroi antérieure du ventricule gauche, de la pointe, et de la cloison interventriculaire. Au niveau de l'anévrysme, la paroi du ventricule est très amincie; sur le pourtour de la cavité, l'endocarde épaissi forme collet.

Cet anévrysme s'est développé chez un homme de 68 ans, artério-scléreux. Cliniquement, il s'est traduit par des crises d'angor pectoris; la mort subite est survenue au cours d'une de ces crises.

La pathogénie ressort nettement de l'étude des coronaires : toutes deux sont très athéromateuses; l'artère interventriculaire antérieure, qui irrigue la zone du myocarde dans laquelle siège l'anévrysme, est complètement obstruée par un thrombus ancien, crétacé, long de 2 centimètres : il s'agit donc d'un anévrysme secondaire à un infarctus du myocarde.

Tumeur du cervelet.

M. Trenel. — La malade avait présenté de l'amaurose progressive avec hallucinations mouvantes de la vue, des attaques épileptiformes, du dérobement des jambes sans ataxie. Mort par marasme.

A l'autopsie, tumeur volumineuse du bord antérieur du cervelet, comprimant complètement la moitié droite de la protubérance; la paroi inférieure de la fosse cérébelleuse, à laquelle elle adhère, est perforée. La tumeur est mamelonnée et présente de gros kystes dans sa partie externe, remplis de liquide séreux. A la coupe (faite après durcissement au formol), la tumeur paraît adhérer et faire corps avec le tissu nerveux. Il existe en arrière d'elle, en pleine substance du cervelet, une sorte de kyste limité par une mince paroi et rempli d'une matière, élastique au toucher, et ayant une couleur blanc opalin.

L'examen histologique fit reconnaître un gliome avec vaisseaux télangiectiasés et entouré d'hémorrhagies récentes ou anciennes avec débris ocreux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 Mai 1898.

Sur une nouvelle tuberculine.

MM. F. Ramond et **P. Ravaut.** — En cultivant dans du bouillon glycoglycériné des bacilles de la tuberculose des poisssons découverts par Dubard, et en filtrant sur bougies de porcelaine ces cultures, nous avons obtenu une toxine qui, par son odeur et ses réactions biologiques, rappelle absolument la tuberculine tirée du bacille de la tuberculose humaine. Nous avons fait avec cette nouvelle toxine les deux séries d'expériences suivantes; d'une part à un cobaye tuberculeux nous avons inoculé de cette toxine; nous avons obtenu un réaction thermique avec frisson, prostration durant 6 heures; ajoutons que ni le cobaye témoin ni ce même cobaye tuberculeux à qui nous injectâmes comme contre-épreuve du bouillon glycériné ne présentèrent de réaction thermique; d'autre part, à deux cobayes inoculés à des dates différentes avec le bacille de la tuberculose des poissons et qui avaient présenté de l'amaigrissement, nous avons injecté un demi-centimètre cube de tuberculine ordinaire : tous deux ont présenté une réaction thermique très nette, le premier de deux degrés et le second de un degré et demi. Des recherches sur la toxicité et les effets de cette nouvelle tuberculine vis-à-vis des animaux à sang chaud et à sang froid feront l'objet d'une prochaine communication.

Virulence du bacille tuberculeux aviaire vis-à-vis des animaux à sang froid.

MM. F. Ramond et **P. Ravaut.** — La grenouille semble présenter vis-à-vis de la tuberculose aviaire et de sa toxine une sensibilité spéciale : tandis que des grenouilles inoculées avec du bacille tuberculeux de l'homme ou des poissons survivent de trois semaines à un mois et demi à l'inoculation, celles inoculées avec sensiblement la même quantité de tuberculose aviaire périssent dans un délai de deux à huit jours; de même en expérimentant avec la toxine tirée de ces bacilles, nous avons constaté que la même quantité de toxine aviaire tue la grenouille deux fois plus rapidement que la tuberculine de l'homme ou de poissons.

Maladie pyocyanique chez l'homme.

M. Burot a observé un cas de maladie pyocyanique chez une femme affaiblie par la malaria. Cette maladie s'est caractérisée par des ulcérations cutanées blafardes, couvertes de ce seul bacille pyocyanique; il existait en outre de l'albuminurie, une paralysie du membre supérieur droit avec contracture.

M. Charrin. — Cette affection apparaît de plus en plus fréquente dans l'espèce humaine. Il y a la forme septicémique avec fièvre, hémorrhagies, entérite, etc., forme relativement commune chez l'enfant; il y a la forme cutanée, que j'ai signalée avec Cassin.

La vaccination ne se produit pas toujours, parce que l'organisme est parfois trop affaibli pour réagir. Néanmoins on peut dire que tous les symptômes ont été reproduits chez l'animal, y compris l'immunisation par le sérum, la première dan l'espèce. Du reste on trouve ce bacille dans l'eau, dans le tube digestif.

Action des épanchements des séreuses, tuberculeux ou non, sur les cultures du bacille de Koch.

M. P. Courmont (de Lyon). — 1° Les sérosités humaines pathologiques non tuberculeuses constituent un milieu de culture favorable au développement du bacille de Koch déjà habitué à pousser en milieu liquide.

2° Les sérosités tuberculeuses de la plèvre ou du péritoine ont un pouvoir bactéricide très net, variable selon les cas, sur le bacille de Koch ensemencé sur ces liquides purs ou faiblement dilués.

3° Les épanchements non tuberculeux des séreuses ne sont pas agglutinants pour les cultures liquides des bacilles de Koch à partir d'un certain degré de dilution (1 p. 100 en moyenne).

4° Les épanchements tuberculeux de la plèvre et du péritoine sont presque toujours agglutinants pour les mêmes cultures dans les proportions de 1 p. 10 en moyenne, souvent plus que le sérum sanguin des malades.

Les prétendues lésions médullaires pathognomoniques du tétanos.

M. J. Courmont présente des préparations montrant :

1° Que le chien tétanique n'offre aucune lésion de ses cellules appréciable au Nissl.

2° Que le cobaye atteint le tétanos localisé à une patte a des lésions bilatérales et disséminées.

3° Que le cobaye guéri du tétanos généralisé peut avoir des lésions beaucoup plus intense que le cobaye tétanique.

On peut en conclure que les lésions des cellules nerveuses médullaires des tétaniques, appréciables par la méthode de Nissl, sont inconstants et non spécifiques.

Le tissu des centres nerveux de la grenouille ne neutralise pas les effets de la toxine tétanique.

MM. J. Courmont et **Doyon**, qui ont essayé le pouvoir neutralisant des centres nerveux de la grenouille sur la toxine tétanique, ont constaté que chez ces animaux la substance nerveuse ne neutralise pas la toxine ni *in vitro* ni dans l'organisme. L'apport local de leucocytes est insuffisant pour expliquer cette neutralisation par substance nerveuse de mammifères.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 Mai 1898.

Psychoses post-opératoires.

M. Picqué, en résumant la discussion soulevée par sa communication sur les psychoses post-opératoires, arrive aux conclusions suivantes :

1° Il faut distinguer les fous véritables, qui le sont au moment où ils consultent le chirurgien, et qui ne viennent solliciter les secours de la chirurgie que sous l'empire d'idées délirantes ou obsédantes. On doit résister systématiquement à toute demande d'opération de leur part, sauf dans certaines conditions spéciales.

2° Il existe, en outre, toute une classe de malades qui ne présentent aucun délire au moment de l'opération, mais qui sont cependant susceptibles de délirer plus ou moins longtemps après. Ce sont ces délires qui constituent réellement le domaine des psychoses post-opératoires vraies qu'il ne faut confondre ni avec les délires par intoxication ni avec ceux par infection. Les opérations gynécologiques n'y prédisposent pas plus que les autres.

3° Au point de vue des formes que peut présenter le délire post-opératoire, il y a des cas d'excitation et des cas de dépression.

4° Relativement à la pathogénie des accidents, les observations relatées démontrent que la plupart des malades, qui présentent des psychoses post-opératoires sont ou d'anciens aliénés ou des prédisposés par voie héréditaire. Les causes qui font éclater ces manifestations délirantes sont multiples et peuvent agir simultanément ou isolément.

5° Enfin, à titre prophylactique, il est nécessaire, avant toute opération, d'examiner l'état cérébral des malades, tout comme il convient de procéder à l'examen des viscères ; mais cet examen ne peut écarter que les malades déjà fous au moment de l'opération, et ne saurait laisser prévoir les cas de psychose post-opératoire.

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes.

M. Segond vient appuyer la communication de M. Quénu sur les avantages de l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure des fibromes utérins. Personnellement il a fait 160 fois cette opération et, bien qu'elle lui ait donné 15 p. 100 de mortalité, il n'hésite pas à la préconiser, car dans les cas qui ont succombé il s'agissait de difficultés toutes particulières.

M. Segond va même plus loin que M. Quénu, et maintient la ligne ombilicale comme limite des fibromes pouvant être extirpés par la voie vaginale. Par contre il admet avec M. Quénu que l'étroitesse du vagin est une contre-indication de l'hystérectomie vaginale.

Quant au manuel opératoire, M. Segond, contrairement à M. Quénu, fait presque toujours l'hémostase préventive des utérines et la résection du col, et morcelle le corps utérin.

M. Quénu maintient les avantages de son procédé.

M. Reynier a repris l'hystérectomie abdominale toutes les fois que le fibrome n'est pas facilement extirpable par le vagin. Il pense donc qu'il faut restreindre beacoup les indications de la voie vaginale.

M. Pozzi estime que l'hystérectomie vaginale est moins grave que l'abdominale, et tous les gros fibromes qui ne dépassent pas l'ombilic en sont justiciables.

Relativement au manuel opératoire il fait le plus souvent l'hémostase préventive des utérines, avec résection du col. Mais si le col n'est pas long, si l'utérus est facilement abaissable, il s'en passe.

M. Poirier n'a fait que sept fois l'hystérectomie vaginale pour fibromes, et lui préfère l'hystérectomie abdominale sus-vaginale, plus simple et plus bénigne.

M. Tuffier présente un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du poumon.

M. Picqué présente une épingle à cheveux, incrustée de sels calcaires, qu'il a retirée de la vessie d'une femme, âgée de 40 ans, par la taille vaginale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 Mai 1898.

Hydarthrose chronique des petites jointures.

MM. L. Galliard et **H. Bernard** présentent une femme de 39 ans dont les mains offrent, lorsqu'on examine la région dorsale, une déformation qui n'a rien de commun avec celle de la goutte et du rhumatisme noueux. Le squelette paraît indemne. Il n'y a que des hydarthroses localisées, surtout au niveau des articulations phalango-phalanginiennes et des métacarpo-phalangiennes. Elles se manifestaient encore plus nettement, il y a 3 semaines, à l'époque où la malade est entrée à l'hôpital. Elles ont diminué sous l'influence du traitement : bains sulfureux, teinture d'iode à gauche, compression de la main droite, où les déformations prédominent, iodure de potassium, teinture de colchique, enfin salicylate de lithine. Sur plusieurs points les jointures qui étaient distendues antérieurement, par du liquide, n'offrent plus que des craquements. Les mouvements des doigts sont possibles, mais limités.

Les articulations des phalangettes ne sont pas prises. Au contraire, les poignets sont tuméfiés et contiennent du liquide. Intégrité absolue des orteils, intégrité apparente des grandes jointures qui présentent seulement de rares craquements.

Ces hydarthroses datent de trois ans. Elles ont été précédées par du rhumatisme polyarticulaire subaigu. La malade a, parfois, des poussées douloureuses, soit au niveau des jointures tuméfiées, soit au niveau des grandes jointures qui semblent actuellement respectées.

Il s'agit d'une modalité mal connue du rhumatisme articulaire chronique.

M. Rendu pense qu'il s'agit peut-être d'un accident subaigu dans le cours du rhumatisme noueux classique ; ces poussées subaiguës sont, en effet, fréquentes et revêtent, volontiers, l'aspect d'hydarthrose, surtout chez la femme.

De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la syringomyélie type Morvan, et des causes d'erreur qu'elle entraîne dans le diagnostic avec la lèpre.

M. Jeanselme. — L'épaississement moniliforme des nerfs est un symptôme considéré, en général, comme pathognomonique de la lèpre. Il faut cependant faire quelques réserves sur la valeur de ce symptôme.

Dans deux cas, en effet, où tout concourait pour faire porter le diagnostic de syringomyélie type Morvan, M. Jeanselme a trouvé le nerf cubital parsemé de bosselures. L'analyse plus détaillée de ce symptôme fit voir cependant que cet aspect particulier du nerf était dû à des ganglions lymphatiques sus-épitrochléens chroniquement enflammés par les panaris récidivants. Contre ces ganglions cheminait le nerf cubital intact.

Cet examen clinique trouve un appui dans un examen anatomique fait à la conférence de Berlin; une biopsie montra, en effet, la réalité de cet accolement de ganglions hypertrophiés au nerf cubital.

De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente.

M. L. Rénon a observé un cas de sialorrhée intermittente, au cours d'une urémie très lente, chez un malade brightique cardio-rénal. Cette sialorrhée ne se produit que pendant l'action, quand le malade marche dans son appartement ou dans la rue; elle cesse au repos, quand il est assis ou couché. Elle disparaît certains jours et certaines semaines, pour reparaître les jours suivants.

La quantité de salive rendue est considérable : 100 grammes de salive s'écoulant de la bouche en 10 minutes. Cette salive contient 0 gr. 059 d'urée pour 100 centim. cubes de salive, chiffre supérieur à la normale. L'urine diminue de quantité pendant les crises de sialorrhée et sa teneur en urée devient plus faible : il existe donc un balancement très net entre ces deux sécrétions.

Cette sialorrhée ne s'accompagne pas de stomatite : on ne note pas la moindre rougeur, ni le moindre enduit pultacé, ni la moindre ulcération sur la muqueuse buccale; M. Rénon n'a pas constaté trace d'urémie gastro-intestinale, notamment ni diarrhée, ni vomissement.

Cette sialorrhée intermittente, sans stomatite, semble devoir être distinguée de la sialorrhée avec stomatite urémique (Lancereaux, Barié) qui est sous la dépendance directe des lésions urémiques de la muqueuse buccale : elle paraît plutôt due à l'action des produits toxiques soit sur les glandes salivaires, soit sur le système nerveux central ou périphérique, se rapprochant des sialorrhées décrites récemment par Klippel et Lefas.

L'indication thérapeutique, assez difficile à réaliser, consiste à relever par des diurétiques le taux de la dépuration urinaire, mais il est peut-être plus sage de respecter cette hypersécrétion salivaire, quand elle n'est pas trop gênante, car elle supplée à la fonction du rein et sert à éloigner l'approche des accidents urémiques graves.

Orchite ourlienne d'emblée sans tuméfaction des glandes salivaires chez un garçon de 15 ans.

M. A. Béclère vient d'observer un garçon de 15 ans, brusquement atteint, en pleine santé, d'une orchite aiguë, en apparence spontanée, qui n'a été ni précédée, ni suivie d'aucune tuméfaction des glandes salivaires. Le début très brusque de l'orchite, après plusieurs jours de symptômes généraux et de fièvre atteignant 40°, l'intégrité absolue de l'urèthre, l'absence de toute autre cause appréciable lui firent soupçonner la nature ourlienne de cette orchite, malgré qu'un chirurgien des plus distingués, s'appuyant surtout sur la participation marquée de l'épididyme au processus inflammatoire, eût envisagé un instant la possibilité d'une orchite tuberculeuse aiguë. La résolution rapide des accidents fut en faveur du diagnostic d'orchite ourlienne d'emblée. Ce qui confirma ce diagnostic, ce fut la notion qu'au moment où le jeune garçon avait été au collège, pour la dernière fois, 10 jours avant le début de la maladie, trois de ses condisciples avaient dû quitter la classe pour cause d'oreillons. Ce qui rendit ce diagnostic tout à fait certain, c'est que les deux sœurs du malade furent atteintes successivement d'oreillons, avec les symptômes classiques et la tuméfaction parotidienne caractéristique, l'une 15 jours, l'autre 23 jours après le début de la maladie de leur frère.

Cette observation, en confirmant une fois de plus l'existence de l'orchite ourlienne d'emblée, montre surtout que, dans les formes frustes des maladies contagieuses, la filiation des accidents étudiés, aussi bien dans leur descendance que dans leur provenance originelle, constitue un des éléments les plus importants du diagnostic.

Contribution à l'étude du salicylate de méthyle.

M. Catrin envoie à la Société le résultat de ses observations dans le traitement du rhumatisme par le salicylate de méthyle. Dans l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, sauf le cas d'intolérance absolue de l'estomac, on peut administrer concurremment les deux salicylates, de méthyle et de soude, chacun d'eux paraissant jouer un rôle propre contre les deux symptômes principaux de la maladie, le salicylate de méthyle contre la douleur, le salicylate de soude contre la fièvre.

C'est surtout dans le rhumatisme articulaire subaigu ou chronique, voire même peut-être dans la goutte, que ce médicament paraît acquérir son maximum d'efficacité.

M. Siredey a aussi constaté que le salicylate de méthyle réussit surtout dans le rhumatisme chronique; il réussit toujours, dans ces cas, lorsque l'enveloppement de la jointure est parfait. Il faut se garder d'incorporer ce salicylate de méthyle dans une pommade; en effet, M. Linossier a montré que le médicament perdait alors son efficacité.

Quant à l'emploi simultané du salicylate de soude et du salicylate de méthyle, il paraît plutôt nuisible, les accidents attribués au salicylate apparaissent plus rapidement.

M. Netter fait remarquer que le salicylate de méthyle n'a aucune action contre la pleurésie séro-fibrineuse, tandis que le salicylate de soude donne de très bons résultats dans cette affection.

M. Rénon a amélioré considérablement par le salicylate de méthyle trois malades atteints de sciatique, qui n'avaient retiré aucun bénéfice de l'emploi du salophène.

Un cas de respiration stridoreuse des nouveau-nés avec autopsie.

M. Variot. — Cette affection, qui est un cornage laryngien datant des premiers jours après la naissance, et qui persiste pendant des mois, a une pathogénie très discutée. Le cas présent permet d'affirmer que ce cornage est dû à une disposition spéciale des replis aryténo-épiglottiques. Ces replis forment une simple fente de plus de 1 centimètre de hauteur. Dans cette étendue, les replis minces et souples sont en contact direct. Il y a donc une sorte de glotte vestibulaire limitée par ces replis anormaux, vestiges d'une malformation laryngée. Cette respiration stridoreuse des nouveau-nés peut donc être appelée cornage laryngien vestibulaire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 13 Mai 1898.

Grossesse extra-utérine péritonéale secondaire.

M. Doléris communique l'observation d'une malade qui, après avoir présenté des signes de grossesse jusqu'au huitième mois, ne sentit plus son enfant remuer. A l'examen on constate la présence de deux tumeurs abdominales. On pratique la laparotomie et on trouve un fœtus de 8 mois environ, libre dans la cavité péritonéale absolument saine et reliée par le cordon au placenta qui était encore contenu dans la trompe rompue. La poche tubaire a dû se rompre vers le cinquième mois et le fœtus s'est développé secondairement dans le péritoine, le placenta étant greffé dans la trompe.

Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un enfant nouveau-né.

M. Masbrenier. — Il s'agit d'un enfant du sexe féminin né à terme le 5 mai dernier.

La mère était une primipare sans antécédents pathologiques. L'enfant présenta le premier et le deuxième jour un accès de cyanose et succomba en dépit des efforts tentés pour le ranimer. L'autopsie permit de constater une inversion des viscères thoraciques et abdominaux. La rate est à droite ainsi que le petit lobe du foie; le cœur occupe la partie droite de la cage thoracique. Il est vraisemblable de supposer que la cause de la mort réside dans quelque malformation cardiaque expliquant la cyanose et que la dissection des pièces permettra sans doute de déterminer.

Hémorrhagie vulvaire des nouveau-nés.

M. Doléris a observé une petite épidémie grave d'hémorrhagies vulvaires chez des petites filles nouvellement nées. Sur 5 cas, suivis presque en même temps, 4 se sont terminés par la mort.

Ces cas sont extrêmement rares et M. Doléris n'a pas pu trouver d'observations semblables. Le plus souvent, en effet, les hémorrhagies vulvaires des petites filles sont considérées comme physiologiques et sont la conséquence de la poussée ovarienne qui se produit souvent à la naissance. Tout autre est la gravité des cas observés puisque la plupart ont été mortels. Ces hémorrhagies mortelles doivent être évidemment rapprochées des autres hémorrhagies (mélæna, omphalorrhaphie, purpura) que l'on rencontre assez souvent chez les nouveau-nés. Mais là encore la pathogénie de ces accidents est peu connue. On a incriminé la syphilis, une prédisposition spéciale aux hémorrhagies, la ligature tardive du cordon, une faiblesse congénitale des parois vasculaires, etc. Enfin, dans ces dernières années, on a surtout insisté sur l'origine infectieuse de ces hémorrhagies. Ce serait surtout par l'ombilic que les microorganismes pénétreraient dans l'économie. Sur les 5 cas de M. Doléris, l'autopsie d'un seul enfant a été faite. Le sang était stérile, mais le foie contenait du streptocoque. Les mères n'avaient pas de lésions mammaires, l'état sanitaire du service était excellent.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 Mai 1898.

Le formol dans l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Linossier (de Lyon) a étudié l'action du formol à faible dose sur la digestion; cet antiseptique exerce, sur les fermentations digestives une action retardante; mais celle-ci n'est vraiment très marquée que sur la digestion pancréatique des matières albuminoïdes. L'action de la salive, du suc gastrique (pepsine et lab) et de l'amylase pancréatique n'est sensiblement entravée que par des doses de formol supérieures à celles que l'on emploie pour pratiquer l'antisepsie intestinale.

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

M. Mathieu accepte dans son ensemble les conclusions auxquelles M. G. Lyon était arrivé. Il pense comme lui que, à l'origine des ulcères simples de l'estomac, existent à la fois des lésions interstitielles de la muqueuse déterminant aux points malades une moindre résistance de l'organe et une irritation inflammatoire des éléments glandulaires amenant une hypersécrétion; la muqueuse lésée subit un travail d'auto-digestion sous l'influence du suc gastrique dont le pouvoir digestif est augmenté : d'où l'indication formelle de supprimer tout ce qui peut être une cause de gastrite et, d'un autre côté, de saturer l'acidité chlorhydrique ou de l'atténuer.

M. Mathieu repousse l'emploi du perchlorure de fer; il déconseille l'administration de fer et d'arsenic pendant la convalescence, et proscrit même l'usage de l'iodoforme, tous ces médicaments pouvant déterminer une augmentation de l'hyperchlorhydrie.

Il considère comme formellement interdite l'introduction d'une sonde dans l'estomac à la période d'activité de l'ulcère, alors qu'une hémorrhagie ou une perforation sont toujours possibles ; quant aux pansements locaux de sous-nitrate de bismuth, il faut se borner à remplir leur indication en donnant le médicament directement par voie buccale.

Toutes les fois qu'un accident aigu survient, le malade doit être nourri par le rectum, et voici la pratique recommandée par M. Mathieu : le premier jour on donne plusieurs lavements d'eau salée de 250 à 300 grammes; cela suffit parfaitement à soutenir le malade 1 jour ou 2 et permet d'habituer progressivement le rectum au travail nouveau qu'on lui impose. On ajoute ensuite à l'eau salée des œufs frais bien battus, dont la valeur nutritive, par la voie rectale, équivaut à celle des peptones de bonne qualité; enfin, si le rectum est tolérant, on remplace peu à peu l'eau salée par du lait.

La cure de Carlsbad ne produit sans doute pas l'abaissement de la sécrétion chlorhydrique : elle amène une digestion plus rapide en excitant la motricité stomacale; aussi convient-elle uniquement à une période avancée de l'ulcère, quand celui-ci est guéri, et doit-elle être déconseillée toutes les fois qu'on est encore dans la période active.

En ce qui concerne l'intervention chirurgicale préconisée contre l'hémorrhagie, M. Mathieu croit qu'il faut la réserver à des cas exceptionnels; sans doute, il faut bien l'employer lorsque les hémorrhagies sont répétées, tenaces, incoercibles, mais elle n'est pas indiquée en présence d'une hémorrhagie unique, si abondante soit-elle; l'expérience montre, en effet, que dans ces cas le traitement médical réussit presque toujours. L'intervention chirurgicale convient surtout aux vieux ulcères chroniques, desquels relève ordinairement la forme grave de la maladie de Reichmann.

Traitement des diphthériques.

M. Barbier considère que l'infection diphthérique, loin d'être localisée à l'arrière-gorge suivant la notion classique, s'étend sur la muqueuse aérienne jusqu'aux extrémités de l'arbre bronchique, et même qu'elle peut être mise en évidence dans les viscères et dans les centres nerveux. On aurait donc grand tort de considérer l'angine comme un miroir fidèle de la maladie dans tous les cas; ce qu'il faut rechercher avec attention, ce sont les stigmates de l'intoxication diphthérique; la faiblesse du pouls, sa rapidité sans élévation parallèle de la température, l'affaiblissement de la contraction cardiaque, la pâleur du teint, les vomissements, tels sont les principaux symptômes qui doivent guider le médecin dans l'appréciation des doses de sérum à injecter : ce sont eux, et non l'état de la gorge, qu'il faut, avec l'âge de l'enfant, prendre en considération.

D'ailleurs, dans certains cas, on voit survenir les accidents plus ou moins tardivement, alors qu'une première dose de sérum avait amené une rémission passagère; il faut alors recourir à une ou plusieurs inoculations nouvelles de sérum, de manière à lutter contre l'infection bacillaire tardive qui s'est probablement effectuée; ici encore on doit se guider sur les indications fournies par les symptômes nerveux bien plus que sur l'état de l'arrière-gorge.

Le sérum n'a pas d'autre action que de détruire la toxine diphthérique; le traitement ne doit donc pas uniquement consister à l'injecter à dose suffisante, il faut encore lutter par une médication symptomatique contre les accidents rénaux et nerveux qui ont pu résulter de l'action antérieure de la toxine diphthérique; il faut aussi s'inquiéter de la coexistence possible des associations microbiennes; dans ces cas, en effet, on doit : 1° injecter une dose plus grande de sérum antitoxique, parce que le bacille de Löffler est plus actif et que le sujet est plus sensible au poison; 2° lutter contre l'infection surajoutée par un traitement approprié. C'est alors qu'on emploiera avec avantage les antiseptiques : M. Barbier conseille les grands lavages du nez et de la gorge, et surtout les attouchements avec le phénol sulforiciné sans écouvillonnage et sans manœuvres brusques du pharynx.

Quant aux stigmates de l'intoxication diphthérique, ils indiquent, dans certains cas, l'usage des injections de sérum artificiel, des injections de caféine, de la digitale, de la strychnine; dans d'autres cas, les bains froids, les lotions froides ou les bains sinapisés.

Enfin, il est indispensable d'assurer, dans les services hospitaliers, la protection des malades contre les infections septiques

surajoutées; c'est là un point essentiel; on sait combien, dans les salles de rougeoleux, l'isolement des malades atteints de bronchopneumonie ou d'autres complications infectieuses doit être pratiqué avec rigueur; des mesures du même ordre s'imposent dans les services de diphthériques; en les employant, on diminue, dans une notable proportion, la gravité de la maladie.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 23 Mai 1898.

Leucocytose expérimentale par toxine typhique.

MM. Lépine et **Lyonnet** rapportent la suite de leurs recherches sur l'action de cultures typhiques chauffées pendant 1 heure à 58° chez le chien.

Ils ont observé, chez les chiens qui ont succombé aux injections intra-veineuses de toxine, un abaissement considérable du nombre des globules blancs, après l'injection.

Au contraire, chez ceux qui ont résisté, chaque injection a été suivie d'une élévation très forte du nombre des globules blancs.

Radiographie.

M. Destot rappelle que depuis le mois de février 1896, il a érigé en méthode de choix l'emploi de la machine statique pour la production des rayons X. Dans une série de publications ultérieures, dont il donne la liste, il a signalé le premier l'absence de troubles trophiques et la facilité d'allumer des tubes dans la main et dans les cavités naturelles, sans produire de sensation.

Au mois de novembre 1896, en collaboration avec M. Léon Bérard, il présentait des clichés obtenus par le moyen de tubes-sondes, et dans un article de *la Presse médicale*, du 9 mars 1898, page 125, M. Bouchacourt rapportait les résultats obtenus à l'hôpital Cochin sur les indications de M. Destot.

Aussi ce dernier tient-il à protester contre la communication récente de MM. Rémond et Noé, qui, ayant pris leur inspiration chez l'auteur et à l'hôpital Cochin, ont présenté en leur nom cette méthode à l'Académie de médecine.

Cécité psychique.

M. Pauly présente une malade du service de M. Lépine, atteinte d'une amnésie particulière, développée à la suite de quatre attaques, avec légère perte de connaissance, survenues depuis 8 mois.

La malade reconnaît les objets usuels qu'on lui montre, mais sans pouvoir en dire le nom. Habituellement, elle trouve ce nom, si on lui laisse toucher l'objet, quelquefois cependant, le toucher ne suffit pas. Si on lui dit le nom, elle le répète bien.

Elle reconnaît bien les couleurs, mais sans pouvoir en dire le nom. Les dessins sont assez bien reconnus. Il y a impossibilité d'évoquer les images visuelles et de s'orienter; la malade ne peut dire les noms des rues de son quartier, ni leur emplacement ou direction.

L'examen du fond de l'œil a montré des troubles circulatoires, mais pas de stase papillaire vraie. La marche est difficile, à cause de sensations vertigineuses.

Hémianopsie droite, que l'on explique, ainsi que les différents troubles de la mémoire visuelle, par un ramollissement du lobe occipital gauche.

Hémorrhagie cérébrale.

M. Dreyfus rapporte l'histoire d'un malade du service de M. Lépine. Il s'agit d'une hémorrhagie de la couche optique, trouvée à l'autopsie.

L'intérêt du cas est dans l'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. L. Dor. Le fond de l'œil était parsemé d'un piqueté hémorrhagique ne présentant pas de rapport avec le trajet des vaisseaux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 25 Mai 1898.

Exstrophie vésicale.

M. Patel présente une enfant de 6 ans, opérée il y a 3 ans par M. Vincent pour une exstrophie vésicale par la méthode autoplastique. Le résultat s'est maintenu satisfaisant.

Laparotomie rectale.

M. Molin rapporte une nouvelle observation de drainage de la cavité péritonéale par une incision de la paroi antérieure du rectum, faite par M. Jaboulay dans un cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

La guérison a été obtenue.

M. A. Pollosson présente trois monstres anencéphales.

Phlébite des sinus.

M. Gondrand présente le cerveau d'un enfant de 2 ans 1/2, mort dans le service de M. Colrat, de phlébite des sinus avec hémorrhagie sous-arachnoïdienne. Il n'y avait aucune cause d'infection dans le voisinage, et l'affection semble avoir été de nature tuberculeuse. Une tuberculose pulmonaire et intestinale était en voie d'évolution.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 Mai 1898.

Perforation de l'utérus au cours du curetage.

M. Dührssen communique l'observation d'une femme qui à la suite d'une fausse couche fut atteinte d'hémorrhagies utérines très abondantes. Supposant que celles-ci étaient dues à la rétention de parties placentaires, le médecin qui soignait cette malade eut recours au curetage, mais sans succès. M. Dührssen refit le curetage, sans pouvoir arrêter l'hémorrhagie; ce n'est qu'après un tamponnement laissé en place durant 48 heures qu'il parvint à enlever avec le doigt introduit dans la cavité utérine les débris placentaires. L'hémorrhagie n'en persista pas moins et resta même tout aussi abondante. La vie de la malade étant menacée du fait de ses pertes de sang prolongées, on dut recourir à l'extirpation vaginale de l'utérus, qui fut exécutée sans difficulté d'après la méthode de Landau. La guérison fut rapide.

L'examen de la pièce montra sur la paroi gauche de l'utérus une perforation et l'examen des parties enlevées par le curetage a montré, à côté de débris et de villosités placentaires, des portions de fibres musculaires provenant de la paroi utérine. Il est probable que dans ce cas le placenta adhérait d'une façon anormale et, d'autre part, que la paroi utérine était le siège d'un certain degré de ramollissement.

M. Dührssen pense donc que dans les cas de ce genre il y aura tout avantage à substituer le tamponnement au curetage. Si le tamponnement ne suffit pas, on peut avoir recours à la vaporisation intra-utérine qui arrête l'hémorrhagie même lorsqu'elle provient de vaisseaux de gros calibre. En abaissant fortement le col à l'aide de pinces on diminue également l'afflux du sang dans le corps utérin.

Hernie de l'ovaire chez une enfant de dix mois.

M. Maass relate l'observation d'une fillette âgée de 10 mois, atteinte de fièvre, de vomissements, etc., accidents qui furent attribués à une hernie congénitale que l'on constata chez la petite malade. L'opération montra qu'il s'agissait en réalité d'une hernie de l'ovaire; cet organe fut réséqué et l'enfant guérit.

Kyste colloïde du foie.

M. Kramm présente une pièce anatomique provenant d'un homme âgé de 64 ans, atteint d'une tumeur kystique du foie, chez lequel on pratiqua successivement 5 ponctions; la dernière fournit un écoulement de sang presque pur et la mort survint par cachexie peu de temps après.

A l'autopsie on trouva un énorme kyste du foie pesant 10 kilogrammes, et renfermant en partie un liquide gélatineux. Cette tumeur ne présentait aucune adhérence.

Œdème chronique du pénis d'origine lymphatique.

M. Th. Meyer montre un malade qui a subi, il y a 2 ans 1/2, l'extirpation radicale des glandes inguinales des deux côtés; 6 mois plus tard le pénis commença à se tuméfier sans présenter cependant aucun signe d'inflammation. Il semble que cette affection soit le résultat d'une occlusion des voies lymphatiques consécutive à l'extirpation des ganglions de l'aine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 Mai 1898.

De l'asthme chronique.

M. A. Fränkel a eu l'occasion rare de faire l'autopsie d'un sujet ayant succombé en plein accès asthmatique. On ne connaît usqu'ici que 3 faits analogues (von Leyden, Bernhardt et A. Schmidt), et dans ces 3 cas on a trouvé un exsudat fibrineux dans les branches. La présente observation est donc la quatrième de ce genre. Elle concerne un homme âgé de 63 ans, qui mourut subitement au cours d'un accès d'asthme bronchique survenu pendant la nuit. A l'autopsie les bronches moyennes et fines étaient dilatées et contenaient des bouchons d'épithélium cylindrique. Il s'agissait donc dans l'espèce d'un catarrhe bronchique desquamatif.

M. Fränkel ne croit pas qu'il y ait lieu d'admettre pour l'asthme bronchique un substratum anatomo-pathologique unique. Il estime que cette affection peut s'accompagner de phénomènes variés du côté de la muqueuse broncho-pulmonaire : tantôt il y a exsudation d'une masse visqueuse et vitreuse avec formation de spirales de Curschmann, avec ou sans coagula fibrineux, tantôt le malade rejette en abondance des crachats spumeux liquides, pauvres en albumine, comme il arrive surtout dans la forme chronique de l'asthme. On ne doit donc pas accorder trop d'importance à l'examen des crachats pour le diagnostic de l'asthme bronchique. Les signes caractéristiques de la maladie en effet, ne sont pas fournis par les lésions de la muqueuse des voies respiratoires, mais ils se tirent de l'ensemble des symptômes cliniques qui ne sauraient s'expliquer que par une prédisposition particulière du système nerveux.

En terminant, M. Fränkel mentionne un cas intéressant d'asthme essentiel grave qu'il a observé chez un homme âgé de 25 ans. Pendant 6 jours consécutifs ce malade fut en proie à une dyspnée extrême avec respiration de Cheyne-Stokes et perte de connaissance survenant par accès d'une certaine durée (8 heures). La morphine administrée à haute dose, le chloral, les bains chauds avec affusions froides furent administrés sans succès. Ce qui réussit le mieux, ce furent les injections souscutanées de bromhydrate d'hyoscine à la dose de 0 gr. 0005 à 0 gr. 001. Ce médicament n'a exercé aucune influence fâcheuse sur le cœur.

M. Lazarus, qui a employé il y a déjà quelques années l'hyoscine, n'en a obtenu aucun effet particulier. L'expérience d'autres cliniciens avec l'hyosciamine ne paraît pas non plus avoir été encourageante.

M. Jacobsohn a observé un cas de bronchite fibrineuse avec accès asthmatiques pendant lesquels les crachats contenaient nombre de coagula fibrineux présentant parfois le moule des ramifications bronchiques. Cette affection n'avait cependant rien de commun avec l'asthme bronchique proprement dit. Dans ce cas les inhalations d'eau de chaux se sont montrées d'une certaine utilité.

En ce qui concerne la question de la pathogénie des accès asthmatiques, M. Jacobsohn cite les cas d'asthme d'origine utérine qui prouvent que l'asthme n'est pas dû à une affection primitive aiguë des bronches, mais qu'il peut avoir pour point de départ tel ou tel autre organe chez des sujets prédisposés par un état neurasthénique.

M. von Leyden croit que l'asthme bronchique peut exister indéfiniment sans produire dans les poumons aucune lésion sérieuse, sauf de l'emphysème. Les crachats expectorés au début de l'accès aigu sont pathognomoniques : ils sont composés de masses fibrineuses contenant des éléments cellulaires et des cristaux particuliers.

A la fin de l'accès les crachats prennent un caractère catarrhal. Pendant toute la durée de la crise on trouve aussi des cellules éosinophiles dans les masses expectorées. Quant aux spirales de Curschmann, elles n'offrent rien de caractéristique. L'asthme bronchique est un processus spécifique ne s'observant que chez les sujets qui y sont prédisposés.

Deux cas de tumeur de la moelle avec autopsie.

M. A. Fränkel a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux sujets atteints de tumeurs de la moelle épinière.

Le premier cas concerne un homme de 33 ans, qui fut pris de douleurs pongitives dans les muscles du cou et des épaules, puis de parésie des quatre membres. Les masses musculaires humérales s'atrophièrent, puis l'on vit bientôt survenir une paraplégie complète, des troubles de la respiration et de la déglutition, et le patient ne tarda pas à succomber. A l'autopsie on trouva un gliosarcome ayant le bulbe pour point de départ et qui comprimait la moelle.

La seconde observation a trait à un jeune homme âgé de 21 ans qui, à la suite d'une contusion de la hanche droite, commença à éprouver dans cette région des douleurs intenses irradiant jusqu'au genou. Deux ans plus tard se manifestèrent des sensations de brûlure à la région coccygienne et de la faiblesse avec rigidité des membres inférieurs. Lorsque, 1 an après, le malade entra à l'hôpital, ses membres inférieurs étaient contracturés dans l'attitude de la flexion et on notait une torsion du rachis autour de son axe longitudinal, le tronc étant tourné à gauche, tandis que les membres inférieurs se trouvaient déviés à droite.

Il existait de plus une paraplégie complète avec anesthésie de la partie inférieure du corps à partir de l'ombilic. L'autopsie révéla la présence d'une tumeur enserrant la moelle comme une sorte de manchon, laquelle avait produit une destruction complète de la substance médullaire au niveau de la neuvième vertèbre dorsale. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un névro-épithéliome.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 13 Mai 1898.

Ileus.

MM. Lees et **Quarry Silcock** communiquent l'observation d'un garçon de 4 ans 1/2 sujet à des accidents d'obstruction intestinale avec formation d'une tumeur dans l'abdomen, lesquels accidents cédaient aux grands lavements donnés sous le chloroforme. Ces attaques d'occlusion intestinale, qui survenaient

ordinairement tous les mois, revêtant chaque fois une gravité plus grande, on se décida d'intervenir d'autant que la tumeur ne disparaissait plus complètement après chaque attaque. La laparotomie montra qu'il existait une invagination iléo-cæcale; celle-ci ayant été reconnue irréductible, on réséqua la partie invaginée et on aboucha la partie terminale de l'iléon avec le côlon. L'enfant guérit sans complications.

L'examen de la pièce montra que la paroi postérieure du cæcum avec l'appendice était invaginée dans le côlon ascendant.

MM. Collman et **Hellack** ont observé un cas analogue chez un garçon de 8 ans qui de temps en temps était pris de coliques violentes avec vomissements, mais sans constipation. A l'examen on trouva une tumeur volumineuse dans le flanc gauche entre la crête iliaque et le bord des fausses côtes. Par le toucher rectal on ne sentait rien, si bien qu'on pouvait penser à la possibilité d'une rate flottante avec torsion du pédicule; la tumeur était toutefois séparée de la rate par une zone de sonorité. L'opération faite au cours d'une de ces attaques montra qu'il s'agissait d'une invagination du côlon transverse au niveau de l'angle gauche. L'invagination fut facilement réduite et l'opération complétée par la résection de l'appendice à la base duquel se trouvait une ulcération. L'enfant a succombé à la péritonite 48 heures plus tard. L'autopsie n'a pas été faite.

M. Lees cite le cas d'un enfant de 3 ans sujet depuis 6 semaines à des douleurs violentes, sans vomissements et avec selles plus ou moins régulières dans lesquelles il n'y a eu du sang que vers la fin de la 6e semaine. L'existence d'une tumeur dans l'axe du côlon transverse ayant fait penser à une invagination, M. Lees fit sous le chloroforme un grand lavement et vit la plus grande partie de la tumeur s'effacer et disparaître.

Dans l'idée que la disparition incomplète de l'invagination tenait à l'inflammation des parties invaginées, il fit mettre au niveau de la tumeur une vessie de glace qu'il laissa en place pendant 4 jours; au bout de ce temps il administra un second lavement très abondant qui amena l'issue d'une grande quantité de matières fécales et la disparition complète de la tumeur. L'enfant guérit complètement.

M. Barker estime qu'il est très difficile de préciser les indications respectives de l'opération et du lavage de l'intestin. Sur 14 cas qu'il a opérés, il a eu 10 guérisons et 4 morts; chez plusieurs de ces enfants on avait fait sans succès les grands lavages de l'intestin. Chez 3 opérés il existait une gangrène de la partie invaginée et chez eux le lavage aurait amené un désastre.

M. Langton estime que dans les cas aigus les lavages de l'intestin ne font pas disparaître la dernière portion de la tumeur et que dans les cas chroniques ils peuvent amener la déchirure de l'intestin quand même ils sont donnés sous une faible pression. L'opération en elle-même n'est pas dangereuse quand on n'intervient pas trop tard, et est ordinairement suivie de guérison.

M. Guthrie estime aussi que les injections de liquide ou d'air sont dangereuses quand il s'est passé plus de 48 heures après l'invagination.

Perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde.

M. Rolleston relate l'observation d'un homme de 21 ans entré à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre typhoïde et pris le lendemain de douleurs violentes dans l'abdomen avec collapsus.

La laparotomie, faite dans l'idée d'une perforation de l'intestin, montra l'existence d'une péritonite fibrineuse par perforation de l'appendice. L'appendice fut réséqué, le péritoine lavé et drainé. Le malade après une amélioration passagère succomba au 5e jour après l'opération.

A l'autopsie on trouva au niveau de l'intestin les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Les lésions de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde ne sont pas très rares ; sur 60 cas de fièvre typhoïde terminés par la mort, M. Rolleston a trouvé l'appendice 5 fois simplement tuméfié, 7 fois ulcéré et 2 fois perforé.

M. Goodall a eu l'occasion de faire la laparotomie pour une péritonite consécutive à la perforation d'une ulcération typhique de l'intestin chez une fillette de 8 ans. La malade succomba 5 jours après l'opération

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 12 Mai 1898.

De la guérison durable après l'ablation des tumeurs cancéreuses.

M. R. Frank présente un homme âgé de 71 ans, auquel il a extirpé, il y a 8 ans 1/2, un cancer de rectum d'après le procédé de Kraske. L'opéré jouit depuis lors d'une santé parfaite. Il porte une pelote destinée à soutenir le rectum, qui offre un prolapsus de 5 centimètres de hauteur.

M. Frank relate, en outre, un cas de cancer de la langue avec envahissement du plancher buccal, pour lequel il a enlevé toutes les parties atteintes en faisant la résection temporaire du maxillaire inférieur. 5 ans se sont écoulés depuis l'intervention et le sujet ne présente pas la moindre trace de récidive.

M. Weinlechner dit avoir opéré un cancer de la langue qui n'a récidivé qu'au bout de 13 ans.

M. Hochenegg a pratiqué, de 1887 à 1898, 104 extirpations de cancer du rectum par la voie sacrée. Parmi ces opérés 46 sont jusqu'ici exempts de récidives. Dans 1 cas cette période d'immunité dure depuis 11 ans.

M. E. Ullmann présente un homme de 79 ans, auquel il a enlevé, 11 années auparavant, un cancer du rectum.

M. Albert estime qu'il faut être circonspect dans l'emploi du terme « guérison durable » en ce qui se rapporte aux cancers, car ces tumeurs peuvent récidiver tardivement, parfois 10 ans après l'opération. Chez les malades atteintes de cancer du sein on voit, dans des cas en apparence identiques, la récidive survenir tantôt en quelques mois, tantôt au bout de 2 ans, sans qu'on puisse expliquer la cause de ces différences.

Traitement du lupus érythémateux par l'air surchauffé.

M. E. Lang a montré une femme qui a été guérie d'un lupus érythémateux par l'air surchauffé employé suivant la méthode de M. Holländer. On sait que ce procédé de traitement réussit bien dans le lupus vulgaire, mais son efficacité contre le lupus érythémateux n'était pas encore connue. La malade de M. Lang était atteinte d'un lupus érythémateux siégeant aux deux joues et sur les régions sourcilières. Dans ce cas, l'air surchauffé a été appliqué 2 fois, le 24 mars et le 23 avril derniers. La guérison est complète à la joue droite et sur les deux sourcils; à la joue gauche on constate encore quelques vestiges de réaction inflammatoire, mais la cicatrisation définitive ne paraît pas devoir tarder à se produire.

M. Hochenegg fait observer que l'appareil à air surchauffé de M. Holländer peut être utilisé avec avantage contre les hémorrhagies viscérales en nappe, notamment contre celles qui ont lieu à la suite de l'extirpation des tumeurs du foie.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 Avril 1897.

L'agglutination par la formaline.

M. Vanlair fait un rapport sur les recherches de M. Beco sur les propriétés agglutinantes que possèdent des substances chimiques, notamment la formaline. M. Beco a notamment soumis les cultures bactériennes à l'action de sérums divers, provenant de pneumoniques, de tuberculeux, de typhisants, etc., et à celle de la formaline. Un tiers des cultures colibacillaires soumises à l'action de la formaline s'agglutinent de la même façon que les bacilles typhiques. Ce réactif n'est donc pas plus certain que la réaction de Widal, et la faculté d'être agglutiné

par la formaline ne saurait être considérée comme une propriété distinctive du colibacille ni du bacille typhique.

Influence de l'intoxication arsenicale sur la cellule nerveuse.

M. Van Hambeke fait un rapport sur les recherches de M. Soukhanoff, qui a injecté à des cobayes de l'arséniate de potasse à la dose de 1/2 à 6 milligrammes par jour. Il a observé à la suite de ces injections des modifications des centres nerveux spinaux et cérébraux, qu'il croit pouvoir diviser en trois stades : 1° les filaments chromatiques perdent leur netteté et la cellule se laisse colorer d'une façon diffuse; 2° vers la périphérie on voit apparaître des taches claires; 3° le protoplasme s'altère profondément et se vacuolise. Des expériences de contrôle ont prouvé que les lésions observées ne sont pas dues aux méthodes histologiques employées ni à la cachexie arsenicale, mais bien à une action spécifique et directe sur le protoplasme cellulaire.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 20 Mai 1898.

Tumeurs sarcomateuses multiples de la capsule surrénale gauche, de l'appendice, du foie, des reins et des poumons.

MM. Vandervelde et **Defrise** communiquent l'observation d'un individu de 71 ans qui n'a séjourné à l'hôpital qu'une huitaine de jours. Les symptômes subjectifs accusés par le malade étaient assez vagues : dyspnée, douleurs épigastriques, inappétence. A l'examen, on constata une diminution de sonorité à la base du poumon droit, avec quelques râles disséminés; le poumon gauche présentait des ronflements et un roclement prononcés dans toute son étendue. Le foie était abaissé; le cœur, également abaissé, donnait à l'auscultation des bruits secs.

Les jours suivants survinrent des vomissements alimentaires; la dyspnée s'accentua, la base droite devint tympanique; on perçut des râles fins aux deux bases et le malade succomba bientôt, sans avoir présenté les symptômes d'amaigrissement et de cachexie habituels des sujets atteints de tumeurs malignes.

A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses anciennes des deux poumons : cavernes du côté gauche et granulations tuberculeuses de date plus récente disséminées un peu partout. En même temps, le lobe supérieur gauche est extrêmement dur. Il est parsemé de travées fibreuses, chargées d'anthracose, entre lesquelles on trouve un tissu blanchâtre, dur, assez brillant, sur la nature duquel l'examen à l'œil nu ne nous a pas complètement éclairés.

Le foie porte à la face supérieure du lobe droit une tumeur sous-capsulaire du volume d'une noix : cette tumeur est dure, sa surface de section est blanchâtre, son aspect rappelle celui des noyaux carcinomateux métastatiques. On trouve encore d'autres tumeurs semblables, mais de dimensions moins considérables.

Le rein droit est scléro-kystique et renferme des néoplasies semblables à celles du foie. Le rein gauche a le même aspect, mais la capsule surrénale de ce côté a le volume d'un œuf de poule; elle est entièrement transformée en une masse blanchâtre, friable, d'aspect carcinomateux.

A l'examen microscopique, on constata que les diverses tumeurs étaient formées de travées de tissu conjonctif organisé auxquelles étaient accolées des cellules fusiformes. En certains endroits de la coupe, les cellules étaient extrêmement nombreuses et la tumeur avait la structure du sarcome. Enfin les zones sarcomateuses ont subi en plusieurs points la transformation muqueuse.

Il s'agissait donc d'un fibro-myxosarcome. Quant au siège primitif de la lésion, elle existe dans le tissu conjonctif, mais il est impossible de fixer l'organe où s'est développée la première tumeur. Un second point est digne d'attention : c'est la coexistence de la tuberculose et de la tumeur sarcomateuse, et surtout la poussée de tuberculose récente qui s'est manifestée pendant les derniers temps de la vie.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 21 Mai 1898.

Traitement des brûlures par l'acide picrique.

M. Depage a traité un assez grand nombre de brûlures au moyen de l'acide picrique; il a toujours employé la solution à 2 p. 100. Les résultats, en général, ont été satisfaisants, surtout pour les brûlures superficielles; un seul malade, atteint d'une brûlure de la main au deuxième degré assez étendue, a souffert atrocement à la suite de l'application du remède. Pour les brûlures profondes, l'acide picrique rend peu de services si la cicatrisation n'est pas faite au bout d'une ou deux semaines; les bourgeons restent alors inertes et il faut remplacer l'acide picrique par le baume du Pérou ou un autre excitant. M. Depage ne croit pas que l'acide picrique ait un pouvoir épidermisant, comme l'a soutenu M. Willems à la dernière séance, mais il suppose que cette substance, en coagulant l'albumine, forme une membrane protectrice sur la plaie et annihile ainsi les symptômes douloureux.

M. Willems n'est pas de cet avis. Selon lui, l'acide picrique aurait une action stimulante réelle sur la reconstitution de l'épiderme.

Tuberculose du sternum.

M. Depage présente un malade guéri d'une tuberculose du sternum au moyen des injections interstitielles de chlorure de zinc. Ce malade présentait en outre des symptômes de tuberculose pulmonaire très avancée. L'état était tel que, pendant deux ans, le patient n'avait pu travailler et que M. Depage n'avait osé entreprendre la résection de l'os. Il fit des injections interstitielles de chlorure de zinc dans le foyer tuberculeux et à son pourtour. Après quelques injections, répétées tous les huit jours, la guérison de la tuberculose sternale fut complète et elle se maintient depuis six mois. Les symptômes pulmonaires se sont considérablement améliorés et le patient a augmenté en poids de 15 kilogrammes. Il a repris sa profession de charron et son travail ne lui cause plus la moindre douleur. D'une façon générale, M. Depage se déclare satisfait des injections interstitielles de chlorure de zinc pour les lésions tuberculeuses franchement osseuses. Pour les arthrites tuberculeuses, il emploie de préférence l'huile iodoformée, et enfin, pour les adénites suppurées, les ponctions suivies d'une injection de naphtol camphré lui ont donné de très beaux résultats.

M. Willems n'a pas grande confiance dans les injections de chlorure de zinc pour les tuberculoses locales; il préfère les injections d'huile iodoformée.

M. Lavisé déclare qu'il est difficile d'établir quel est le meilleur traitement des tuberculoses locales; beaucoup donnent de bons résultats.

Scapulalgie hystérique.

M. Depage rapporte une observation qu'il croit pouvoir considérer comme un cas de scapulalgie hystérique. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, à la suite d'une chute, a présenté pendant un certain temps les phénomènes classiques de la périarthrite. Ces phénomènes ont disparu brusquement à la suite de la narcose.

Les antécédents du jeune homme, fortement chargés de névropathie, confirment absolument la manière de voir de M. Depage.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Delcroix cite trois observations de luxation congénitale de la hanche. Dans 2 cas, les manœuvres de Paci ont ramené la tête fémorale dans la cavité cotyloïde; la réduction se maintient. Dans le troisième cas, la tête du fémur est fixée actuellement sous l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La paralysie générale progressive dans le jeune âge (avant 20 ans),

D'après le Dr Ch. Thiry.

Longtemps considérée comme maladie de l'âge adulte, la paralysie générale progressive peut pourtant exister dans le jeune âge. Clouston, en 1877, en publia un cas irrécusable, vérifié par l'autopsie et l'examen microscopique, chez un enfant de 16 ans (1). Depuis, d'autres faits antérieurs ont pu être relevés dans la littérature cités avec d'autres diagnostics. Un certain nombre d'observations sont venues se joindre à celle de Clouston dont les principales sont celle de Turnbull (2) de Régis (3) de Vrain (4) de Gudden (5) de Middlemass (6) de Alzheimer (7) de Haushalter (8), etc. Les cas se sont multipliés et M. Thiry (9) a pu en réunir 69 depuis 1877. Son travail réunit tous les cas publiés jusqu'à ce jour et donne complètement les trois cas de Haushalter; c'est d'après ces documents qu'il trace le tableau de la paralysie générale progressive avant 20 ans, et c'est à son remarquable travail que nous empruntons les éléments de cette revue.

1. Clouston, A case of gener. paral. at the age of sixteen (*Journ. of mental sciences*, oct 1877, p. 419).
2. Turnbull, *Journal of mental sciences*, oct. 1881, p. 391.
3. Régis, *l'Encéphale*, 1883 ; *l'Encéphale*, 1885 ; *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892, p. 287 ; *Bulletin de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1883, 1885, 1894, 1895 ; *Congrès de Toulouse*, août 1897 ; *Mercredi médical*, 1895, p. 241.
4. Vrain, La paralysie générale à début précoce (thèse Paris 1887).
5. Gudden, *Archiv. f. Psychiatrie*, 1894, t. 26, p. 460.
6. Middlemass, Developpement general paralysis (*Journal of mental sciences*, 1894).
7. Alzheimer, *Neurol. Centr*, 15 oct. 1894, et *Allgemeine Zeitsch. f. Psychiat*, LII f. 3, 1895.
8. Haushalter, *Soc. de dermatologie*, 8 juillet 1897, et *Annales de ermatologie* 1867, p. 761-769.
9. Thiry, thèse de Nancy, 1897-1898, n° 5.

Symptômes. 1° *Période prodromique.* — Chez l'enfant comme chez l'adulte il est exceptionnel que d'emblée la paralysie générale s'installe avec ses symptômes caractéristiques. La période d'état est précédée d'une phase incertaine où les différentes manifestations intellectuelles et physiques de la maladie commencent à se développer progressivement de façon inégale. Le plus souvent les *troubles psychiques* ouvrent la scène. L'éclosion de la maladie est précédée par *certaines modifications du caractère.* Les malades ne présentent pas de conceptions délirantes (sauf le premier cas observé par Régis); c'est dans la façon dont ils se livrent à leurs occupations habituelles qu'on constate l'amoindrissement de leur intelligence; un malade jusqu'alors actif et éveillé s'endort à l'école, n'est plus bon à rien, malgré sa bonne volonté ne peut plus faire ses devoirs; de petites ménagères, auparavant adroites et actives, commencent à faire tout de travers, balayent avec le manche du balai, préparent le café avec du sable et du savon, etc., des domestiques ou des apprentis se montrent incapables et se font renvoyer. Dans d'autres cas les changements survenus dans la manière d'être et la perte des sentiments affectifs attirent en premier l'attention; tel devient jaloux, froid, cruel; telle autre, jusqu'alors tendre et sensible, reste indifférente à la mort de son père. La mémoire, le jugement, la vivacité d'esprit, l'habileté manuelle, les sentiments affectifs, l'attention sont amoindris dans la période préparalytique. Chez ces enfants on observe l'apathie, l'instabilité, la satisfaction personnelle, le rire béat, ou bien l'irascibilité, les cris, les pleurs sans motif, symptômes analogues à ceux que présentent certains sujets congénitalement arriérés, simples d'esprit. Mais les malades ne présentent ni le délire préparalytique, ni cette suractivité intellectuelle et les entreprises chimériques si fréquentes chez les adultes.

Parfois les malades s'acheminent vers la déchéance finale sans qu'aucun incident se soit produit. Le plus souvent éclatent un ou plusieurs *ictus congestifs*, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des accès d'hémiplégie, accompagnés d'obtusion mentale, de parésie, d'aphasie transitoire. Presque constants dans la période d'état, ces accidents accompagnent souvent les symptômes prodromiques et dans quelques cas les devancent; l'affection, comme dans un cas de Régis, peut s'annoncer par une attaque apoplectiforme. Dans certains cas ces attaques congestives se produisent à une époque bien antérieure à l'éclosion de la maladie; dans une observation de Clouston (1) la malade avait eu à l'âge de 6 ans plusieurs accès épileptoïdes, mais ce n'est qu'à l'âge de 15 ans, à la suite de plusieurs nouveaux accès accompagnés de perte de la connaissance, que les signes physiques et moteurs de la paralysie générale se manifestèrent. Parfois divers *troubles somatiques* marquent le début de la période préparalytique, ptosis dans le second cas de Régis, douleurs dans les jambes et atrophie optique dans le cas de Westphal (2), ataxie de l'écriture dans celui de Gudden, mouvements choréiformes,

1. Clouston, *Edimbourg med. Journal* 1891, p. 1101.
2. Westphal, *Charité Annalen*, Jahrgang 18, 1893.

aphasie transitoire, parésie des membres inférieurs; dans plusieurs cas l'affection s'annonce comme un tabès (atrophie optique, douleurs fulgurantes dans le dos, abolition des réflexes); ou bien c'est l'arrêt du développement physique qui précède les autres symptômes. Dans le cours de la période prodromique se rencontrent aussi les signes de la méningo-encéphalite diffuse, inégalité pupillaire, mydriase, myosis, signe d'Argyll-Robertson, troubles de la parole, tremblement, etc. Il en est pour le jeune âge comme pour l'âge adulte, mais *les troubles somatiques sont relatés plus souvent et sont plus marqués dans la forme prématurée que dans la forme commune.*

2° *Période d'état.* — Le passage de la première période à la seconde s'effectue progressivement; aux symptômes précédents s'en ajoutent d'autres et le tableau de la maladie est complet.

A. *Troubles psychiques.* Le plus souvent l'état mental est celui de la démence simple : amoindrissement progressif des facultés intellectuelles; affaiblissement ou abolition complète de la mémoire, attention faible, inefficace, jugement défectueux, apathie complète, etc., c'est un véritable effondrement de l'énergie psychique.

Le plus souvent les enfants paralytiques ne présentent que des troubles démentiels simples, en rapport avec leur âge; dans 5 cas seulement M. Thiry trouve notées des idées de grandeur et 3 fois seulement des idées de persécution et encore très fugaces et peu imagées, une petite malade se méfie de ses parents, une autre croit que sa sœur veut la voler; 3 à 4 fois des hallucinations sont notées. Mais *la présence ces idées délirantes au cours de la maladie dans le jeune âge reste l'exception;* jamais elles n'occupent comme chez l'adulte le premier plan dans le tableau symptomatique et les sujets chez lesquels elles se sont manifestées étaient âgés de 19, 20, 21 ans, se rapprochant donc de l'âge adulte. Le plus souvent c'est un état démentiel simple avec quelques idées incohérantes, de la satisfaction personnelle, ou une tristesse tranquille, un état maniaque peu bruyant, c'est la forme rencontrée parfois chez l'adulte et dénommée forme démentielle simple ou démence paralytique primitive c'est là d'ailleurs le trait le plus caractéristique qui distingue la paralysie générale du jeune âge de la forme commune, et plus les sujets sont jeunes, moins souvent l'on rencontre le délire expansif, les idées de satisfaction, la mégalomanie, les idées de persécution, la mélancolie, les hallucinations.

B. *Troubles somatiques.* Nombreux, très marqués, ces troubles ont peut-être ici une importance plus prépondérante que chez les adultes.

Les troubles de la motricité se manifestent de bonne heure par une diminution progressive de la force musculaire, une faiblesse générale, surtout marquée aux extrémités; c'est plutôt au début une incoordination des mouvements qu'une véritable paralysie; dans les périodes terminales elle s'accompagne fréquemment d'atrophie musculaire, de contracture.

Ces troubles moteurs entraînent rapidement *l'incertitude de la marche* se manifestant par de la faiblesse des jambes, de l'aptitude à la fatigue, des chutes fréquentes, parfois on observe une démarche titubante, ou bien de l'ataxie avec incoordination motrice, steppage: plusieurs fois, comme chez l'adulte, s'associent à ces troubles des symptômes caractéristiques de tabès (perte des réflexes rotuliens, atrophie du nerf optique, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson, etc.).

En même temps que ces troubles de la marche précoces constants et très marqués on observe du côté des membres supérieurs la même incoordination motrice; les mouvements spasmodiques, saccadés, maladroits sont souvent signalés, simulant parfois la chorée.

Bientôt apparaissent le *tremblement* des mains et des jambes, le tremblement de la langue, celui des muscles de la face, des lèvres, des tremblements fibrillaires, des soubresauts de tendons, des troubles consécutifs de la parole et de l'écriture semblables à ceux de l'adulte.

Les troubles oculaires sont aussi fréquents et variés que chez l'adulte : inégalité pupillaire précoce, constante, manifeste pendant toute la durée de la maladie, se modifiant d'un instant à l'autre, mydriase ou myosis, ptosis, hémianopsie, nystagmus, atrophie optique fréquente produisant l'affaiblissement de la vue ou même la cécité complète pendant toute la durée de la maladie, ayant précédé dans plusieurs cas de quelques années l'éclosion de celle-ci; cette atrophie papillaire indique la fréquence des symptômes tabétiques dans la paralysie générale infantile.

Les troubles de la sensibilité sont peu notés, difficilement constatables vu l'âge des sujets et leur état démentiel (douleurs vagues dans les jambes (3 cas), douleurs fulgurantes (1 cas), migraine opthalmique (1 cas).

Les réflexes rotuliens et plantaires sont le plus souvent exagérés, quelquefois abolis, fréquemment dissemblables de deux côtés.

La fréquence des ictus congestifs persiste à la période d'état et ils peuvent être considérés comme symptômes de la forme juvénile de la méningo-encéphalite diffuse plutôt que comme complications. Dans 28 cas ont éclaté au cours de la maladie soit des ictus apoplectiques avec perte de connaissance soit des accès épileptiformes, ou des vertiges, de l'obnubilation, de l'aura sensitive; souvent suivis d'aphasie transitoire, d'hémiplégie, d'hémiparésie, de monoplégie ou paraplégie passagères, ils ont toujours été le point de départ d'une aggravation dans la marche de l'affection.

Enfin deux ordres de symptômes ne se rencontrent que chez l'enfant : arrêt du développement physique et troubles de l'appareil sexuel.

Le développement physique s'arrête, le corps cesse de se développer, les formes demeurent celles d'un enfant, malgré les progrès de l'âge; avec les progrès de l'affection il se produit une régression véritable.

L'appareil génital est arrêté dans son évolution, chez les garçons les signes de la puberté ne se manifestent pas, chez les filles la menstruation se supprime ou ne s'établit pas, les seins restent rudimentaires, l'utérus et les ovaires infantiles; chez les uns et les autres le sexe demeure indécis, si les signes de la puberté se sont déjà manifestés, et ne se différencient pas si cette transformation n'est pas encore commencée.

Au sujet de *la marche* de l'affection il est à noter que les rémissions, si fréquentes chez les adultes, ne se sont jamais rencontrées dans les observations recueillies, et pourtant *la durée* de l'affection est plus longue dans le jeune âge que dans l'âge adulte. Sur 37 observations suffisamment complètes et suivies jusqu'à la mort, la moyenne est de près de 4 ans, mais la durée la plus longue porte sur la phase préparalytique et non sur la période d'état qui a sensiblement la même durée que chez l'adulte. Dans quelques cas la marche a été très rapide (1 an 1/2) d'où, le nom de paralysie générale aiguë (1) donnée à cette forme, parfois observée chez l'adulte.

1. Richault, La paralysie générale aiguë (thèse de Bordeaux, 1897).

La *terminaison* est celle rencontrée dans la forme commune : ictus apoplectique enlevant le malade prématurément ou bien évolution progressive, confinement au lit, démence complète, déchéance physique, mort dans le marasme. Chez l'enfant cette période terminale est plus riche en symptômes, les troubles trophiques et dyscrasiques sont plus marqués que chez l'adulte, l'émaciation est extrême, l'atrophie musculaire manifeste accompagnée de rigidité et de contracture en flexion de tous les membres; les gangrènes et les hémorrhagies sont signalées, une fois la pneumonie est venue précipiter l'issue; jamais il n'y a eu de tuberculose ultime.

Étiologie. — *Fréquence.* — Bien que 69 cas seulement aient été publiés depuis 1877, la paralysie générale du jeune âge ne semble pas aussi rare qu'on serait tenté de l'imaginer, les cas se multiplient à mesure qu'on la connaît mieux, qu'on la recherche, qu'on sait la diagnostiquer, et c'est à cette cause plutôt qu'à une plus grande fréquence actuelle de la paralysie générale ou à son apparition plus précoce qu'il faut attribuer l'augmentation des cas observés.

Age. — L'étude des observations ne permet pas de conclure qu'il y ait dans le jeune âge une époque à laquelle corresponde le maximum de fréquence; si l'on pouvait se procurer des documents complets, on verrait que la paralysie générale du jeune âge ne constitue pas, quant à l'époque du début, une forme distincte de la forme commune; fréquente surtout à l'âge mûr, cette maladie peut se rencontrer aux époques extrêmes de la vie, mais à mesure que l'on approche de l'un ou de l'autre, les cas deviennent de plus en plus rares. Il est probable que, d'après une statistique bien faite, le nombre des cas de paralysie juvénile irait en augmentant jusqu'à 20 ans. En tout cas la paralysie générale du jeune âge ne coïncide pas habituellement avec l'éclosion de la puberté; il n'y a pas là, contrairement à l'opinion de Toulouse (1) d'époque d'élection pour l'apparition de la méningo-encéphalite diffuse.

Sexe. — Chez l'enfant, contrairement à ce que l'on observe dans l'âge adulte, la paralysie générale atteint aussi fréquemment les filles que les garçons (30 garçons, 32 filles.

Milieu social. Profession. — Presque tous les sujets étaient issus de parents indigents, mais cela tient à ce que c'est dans les hôpitaux et asiles publics qu'ont été recueillies les observations, et les enfants de la classe aisée ne semblent pas devoir être épargnés, les causes de cette maladie dans le jeune âge étant les mêmes que celles de l'adulte. La profession ne semble pas ici avoir eu d'influence nette, et si dans 5 cas on peut incriminer l'inquiétude morale, la privation de nourriture, l'alcoolisme ou le surmenage, dans les 64 autres observations, on ne trouve dans les antécédents personnels des sujets aucun de ces facteurs étiologiques acquis si importants parmi les causes prédisposantes de la paralysie de l'adulte. Chez l'enfant ce qui crée la maladie, c'est l'hérédité et non le genre de vie.

Terrain. — Sur la *race* rien de spécial n'est à noter pour la forme prématurée : au point de vue du *terrain* dans la très grande majorité des cas, les enfants qui deviendront paralytiques sont intelligents, actifs, éveillés; dans un nombre relativement élevé d'observations (9 sur 69), ils sont au contraire d'esprit lourd, peu développé, arriérés, masturbateurs, hydrocéphales. Le développement physique, normal chez le plus grand nombre, s'est 5 fois montré défectueux (faiblesse congénitale, petite taille, débilité, infantilisme); enfin les maladies infectieuses, notées parfois, ne présentent ici rien de spécial.

1. Toulouse, La paralysie générale juvénile (*Gaz. des hôp.*, 24 août 1896).

Hérédité. — La plupart des observations montrent la lourde hérédité qui pèse sur tous les sujets : hérédité arthritique ou congestive, hérédité nerveuse, hérédité vésanique, hérédité similaire, alcoolisme. Le nervosisme des parents est noté 14 fois et toutes les formes de dégénérescence mentale se retrouvent dans les antécédents des malades; l'hérédité vésanique se rencontre 14 fois, souvent à la fois dans la famille du père et celle de la mère (manie, lypémanie, hypochondrie, etc.). L'hérédité similaire est encore plus fréquente; 17 fois on retrouve la paralysie générale chez le père, la mère, chez tous les deux, chez les frères et sœurs, etc.; tous les facteurs qui font la paralysie générale des enfants (arthritisme, névropathie, alcoolisme, syphilis) sont acquis par leurs parents et légués en héritage; il est naturel que les parents eux aussi payent leur tribut à la maladie. L'alcoolisme est cité 12 fois, du père le plus souvent, parfois de la mère, 3 fois des deux.

Syphilis. — Longtemps discutée comme cause de la paralysie générale chez l'adulte, la syphilis ne manque presque jamais chez les enfants d'après les commémoratifs, ce qui est en faveur de la théorie syphilitique. Sur 67 observations, où la syphilis a été recherchée, elle est constatée 24 fois, probable 19 fois, possible 5 fois, absente 19 fois. Donc dans 43 cas la syphilis est certaine ou probable, ce qui fait une moyenne déjà fort élevée de 64 p. 100. Mais dans 24 autres cas, si elle n'a pas été signalée, on peut la soupçonner en raison de la profession du malade, du genre de vie des parents, de la léthalité très élevée chez les frères et sœurs, ou parce que les renseignements sont insuffisants, il ne reste guère que 10 cas où l'infection spécifique ne puisse être invoquée et encore sait-on que souvent elle existe, sans qu'on parvienne à la déceler. Donc *la syphilis existe presque toujours à l'origine de la démence paralytique du premier âge, c'est de tous les facteurs le plus constant, la paralysie générale juvénile est manifestement une affection parasyphilitique.*

Comme les autres facteurs étiologiques, celui-ci est habituellement héréditaire chez les juvéniles. Dans 5 cas seulement l'infection a été acquise directement par le sujet; dans toutes les autres observations c'est d'hérédo-syphilis qu'il s'agit; 9 fois les enfants avaient présenté les signes indubitables de cette tare congénitale, lésions passagères ou altérations dystrophiques durables (exanthèmes caractéristiques, fissures des muqueuses, desquamation de la plante des pieds, coryza, jetage, lésions du squelette, dents d'Hutchinson, etc.).

Dans 10 observations les parents étaient manifestement contaminés, mais aucun des signes de la syphilis ne fut observé chez leurs enfants, il semble néanmoins légitime d'admettre qu'ils avaient hérité de l'infection, si l'on considère la léthalité considérable qui a décimé leurs frères et sœurs, et qui parfois peut constituer le seul signe de l'hérédité spécifique. Le plus souvent, dans l'ordre chronologique des grossesses, les petits paralytiques sont nés avant ou après, mais presque toujours dans le voisinage d'un avortement. Il semble donc que l'influence morbide de la syphilis héréditaire, assez intense pour rendre les frères et sœurs de nos malades inaptes à la vie, existe néanmoins chez eux. Ils naissent viables mais portent un germe dystrophique spécial, latent pendant les premières années de la vie, et qui vers 15 ou 16 ans se réveillera pour créer la méningo-encéphalite.

Traumatisme. — A côté de ces deux grands facteurs,

hérédité cérébrale et syphilis, le traumatisme est signalé 10 fois; souvent, il est vrai, il ne s'agit que d'une chute, sans gravité, sur la tête, et peut-être s'agit-il simplement d'un de ces accès apoplectiformes si fréquents dans la phase préparalytique chez les enfants; pourtant, dans 3 ou 4 cas, c'est bien un véritable traumatisme crânien qui s'est produit avec fracture du crâne et lésions permanentes du squelette. Wiglesworth et Gudden insistent sur ce facteur.

Donc, en résumé, si les enfants qui deviennent paralytiques n'ont pu, par leur genre de vie, réaliser le facteur de la prédisposition individuelle, par contre ils ont presque toujours reçu de leurs parents les deux conditions étiologiques les plus importantes, cérébralité et syphilis. Ils sont issus de familles névropathiques au plus haut degré et dans lesquelles la syphilis des parents est venue ajouter son contingent de dystrophie et de dégénérescence. Il semble qu'une hérédité assez lourde soit nécessaire pour créer la paralysie générale chez les enfants, ce qui expliquerait la rareté de cette maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions se sont toujours montrées identiques à celles qu'on rencontre chez les paralytiques généraux adultes, 42 fois l'autopsie a été pratiquée, 19 fois seulement l'examen microscopique.

Cerveau. 1° *Lésions macroscopiques.* — A l'ouverture du crâne, on note dans quelques cas l'épaississement de l'os, son adhérence aux méninges sous-jacentes. La dure-mère est souvent hypertrophiée, fibreuse, vascularisée; entre elle et le cerveau existe un vide résultant de l'atrophie cérébrale et rempli de liquide séreux louche et sanguinolent; parfois on constate dans cette cavité des membranes fibreuses, reliquat d'anciennes hémorrhagies.

L'encéphale est diminué de volume, le lobe frontal aminci se termine en pointe, parfois aussi le lobe occipital; au toucher la substance cérébrale est dure et offre au doigt la consistance d'un tissu élastique, état surtout marqué dans la région frontale.

Les méninges sont épaisses, louches, vascularisées. Dans aucune observation n'ont fait défaut les adhérences de la substance corticale à la pie-mère; elles siègent, sauf dans un cas, au niveau du lobe frontal.

Sur la coupe on note l'atrophie de la substance grise du cortex dans la région antérieure, l'état criblé de la substance blanche, la dilatation des ventricules, l'épaississement et l'état rugueux de l'épendyme constituant parfois de véritables granulations. Toutes ces lésions macroscopiques sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte.

2° *Lésions microscopiques.* — On retrouve chez l'enfant les lésions caractéristiques de la paralysie générale : épaississement des méninges, infiltration de leurs mailles par de petites cellules rondes, prolifération vasculaire dans ces méninges et lésions des parois vasculaires; vaisseaux nombreux de nouvelle formation se rendant des méninges à l'écorce, sclérose névroglique de la substance grise, vascularisation de cette région, infiltration de la substance cérébrale par de petites cellules, lésions atrophiques des cellules pyramidales. Ces lésions, à des degrés plus ou moins avancés suivant les cas, prédominent chez l'enfant comme chez l'adulte, au niveau des circonvolutions frontales, mais les autres régions du cerveau ne sont pas indemnes, quoique présentant des lésions moins avancées.

Moelle. — Sur 10 autopsies où elle a été examinée, 9 fois sont citées des altérations : sclérose des faisceaux postérieurs et des faisceaux pyramidaux, altération des cellules de la corne antérieure. Dans les 3 cas de Haushalter il y avait une sclérose bien nette des faisceaux de Goll et des faisceaux pyramidaux, on trouvait de plus des altérations des enveloppes de la moelle en tout semblables à celles observées au niveau des méninges encéphaliques, mais plus diffuses, moins marquées; dans un de ces cas il existait encore une modification dans l'état des cellules des cornes antérieures diminuées de nombre et présentant ou bien un certain degré de chromatolyse diffuse, ou bien une atrophie marquée; les cellules de la colonne de Clarke étaient aussi lésées. Mais, comme chez l'adulte, ces altérations médullaires se sont montrées peu profondes, ne rappelant pas l'intensité des lésions corticales; la sclérose des cordons de Goll, manifeste dans les 3 cas de Haushalter, explique les troubles de la marche relevés chez les malades et ici, comme chez l'adulte, est un exemple de l'association du tabes et de la paralysie générale. La sclérose des faisceaux pyramidaux rend compte des phénomènes réflexes observés, l'état des grandes cellules des cornes constaté dans un cas explique l'atrophie musculaire dans ce cas.

Nerfs et vaisseaux périphériques. — Dans un cas de Haushalter et Thiry, des petits nerfs musculaires et cutanés examinés présentaient une atrophie marquée des tubes nerveux, expliquant l'atrophie musculaire, la contracture et l'émaciation extrême; cette névrite parenchymateuse a d'ailleurs été signalée chez l'adulte. Dans ce cas la déchéance de l'organisme tenait aussi en partie à l'artério-sclérose généralisée; sur les coupes les vaisseaux présentaient une hypertrophie générale des tuniques et en particulier de la tunique moyenne des artères dont la lumière était parfois réduite à une simple fente.

Lésions viscérales. — Dans quelques autopsies sont signalées des lésions viscérales macroscopiques, d'origine syphilitique, pour la plupart gommes syphilitiques de la plèvre, foie hypertrophié, sillonné de tractus conjonctifs, nodules syphilitiques du poumon, foie volumineux parsemé de taches jaunes, état angloïde de la rate, du foie, de l'intestin, vieux tubercules cicatrisés; chez un même malade, Haushalter note une glossite syphilitique et des plaques d'aortite syphilitique.

Mais à côté de ces lésions accidentelles et indépendantes de la paralysie générale, on observe chez l'enfant des complications viscérales analogues à celles signalées chez l'adulte (1) (myocardite interstitielle, néphrite interstitielle, cirrhose musculaire).

On trouve donc chez l'enfant qui succombe à la paralysie générale des lésions cérébrales caractéristiques et de tous points identiques à celles que l'on rencontre chez l'adulte, et comme chez lui aussi des lésions médullaires, des névrites périphériques, de l'artério-sclérose généralisée, des complications viscérales.

Diagnostic. — Facilement reconnaissable quand la maladie est confirmée, à condition qu'on sache qu'elle peut exister, la paralysie générale du jeune âge pourrait permettre quelques hésitations dans certains cas.

A) Au début dans la *phase préparalytique* le changement du caractère, la perte de la mémoire, la diminution de l'intelligence, la somnolence, les douleurs de tête peuvent être mis sur le compte de *phénomènes de croissance*, parfois même d'un début de *méningite tuberculeuse*.

Dans d'autres cas, c'est un épisode aigu, accès épileptoïde ou apoplectiforme qui ouvre la scène. Parfois on croit à *l'épilepsie essentielle*, mais c'est plus souvent à *l'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale* que peut

1. Klippel, *Arch. exp. de médecine* IV, 4; et Durante, Complications viscérales de la paralysie générale, 24 février 1894.

parfois ressembler le début de la méningo-encéphalite diffuse de l'enfance; dans la plupart des cas, il s'est agi seulement d'attaques apoplectiformes, avec conservation de la connaissance, de mouvements épileptoïdes peu marqués limités à un seul membre, parfois de simples vertiges, d'aura sensitive, et ces ictus étaient toujours suivis d'obtusion mentale, de parésie, de monoplégies, d'aphasie transitoire, de tremblement, de ptosis, etc... Aussi devait-on songer à une lésion en foyer : *tumeur cérébrale, tubercule, exostose, plaque de méningite chronique, gomme ou méningite syphilitique.*

Dans certains cas l'affection s'annonce par une démarche ataxique, l'abolition des réflexes, l'atrophie du nerf optique, ou même des douleurs fulgurantes; ces symptômes pourraient faire penser au *tabès* (mais c'est une maladie de l'âge adulte) ou plutôt à la *maladie de Friedreich.*

On peut donc à cette période ne pas diagnostiquer la paralysie générale, mais c'est surtout parce que, vu sa rareté chez les enfants, on ne songe pas à la dépister chez eux; pourtant, dans presque tous les cas on pourrait déjà découvrir à cette époque quelques-uns des signes psychiques ou somatiques caractéristiques, qui déjà existent à l'état d'ébauche et pourraient permettre un diagnostic précoce, si l'on songeait à les rechercher.

B) La maladie est déclarée, le cortège des symptômes intellectuels et physiques se développe, mais les commémoratifs manquent; on ne songera pas à la paralysie générale mais plus simplement à *l'idiotie*. Dans les deux cas on constate un amoindrissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales, mais chez l'idiot cette anomalie a toujours existé, car elle est congénitale ou date des premiers mois de l'existence; chez le paralytique, elle se développe sur un cerveau normal, chez un enfant jusqu'alors intelligent. La démence congénitale reste stationnaire, la démence paralytique suit une marche lentement progressive et fatale. Enfin l'idiotie est fréquemment associée à certains arrêts de développement, à certaines malformations, asymétrie faciale, microcéphalie, hémiplégie spasmodique, etc., qui facilitent le diagnostic.

C) On a des renseignements, la maladie s'est développée sur un terrain préalablement sain, l'erreur est-elle possible?

La *démence post-vésanique*, aboutissant de la plupart des formes d'aliénation mentale précoce (1), est dans le jeune âge extrêmement rare, et les accès délirants antérieurs y expliqueraient l'état mental consécutif.

La *démence post-épileptique* (2) pourrait prêter à confusion, mais l'état d'abrutissement qui succède aux attaques de mal comitial est passager et n'est pas une hébétude continue et progressive, comme celle de la méningo-encéphalite diffuse.

Chez certains enfants prédisposés il existerait une *démence non paralytique, survenant à l'époque de la puberté* (3) mais, outre son extrême rareté, l'état physique y est moins grave et la démence moins complète que dans la paralysie générale.

C'est surtout avec les *troubles mentaux à forme démentielle accompagnant une affection chronique de l'encéphale et des méninges* que pourrait être confondue la paralysie générale (tumeur, tubercule, gomme, plaque de méningite chronique). Si parfois la connaissance des antécédents, le mode de début, l'analyse des symptômes permettent d'éviter l'erreur, d'autres fois le tableau est celui des tumeurs cérébrales et c'est le diagnostic porté (Alzheimer).

1. Conrads, Ueber Geisteskrankheiten im Kindesalter (*Arch. f. Kinderheilkunde*, 1895, XIX, p. 175).

2. Bonneville et Brissaud, La démence épileptique (*Arch. de neurologie*, 1880-1881, I, p. 213).

3. Malchine, De la démence juvénile précoce (*Soc. de neurologie et de psychiatrie de Moscou*, 8 avril 1894).

Le diagnostic doit encore être fait avec les *méningites chroniques diffuses* de l'enfance, bien peu nombreuses depuis que l'on sait que le plus grand nombre des observations publiées sous le nom de méningo-encéphalite chronique de l'enfance étaient des cas indubitables de paralysie générale. Pourtant certaines méningo-encéphalites chroniques, causées par la localisation méningée de la syphilis ou de l'une des multiples infections de l'enfance, pourraient prêter à confusion, et M. Thiry publie deux cas observés par M. Haushalter, dont l'un de méningite chronique diffuse due au bacille de Koch, qui montrent les difficultés du diagnostic en pareil cas.

En résumé c'est l'étude des antécédents des petits malades, celle du début de l'affection, plus encore celle de la marche de la maladie, qui permettront de différencier la paralysie générale des autres affections.

Le diagnostic posé entraîne un pronostic des plus graves; si chez l'adulte on observe parfois des rémissions plus ou moins prolongées, il n'en existe pas dans la forme puvénile.

Le traitement ne présente aucune indication particulière; c'est celui de tous les états démentiels. Pas plus que chez l'adulte, le traitement antisyphilitique n'entrave la marche de la paralysie générale du jeune âge. C'est chez les parents syphilitiques, chez les jeunes hérédo-syphilitiques, que le traitement spécifique pourrait être efficace, mais ce n'est plus là, à proprement parler, le traitement de la démence paralytique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Gros. *De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nævi materni.* N° 237. (G. Carré.)

M. Sallé (G.). *Du massage dans les fractures communes de l'olécrane.* N° 238. (H. Jouve.)

M. Hyenne (J.). *Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.* N° 243. (Steinheil.)

M. Faussié (Marius). *Du genu recurvatum.* N° 249. (P. Delmar.)

M. Thiébault (R.). *Des fistules congénitales par persistance du conduit vitellin.* N° 250. (P. Delmar.)

M. Bureau (J.). *Prolapsus ombilical du diverticule de Meckel.* N° 257. (H. Jouve.)

M. Clément (L.). *Contribution à l'étude du doigt à ressort.* N° 239. (P. Delmar.)

M. Truelle (V.). *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires.* N° 262. (G. Carré.)

M. Costin. *Contribution à l'étude de l'hémostase opératoire dans le service du Dr Péan.* N° 267. (H. Jouve.)

M. Castan (A.). *Les métrorrhagies des jeunes filles.* N° 269. (H. Jouve.)

M. Richard (E.). *Des pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse.* N° 274. (Steinheil.)

M. Cohan. *Recherches sur la situation du côlon transverse.* N° 278. (Steinheil.)

M. Krieger. *Une grande querelle médicale. Histoire thérapeutique de l'antimoine.* N° 279. (G. Carré.)

M. Weber (Léon). *Contribution à l'étude des kystes vulvaires (kystes wolffiens).* N° 280. (G. Carré.)

M. Gros a essayé de montrer les avantages de la galvano-puncture bipolaire dans tous les cas où l'on cherche à obtenir par la voie électrolytique la guérison des angiomes et des nævi materni, pour lesquels on avait appliqué jusqu'ici d'une manière classique la méthode monopolaire positive.

Ces avantages sont :

1° Limitation exacte de l'action électrolytique à l'espace interpolaire par le fait de la concentration dans cet espace des lignes de flux du courant;

2° Suppression des accidents et des phénomènes douloureux causés par les courants dérivés lorsqu'ils traversent un tronc ou un centre nerveux pour atteindre l'électrode indifférente ;

3° Guérison plus rapide, diminution du nombre des séances opératoires, l'utilisation des deux pôles et l'emploi de fortes intensités favorisant la prompte destruction des tissus.

Le traitement des fractures de l'olécrane a toujours été considéré comme un des plus difficiles.

M. Sallé dans sa thèse a cherché à montrer les avantages et la supériorité du massage, pratiqué suivant la méthode du Dr Lucas-Championnière dans ces fractures.

Le massage, en nécessitant un examen répété du malade, permet d'étudier plus minutieusement la symptomatologie des fractures de l'olécrane.

En supprimant la douleur et la contracture musculaire, il rend l'examen du blessé plus aisé et le diagnostic plus précis; il permet quelquefois de percevoir la crépitation.

Le diagnostic entre une contusion du coude et une fracture de l'olécrane est sans importance : le traitement est le même dans les deux cas.

Le massage rend le pronostic favorable en évitant la plupart des complications secondaires des fractures traitées par l'immobilisation.

La méthode de massage et de mobilisation selon les principes établis par M. Championnière est simple, sûre et exempte de danger. La durée du traitement par cette méthode ne dépasse pas la durée du traitement par les autres procédés (suture osseuse). Les résultats fonctionnels sont satisfaisants.

Dans un travail très consciencieux, M. le Dr Hyenne étudié tant au point de vue clinique qu'anatomique les principales dégénérescences que peuvent subir les fibromyomes utérins.

I. — Au point de vue histologique :

Après avoir rejeté la dégénérescence cartilagineuse et osseuse qui n'ont pas encore été démontrée et la dégénérescence carcinomateuse, peu admissible étant donnée la nature même du tissu des fibromyomes, il étudie la dégénérescence fibreuse qui paraît due à une diminution de la circulation ; en tous cas, dans tous les points où elle existe, on note toujours une diminution des vaisseaux. La dégénérescence calcaire lui succède souvent et reconnaît même origine.

Quant à la dégénérescence myxomateuse, que l'auteur appelle œdémateuse, elle paraît être l'origine la plus fréquente des cavités petites (géodes), ou grandes (tumeurs fibro-kystiques), que l'on observe dans les fibromyomes utérins. Elle débute le plus souvent par le tissu conjonctif intermédiaire aux nodules myomateux qu'elle atteint consécutivement; sa présence liée à celle de néo-vaisseaux très nombreux, d'aspect embryonnaire, qui coexistent toujours avec elle.

La dégénérescence sarcomateuse, très discutée, est hors de doute. L'auteur l'a vue se développer aux dépens des vaisseaux (origine endo- et périvasculaire), qu'elle arrive à combler dans certains cas, donnant ainsi naissance à une nécrose consécutive et à la formation de cavités pseudo-kystiques.

II. — Au point de vue clinique :

Les fibromyomes atteints de dégénérescence fibreuse ou calcaire ne donnent point lieu à des symptômes particuliers; ils se reconnaissent quelquefois à leur dureté toute spéciale. Ils ne comportent d'ailleurs un pronostic grave que par leurs complications, dues surtout à des phénomènes de compression.

Les fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse présentent, lorsque la lésion est généralisée à la masse de la tumeur, des caractères bien définis qui permettent d'en faire le diagnostic. Ce sont surtout leur accroissement rapide, et leur consistance molle, pseudo-fluctuante. Bénins par eux-mêmes, car ils ne se généralisent point et ne récidivent point après l'ablation, ils deviennent graves en raison des hémorrhagies ou des troubles de compression, accompagnés souvent de lésions rénales ou cardiaques, qu'ils provoquent.

Les fibromyomes atteints de dégénérescence sarcomateuse se distinguent difficilement des précédents, surtout à leur début. Ils ont une évolution rapide et sont également ramollis, souvent kystiques. Mais ils présentent rapidement des caractères de malignité très nets : ils envahissent les tisssus voisins, récidivent après l'ablation, et déterminent parfois des métastases dans des organes éloignés, tels que le foie, la rate, le poumon.

En raison de ces faits, complications graves ou malignité propre, les fibromyomes utérins atteints d'une dégénérescence quelconque doivent être opérés dès que le diagnostic est fermement établi.

D'après M. Faussié il y a trois variétés de *genu recurvatum :*

1° *Genu recurvatum congénital* ou *genu recurvatum musculaire*, produit par la contracture du quadriceps fémoral. La guérison de cette difformité sera obtenue très souvent et très rapidement par la réduction simple et la contention ; dans les cas plus graves, on n'aura qu'à compléter ce traitement par la ténotomie du muscle.

2° Vrai *genu recurvatum acquis* ou *genu recurvatum osseux*, désigné à tort jusqu'ici *incurvation du tibia*, et consécutif à un défaut de nutrition de l'os, surtout de l'extrémité supérieure du tibia. Avant d'avoir recours à une opération sanglante, on devra essayer le redressement forcé sous chloroforme.

3° *Genu recurvatum acquis* consécutif dans la grande majorité des cas à une arthrite tuberculeuse du genou, quelquefois à une ostéomyélite, à une contracture du quadriceps et que l'on pourrait nommer *faux genu recurvatum acquis*, car l'*attitude du membre* est la seule chose intéressante. L'étiologie et le traitement sont en rapport non avec la difformité, mais bien avec la lésion primitive du membre.

Cette malformation a de grandes analogies avec le genu valgum et le genu varum. Elle doit compléter l'étude des difformités du genou.

Pour M. Thiébault les fistules entéro-ombilicales congénitales connues jusqu'à ce jour sont toutes dues à la persistance du canal vitelin. Aucune d'elles ne résulterait de la section d'une anse intestinale comprise dans la ligature du cordon.

Elles s'observent en général au moment de la chute du cordon.

Elles se compliquent très souvent d'éversion de la muqueuse diverticulaire, de prolapsus de l'anse iléale sous-jacente et de phénomènes d'étranglement.

Elles se sont terminées par la mort, dans 70 p. 100 cas, connus jusqu'à ce jour.

Leur traitement de choix est la résection après laparotomie préalable.

M. Bureau a étudié un des accidents rares des fistules ombilicales par persistance du verticule de Meckel, le prolapsus ombilical.

Le prolapsus du diverticule qui complique les fistules ombilicales est rare (1 cas sur 12000 enfants amenés à l'hôpital en chirurgie : Broca).

Le danger à éviter par tous les moyens possibles, c'est l'occlusion intestinale, et surtout l'étranglement interne.

Les modes de traitement suivants : compression, ligature, cautérisation, avivement et suture, sont à rejeter; seule, la laparotomie suivie de résection du diverticule et d'entérorraphie latérale est vraiment curative et doit être employée exclusivement. L'auteur en relate 3 cas heureux de A. Broca.

D'après M. Clément, la maladie du *doigt à ressort* présente deux variétés : l'une tendineuse, l'autre vaginale.

La variété tendineuse résulte de nodosités siégeant sur le tendon.

La variété vaginale peut être due :

a) A un rétrécissement simple de la gaine;

b) A un épaississement de la face interne de la gaine;

c) A une tumeur développée sur la face externe de la gaine.

Dans tous les cas il y a étroitesse de la gaine;

a) Elle est relative dans la variété tendineuse.
b) Elle est réelle dans la variété vaginale.

Le traitement s'applique à la cause et a pour but de rétablir l'harmonie entre la gaine et son tendon, soit par l'excision ou le grattage de la nodosité, dans la variété tendineuse, soit par le débridement de la gaine ou l'excision des épaississements qu'elle peut présenter dans la variété vaginale.

M. Truelle pense que la fréquence des psychoses dites post-opératoires n'est pas aussi grande qu'il semblerait à première vue. Si en effet les statistiques indiquent comme chiffre moyen 1 à 2 délires sur 100 interventions, il faut en distraire bon nombre de cas dont l'origine directe peut être trouvée en dehors de l'opération (alcoolisme, démence sénile, hystérie), ou dont le début a eu lieu trop longtemps après l'intervention pour pouvoir, en toute sûreté, incriminer celle-ci.

Ces psychoses dites post-opératoires n'ont pas de symptomatologie, ni d'évolution, ni de pronostic qui leur soient propres et qui permettent de leur faire une place à part dans la nosologie mentale.

Leur cause occasionnelle même n'est pas une, et les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet (traumatisme, anesthésie, antisepsie, infection, auto-intoxication).

Des deux causes occasionnelles qui semblent avoir un rôle prépondérant dans l'éclosion du délire, l'une tend actuellement à devenir de plus en plus rare (infection), l'autre est d'ordre purement moral (crainte de l'opération et de ses suites); et poussée à l'extrême comme elle l'est dans ces cas, elle est l'indice d'une prédisposition manifeste.

On trouve dans la plupart des observations des antécédents héréditaires, et dans presque toutes celles qui sont un peu complètes, des antécédents personnels rappelant l'état mental des dégénérés.

Les formes mêmes des délires observés peuvent être comparés à ceux décrits par M. Magnan chez les héréditaires dégénérés.

L'acte opératoire, avec toutes ses suites normales ou ses complications, ne saurait donc jouer qu'un rôle purement occasionnel, au même titre qu'un revers de fortune, un chagrin moral, une perturbation physique quelconque.

La véritable cause, celle qui fait vraiment que l'opéré délire, semble résider ici, comme d'ailleurs d'une façon générale en aliénation mentale, dans les prédispositions héréditaires ou acquises.

M. Costin étudie l'hémostase opératoire telle qu'elle est pratiquée dans le service du Dr Péan.

La ligature et le pincement hémostatique constituent les deux grands moyens de l'hémostase opératoire actuelle.

La torsion, en grande vogue il y a une vingtaine d'années, est déchue de son rang; mais on ne peut pas ne pas lui reconnaître une réelle valeur hémostatique.

La suture des vaisseaux est à peine à l'aurore de son avènement. Il lui en faut encore, de bien nombreuses épreuves expérimentales et une technique mieux réglementée qu'à l'heure présente, pour que les avantages que ce procédé laisse entrevoir théoriquement soient enfin réalisés aussi en pratique.

La ligature, la suture des vaisseaux et le pincement hémostatique doivent une de leurs conditions de supériorité et non des moindres à l'asepsie parfaite dont ils sont passibles.

Le pincement hémostatique se révèle supérieur à la ligature, en réalisant mieux ces deux conditions. Rapidité d'une part, d'autre part unification autant que possible des moyens hémostatiques, conditions auxquelles l'hémostase opératoire s'efforce à arriver actuellement.

Quoique d'origine ancienne, le pincement hémostatique, jusqu'à Péan, n'a été employé que fortuitement et constituait pour ainsi dire un procédé de nécessité. Lui le premier l'éleva au rang de méthode générale d'hémostase applicable à toutes les opérations sanglantes.

Le pincement hémostatique est le seul à pouvoir réaliser avec des avantages réels les diverses indications de l'hémostase, avant, pendant ou après l'opération; c'est le pincement préventif, temporaire et définitif du Dr Péan.

L'hémostase spontanée provisoire est la seule où le caillot obturateur joue un rôle important.

La ligature et le pincement hémostatique déterminent les mêmes lésions vasculaires, rupture des deux tuniques internes et accollement de la tunique externe.

C'est une endophlébite et une endartérite végétante qui assurent l'oblitération définitive des vaisseaux. Suivant une comparaison déjà faite, on pourrait dire que les mors d'une pince agissent à la manière d'une série de ligatures justaposées.

Il existe chez les vierges des métrorrhagies sans lésion, survenant le plus souvent à la puberté.

D'après M. Castan, ces métrorrhagies sont nettement distinctes des formes métritiques décrites dans les mêmes conditions et constituent à elles seules une individualité clinique.

Leur nature est endo-infectieuse : elles se produisent par auto-intoxication. Ce sont des métrorrhagies dyscrasiques de la puberté : l'infection exogène doit être réservée aux formes métritiques.

Elles sont, dans la majorité des cas, justiciables du seul traitement général.

Indépendamment des éruptions souvent décrites auxquelles donnent lieu certains médicaments, on peut rencontrer parfois à la suite de leur absorption une pigmentation anormale persistante de la peau.

M. Richard a ainsi étudié les pigmentations qui suivent l'absorption de l'antipyrine, de l'arsenic et du bromure de potassium.

On connaît la mélanodermie arsenicale. Quant aux pigmentations dues à l'antipyrine elles sont de deux sortes, les unes qui succèdent aux éruptions papulovésiculeuses, les autres aux éruptions bulleuses.

Le bromure de potassium donne, mais rarement, de la mélanose primitive : plus souvent des lésions gangréneuses laissant des cicatrices noirâtres.

Il y a intérêt à diagnostiquer au plus tôt la véritable nature des troubles de la pigmentation, car plus la médication causale est continuée, plus la pigmentation a de tendance à devenir indélébile.

Le diagnostic différentiel est à faire :

Pour les mélanoses arsenicale et bromurée avec les mélanoses addisonnienne, des phtiriasiques, du diabète bronzé.

Pour la pigmentation par l'antipyrine avec les cicatrices pigmentées de la maladie de Dühring, de certains pemphigus, des syphilides papuleuses et bulleuses, de l'ecthyma, avec les taches de lèpre au début, avec les syphilides pigmentaires.

D'après M. Cohan, il n'existe pas un type de côlon transverse se rencontrant toujours identique chez tous les individus.

Le côlon transverse est la partie la plus mobile du gros intestin.

Il peut occuper tous les points de la cavité abdominale.

Lorsque le côlon transverse est court ainsi que son méso, sa direction est généralement transversale et rectiligne.

Les sinuosités qu'il décrit sont dues à sa longueur et à celle de son méso.

Le méso-côlon transverse peut être allongé et renversé en bas, le côlon occupant la partie inférieure de la cavité abdominale.

Le méso-côlon transverse peut être renversé en haut, le côlon occupant la partie supérieure de la cavité abdominale.

Le méso-côlon transverse n'est plus souvent renversé en haut que dans sa portion gauche, la moitié gauche du côlon occupant l'hypochondre gauche, tandis que la moitié droite est située plus bas dans la cavité abdominale.

L'extrémité gauche du côlon transverse est toujours située plus haut que son extrémité droite.

Sa grande mobilité fait qu'il peut se placer au-devant de la plupart des organes abdominaux, et être ainsi une cause d'erreur dans l'exploration clinique de la cavité abdominale.

M. Krieger s'est attaché à reproduire dans ses grands traits l'histoire de cette fameuse lutte thérapeutique aussi vieille que la médecine, sur la valeur de l'antimoine.

Sa thèse, intéressante à plusieurs points de vue, ne saurait être résumée ici et mérite d'être lue.

M. le Dr Weber nous donne dans sa thèse une étude générale très consciencieuse des kystes vulvaires.

La vulve est une région très riche en glandes sébacées et muqueuses, glandes en connexion intime avec la vie génitale de la femme et origine de la plupart des kystes de la région.

A part ces glandes, il existe autour du méat urinaire des diverticules de la muqueuse, dont les plus importants sont les canaux de Skene.

Considérés par les uns comme la terminaison des canaux de Wolff persistants chez la femme, ils constituent vraisemblablement les canaux excréteurs des glandes prostatiques de Max Schüller.

Quant aux canaux de Wolff, qui prennent, chez les animaux et la femme, le nom de canaux de Gärtner, ils peuvent exceptionnellement persister dans leur segment inférieur. En ce cas, comme le démontrent l'anatomie comparée, le développement, la clinique, ils s'ouvriraient dans une quelconque des parties provenant du sinus uro-génital : soit dans l'urèthre, soit au vestibule, soit à l'entrée du vagin.

Il a pu être réuni plusieurs cas de kystes vulvaires qui possèdent les caractères assignés aux kystes wolffiens qui, de ce fait, peuvent avoir la terminaison du canal de Wolff-Gärtner pour origine.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-98.

M. Gaudin (Joseph). *Considérations sur l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'anémie pernicieuse progressive*. N° 16.

M. Dol (Emile). *Accès migraineux lié à l'atonie musculaire de l'estomac*. N° 63.

M. Craponne (Marcel). *Nouvelle étude des accidents pseudo-méningitiques de nature hystérique*, N° 77.

M. Clerc (Julien). *Considérations critiques sur l'étiologie de la paralysie générale et de la syphilis comme facteur essentiel*. N° 36.

L'anémie pernicieuse progressive se définit avant tout par ses caractères hématologiques (chiffre des globules rouges inférieur à un million ; valeur globulaire augmentée; déformation des globules, etc.). Ainsi caractérisée, l'anémie pernicieuse progressive peut être primitive ou bien compliquer un état morbide préexistant.

Les affections du tube digestif apparaissent comme la cause la plus habituelle de l'anémie pernicieuse secondaire (cancer de l'estomac ; ulcère de l'œsophage, de l'estomac ou du duodédum ; maladies infectieuses ou parasitaires de l'intestin).

L'anémie pernicieuse dite essentielle ou primitive se réclame de causes banales (surmenage intellectuel ; excitations psychiques ; fatigues corporelles ; conditions défectueuses de l'habitation, séjour dans les ateliers peu aérés, encombrés; régime insuffisant; ulcères chroniques des jambes; grossesse; lactation, etc.).

M. Gaudin rapporte une observation inédite d'après laquelle il y a lieu de considérer le traumatisme comme une cause possible d'anémie pernicieuse.

Les lésions rencontrées dans cette affection relèvent, soit de la dégénérescence graisseuse (polystéatose viscérale de Perroud), soit d'altérations dégénératives les plus diverses (lésions de la moelle épinière de Lichteim et Minnich), des ganglions sympathiques (Jurgens et Sasaki), atrophie de la muqueuse stomacale et intestinale (Fenwick), atrophie dégénérative de la cellule hépatique (Hanot et Legry). Parmi ces lésions, l'auteur insiste sur la myocardite parenchymateuse caractérisée surtout par des modifications profondes de la substance contractile de la fibre cardiaque.

On peut en outre rencontrer dans le foie des altérations de nature irritative ou inflammatoire qui semblent à première vue relever d'une infection des voies biliaires.

Cette particularité, rapprochée de la fréquence de l'anémie pernicieuse au cours des affections du tube digestif les plus diverses, permettrait de considérer ce processus, comme la résultante d'une infection, à laquelle ces maladies créeraient une porte d'entrée, ou que favoriseraient les conditions banales énumérées plus haut, ainsi que le traumatisme.

On constate fréquemment à l'occasion de troubles digestifs divers des troubles vaso-moteurs se traduisant du côté de la face par de la rougeur, de la congestion céphalique; mais il existe dans certains cas, des troubles nerveux plus intenses, ressemblant à des accès de migraine, auxquels M. Dol donne la dénomination d'accès migraineux. Ces accès paraissent étroitement liés au syndrome de l'atonie musculaire de l'estomac; que ce syndrome soit associé ou non à d'autres états gastriques (catarrhe, hypochlorhydrie, hyperchlorhydrie), il n'en est pas moins l'élément essentiel et constant.

Ces accès revêtent deux types :

α) Un type d'accès intense, identique à l'accès de migraine, mais survenant toujours après le repas; il coexiste parfois chez le même malade avec la migraine, mais il est reconnaissable pour le malade lui-même.

β) Un type d'accès moins violent, caractérisé surtout par de la céphalée intense après le repas, et présentant quelques-uns des caractères de l'accès migraineux (besoin de silence et d'obscurité...).

Sur les relations pathogéniques de l'accès migraineux avec l'atonie, l'hypothèse qui paraît la plus probable à l'auteur est celle de troubles circulatoires cérébraux survenant chez les migraineux et relevant directement des troubles circulatoires dans les vaisseaux gastro-intestinaux.

Le traitement comporte :

a) Le traitement de l'accès, par évacuation complète de l'estomac (vomitifs ou même lavage).

b) Le traitement prophylactique de l'affection stomacale et surtout du syndrome atonique.

Des observations de pseudo-méningite actuellement publiées et de 4 observations inédites M. Craponne conclut qu'on peut conférer à cette infection une certaine individualité clinique.

On y constate les principaux signes des vraies méningites; seuls manquent ceux qui sont dus à une lésion limitée (troubles du pouls, de la respiration, paralysies oculaires).

Pour lui c'est la marche des accidents qui permet le diagnostic mais il faut tenir grand compte de l'apyrexie et de la présence de stigmates hystériques (particulièrement zones hyperesthésiques du cuir chevelu).

Le pronostic est bénin; la guérison est la règle.

M. Clerc rappelle que l'étiologie d'une maladie doit expliquer toutes les formes de cette affection, or, l'hérédité pure, l'alcoolisme seul, le surmenage, les tendances congestives peuvent rendre compte de faits particuliers, ainsi que certaines infections, comme le saturnisme et la fièvre typhoïde, dans l'étude de la paralysie générale; mais ils ne peuvent expliquer les paralysies générales juvéniles, ni les paralysies générales conjugales, les paralysies générales produites par un véritable contage. Aussi l'auteur défend-il surtout le rôle de la syphilis comme facteur essentiel. Pour lui la syphilis à elle seule, héréditaire ou acquise, peut être la cause de toutes les modalités de la paralysie générale; il admet même qu'elle peut parfaitement produire les lésions anatomo-pathologiques de la paralysie générale qui, souvent, peut être appelée syphilis cérébrale diffuse.

La thérapeutique iodurée et mercurielle est puissante dans la paralysie générale au début et confirme encore l'étiologie syphilitique de cette affection de cause à effet entre la syphilis et la paralysie générale et de toutes les objections qui ont été opposées à cette doctrine, aucune n'est de nature à l'invalider.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Toxicité de l'urine et de l'extrait de rate chez les cancéreux, par F. Meyer (*Ztsch. f. klin. Med.*, t. XXXIII, 5-6). — D'après F. Meyer, la toxicité de l'urine serait beaucoup plus élevée chez les cancéreux que dans d'autres états morbides analogues, tels que la phthisie, la septicémie, la fièvre pernicieuse. Elle serait presque double de la toxicité normale. Au début du coma et pendant sa durée, cette toxicité baisse brus-

quement. La toxicité de l'extrait de rate des carcinomateux est également grande. La dose mortelle est de 0,5 centim. cube au lieu de 1,5 centim. cube comme dans certaines autres maladies.

Passage par les trompes de liquides administrés en injection intra-utérine, par Döderlein (*Centr. f. Gyn.*, n° 25, 1897). — L'auteur a pu vérifier directement le passage des liquides injectés dans la cavité utérine par les trompes, jusque dans la cavité péritonéale.

Il pense que ses expériences prouvent le mode de propagation de l'injection gonococcique et qu'elles indiquent qu'il faut avoir la plus grande prudence dans l'emploi des injections intra-utérines.

CHIRURGIE

Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, par Bangs (*Annals of Surgery*, janvier 1898). — Ce travail est basé sur l'étude de 135 cas de néphrotomie ou de néphrectomie, réunis par l'auteur.

Si les résultats immédiats sont brillants, il n'en est pas toujours de même des résultats éloignés. A cet égard il est difficile d'arriver à une conclusion générale. En tout cas cette statistique montre l'utilité d'une intervention précoce et la nécessité du traitement hygiénique consécutif.

Quelques remarques sur le traitement radical de l'hydrocèle et la tunique vaginale du testicule, par O. Bloch (*Rev. de chir.*, 1898, n° 2, p. 151). — Le procédé qui a donné à l'auteur 1 récidive sur 18 opérés suivis depuis 8 mois à 5 ans après l'opération, s'exécute de la façon suivante :

On fait une incision assez longue pour qu'on puisse sans difficulté renverser la tunique vaginale dans sa totalité et de cette manière mettre le testicule complètement à découvert; s'il y a des excroissances à la surface interne de la tunique, on les coupe; avec de la gaze stérile imbibée d'eau phéniquée à 3 p. 100 on frotte énergiquement toute la surface séreuse ainsi que celle du testicule en ayant soin d'entrer au fond de tous les replis; on réduit ensuite le testicule et on fait un tamponnement avec de la gaze iodoformée dont on fait sortir un bout par l'incision.

Pansement aseptique ou antiseptique.

Trois ou quatre jours plus tard on retire la gaze iodoformée et on suture les bords de la peau avec du catgut, et on fait un pansement avec de la gaze iodoformée, de la ouate stérilisée et un suspensoir. La plaie se réunit tans ce pansement.

Prostatite aiguë et bourrelet transversal de la muqueuse uréthrale (Querleiste der Harnrörhe and Prostatitis acuta gonorrhoica), par Goldberg (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 5). — Il s'agit dans cette observation d'un garçon de 21 ans qui, 6 mois après sa première blennnorrhagie, fut pris de rétention incomplète de l'urine par prostatite aiguë. Une tentative de cathétérisme fit reconnaître l'existence d'un obstacle sur la paroi inférieure de l'urèthre à 3 centimètres du méat. Lorsque la prostatite aiguë fut guérie, l'examen endoscopique permit de reconnaître que l'obstacle en questien était un bourrelet de la muqueuse de 3 millimètres de hauteur, d'origine probablement congénitale.

Résection partielle de l'urèthre (Partielle Resektion der Harnröhre bei Striktur), par S. Baumgarten (*Centralb. f. d. Kranh. d. Harn- u. Sex.-Org.*, 1898, vol. IX, p. 119). — Cette observation se rapporte à un homme de 33 ans qui a eu la blennorrhagie 6 ans auparavant et s'est présenté avec un rétrécissement de l'urèthre ne laissant passer qu'une sonde filiforme. Le rétrécissement, très dur, fut progressivement dilaté jusqu'à laisser passer une sonde n° 13; l'exploration de la vessie faite à ce moment permit en outre de constater la présence d'un calcul allongé. Comme la dilatation ne faisait plus de progrès, l'auteur fit la taille périnéale, retira le calcul et réséqua la portion rétrécie de l'urèthre. Guérison sans complications.

OBSTÉTRIQUE

Le curetage dans l'involution incomplète de l'utérus (Ueber die Berechtigung der Ausschabung der Gebärmutter bei verzögesten Ruckbildung derselbem im Wochenbette), par Knapp (*Arch. f. Gynäkol.*, 1898, vol. LV, p. 414). — L'auteur communique dans son travail 12 cas de curetage de l'utérus pour involution incomplète chez des femmes dont l'accouchement a été en tous point normal et chez lesquelles la cause de ce retard de l'involution n'a pu être élucidée. Dans tous ces cas l'opération a eu pour effet d'amener une involution complète dans l'espace de 3 à 4 jours, si bien que 6 jours après l'intervention toutes les opérées ont pu quitter l'hôpital.

Quant au moment auquel il convient d'intervenir l'auteur admet que le curetage doit être fait dans tous les cas dans lesquels 8 jours après l'accouchement on trouve encore le fond de l'utérus à égale distance entre l'ombilic et le pubis.

Influence de la morphine et de l'éther sur les contractions de l'utérus pendant l'accouchement (Ueber den Einfluss der Morphiums und der Aethers auf die Wehenthätigkeit der Uterus, u. s. w.), par Hensen (*Arch. f. Gynäkol.*, 1898, vol. LV, p. 129). — 1° La morphine en injections sous-cutanées à la dose de 5 milligrammes à 2 centigrammes ne modifie en rien les contractions utérines ni celles de la paroi abdominale.

2° Les inhalations d'éther affaiblissent notablement au bout de 1 à 2 minutes, les contractions utérines qui en même temps deviennent plus espacées, et arrêtent complètement les contractions de la paroi abdominale. Quand on cesse les inhalations d'éther, les contractions utérines reviennent au bout de 5 à 20 minutes.

Le traitement de l'endométrite post-puerpérale, par Solowiev (*Vratch*, n° 17, 1897). — C'est la teinture d'iode qui a donné, à l'auteur, les meilleurs résultats; la douleur qui suit les applications disparaît au bout d'une heure environ. La teinture d'iode est employée pure, 1 ou 2 fois par jour, suivant l'acuité de l'inflammation. Les cas récents sont ceux qui sont le plus favorablement influencés. Les applications sont faites de la façon suivante : la patiente est couchée sur le dos et un spéculum est introduit dans le vagin. Si le canal cervical est obturé par du mucus, l'orifice est nettoyé au moyen d'un pinceau, la portion vaginale du canal est irriguée et séchée avec du coton aseptique; alors le canal est badigeonné avec de la teinture d'iode pure. Si le corps de l'utérus est pris par l'infection, on applique la teinture d'iode au fond de l'utérus de la même façon qu'on l'avait fait pour le canal cervical.

NEUROPATHOLOGIE

Arthralgies hystériques, par Leonardo Bianchi (*Annal di neurolagia*, an XVI, fasc. 1, p. 1, janvier 1898). — La première observation de Bianchi est curieuse par son étiologie. Une petite fille de 11 ans avait une amie affectée de coxalgie tuberculeuse; elle fait une chute, sa hanche gauche s'endolorit et les symptômes présentés sont ceux de la coxalgie vulgaire. De plus, dans ce cas, avant la chute, il n'y avait aucun symptôme d'hystérie. En règle générale, les sujets présentant des arthralgies de cette sorte sont des hystériques avérés.

Dans les deux cas, la guérison s'est effectuée rapidement, bien que dans le second l'arthralgie durât depuis deux ans et que la malade ait été soumise à maint traitement médico-chirurgical. Dans les deux cas le facteur thérapeutique fut la suggestion. Bianchi affirma avec autorité à ses malades qu'elles allaient guérir à brève échéance, et cela intégralement.

La fillette guérit en effet instantanément; un matin, éveillée par une fanfare qui passait dans la rue, elle saute à bas de son lit et court à la fenêtre. La jeune femme guérit en quelques heures (arthralgie de l'épaule gauche); elle était soumise à un traitement électrique institué dans un but de suggestion; un jour, on lui tire des étincelles du bras et lui assurant que, tandis que jaillit l'étincelle, il y a possibilité pour elle de mouvoir son bras. Elle le meut en effet un peu et répète ces petits mouvements à plusieurs reprises. On la renvoie chez elle en lui disant qu'elle est guérie. Quelques heures plus tard un messager de la famille venait annoncer que les mouvements du bras gauche de la malade étaient en grande partie récupérés.

Avec l'arthralgie disparurent chez la petite fille tous les autres

symptômes hystériques; chez l'autre malade, hystérique ancienne, mais chez qui les symptômes avaient considérablement augmenté depuis l'arthralgie, l'état s'amenda pour redevenir tel qu'il était antérieurement.

Dans les cas de cette catégorie, la grosse difficulté du diagnostic n'est pas de dépister l'hystérie, mais de montrer qu'il ne s'agit que d'hystérie sans affection organique de l'articulation endolorie. Or l'arthralgie hystérique peut présenter un point douloureux fixe dans l'articulation, s'accompagner du gonflement de celle-ci, en un mot simuler jusque dans ses détails une affection articulaire organique. D'autre part, on sait combien est fréquente la tuberculose chez les hystériques; on pense à la tuberculose articulaire; arthralgie chez une hystérique est donc loin de signifier toujours arthralgie hystérique.

La racine postérieure du nerf accessoire de l'homme (Sopra la origine reale e piu particolarmente sopra le radici posteriori del nervo accessorio dell' uomo), par R. Staderini et G. Pieraccini, *Travaux du laboratoire d'anatomie normale de l'Université royale de Rome*, vol. VI, fasc. II (bibliog. 7 fig.). — Au niveau des II[e] ou III[e] paires de racines cervicales on distingue un faisceau de fibres dépendant du faisceau de Burdach, qui va plus haut s'accoler à la racine motrice de la XI[e] paire crânienne; ce faisceau doit être considéré comme la racine sensitive de l'accessoire de Willis.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 Mai 1898.

Éclampsie guérie par l'accouchement provoqué.

M. Poncet communique au nom de **M. Vinay**, l'observation d'une femme enceinte de 6 mois, qui fut amenée un matin à l'hôpital pour des accès d'éclampsie.

Depuis une semaine, elle avait de la céphalée, de l'obnubilation intellectuelle, de l'albuminurie, et elle était au régime lacté.

Pendant la nuit, des accès d'éclampsie étaient survenus et s'étaient succédés depuis lors sans interruption; la malade était plongée dans le coma. L'utérus présentait les dimensions d'un utérus de 6 mois 1/2; on n'entendait pas les bruits du cœur fœtal.

On se décida alors à pratiquer l'accouchement forcé sous le chloroforme. Après une version, M. Vinay put extraire un fœtus mort de 600 grammes. L'opération fut terminée en vingt minutes. On continua à donner pendant quelques temps du chloroforme à la malade, et on lui injecta 3 litres de sérum artificiel.

Quelques heures après, l'amélioration était sensible; les accès étaient devenus rares et presque avortés; le rein avait repris ses fonctions et on put retirer de la vessie 250 grammes d'urine albumineuse.

Les accès cessèrent définitivement dans la soirée; 5 jours après, la malade était complètement guérie.

L'auteur conclut que, en présence des formes suraiguës de l'éclampsie, lorsque le traitement médical (chloroforme, chloral, morphine) a échoué, on est en droit de recourir à l'extraction du fœtus par des procédés chirurgicaux.

Traitement du mal de Pott par le redressement forcé.

M. Calot présente des malades atteints de mal de Pott qui ont été redressés.

Le traitement consécutif au redressement est le suivant : quelques semaines après l'opération, si le mal de Pott paraît éteint, quelques mois après si le mal de Pott est encore en évolution active, on applique un grand appareil plâtré embrassant le tronc, emboîtant la base du crâne et maintenant très exactement la colonne vertébrale. Cet appareil permet la marche.

Quatre à huit mois après, dès qu'il existe un commencement de consolidation, on le remplace par un petit corset, qui sera laissé deux ans et même davantage si c'est nécessaire.

Chez 3 enfants, la paralysie a été guérie par le redressement en l'espace de 8 jours. Chez tous, la gibbosité est bien réduite et l'état général est excellent.

De la prophylaxie de la tuberculose.

M. Kelsch. — M. Grancher n'a guère visé que la cause première de cette maladie : les crachats, le virus, le bacille sont sa préoccupation dominante; les causes secondes, celles qui préparent les organismes à l'ensemencement fécond du microbe sont reléguées au dernier plan. Or, celles-ci sont pourtant primordiales et sont répandues avec profusion dans les armées. Nulle part leur rôle ne se manifeste plus nettement que dans la caserne, surtout actuellement où l'armée est constituée par des éléments essentiellement réceptifs et qui par cela même font en partie échec aux efforts déployés dans la lutte contre le microbisme.

L'ancienne loi sur le service militaire sacrifiait le nombre à la qualité physique et imposait une sélection sévère du contingent. L'idée directrice de la loi nouvelle est la consécration du principe absolu de l'égalité au profit de la valeur numérique des effectifs.

A cette cause d'infériorité inhérente au mode de sélection s'en ajoutent deux autres non moins importantes : ce sont le rajeunissement de la troupe et la réduction de la durée du service. Cela veut dire, d'une part, que l'armée ne se compose guère aujourd'hui que d'hommes jeunes, qui présentent le maximum d'aptitude pour les maladies infectieuses et, d'autre part, qu'elle endure des fatigues et encourt des chances de suractivité plus nombreuses qu'autrefois, en raison de la nécessité pour le commandement de donner en 3 ans une instruction militaire qui était répartie autrefois sur 7 années.

Dans les armées, toute cause de dépression durable de l'organisme, tout ce qui rompt pendant un temps plus ou moins long l'équilibre entre la recette et la dépense et aboutit au déficit du budget de la nutrition se traduit par une élévation au niveau des maladies infectieuses en général, de celui de la tuberculose en particulier.

Ainsi, dans la période décennale de 1881 à 1890, la tuberculose pulmonaire a subi brusquement un accroissement énorme dans le corps des pompiers de Paris. Rien pourtant n'avait été modifié dans le milieu habité par les hommes; seul leur milieu intérieur avait été changé.

Ce changement avait été provoqué par le surmenage dû à l'adoption de nouvelles méthodes de secours, et par les chances plus nombreuses de refroidissement créées par elles.

L'accroissement de la tuberculose se montra si étroitement lié à ces modifications du service qu'une relation de cause à effet s'imposa à tous les esprits.

Le succès des mesures prophylactiques qui furent adoptées pour arrêter les progrès du mal fournit la contre-épreuve de la justesse de cette interprétation. Avant de traiter les chambrées, on soigna les hommes.

Tout d'abord, le service fut allégé de tout ce qui n'était pas strictement indispensable. En second lieu, on augmenta la ration alimentaire des hommes, qui devint ainsi supérieure à celle des sous-officiers d'infanterie.

Ensuite, des modifications importantes et d'une efficacité décisive furent apportées au mode de sélection du corps des pompiers au double point de vue des éliminations et des admissions.

D'une part, la réforme fut appliquée à tous les hommes chez lesquels la bronchite se compliquait d'amaigrissement et de signes suspects du sommet. D'autre part, à partir de 1890 une sélection sévère ne laissa plus entrer au régiment que des sujets exceptionnellement robustes, capables de résister aux fatigues d'un entraînement précipité et d'un service plus pénible encore dans l'avenir que dans le passé.

Grâce à toutes ces mesures, la morbidité tuberculeuse retomba à son niveau normal,

Cet enseignement si suggestif fourni par un seul corps s'applique à la masse tout entière.

Ce que la substitution du nouvel outillage à l'ancien a fait d'une façon intensive et brutale chez les pompiers, la loi de 1872 l'accomplit d'une façon lente et silencieuse dans l'ensemble de l'armée.

J'estime donc que la fréquence de la tuberculose dans l'armée est plutôt subordonnée aux péripéties professionnelles qu'aux chances de contagion ou d'infection par les locaux.

Que la contagion puisse être incriminée, personne assurément ne le nie; mais que son rôle soit très considérable à la caserne, c'est une autre question. De ce qu'un processus infectieux *se développe* dans un bâtiment militaire, ce n'est pas un motif suffisant pour décider qu'il y est *né*.

Il importe avant tout de ne pas perdre de vue le terrain humain, car son rôle est capital. Les ravages exercés par certaines maladies infectieuses, la tuberculose en tête, sont fonction de ce facteur. Il ne faut donc pas se borner à faire la chasse aux poussières virulentes; je réclame aussi, comme mesure équivalente et même supérieure, des efforts sérieux et constants pour accroître la résistance humaine, car j'ai la conviction profonde que la pathogénie de la tuberculose a dans les casernes d'autres ressorts que la complicité du crachoir.

S'il est indispensable de ne rien négliger dans la lutte que nous avons entamée pour mettre le soldat à l'abri du microbe, il ne faut pas oublier que l'auxiliaire indispensable de cette lutte est actuellement l'augmentation de la ration alimentaire et la diminution de la ration de travail.

M. Vallin fait ressortir les inconvénients que présente l'acide phénique, en raison de son odeur tenace et pénétrante, pour la stérilisation des crachats et des linges des phthisiques; il estime qu'il y aurait avantage à lui substituer, dans un certain nombre de cas, le sublimé additionné de chlorure de sodium ou une solution très étendue d'aldéhyde formique.

L'orateur insiste en outre sur la nécessité de mettre à la disposition des malades plusieurs désinfectants, et propose en terminant de modifier la première conclusion du rapport de M. Grancher de la façon suivante :

« Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution colorée d'acide phénique à 5 p. 100 ou un autre désinfectant liquide. Les crachoirs ne seront jamais garnis avec des matières pulvérulentes : sable, sciure de bois, etc. ».

MÉDECINE PRATIQUE

Causes de l'infiltration locale des tissus à la suite des injections d'ergotine,

Par M. le Dr Mueller (de Munich) (1).

Quelles que soient les précautions anti- ou aseptiques que l'on prenne, il arrive souvent qu'à la suite des injections sous-cutanées d'ergotine, on ait une plaque indurée, plus ou moins étendue, due à l'infiltration du tissu cellulaire et donnant parfois l'impression d'un chancre induré, en même temps que les malades en éprouvent une assez grande gêne. Non seulement cet accident est désagréable, par les douleurs qu'il provoque, mais il peut arriver que le jeune médecin, non prévenu, soit ainsi conduit à des erreurs de diagnostic parfois regrettables.

M. le Dr Mueller, s'appuyant sur les caractères spéciaux d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer pense que ce noyau induré consécutif aux injections d'ergotine est dû à une nécrose aseptique du tissu adipeux sous-cutané. Il y aurait là une action directe de l'ergotine sur les vaisseaux, amenant une constriction passagère susceptible d'entraver momentanément la nutrition du tissu adipeux et aboutissant ainsi à une nécrose aseptique. De fait, cet accident est surtout fréquent chez des personnes obèses. Pour l'éviter le Dr Mueller recommande, lorsqu'on fait l'injection, de prendre de la main gauche un repli de la peau et d'enfoncer perpendiculairement l'aiguille de Pravaz dans toute sa hauteur.

1. *Münchener med. Woch.*, 1898, p. 595.

Régime alimentaire dans la diathèse uratique, la goutte, les coliques néphrétiques ou hépatiques.

PERMIS :

Potages : Potages clairs au bouillon, potages maigres, soupes aux herbes.

Poissons de toute espèce. Huîtres, coquillages, caviar.

Œufs crus, à la coque, cuits durs.

Viande et volaille, gibier, jambon, peptones, graisse, beurre.

Légumes et farineux : Légumes frais, légumes d'hiver bouillis, blanchis à l'eau salée, qu'on fait revenir au beurre fondu, salades fraîches assaisonnées au jus de citron, radis roses et noirs, champignons. Peu de pain.

Dessert : Fruits crus et cuits, fromage, poudings légers au lait et à la fécule. Confiture de cerises, de fraises, de citrons.

Boissons : Jamais froides, dégourdies, abondantes (se régler sur l'excrétion urinaire) eau et eaux minérales, un peu de vin rouge vieux si nécessaire. Crème et lait. Thé et café légers. Infusion de grains torréfiés.

DÉFENDU :

Plus de 3 repas par jour. Tout excès d'alimentation, les grands dîners, les soupes épaisses, les sauces vinaigrées et les roux, les pommes de terre, les tomates, l'oseille, les épinards, les marrons, les épices, les conserves, les pâtés, les poudings, la pâtisserie, les pâtés au beurre, le sucre, le chocolat, les spiritueux, le vin, surtout s'il est doux, la bière, le tabac, le café. On ne doit jamais se servir de vinaigre pour la préparation des aliments.

Bien surveiller les troubles digestifs. « On doit garder une certaine mesure dans l'alimentation solide et liquide, ne pas manger plus que l'estomac ne peut digérer, ni moins que la quantité nécessaire à l'organisme pour entretenir les forces (1). »

Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés,

Par MM. Tarnowsky et S. Jakowlew (2).

Tarnowsky a déjà rapporté l'an dernier les résultats négatifs qu'il a obtenus avec le sérum de chevaux syphilisés.

Cette fois les auteurs ont voulu voir si, en mercurialisant des animaux, leur sérum acquérait des propriétés antisyphilitiques. 3 juments, de 14 à 18 mois, reçurent 2 ou 3 fois par semaine 18 à 24 centimètres cubes de calomel en suspension dans l'huile vaselinée et administrée par voie sous-cutanée.

Au bout de 2 mois 1/2 (après 16-30 injections, c'est-à-dire 4 à 6 grammes de calomel) apparut de la stomatite mercurielle. Le sérum recueilli à ce moment contenait manifestement du mercure.

Sur 13 malades traités avec le sérum, 5 présentèrent dans leur urine des traces manifestes de Hg.

Trois autres malades reçurent des injections de sérum de chevaux mercurialisés avec du salicylate de Hg (additionné de phénol). On injecta 3 à 4 fois par semaine 10 à 20 centimètres de sérum. En moyenne les malades reçurent 180 grammes de sérum en 17 injections.

Des résultats obtenus on peut conclure que les injections de sérum d'animaux mercurialisés n'ont aucune action curative sur la marche de l'accident primitif tout aussi bien que sur les accidents secondaires (condylomes) et tertiaires (gommes).

Dans 4/5 des cas les injections sous-cutanées de sérum donnèrent un mouvement de fièvre le plus souvent accompagné de

1. Ce régime est extrait de l'intéressant Bloc-note diététique à l'usage des praticiens par *un médecin praticien*, traduit sur la 7e édition allemande par M. le Dr E. Vogt.

2. *Archiv. f. Dermatologie und Syp.*, t. XLI, p. 2, résumé d'après *Centralbl. f. innere Medic.*, 1898, p. 407.

purpura, de douleurs musculaires et articulaires, d'albuminurie d'hypertrophie ganglionnaire et amaigrissement.

Les malades syphilitiques ainsi traités présentèrent toujours de l'anémie avec diminution des hématies et leucocytes ainsi que de l'hémoglobine et du poids spécifique.

De tout cela, on peut conclure avec les auteurs que ni les injections de sérum de cheval pur, ni les injections de sérum d'animaux mercurialisés ne peuvent être recommandées dans le traitement de la syphilis et qu'au contraire ces injections sont susceptibles d'apporter des troubles dans l'organisme.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale et la défense des intérêts professionnels. — Jugement rendu par la Cour de cassation.

L'Association générale des médecins de France n'est qu'une Société de secours. Son but exclusif est de donner des *aumônes* aux médecins *pauvres*. Elle se désintéresse des questions professionnelles. Elle ne défend pas ses membres quand ils ont maille à partir avec la justice. Et c'est pourquoi l'on a dû fonder des Syndicats!

Tel est le *cliché* que reproduisent périodiquement la plupart des journaux de médecine. Et c'est pourquoi, lorsqu'il arrive que l'Association soutient un procès intéressant le corps médical tout entier, alors surtout qu'elle le gagne, on s'efforce de faire le silence sur son intervention. On se hâte même de publier le texte du jugement comme s'il avait été rendu sur la demande d'un médecin quelconque, afin de bien prouver que l'on est *au courant*. Et quelques mois plus tard, on réédite les mêmes insinuations.

Il est temps d'en finir avec cette légende. J'ai déjà, à maintes reprises, affirmé les services que nous rendons à ceux de nos confrères qui font appel au concours de nos conseils judiciaires. Je reproduirai dorénavant — en attendant que le Conseil général autorise la publication du compte rendu de ses séances mensuelles — tous les documents qui démontrent l'utilité de son intervention. Je me doute bien que l'on se gardera, mieux encore que par le passé, de nous rendre justice. Peu importe d'ailleurs. *Scripta manent.*

Voici donc la dernière affaire. Le 16 juin 1897, M. le Dr Mignot, président de la Société locale de la Nièvre, m'adressait une requête de M. le Dr Petitjean, médecin à Decize (Nièvre). Outragé et diffamé par un rédacteur du journal *le Républicain de la Nièvre*, notre confrère avait actionné le diffamateur devant le tribunal civil de Nevers. La compétence de la juridiction correctionnelle ayant été contestée, l'affaire avait été portée en appel devant la Cour de Bourges. Celle-ci ayant donné gain de cause au Dr Petitjean et l'appel en cassation n'étant pas suspensif, le tribunal correctionnel de Nevers avait condamné le rédacteur du journal de la Nièvre.

Mais celui-ci s'était pourvu en cassation et le Dr Petitjean écrivait alors : « Les frais que ces différents jugements m'ont occasionnés, le temps perdu en démarches sans fin pour obtenir la condamnation de mes diffamateurs, la perte notable de clientèle que j'ai subie à la suite de toutes ces attaques injustifiées, l'état des plus précaires de ma situation ne me permettent pas de suivre le procès jusqu'au bout comme je l'aurais désiré. Je suis obligé de m'adresser à l'Association générale. »

Or, l'Association générale est intervenue. Il s'agissait, en effet, de savoir si le médecin des Enfants-Assistés de la Seine, dans un département où il est en même temps médecin-inspecteur du service des Enfants-Assistés de ce département et de la protection des enfants du premier âge, exerce une fonction ou tout au moins un mandat public le rendant justiciable de la Cour d'assises au point de vue de l'application des lois sur la presse et de la diffamation. C'était donc une question d'ordre général. Mais le pourvoi avait été admis par la Chambre des enquêtes. Il avait donc quelques chances d'aboutir à un jugement défavorable aux intérêts du Dr Petitjean. Nous nous sommes adressés dès lors à Me Morillot. Nous avons fait les frais de l'instance et, grâce à nous, M. le Dr Petitjean a obtenu gain de cause. Voici, en effet, le texte du jugement rendu le 24 mai dernier par la Cour de cassation.

Sur le premier moyen :

Attendu que l'article du journal *le Républicain de la Nièvre* ayant motivé l'action en dommages-intérêts introduite par le Dr Petitjean (de Decize) pour injures et diffamations contre le gérant du journal, visait uniquement la qualité de médecin des Enfants-Assistés du défendeur en cassation; que c'est également sur cette qualité seule que le demandeur en cassation s'était fondé en première instance et en appel pour décliner la compétence de la juridiction civile; qu'enfin ni l'arrêt attaqué, ni le jugement qu'il a confirmé n'ont fait aucune allusion à un autre titre dont aurait été investi le plaignant; que dès lors le moyen tiré de ce que l'exception d'incompétence aurait dû être accueilli à raison de la fonction de médecin inspecteur des enfants du premier âge que le Dr Petitjean remplissait à côté de celle de médecin des Enfants-Assistés est nouveau et par suite irrecevable;

Sur le deuxième moyen :

Attendu que pour demander aux juges du fond de se déclarer incompétents en conformité de l'article 46 de la loi du 29 juillet 1881, le sieur Pointu a excipé de ce que le défendeur en cassation était médecin des Enfants-Assistés nommé par l'administration; attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que le Dr Petitjean a en effet été attaché par arrêté du préfet de la Seine au service des Enfants-Assistés de la Seine placés dans le département de la Nièvre, mais que le seul mandat qui lui eût été conféré par l'administration consistait dans l'obligation de veiller à la santé des enfants confiés à sa surveillance, de les visiter périodiquement et en cas de maladie de leur donner des soins et de leur fournir des médicaments;

Attendu que la mission ainsi spécifiée n'emportait pour celui qui en était investi l'attribution ou la délégation d'aucune partie des pouvoirs publics. D'où il suit qu'en déclarant que le Dr Petitjean ne pouvait être considéré comme un dépositaire ou agent de l'autorité publique, ni comme un citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881, et en rejetant, par suite, l'exception d'incompétence proposée, l'arrêt attaqué, loin de violer les textes de loi visés par le pourvoi, en a fait au contraire une juste application;

Par ces motifs, rejette le pourvoi formé contre l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Bourges le 23 octobre 1895 et condamne le sieur Pointu à une amende de 300 francs et à 150 francs d'indemnité envers le Dr Petitjean.

Ce jugement, m'écrit Me Morillot, prouve donc « que les fonctions de médecin des Enfants-Assistés ne peuvent être considérées comme un service public » et que, dès lors, la juridiction correctionnelle est compétente. Nous publierons la semaine prochaine le dossier d'une autre cause.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Occlusion intestinale, constriction circulaire, vaste épanchement séro-hématique, injection extrême de l'intestin grêle, vascularisation et épaississement du mésentère sur l'étendue de deux mètres en amont de l'obstacle,

Par le Dr J. Brault,
Professeur à l'Ecole d'Alger,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Il n'y a pas très longtemps que M. Gangolphe, dans des communications aux Congrès de chirurgie de 1894 et 1895, a signalé d'une façon précise l'épanchement séro-hématique comme un signe révélateur de l'occlusion par torsion ou par étranglement. Son élève M. Camichel, dans sa thèse (1), a fait une consciencieuse bibliographie de la question ; je n'ai aucun élément à apporter à cet intéressant historique, et je m'empresse de dire que, dans un premier cas d'occlusion par bride, j'ai été à même de retrouver de point en point ce que les auteurs que je viens de citer ont pris la peine de nous apprendre.

Mais voici une autre observation d'étranglement interne qui jure avec les faits connus jusqu'ici et avec les données de l'expérimentation primitivement tracées.

1. Thèse de Lyon, 1893.

Observation.— N. G..., employé de la marine, âgé de 45 ans, de robuste constitution est admis à l'hôpital du Dey, le dimanche 2 mai 1897, dans un service de médecine; mon collègue le Dr Rouget, qui est chargé de ce service, me le fait voir dès son entrée, à la contre-visite.

Le malade, qui est atteint depuis la veille au matin, présente, à n'en pas douter, tous les signes d'une occlusion intestinale aiguë. Il ne va pas à la selle depuis deux jours et ne rend aucun gaz, il est en proie à des coliques de miserere qui reviennent de plus en plus fréquentes et occasionnent des crises douloureuses.

Le faciès est grippé, les extrémités sont froides, le pouls est petit et irrégulier, les urines sont rares. Les vomissements, assez répétés, sont simplement aqueux ou alimentaires. L'intelligence demeure à peu près intacte, toutefois il semble qu'il y ait par moment un peu de subdélire.

Le ventre est surtout développé en haut, dans la région susombilicale et aussi dans la moitié droite de l'abdomen, je constate en outre très nettement de la matité dans les flancs et l'hypogastre et je fais le diagnostic d'étranglement interne avec épanchement séro-hématique abondant.

N... présente bien une hernie inguinale droite pour laquelle il porte habituellement un bandage, mais elle n'est pas douloureuse et n'est le siège d'aucun signe d'étranglement.

En ville, les différents moyens médicaux ont échoué, le temps presse, l'état de shock est des plus avancés; malgré mon extrême fatigue (j'ai dû opérer déjà toute la matinée), je tente immédiatement une intervention malheureusement déjà compromise par les précédents atermoiements.

Anesthésie mixte, laparotomie médiane, incision de 20 centimètres à cheval sur l'ombilic. Dès l'ouverture du ventre, le liquide séro-hématique s'écoule en abondance, en même temps que l'intestin rouge vineux, surdistendu, vient faire hernie dans la plaie. *Je constate qu'il n'y a aucun étranglement au niveau de la hernie qui ne contient que de l'épiploon d'ailleurs parfaitement sain.*

En dévidant l'intestin et en me guidant à la fois sur sa distension et sa vascularisation, je remarque que les lésions vont en s'accentuant à mesure que j'approche de la fosse iliaque droite; en suivant toujours l'intestin grêle, j'ai tout à coup la sensation d'un obstacle vaincu; aussitôt les gaz se mettent à circuler, quelques minutes plus tard le malade a une selle assez copieuse sur la table même d'opération.

Sur l'intestin, au niveau de la partie la plus congestionnée, l'on rencontre un *sillon circulaire unique des plus nets qui contraste par sa blancheur*. Je dois ajouter quelques détails indispensables sur l'état de l'intestin : ce dernier sur l'étendue de deux mètres environ était non seulement distendu, mais très vascularisé, il en était de même de la portion correspondante du mésentère considérablement épaissi et « panneux ». Je tiens à bien l'établir, il n'y avait pas autre chose que le sillon précédemment signalé. En haut, en amont de la portion intestinale vascularisée, l'intestin était distendu, mais il n'avait subi aucune constriction ou torsion; la rougeur diminuait et se fondait insensiblement. En bas, au contraire, au niveau du sillon la différence de coloris était beaucoup plus tranchée, la rougeur vineuse de l'intestin s'arrêtait brutalement très peu au-dessous. On peut donc penser qu'il y a eu d'une façon ou d'une autre emprisonnement d'une anse considérable avec sa conséquence ordinaire, l'épanchement séro-hématique. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il n'y avait pas trace d'exsudat, pas trace de péritonite.

Réempaquetage des anses intestinales, fermeture du ventre qui s'est déjà un peu affaissé. Le malade reporté dans son lit, est réchauffé, bientôt une *véritable débâcle se produit*, mais à 9 heures du soir, c'est-à-dire 5 heures après l'opération, mort brusque en pleine connaissance.

Malgré une intervention relativement très courte pour un étranglement interne, trois quarts d'heure environ, malgré le succès le plus complet au point de vue de la levée de l'obstacle, notre malade a succombé au shock, comme nous le redoutions.

A *l'autopsie* nous avons pu vérifier de point en point ce que nous avons avancé ci-dessus.

Le sujet est très gros, il y a une sucharge graisseuse de tous les organes; l'étranglement est bien levé, le sillon circulaire précédemment décrit se voit encore très nettement, il est cependant moins accentué qu'au moment de l'intervention; à la hauteur de la fosse iliaque droite, l'on note simplement une grosse frange graisseuse pariétale; par ailleurs il n'y a rien d'intéressant à noter.

Telle est cette observation paradoxale qui semble démontrer qu'un simple étranglement circulaire peut amener dans certaines circonstances, *peut amener rapidement, dis-je, comme la constriction d'une anse,* une stase sanguine ou du moins une congestion considérable dans une grande étendue du tube intestinal, en même temps qu'un épanchement séro-hématique.

Depuis j'ai eu connaissance d'un fait analogue, il s'agissait d'une occlusion par le diverticule de Meckel; l'observation m'a été communiquée par mon collègue M. le Dr Mons. Il y avait encore ici une simple striction circulaire de l'intestin, il ne s'agissait pas d'une anse grêle et cependant il y avait un fort épanchement séro-hématique.

J'ai essayé de me rendre compte de tout cela par l'expérimentation. J'ai pratiqué sur divers animaux la striction d'une anse intestinale, ou bien encore la striction circulaire à l'aide d'un gros fil de soie. Chez les petits animaux : rats blancs, cobayes, dans un cas comme dans l'autre, j'ai échoué, j'ai toujours déterminé une forte vascularisation au-dessus de l'obstacle, mais je n'ai pas pu reproduire l'épanchement en question (1). Sur les animaux de plus forte taille : chiens, chats, il n'en a pas été tout à fait de même, et *chez le chien, en pratiquant une simple ligature circulaire serrée, à l'aide d'un anneau de caoutchouc, j'ai obtenu du liquide séro-hématique en abondance.* Inutile de dire que les choses avaient été faites dans les meilleures conditions d'asepsie et qu'il n'y a jamais eu la moindre trace de péritonite.

Comme en clinique, chez tous les animaux en expérience, je tiens à y insister, j'ai toujours trouvé une extrême vascularisation des parties intestino-mésentériques situées en amont de l'obstacle. Ces parties ont d'ailleurs un aspect analogue, assez semblable à celui des anses étranglées; chez notre homme et chez celui de M. le Dr Mons, il y avait une coloration d'un rouge vineux et même des points d'un brun noirâtre, de véritables ecchymoses sous-péritonéales et un mésentère extrêmement épaissi; pourquoi de semblables lésions surtout très étendues, n'auraient-elles pas alors les mêmes conséquences, les mêmes droits à faire un épanchement séro-hématique?

L'on a parlé d'arrêt circulatoire et l'on a dit qu'il fallait la striction ou la torsion d'une anse intestinale; mais il me paraît (et mes expériences viennent à l'appui de cette opinion) qu'il doit y avoir dans l'espèce d'autres inconnues à rechercher; puisqu'il ne suffit pas purement et simplement de la stricture d'une anse pour produire la chose d'une façon certaine et que, d'autre part, le phénomène s'observe en clinique chez l'homme, et dans l'expérimentation chez les animaux, en dehors de cette condition.

Au cours d'une intervention pour une absence du rectum l'année dernière, à l'ouverture de l'abdomen j'ai trouvé une assez forte proportion de liquide péritonéal, non teinté en rouge, il est vrai (2).

Il semble donc que, pour la production du liquide, il ne s'agisse pas simplement d'un arrêt dans la circulation sanguine, mais bien dans la circulation intestinale; maintenant, qu'un petit vaisseau superficiel vienne à se rompre à la surface de l'intestin ou du mésentère ou encore à se couper sur l'obstacle et voilà la teinte donnée à l'épanchement.

Je ne voudrais pas conclure d'une façon par trop ferme, mais il me paraît ressortir de ce que je viens d'énoncer que *l'épanchement séro-hématique, signe important des étranglements aigus, n'est pas exclusivement l'apanage des anses serrées ou tordues.*

1. J'ai varié les conditions expérimentales, j'ai même fait des occlusions anales.

2. Il ne s'agissait pas de péritonite, l'enfant a vécu plus d'un mois après l'intervention.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

SESSION DE MAI 1898

Procédé d'anesthésie locale pour les opérations sur la caisse du tympan.

M. Bonain (de Brest). — Ce procédé comprend : 1° l'anesthésie de la face externe du tympan à l'aide d'un mélange de phénol, de menthol et de cocaïne, laissé au contact de la membrane pendant une à deux minutes; 2° l'anesthésie de la face interne de la membrane et de la muqueuse tympanique par l'instillation de 2 à 3 gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10 à travers l'incision ou les incisions de la membrane, à l'aide de la canule d'Hartmann montée sur une petite seringue.

Abcès chronique du voile du palais.

M. Georges Laurens communique l'observation d'un homme de 48 ans sans passé pathologique, avec état général parfait, n'ayant jamais eu d'angine ni d'abcès amygdalien. Il accuse uniquement le symptôme suivant : tous les 7 à 8 mois environ il sent brusquement une odeur extrêmement fétide dans la bouche, une sorte de bulle qui crève au fond de la gorge; il crache de petites matières pultacées, d'odeur repoussante, blanc jaunâtre, 5 à 6 fois par jour. Le phénomène disparaît de lui-même au bout de 48 heures.

A l'examen, on constate une amygdale gauche normale. La droite est intimement soudée au pilier antérieur. Un crochet recourbé introduit dans la fossette sus-amygdalienne pénètre dans deux recessus, l'un supérieur se prolongeant dans l'épaisseur du voile, l'autre antérieur entre l'amygdale et le pilier. Le porte-coton ramène de ces deux fistules du pus caséeux dégageant une odeur fétide. La pression extérieure exercée sous l'angle du maxillaire fait sourdre du pus concrété au niveau de la loge sus-amygdalienne.

Le traitement qui convient à ces abcès consiste dans l'ouverture large du foyer, l'excision, le grattage et la cautérisation des tissus malades.

Cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire.

M. Luc (de Paris), rappelle que l'opération en question consiste, une fois le malade chloroformé :

1° A ouvrir très largement le sinus, au niveau de la fosse canine; 2° A en cureter très complètement la cavité, puis à en cautériser la surface avec une solution de chlorure de zinc à 1/5; 3° A pratiquer, au niveau de la partie la plus antérieure et inférieure de la paroi nasale du sinus, une sorte d'hiatus artificiel, correspondant à la partie antérieure du méat inférieur; 4° Après insufflation de poudre d'iodoforme dans le sinus, à y placer soit un drain, soit une longue mèche de gaze iodoformée qui en tamponne la cavité, et dont on loge l'extrémité à l'entrée de la narine, après l'avoir fait passer à travers l'hiatus artificiel; 5° A suturer complètement la plaie buccale, le drainage ultérieur se faisant exclusivement par voie nasale.

Au bout de 4 ou 5 jours, la plaie buccale étant réunie, le drain ou la gaze sont enlevés. Quelques lavages boriqués peu-

vent être pratiqués, les jours suivants, à travers l'hiatus, au moyen d'une petite sonde métallique courbée légèrement à son extrémité.

Au bout d'un laps de variant entre 3 et 8 semaines, toute trace de suppuration a disparu.

Sur les 20 opérés de M. Luc, 8 seulement étaient porteurs d'un empyème maxillaire simple : chez 9, l'empyème maxillaire se compliquait d'empyème frontal; chez 2, de suppuration des cellules ethmoïdales; chez 1 malade, enfin, traité par M. Luc conjointement avec M. Lermoyez, la suppuration était entretenue par une ostéite fongueuse et nécrosante du rebord alvéolaire du maxillaire, qui nécessita une seconde intervention, avec résection de la partie osseuse malade.

L'agoraphobie et le syndrome de Ménière.

MM. Lannois et **Tournier** (de Lyon) veulent mettre en relief une des causes déterminantes la plus fréquente de l'éclosion de l'agoraphobie en particulier.

C'est en effet à certaines causes qu'il faut rattacher la modalité phobique qui survient chez un prédisposé. La phobie peut être comprise, au point de vue physiologique, comme une idée obsédante, ou une image d'un épisode antérieur, surgissant brusquement de l'inconscient pour envahir le champ de la conscience et inhiber la volonté. — C'est en somme une peur intense qui revient sans cesse dans les mêmes conditions.

On conçoit très facilement qu'un individu susceptible, de par sa névrose d'angoisse, de ressentir des phobies, deviendra agoraphobe, si un jour, sur une place publique, dans la rue, il a éprouvé un vertige, eu peur de tomber et craint les conséquences ridicules de la chute en public. L'agoraphobie se réalise d'autant plus facilement que fréquemment le vertige a réapparu et qu'il persiste des sensations auriculaires.

La provocation de l'agoraphobie par une lésion auriculaire est fréquente. Depuis que notre attention a été attirée sur ce point, et que nous avons d'une part interrogé les individus à lésions auriculaires, et d'autre part examiné l'oreille des agoraphobes, nous avons réuni une douzaine d'observations.

Il est d'autant plus important de signaler cette étiologie que la connaissance de la cause provocatrice permet souvent de l'écarter ou de la modifier et par suite — le traitement du terrain névropathique aidant — de guérir l'agoraphobie, symptôme ordinairement très rebelle.

Le catarrhe pharyngé postérieur chronique et son traitement par le curetage.

M. Malherbe (de Paris) pense que l'affection caractérisée, chez l'adulte, par une hypersécrétion muqueuse ou muco-purulente et son accumulation dans l'espace rétro-nasal, n'est pas un symptôme de la rhinite, mais bien une entité morbide.

Cette affection, qu'il propose d'appeler *catarrhe pharyngé postérieur*, reconnaît pour cause, au moment de la puberté, l'involution incomplète de l'amygdale pharyngée hypertrophiée. Elle est susceptible de poussées inflammatoires. On trouve comme lésions : l'hypertrophie de la muqueuse, la prolifération des glandes lymphoïdes sous forme de masse indurée, des produits de sécrétion visqueux, épais, la formation possible de kystes.

Le symptôme caractéristique est cette sécrétion muqueuse ou muco-purulente qui agit comme un véritable corps étranger, d'où : efforts, toux, nausées, ténesme pharyngé, mauvaise odeur dans la bouche, maux de tête.

Cette maladie est souvent la cause de catarrhe de la trompe d'Eustache avec ses conséquences, et même d'otite moyenne aiguë.

Les troubles fonctionnels sont : la respiration buccale, la sécheresse de la gorge au réveil, les troubles de la phonation, le manque de résonnance de la voix, la fatigue vocale, l'impossibilité de donner certaines notes, l'enrouement.

Il est facile de faire le diagnostic à l'aide de la rhinoscopie postérieure et surtout du toucher digital.

Le seul traitement efficace à opposer à cette affection est le curetage complet du cavum.

M. Malherbe a pratiqué sept fois avec succès ce mode de traitement. Il est absolument nécessaire d'endormir les malades au bromure d'éthyle et de pratiquer un curetage énergique, la tête du malade pendante et dans l'extension forcée.

Il est quelquefois bon de faire au bout de huit jours un ou deux attouchements avec une solution iodo-iodurée.

Les malades opérés ont vu cesser complètement non seulement leur catarrhe postérieur mais encore tous les autres troubles qui en étaient la conséquence.

Le traitement des tumeurs malignes du larynx, de la langue et du nez par l'acide arsénieux.

M. A. Costinin (Bucarest) a appliqué, dans trois cas d'épithéliome, le traitement par l'acide arsénieux, préconisé par M. Czerny (Prague), et les résultats obtenus, confirmant les conclusions de cet auteur, nous ont paru dignes de vous être signalés.

La première observation a trait à un épithéliome au nez, datant de 2 ans et ayant envahi toute la portion cartilagineuse du nez. Au bout de 6 mois d'attouchements quotidiens avec une solution d'acide arsénieux 1/150 parties égales eau et alcool, la guérison était complète.

La deuxième se rapporte à un épithéliome du larynx datant de 14 mois, et ayant provoqué des troubles graves (dysphagie et dyspnée) qui ont même nécessité la trachéotomie.

Le malade était dans un état de cachexie très prononcée. Les attouchements à l'acide arsénieux ont eu pour résultat la diminution de la tumeur et en même temps l'atténuation de la dysphagie.

La dernière observation est celle d'un épithéliome de l'amygdale et de la langue datant de 2 ans; les ganglions du cou étaient envahis. La langue, le plancher et les ganglions formaient un bloc d'une dureté ligneuse. Le résultat du traitement arsénieux a été la chute de la langue, qui était tout entière malade, ce qui a permis de nettoyer la bouche, et a rendu plus facile l'alimentation. Dans aucun cas l'on n'a pas observé le moindre signe d'intoxication arsenicale.

La vibration mécanique dans le traitement de la sclérose auriculaire.

M. Dundas-Grant (de Londres) a traité avec succès plusieurs cas de sclérose auriculaire rebelle par la vibration mécanique. Il applique le long du rachis un vibrateur électro-moteur, et pratique tous les jours ou tous les deux jours une séance de cinq minutes.

Plus l'audition paradoxale est nette, plus les effets du traitement vibratoire se font sentir.

Sarcome endothélial ou angio-sarcome du cornet moyen.

M. Delie (Ypres) communique l'observation d'une dame de 59 ans qui avait depuis un an subi, pour une obstruction de la narine gauche, plusieurs tentatives d'extraction d'une tumeur qui occupait la fosse nasale gauche.

La rhinoscopie antérieure montra une tumeur rouge, d'aspect régulier, occupant les parties supérieure et moyenne du nez; elle a refoulé la cloison et le cornet inférieur. A la rhinoscopie postérieure on aperçut une tumeur gris bleuâtre obstruant toute la narine. L'examen histologique de la tumeur en révéla la nature sarcomateuse.

L'opération fut refusée obstinément et la malade succomba dans le marasme quelques semaines plus tard, après l'apparition de ganglions nombreux.

A l'autopsie on trouva un sarcome de tout le cornet moyen avec envahissement des cellules ethmoïdales et des enveloppes du cerveau, adhérence de la dure-mère au plancher de la fosse frontale gauche, lésions méningitiques et épanchement de liquide sanguinolent à la base du cerveau surtout à gauche.

L'évidement pétro-mastoïdien dans l'otite moyenne chronique sèche.

M. Malherbe (de Paris). — Tous les cas ne sont pas sus-

ceptibles d'être opérés. Tels sont ceux où les fenêtres sont complètement immobilisées par la sclérose; les malades ont alors généralement perdu la perception des sons aigus.

Au point de vue du pronostic, ce qu'il faut surtout envisager, c'est moins les altérations du tympan et des osselets, que celles de la caisse proprement dite, des fenêtres et de l'antre pétro-mastoïdien. On peut entendre sans la chaîne des osselets, mais les fenêtres doivent toujours être intactes, car les vibrations se transmettent à elles soit par cette chaîne, soit par l'air de la caisse et de l'antre constituant ainsi un véritable appareil de résonnance que nous appellerons le système tympano-mastoïdien.

En présence d'un cas de surdité il faut d'abord pratiquer le Rinne; mais, comme cela n'est pas suffisant, il faudra ensuite rechercher et établir le rôle que joue la perception des sons aigus et graves.

Dans l'otite scléreuse la diminution des sons aigus paraît être un signe que l'oreille interne commence à participer à la lésion.

Les malades dont l'acuité auditive n'est pas trop diminuée pour la perception aérienne des sons à tonalité élevée, doivent profiter pleinement de l'intervention et entendre aussi bien que possible.

Ceux chez qui on peut constater une perception aérienne très diminuée portant surtout sur l'échelle haute, et qui n'entendent plus l'acoumètre, ne pourront guère avoir qu'une amélioration en rapport avec le degré d'intégrité de leur labyrinthe. En résumé :

L'évidement pétro-mastoïdien ne doit guère être tenté chez les vieillards.

Il y aurait tout avantage à opérer de bonne heure, alors que les lésions sont encore limitées.

La perception aérienne par le diapason peut ne donner aucun résultat; mais il est nécessaire que cette abolition n'existe pas pour la perception crânienne; en un mot il ne faut opérer que les malades par qui le diapason ou l'acoumètre placés sur le crâne sont encore nettement perçus. La diminution de la perception aérienne des sons élevés est généralement un signe pronostique fâcheux.

Il ne faut pratiquer l'opération que sur une oreille en une séance. C'est toujours, à moins de contre-indications, l'oreille la plus sourde des deux que l'on doit opérer de préférence; l'expérience démontre que la surdité s'améliore non seulement de ce côté mais aussi du côté non opéré.

C'est surtout sur les sons à tonalité élevée que porte l'amélioration; les sons bas, au contraire, sont relativement peu modifiés. Les bruits subjectifs disparaissent ou du moins diminuent progressivement à la suite de l'intervention.

Troubles de l'ouïe et de l'odorat d'origine cérébrale.

M. Collet (de Lyon) a observé chez une malade atteinte de mal de Bright une hémiplégie gauche avec hémianesthésie, abolition de l'ouïe à gauche, et hémianopsie latérale gauche. Par contre, l'odorat était aboli du côté droit. L'autopsie montra un ramollissement cérébral de l'hémisphère droit, intéressant la capsule interne, les deux segments du noyau lenticulaire et s'enfonçant dans la profondeur du lobe frontal. Cette observation montre : 1° que l'hémianopsie peut être produite par une lésion capsulaire, si la chose avait encore besoin d'être démontrée; 2° qu'une lésion capsulaire produit l'abolition de l'ouïe du côté opposé; donc les fibres auditives passent par la capsule interne et sont croisées, fait connu des anatomistes, mais presque dépourvu de preuves anatomo-cliniques; 3° contrairement aux fibres auditives, les fibres olfactives ne se décussent pas, ou du moins les plus importantes ont un trajet direct; elles se rendent d'un hémisphère à la fosse nasale correspondante; 4° ces constatations fournissent les éléments d'un diagnostic possible entre l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle hystérique et l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle de cause organique; dans ce dernier cas les troubles de l'odorat siègent du côté opposé aux troubles de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Cas curieux de surdité hystérique.

M. Gellé (fils) rapporte l'histoire d'une enfant de 13 ans atteinte brusquement de surdité bilatérale presque totale, à la suite d'une crise nerveuse, occasionnée par une émotion morale particulièrement pénible.

Cette malade a été suivie pendant près d'un an, et des examens de l'audition ont été pratiqués aussi complètement que possible. Ils ont permis de constater quelques faits curieux qui peuvent se grouper de la façon suivante : augmentation notable très grande de la puissance auditive : *a*) au moment de la compression de l'étrier, lors de l'exécution de l'épreuve des pressions centripètes (épreuve de Gellé); *b*) au moment de l'insufflation d'air dans la caisse par le procédé de Politzer; *c*) au sortir de la douche froide et pendant et après les attaques hystériques.

Abcès de l'épiglotte.

M. Le Marc'hadour. — La question des œdèmes infectieux aigus du larynx présente un gros intérêt pratique, l'asphyxie en est en effet la conséquence fatale, et le seul traitement trop souvent la trachéotomie. Chez un malade de M. Le Marc'hadour un diagnostic précoce fait au miroir laryngoscopique permit d'éviter l'ouverture de la trachée. Le malade examiné en pleine asphyxie avec tirage, présentait une infiltration considérable du vestibule laryngé, surtout accusée au niveau de l'épiglotte. Un point particulièrement tendu et de couleur jaunâtre, ponctionné et incisé ayant donné issue à du pus collecté, l'amélioration des phénomènes inquiétants fut presque immédiate, et le malade guérit sans autre intervention.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

SESSION DE MAI 1898.

Étiologie, évolution et traitement de la tuberculose de l'iris.

M. Lagrange. — La tuberculose de l'iris peut être quelquefois primitive dans le sens absolu du mot; mais, le plus souvent, elle est précédée par un petit foyer latent capable de guérir après l'infection secondaire de l'œil. Elle mérite alors le nom de cliniquement primitive; c'est une tuberculose locale au sens précis du mot.

Il est probable que, dans cette variété, les bacilles partis d'une petite lésion ganglionnaire ou pulmonaire gagnent l'œil par la voie sanguine. M. Lagrange a pu, plusieurs fois, reproduire expérimentalement la tuberculose du tractus uvéal en injectant une culture de bacilles dans la carotide d'un lapin; on obtient ainsi de très beaux exemples de tuberculose miliaire de l'iris.

Il n'est pas rare, d'ailleurs de constater des tubercules de l'iris chez des sujets portant d'autres manifestations tuberculeuses; mais cette variété n'est pas plus commune que la forme cliniquement primitive, surtout chez les enfants.

L'étude anatomique de 4 cas personnels a permis à M. Lagrange de mettre en relief quelques faits. En premier lieu, l'exacte localisation de l'affection au segment antérieur de l'œil; ensuite, la protection de l'espace supra-choroïdal par le muscle ciliaire et la rapidité avec laquelle les éléments infectieux s'engagent dans l'angle de filtration.

De très bonne heure, les espaces lymphatiques sont envahis et la paroi oculaire défoncée; c'est-à-dire qu'en dehors des cas désignés et certains de tuberculose atténuée (Leber, van Duyse), la tuberculose de l'iris atteint vite l'orifice par lequel il lui est facile de se généraliser.

Il n'est pas possible de considérer la tuberculose de l'iris comme évoluant dans un vase clos; l'expérimentation et la clinique démontrent que, très souvent, la lésion oculaire retentit sur l'organisme.

Les animaux inoculés dans la chambre antérieure succombent tous à des lésions du foie, des reins ou des poumons, et beaucoup de cliniciens ont noté l'apparition de désordres généraux consécutifs à l'évolution de l'affection de l'œil.

Au point de vue du traitement, il convient de remarquer que la tuberculose de l'iris, tantôt cliniquement primitive, tantôt secondaire, est susceptible, dans le premier cas, de se généraliser;

Dans ce cas, il faut la considérer comme une tuberculose locale et agir en conséquence, en respectant dans la plus large mesure la fonction visuelle. Tant qu'il y a quelque espoir de conserver la vision, l'énucléation est contre-indiquée; mais aussitôt que la vision est définitivement perdue, il faut redouter la généralisation et débarrasser l'organisme d'un foyer très dangereux.

Quand la tuberculose est secondaire, quand elle coexiste avec d'autres lésions évidentes, de deux choses l'une : ou la lésion oculaire est moins importante que les lésions viscérales, ou, au contraire, la lésion oculaire représente le principal désordre. Dans le premier cas, le rôle de l'ophthalmologiste est effacé, un traitement palliatif approprié suffira; dans le second cas, il faut agir comme pour les tuberculoses chirurgicales en général, et ne pas redouter que l'énucléation aggrave les lésions viscérales.

En somme, sous la réserve de ménager la vision d'une façon particulière, il convient de considérer la tuberculose de l'iris comme les autres tuberculoses chirurgicales, et les abstentionnistes qui, dans ces derniers temps, sont devenus très nombreux, nous paraissent méconnaître l'étiologie et la physiologie pathologique de la tuberculose de l'iris.

Sur une forme particulière d'iritis exsudative.

M. Morax attire l'attention sur une forme d'iritis aiguë bilatérale dont l'évolution, l'étiologie, les caractères cliniques et anatomiques justifient une différenciation des formes connues. Dans un des faits qu'il a observés, l'iritis bilatérale est apparue au décours d'une angine pultacée grave compliquée d'albuminurie. Il se produisit, avec les symptômes réactionnels habituels à l'inflammation irienne, une exsudation grisâtre dans les champs pupillaires qui persiste pendant quelques jours et qui, 8 jours après son apparition, a disparu sans laisser de traces. Dans l'autre fait, l'évolution de l'iritis et de l'exsudat pupillaire fut sensiblement la même. Il s'agissait d'une malade atteinte de septicémie pneumococcique à la suite d'un avortement. La malade succomba et l'on constata à l'autopsie des lésions endocardiques et un abcès cérébral à pneumocoques. L'examen d'un des globes oculaires où le processus inflammatoire irien n'était pas encore complètement terminé, montre que l'exsudat pupillaire est formé par des amas de fibrine dépourvues de leucocytes et que les lésions de l'iris, prédominant au niveau de la région sphinctérienne, sont surtout localisées au réseau vasculaire. Parmi les infections générales aiguës susceptibles de donner lieu à des accidents semblables et dont les manifestations métastatiques n'aboutissent pas fatalement à une suppuration destructive, nous connaissons surtout l'infection pneumococcique et l'infection blennorrhagique. L'infection blennorrhagique a pu être écartée dans les deux cas. L'infection par le pneumocoque, quoique non démontrée, est rendue d'autant plus vraisemblable que c'est ce microorganisme qui a été mis en évidence dans le sang et dans la localisation cérébrale d'une deuxième observation, et que les recherches d'Axenfeld ont déjà fait connaître des rétinites métastatiques à pneumocoques se terminant par la régression.

Cette forme d'iritis exsudative aiguë serait due, par conséquent, à la localisation du pneumocoque dans les vaisseaux iriens.

Pemphigus oculaire.

M. Bellencontre communique l'observation d'une vieille femme de 78 ans, chez qui le pemphigus frappa d'abord la muqueuse bucco-pharyngée, deux ans après la conjonctive et finalement la peau; en quelques mois la muqueuse se transforma en un tissu cicatriciel blanchâtre analogue à des tâches de bougie et recouvrit complètement la cornée.

Tous les traitements furent impuissants; le galvano-caustique, le sérum de Roux, l'électrolyse, ces derniers moyens employés pour la première fois en semblable occurence, restèrent sans résultat.

Le muco-pus, recueilli sur la conjonctive et cultivé, ne donna rien de caractéristique, des staphylocoques et des streptocoques en assez grand nombre; les inoculations sur la conjonctive et dans les lames cornéennes d'un lapin amenèrent un trouble passager; dans le liquide des bulles on rencontra des staphylocoques provenant sans doute de l'épiderme.

En s'appuyant sur les recherches faites sur le pemphigus oculaire, M. Bellencontre arrive à cette conclusion que le pemphigus oculaire résulte d'une altération trophique de la conjonctive et de l'épithélium cornéen due à une lésion nerveuse siégeant probablement sur la branche ophthalmique du trijumeau et ses ganglions.

M. Dufour cite le cas d'un enfant qu'il observe depuis 3 ans et qui est atteint de pemphigus conjonctival et cornéen à la suite d'une fièvre typhoïde survenue en Italie, il y a 5 ans. L'apparition des bulles se fait avec une extrême rapidité. Tout à coup l'enfant signale une douleur vive à l'œil comme s'il s'était blessé : larmes, rougeur des paupières, blépharospasme, il ne faut pas 3 minutes pour en arriver là. Comment ne pas songer à une influence nerveuse et ne pas rapprocher ces faits de l'urticaire? Tous les traitements ont été essayés sans résultats.

Traitement opératoire du leucome adhérent et du staphylome partiel qui en résulte.

M. de Gouvéa, après avoir fait une sclérotomie linéaire ayant pour point de départ la partie saine de la sclérotique la plus voisine de l'altération cornéenne, libère l'iris à l'aide d'un petit couteau mousse coudé, à double tranchant, introduit tour à tour, à chacun des angles de l'incision, entre l'iris et la cornée, qu'il tire légèrement en avant pendant qu'il en sectionne les adhérences en retirant le couteau.

Traitement opératoire de l'ectropion lacrymal sénile.

M. H. Truc. — Ce procédé comprend 3 temps : 1° résection cunéiforme tarso-conjonctivale de la zone rétro-ciliaire altérée; 2° blépharorrhaphie externe; 3° sutures inversives conjonctivo-cutanées. Il est constitué d'éléments classiques et paraît remplir toutes les indications pathogéniques et thérapeutiques. Dans une vingtaine de cas, dont la plupart suivis depuis plusieurs années, il a donné d'excellents résultats.

Recherches histologiques sur le tatouage de la cornée.

M. H. Villard (de Montpellier) a étudié successivement le processus histologique du tatouage de la cornée normale du lapin, et celui du tatouage de leucomes de la cornée, produits expérimentalement chez les mêmes animaux. Dans les 2 cas le processus a été suivi heure par heure au début, jour par jour plus tard.

Dans le tatouage de la cornée saine, on observe, sur des pièces enlevées immédiatement après l'opération, la disparition à peu près complète de la couche épithéliale, la perforation des lames antérieures de la cornée qui sont plus ou moins disloquées, et la pénétration entre ces lames de l'encre de Chine qui se dispose en lit, en strates noirs assez régulièrement arrangés et parallèles entre eux. Quelques heures après l'opération, la partie antérieure du tissu cornéen s'infiltre de nombreux leucocytes, qui vont en diminuant de nombre au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment opératoire. Ces leucocytes, dans le tatouage de la cornée normale, servent à la nutrition et à la réparation des tissus lésés, en fournissant à leurs propres dépens les matériaux nécessaires à cette réparation, suivant le mécanisme décrit par Ranvier dans les plaies simples de la cornée. L'épithélium se régénère très rapidement, et en 24 heures environ a recouvert toute la surface tatouée : cette régénération se fait par le mécanisme indiqué par Ranvier, par éboulement et glissement des strates épithéliaux conservés; les cellules épithéliales peuvent même envahir et combler les perforations produites par les coups d'aiguilles. Les cellules propres prolifèrent un peu tardivement, on les voit en assez grand nombre autour des amas d'encre de Chine, auxquels elles empruntent de fines ganulations de charbon dont elles se chargent. Au bout de 2 mois la réparation du tissu lésé est complète, et l'encre de Chine, paraît parfaitement tolérée par le tissu cornéen.

Dans le tatouage des leucomes de la cornée, les phénomènes sont à peu près les mêmes. Toutefois les strates d'encre de

Chine sont moins réguliers, ce qui tient à la disposition régulière bien connue du tissu des leucomes; de plus les leucocytes persistent en assez grand nombre dans le tissu infiltré d'amas de charbon, et les cellules fixes s'hypertrophient beaucoup plus; enfin, les masses d'encre de Chine semblent disparaître plus rapidement que dans le tatouage de la cornée normale. Ces diverses particularités sont en rapport avec la présence de vaisseaux sanguins au sein des leucomes tatoués. Ces vaisseaux favorisent l'apport incessant des leucocytes, l'hypertrophie des cellules fixes et, par là, l'élimination plus rapide de l'encre de Chine, puisque les globules blancs et les cellules fixes se chargent de petits grains de charbon. Cette constatation confirme et explique ce que l'expérience clinique a appris depuis longtemps, à savoir que pour avoir un résultat durable, il ne faut tatouer que des leucomes dépourvus de vaisseaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 Juin 1898.

Abcès lombaire d'origine appendiculaire.

M. Cathelan présente l'intestin d'une fillette de 10 ans qui a succombé dans le service de M. Ménard (de Berck) à une fistule pyo-stercorale consécutive à l'incision d'un abcès lombaire d'origine appendiculaire. On était intervenu chirurgicalement à différentes reprises, mais on n'avait pas réséqué l'appendice.

M. Letulle pense qu'en raison de l'intégrité de l'appendice dans la plus grande partie de sa longueur, on doit incriminer ici la tuberculose.

Rupture dans la plèvre d'un anévrysme aortique latent.

M. Milian montre un anévrysme de l'aorte thoracique demeuré latent jusqu'à la rupture mortelle. Le sang s'est épanché dans la plèvre gauche. On constate en même temps des lésions de pneumonie caséeuse au sommet du poumon gauche.

Angine de poitrine mortelle d'emblée.

MM. Milian et **Picquand** présentent un cœur dont les deux artères coronaires sont complètement oblitérées à quelques centimètres de leur origine aortique. Leur orifice aortique est intact. Il n'y a, de même, qu'une aortite très légère, si bien que cette oblitération aurait passé inaperçue si la dissection n'avait pas été faite. Il est donc nécessaire de disséquer entièrement les coronaires avant de nier le rôle pathogénique de ces artères dans l'angine de poitrine.

Myxo-sarcome du ligament large.

M. Baron apporte une volumineuse tumeur du petit bassin enlevée par M. Bouilly, par la voie abdominale. Elle pèse 3 kilogrammes et apparaît à la coupe très vasculaire, sillonnée de gros sinus, assez molle. Elle n'était pas pédiculée; elle était nourrie par les vaisseaux de sa coque, abondants surtout à la partie inférieure.

Elle était manifestement développée dans le ligament large; les trompes, les ovaires, l'utérus en étaient indépendants.

Au microscope, il s'agit de myxo-sarcome. On n'a décrit jusqu'ici que des fibromes comme tumeurs primitives du ligament large.

Tuberculose ganglionnaire primitive cervicale et trachéo-bronchique, avec intégrité du parenchyme pulmonaire.

M. Rist présente les viscères d'une jeune fille qui a succombé à une tuberculose ganglionnaire primitive, dont l'évolution paraît avoir été exceptionnellement rapide, puisque les premiers troubles de la santé datent d'un an à peine. La mort, survenue au milieu de symptômes dyspnéiques et toxiques, avait été précédée de l'apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse moyennement abondante. L'autopsie a montré que les ganglions du hile pulmonaire gauche étaient convertis en une masse de la grosseur du poing, entièrement caséifiée. Cette lésion n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie; on n'avait pu observer que les adénopathies cervicales, très volumineuses, et dont quelques-unes s'étaient ouvertes à la peau, y produisant une vaste ulcération, et quelques gros ganglions axillaires. Les symptômes pulmonaires avaient été mis sur le compte d'une granulie. Or, l'autopsie a montré que le parenchyme pulmonaire était absolument sain, et qu'il n'y avait même pas de lésions des sommets. La rate, très augmentée de volume, était farcie de gros tubercules en voie d'évolution. Les autres viscères étaient indemnes de lésions tuberculeuses. L'aorte présentait, à son origine, des plaques d'athérome, qui sont peut-être sous l'influence étiologique de l'intoxication tuberculeuse, et qui sont intéressantes à relever chez une jeune fille de 21 ans. Il a été impossible de trouver l'origine de cette tuberculose ganglionnaire; les antécédents héréditaires et personnels du sujet étaient excellents.

Appendicite pariétale suppurée.

M. Pilliet montre les préparations de 3 cas d'appendicite opérés les 7°, 8° et 9° jours. On voit déjà à l'œil nu un abcès développé dans l'épaisseur de la paroi. Au microscope, cet abcès a son siège dans le chorion de la muqueuse; il s'est développé aux dépens d'un follicule ou d'un lymphatique chorial. Les lésions folliculaires sont considérables; les glandes de Lieberkühn sont, au contraire, intactes. L'abcès s'ouvre non pas vers la muqueuse, mais vers le péritoine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 Juin 1898.

Nucléo-albuminurie.

MM. Haushalter et **Guérin** communiquent un nouveau cas de nucléo-albuminurie remarquablement abondante chez un enfant au début d'une pneumonie tuberculeuse dont l'évolution tendit au bout de plusieurs mois à s'arrêter. La nucléo-albumine devint de plus en plus rare à mesure que l'amélioration s'accentuait.

MM. Haushalter et Guérin pensent que l'apparition transitoire ou continue de nucléo-albumine dans l'urine en quantité notable est souvent l'indice d'une tuberculose en évolution dans un organe quelconque.

De l'adénomégalie dans la cirrhose biliaire hypertrophique

MM. A. Gilbert et **D. Fournier**. — C'est une opinion classique que les ganglions lymphatiques des diverses régions ne sont pas modifiés dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Dans ces derniers temps, différents auteurs ont cependant attiré l'attention sur l'existence de l'adénomégalie au cours de cette affection.

Dans un fait que nous avons observé, l'hypertrophie ganglionnaire portait principalement sur les ganglions dont sont tributaires les lymphatiques du foie : ganglions du hile et ganglions péripancréatiques d'une part, ganglions sus-diaphragmatiques d'autre part. Les ganglions des régions plus éloignées, aine, aisselle, région carotidienne, etc., sont quelquefois également atteints, mais à un degré bien moindre.

Le volume des ganglions dont le foie est directement tributaire est parfois considérable; il égalait celui d'un œuf de poule dans un cas de M. Pitres. Ces ganglions sont très mous et incapables d'exercer une compression effective sur les organes qu'ils avoisinent; les ganglions du hile hépatique, en par-

ticulier, ne pourraient déterminer aucune oblitération des voies biliaires.

L'examen histologique, que nous avons pratiqué dans notre cas avec la collaboration de M. F. Bezançon, montre une sclérose péri et intraganglionnaire, une distension des voies lymphatiques et un véritable œdème du tissu réticulé; on n'observe pas une hyperplasie très marquée des cellules des follicules et des cordons; il existe enfin une accumulation extrêmement abondante de pigment dans les voies lymphatiques.

L'adénomégalie de la cirrhose biliaire hypertrophique doit être rapprochée, au point de vue de son mécanisme pathogénique et de sa signification, de la splénomégalie; elles témoignent toutes deux de la nature infectieuse de la maladie.

L'agglutination du bacille de Löffler par le sérum antidiphthérique est-elle constante?

M. Joseph Nicolas (de Lyon), en essayant l'action de sérum antidiphthérique n'ayant subi aucune préparation spéciale, ni chauffage, ni addition d'antiseptiques, sur *douze échantillons* différents de bacille de Löffler dont il a obtenu des cultures en bouillon uniformément troubles et homogènes a vu *six fois le phénomène de l'agglutination se produire*. L'addition de sérum de cheval normal dans les mêmes conditions bien entendu ne produirait rien. Mais *pour les six autres échantillons il n'a rien pu obtenir*.

L'auteur en conclut que l'agglutination des bacilles de Löffler par le sérum antidiphthérique est un phénomène inconstant variant suivant les échantillons de bacilles. Mais ces résultats contradictoires doivent avoir une raison biologique qu'il se propose de déterminer.

Morphologie du bacille de la tuberculose des poissons.

M. Ledoux-Lebard. — Dans un mémoire publié dans le dernier numéro des *Archives de médecine expérimentale*, j'ai étudié la morphologie du bacille de la tuberculose humaine, lorsqu'on étudie son développement en goutte pendante en chambre humide chauffée. J'ai ainsi pu suivre le développement de filaments ramifiés, déjà signalés par les auteurs. Ils considéraient d'habitude ces filaments, plus faciles à observer dans les vieilles cultures, comme des formes d'involution indiquant la sénilité du bacille. J'ai démontré qu'il n'en est rien, que ces filaments apparaissent dès le début du développement. J'ai pu voir qu'ils ont rapidement des apparences ramifiées, et, d'après la morphologie de ces ramifications, j'ai pu conclure que le bacille de la tuberculose se rapproche morphologiquement, non pas des streptothrix (ou oospora) comme on l'enseigne généralement, mais bien plutôt des cladothrix.

Depuis lors, j'ai étudié par le même procédé la tuberculose des poissons. La technique est simplifiée dans ce cas; le bacille pisciaire poussant à la température ordinaire, il n'y a plus besoin de platine chauffante. J'ai retrouvé dans ce bacille tous les caractères que j'avais vus précédemment pour la tuberculose humaine; mais, dans la tuberculose pisciaire, ces caractères sont pour ainsi dire exagérés; les filaments sont très distincts; les ramifications, et leur mode de formation et d'articulation très faciles à étudier. En outre, certaines apparences font supposer que les filaments sont entourés d'une gaine de substance amorphe, non colorable par les réactifs usuels.

Les centres de l'équilibre.

M. Thomas communique le résultat des expériences qu'il a faites sur trois chiens auxquels il avait sectionné au préalable les deux nerfs acoustiques. Après leur avoir bandé les yeux, il les plaçait sur une planche mobile autour d'un axe horizontal et imprimait à la planche des inclinaisons lentes ou brusques. Tandis qu'un chien normal, dans les mêmes conditions, réagit à ces inclinaisons par des mouvements du tronc et des membres, ou bien saute, le chien privé de ses nerfs acoustiques se laisse rouler sur le côté ou culbute soit en avant, soit en arrière, suivant qu'il est dirigé parallèlement ou perpendiculairement à l'axe de rotation de la planche.

L' « ophthalmoplégie labyrinthique » dans le tabès.

M. Egger. — Lorsqu'on place un sourd-muet sur un appareil à centrifugation, les mouvements compensateurs des yeux dus à l'incitation labyrinthique sont abolis, et c'est là un fait aujourd'hui bien connu. J'ai eu l'occasion d'étudier ces mouvements compensateurs des yeux dans un cas de tabès à localisation bulbaire, et j'ai pu constater que les mouvements de compensation des globes oculaires avaient disparu. Quel que fût le plan de rotation auquel était soumis la malade, les yeux restaient immobiles dans l'orbite. Je propose de désigner ce phénomène sous le nom d'*ophthalmoplégie labyrinthique*.

Dégénérescences secondaires à la section du faisceau longitudinal postérieur.

M. Thomas, étudiant les dégénérescences consécutives à la section du faisceau longitudinal postérieur au niveau d'une ligne horizontale réunissant les deux corps restiformes lors de leur pénétration dans le cervelet, a pu suivre les fibres dégénérées sur toute l'étendue de la moelle : dans la région cervicale, elles occupent l'angle formé par le sillon antérieur et le bord antérieur; plus bas, elles ont une tendance à occuper une situation plus latérale; ces fibres se terminent autour des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle. Au-dessus de la lésion, les fibres peuvent être suivies dans les noyaux de la troisième paire des deux côtés; elles sont un peu plus nombreuses dans le faisceau croisé (la section avait intéressé aussi un peu le faisceau longitudinal postérieur du côté opposé).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Juin 1898.

Hémophilie rénale.

M. Pousson (de Bordeaux) communique l'observation d'une malade atteinte depuis plus de 7 semaines d'hématurie que l'examen cystoscopique démontra être d'origine rénale droite. L'examen de la malade ayant donné des résultats négatifs, M. Pousson fit l'incision lombaire, arriva sur le rein et l'ouvrit; sur la surface de section il vit des points hémorrhagiques et d'autres qui paraissent anémiés. Sachant que ces petites lésions sont parfois graves, et se rappelant un cas où il avait vu pratiquer avec succès l'extirpation du rein dans des conditions analogues, il fit la néphrectomie. L'opérée a guéri. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de sclérose rénale avec points hémorrhagiques.

M. Poirier a opéré dans les mêmes conditions un homme de 48 ans, et M. Letulle, qui a examiné le rein enlevé, a déclaré qu'il s'agissait de néphrite interstitielle. Le malade a guéri opératoirement, mais il est mort d'urémie 2 mois plus tard, et M. Poirier se demande si l'ablation du rein n'a pas contribué à accélérer les accidents. Aussi, en présence d'un cas pareil, est-il plutôt indiqué de s'abstenir.

M. Picqué a présenté, il y a quelques années, au Congrès de chirurgie, l'observation d'une femme âgée, atteinte d'hémorrhagies d'origine rénale unilatérale. La néphrotomie lombaire montra l'existence d'un kyste de l'extrémité inférieure du rein, qui fut ouvert et la malade guérit. Ultérieurement, cette femme a eu de nouvelles hématuries dues cette fois à une tumeur vésicale, qui fut enlevée, elle guérit encore de cette intervention.

Hystérectomie vaginale pour fibrome.

M. Potherat est partisan de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes. Depuis 1891, il a pratiqué 43 fois cette opération avec 3 décès, dont 2 imputables à l'opération (hémorrhagie, septicémie); le troisième est dû à une injection intrapéritonéale de sublimé faite le 3e jour par une infirmière.

M. Routier a pratiqué 38 fois l'hystérectomie vaginale

pour fibromes, et sur ce nombre il a eu 6 morts, dont 1 d'hémorrhagie, 1 de septicémie, 1 de péritonite due au pincement de l'appendice, 1 d'urémie, 1 de cause inconnue, 1 de la continuation d'accidents septiques antérieurs.

Quatre fois, il a dû terminer par une laparotomie pour se rendre compte d'une hémorrhagie.

Relativement au manuel opératoire, il se rapprocherait plus de celui de M. Quénu, en ce sens qu'il préfère pincer de haut en bas; mais avec M. Segond, il morcelle et se sert du tire-bouchon qui facilite tant l'extraction.

Quant aux indications de la méthode, il croit qu'il faut surtout tenir compte de la forme du fibrome; l'état scléreux du vagin entre aussi en ligne de compte.

Depuis 1895, M. Routier a fait 42 hystérectomies abdominales pour fibromes, avec 6 morts.

En somme, pour M. Routier, l'hystérectomie vaginale doit être réservée aux fibromes petits et faciles à extirper; l'abdominale est à préférer dans les cas de fibromes volumineux ou difficiles à enlever.

De la greffe du tendon du droit supérieur sur le cartilage tarse dans la paralysie congénitale de la paupière supérieure.

M. Delens fait un rapport sur un travail de **M. Motais** (d'Angers) qui a envoyé 3 observations de ptosis congénital pour la cure desquelles il a eu recours à l'ingénieuse opération suivante : il a, après incision de la sclérotique, désinséré la portion médiane du tendon du droit antérieur, puis il a fait passer cette languette tendineuse à travers l'insertion du tendon du releveur et l'a fixé sur le cartilage tarse. De cette manière, le droit supérieur continuait à avoir son action sur l'œil par ses deux extrémités latérales, tandis que la partie médiane venait remplacer le releveur. Le résultat de cette opération est parfait et le droit supérieur pourvoit aux mouvements de l'œil et de la paupière. Pour la pratiquer, il faut que le muscle droit supérieur ne soit pas lui-même frappé de paralysie.

M. Tuffier présente un malade opéré, depuis 1 an, par la gastro-entérostomie, pour un rétrécissement du pylore causé par un ulcère. Le résultat actuel est parfait.

M. Poirier montre un malade auquel il a réséqué un lambeau osseux de 8 centimètres sur 5, le 17 mai 1897, au cours d'une trépanation. La réparation est aujourd'hui complète.

M. Morestin présente une malade chez laquelle il a réséqué, pour une difformité, les deux tiers internes de la clavicule. Il a pratiqué cette extirpation par une toute petite incision et les mouvements sont parfaits.

M. Maunoury (de Chartres) présente un grand nombre de radiographies dont la plupart ont trait à des fractures.

M. Pousson présente un calcul de la vésicule biliaire qu'il a extrait dans un cas de cholécystite calculeuse s'accompagnant d'hépatoptose et de néphroptose.

M. Rochard présente une épingle à cheveu qu'il a retirée de la vessie d'une femme, par la taille hypogastrique.

M. Reynier présente un volumineux calcul du rein, du poids de 650 grammes, qu'il a extirpé du rein d'un homme de 62 ans. Le diagnostic de cancer avait été fait, et, comme signe, le malade n'accusait qu'une hématurie il y a 10 ans et une autre 1 mois avant l'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 Juin 1898.

Reins polykystiques.

M. Ferrand présente une observation de reins kystiques remarquables à plusieurs points de vue :

1° La multiplicité des lésions kystiques ont non seulement transformé les deux reins en deux volumineuses tumeurs polykystiques, mais encore ont déterminé de nombreux kystes peu volumineux dans la substance du foie, et quelques-uns dans la substance de l'ovaire, ce qui donne à la maladie un aspect de parasitisme dont le rein aurait été le siège primitif et qui se serait étendu de là aux autres viscères;

2° La substance rénale, bien que n'étant pas apparente au premier abord, existait cependant disséminée entre les groupes kystiques et suffisait à assurer une émonction suffisante.

Gangrène pulmonaire latente.

M. Rendu rapporte l'observation d'un vieillard de 73 ans, amené à l'hôpital Necker pour une grande faiblesse, suite de l'inanition à laquelle il était réduit depuis plusieurs semaines. Après 3 semaines de séjour dans le service, cet homme fut atteint d'un accès de fièvre avec température assez élevée (39°,5). Le lendemain, on constatait à la base du poumon droit une matité occupant le quart inférieur de la poitrine, avec diminution des vibrations thoraciques à ce niveau. La respiration est faible, sans souffle ni égophonie; une ponction exploratrice, à l'aide d'une seringue de Pravaz, ramena un peu de sérosité absolument transparente; quelques jours après, une ponction donnait un litre de liquide citrin; aucun soulagement ne s'ensuivit, et le malade mourut le 12 mars.

L'autopsie démontra la présence d'un épanchement séreux de 1 litre. A la partie inférieure et postérieure de la cavité pleurale existait une loge isolée, séparée du reste de la cavité par deux cloisons transversales ne communiquant pas avec elle. Le contenu de cette loge était très spécial. Il consistait en un caillot peu volumineux, constitué par du sang altéré et mélangé de pus qui exhalait une odeur putride; cette lésion s'accompagnait de bronchopneumonie lobulaire, point de départ de l'irritation pleurale. Tout à fait à la base, en arrière du poumon, existait un foyer de gangrène pulmonaire circonscrite, du volume d'une noix à peine. Le poumon gauche était atteint de lésions beaucoup moindres, quoique de même ordre.

Les autres viscères présentaient des lésions atrophiques banales et quelques lésions infectieuses récentes, qui prouvaient la pénétration de l'agent infectieux dans le sang.

L'examen bactériologique fut pratiqué par M. Rist. Mais les résultats furent peu probants, et il n'en pouvait guère être autrement: la découverte du foyer gangréneux étant tout à fait inattendue, les recherches furent faites dans des conditions très défavorables.

Cette observation démontre que des lésions de bronchopneumonies septiques, assez virulentes pour amener une gangrène complète d'une région du poumon, peuvent évoluer sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel, sans même élever la température d'une manière durable.

M. Galliard vient d'observer un cas de gangrène pulmonaire, qui démontre la nécessité d'une opération rapide dans les cas de ce genre.

Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode.

MM. L. Rénon et **R. Follet** ont observé un malade atteint d'une parotidite double, paraissant relever de l'action toxique de l'iode sur les glandes salivaires.

Cet homme, âgé de 51 ans, s'était appliqué une couche de teinture d'iode sur la poitrine, pour traiter une toux légère qu'il présentait depuis 15 jours. Le lendemain, cette région devint rouge, douloureuse et œdématiée, et, le surlendemain, la parotide gauche s'hypertrophiait. Quand MM. Renon et Follet virent le malade, elle était dure, rouge et douloureuse à la pression. La parotide droite se prenait à son tour 3 jours plus tard.

Cette fluxion parotidienne, survenue au cours d'un accident d'iodisme cutané aigu, est-elle sous la dépendance d'un effet toxique de l'iode, ou sous celle d'une maladie spécifique, les oreillons? Tout porte à croire qu'il s'agissait là d'une parotidite iodique, bien que l'on ait recherché sans résultat l'iode dans la salive et dans l'urine : mais cet examen a été fait assez tardivement.

L'état de la muqueuse buccale du malade, chiqueur de lon-

gue date, avec des dents en très mauvais état et atteint d'angines fréquentes, a joué un rôle singulièrement prédisposant.

Si les cas de parotidite iodique causée par l'iodure de potassium ne sont pas rares (cas de Comby, de Villar, de Balru, de Regnier, de Renault et Salmon, etc.), il n'en est pa de même de ceux dus à l'iode, car il n'existe qu'un cas de Guelliot, où l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle fut suivie d'un gonflement parotidien de peu de durée.

M. Le Gendre fait remarquer que, quand on donne la teinture d'iode à hautes doses, il est fréquent d'observer des manifestations douloureuses du côté des parotides.

Sur un nouveau cas d'adénopathie sus-épitrochléenne dans la syringomyélie du type Morvan, pris par erreur pour une névrite lépreuse.

M. Jeanselme. — M. Sainton, interne des hôpitaux, me communique un cas de syringomyélie dans lequel une adénite sus-épitrochléenne accolée au nerf cubital fut prise, pendant la vie, pour une névrite lépreuse. L'autopsie montra que le nerf cubital était à peine augmenté de volume, et que la chaine, rigide et moniliforme, était constituée par un groupe de 8 à 10 ganglions lymphatiques reliés par un cordon de consistance presque fibreuse.

Ce nouveau fait d'état moniliforme, sans participation du nerf cubital, joint à ceux que nous avons rapportés, M. Millian et moi, dans la dernière séance, prouve donc qu'on ne saurait être trop réservé dans l'interprétation de ce signe auquel on accorde, à juste titre, une grande valeur séméiologique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 1er Juin 1898.

Névralgie faciale.

M. Molin présente, au nom de **M. Jaboulay**, une malade atteinte de névralgie faciale, et opérée une première fois, il y a 15 mois. A ce moment, les nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier furent sectionnés à l'issue de leurs canaux osseux, puis les bouts supérieur et inférieur de chacun furent arrachés par enroulement autour d'une pince hémostatique.

Cette première intervention avait été suivie d'un soulagement complet, mais, il y a 2 mois, les douleurs reparurent. M. Jaboulay pratiqua alors 3 incisions profondes au niveau de chacune des anciennes interventions. Les tissus furent divisés jusqu'au périoste, et le résultat fut aussi satisfaisant que lors de la première opération.

Il reste à interpréter cette singulière disparition des douleurs.

Actinomycose rectale.

M. X. Delore présente un malade atteint d'actinomycose rectale. Ce cas serait le premier, observé en France, d'une telle localisation de l'actinomycose.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, entré, il y a quelques jours dans le service de M. Poncet. Les premiers symptômes remontent à une vingtaine d'années. A ce moment apparurent des douleurs au niveau de l'anus, rendant la défécation difficile, et une tumeur péri-anale, qui s'ouvrit au bout de quelques mois, en donnant issue à une certaine quantité de liquide purulent. Les autres phénomènes disparurent alors, et ce n'est que 10 ans plus tard qu'ils se reproduisirent. Des végétations, situées sur le pourtour de l'anus, vinrent augmenter la gêne de la défécation, puis des trajets fistuleux s'ouvrirent, par où une sérosité purulente s'écoulait dans le sillon interfessier.

Depuis, l'affection a suivi une marche progressive; il y a 18 mois, apparurent des douleurs vésicales, et on constata l'existence de calculs vésicaux. Une lithotritie fut pratiquée dans un hôpital et débarrassa la vessie d'une grande quantité de calculs phosphatiques, qui ne se sont pas reproduits depuis. Mais les troubles de la défécation ont encore augmenté. L'examen actuel montre des végétations volumineuses, voilacés, formant formant des bourrelets de 5 à 6 centim. de chaque côté du sillon interfessier. Des fistules nombreuses s'ouvrent à leur niveau. Elles semblent toutes indépendantes du rectum. Toute la fosse ischio-rectale est envahie, indurée; le rectum est très resserré sur une longueur d'environ 5 centimètres à partir de l'anus. La vessie et la prostate sont dures, de consistance uniforme.

Les autres organes semblent sains. Le diagnostic d'actinomycose, posé en raison de l'aspect et de la marche remarquablement lente des lésions, a été confirmé par l'examen microscopique du pus, qui contenait des grains jaunes, avec actinomyces typiques.

Mélano-sarcome de la choroïde généralisé.

M. Langlois présente des pièces provenant du service de M. Lyonnet. Il s'agit d'un homme de 56 ans, opéré pour la première fois en 1884 par M. Gayet, qui pratiqua l'énucléation de l'œil droit pour un traumatisme suivi d'ophthalmie sympathique. On trouva à ce moment sur l'œil énucléé trois taches mélaniques. Ce ne fut que 12 ans après, au commencement de 1897, que le malade revint, porteur d'une récidive *in situ* du sarcome mélanique, développée dans l'orbite depuis quelques mois seulement. On enleva aussi complètement que possible la tumeur, mais la généralisation se produisit presque aussitôt, avec une extrême intensité. Le malade vient de succomber, un an après le début de cette généralisation. Des noyaux ont été trouvés dans tous les organes, sauf le cerveau, la rate, l'intestin, les reins et les capsules surrénales. Les téguments et les muscles étaient particulièrnment atteints. L'intérêt du cas est dans l'intervalle assurément rare, de 12 ans, séparant le moment où fut constatée la tumeur primitive, de celui où l'on dut intervenir de nouveau.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 2 Mai 1898.

Cirrhose atrophique avec péritonite chronique.

M. Micheleau présente les pièces provenant d'un homme de 38 ans entré à l'hôpital avec les signes d'une cirrhose atrophique dont on pouvait rapporter la cause à des habitudes alcooliques non douteuses. Diverses ponctions de l'abdomen furent successivement pratiquées, donnant issue à une quantité de liquide séreux variant chaque fois de douze à dix-huit litres.

Le 29 janvier, une ponction donna issue à du liquide pour la première fois hématique et en moindre quantité : treize litres; le 9 mars, nouvelle ponction: trois litres de liquide hématique. Vers cette époque se manifestèrent des signes d'épanchement dans la plèvre droite, et deux thoracentèses, pratiquées le 12 et le 31 mars, donnèrent issue, la première à 1,250 grammes, la deuxième à 1,650 grammes de liquide hématique en tout semblable à celui de l'abdomen. On pensa alors que la cirrhose atrophique s'était compliquée de tuberculose pleuro-péritonéale, ce qui expliquait la coloration des deux épanchements.

Mort le 6 avril.

A l'autopsie ce qui frappe tout d'abord, c'est la coloration brunâtre ardoisée du péritoine; les anses intestinales, fortement agglutinées entre elles, sont réunies par des adhérences très serrées qui existent aussi bien dans les parties profondes que dans les parties superficielles. Sur le côté droit de l'abdomen, obliquement dirigée de la fosses iliaque droite vers la région ombilicale, s'étend une masse grise, ardoisée, entrecoupée par places de taches jaunâtres au nombre d'une vingtaine environ, de forme à peu près circulaire, de volume variant entre celui d'une pièce de 20 centimes et celui d'une pièce d'un franc, les unes en relief, les autres ombiliquées, exulcérées; ces taches jaunes représentent les lobules graisseux des appendices épiploïques; il

est facile de s'en rendre compte en soulevant le péritoine qui les recouvre.

Aucune trace de liquide à la surface de l'intestin, mais épanchement hématique très abondant dans la région postérieure, de l'abdomen et dans la cavité pelvienne; mais nulle part on ne trouve trace macroscopique de tuberculose.

M. Arnozan. — Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette présentation, c'est le bloc unique formé par la masse des adhérences, le refoulement entier de l'épiploon à droite et le peu de renouvellement du liquide.

Tuberculose pulmonaire guérie.

M. Micheleau présente le poumon gauche d'un malade mort de paralysie labio-glosso-laryngée, dans le service de M. le professeur d'Arnozan, le 30 avril 1898. On y remarque, au sommet, l'existence d'une caverne tuberculeuse, grosse comme une noisette, à peu près, et guérie par calcification. Le malade n'avait jamais accusé aucun trouble de l'appareil respiratoire pouvant être rapporté à une infection tuberculeuse; les lésions du bulbe qui ont amené sa mort sont des lésions scléreuses, absolument indépendantes de ses lésions pulmonaires guérie et non soupçonnées.

Cette pièce a paru intéressante non point à cause de la rareté de pareils faits, mais à cause du degré et du volume de la lésion tuberculeuse, et aussi à cause de son évolution silencieuse sans que le malade en accusât aucun symptôme.

Invagination de l'S iliaque dans le rectum, prolabée à travers l'anus.

M. A. Vergely présente une invagination intestinale réséquée par M. le professeur Demons à une femme de 29 ans, qui, il y a deux mois environ, fut prise d'une constipation plus opiniâtre que de coutume et fit pour aller à la selle des efforts violents sans aucun résultat. Après des purgations inefficaces, on se décida à lui donner un lavement électrique qui fit sortir par l'anus des matières molles, sanguinolentes, d'odeur très fétide.

Enfin, depuis trois semaines, avant son entrée à l'hôpital, la malade avait à peine quelques légères évacuations alvines; en revanche, elle vomissait fréquemment des matières bilieuses, et depuis quinze jours environ elle avait constaté, au niveau de l'anus, l'apparition de ce prolapsus qui n'avait fait que s'accroître depuis.

Entrée le 6 avril, elle fut opérée le lendemain.

On attaqua au bistouri et au thermocautère toute cette masse formée évidemment par une invagination. Après avoir sectionné ras de l'anus l'intestin enveloppant, on put voir facilement que l'intestin contenu dans ce fourreau était lui-même sphacélé et perforé en plusieurs points. On le sépara donc au même point que le premier, et, pour abréger, on ne fit point de suture, mais on réunit par des pinces le bout inférieur tout voisin de l'anus et le bout supérieur qui, normalement, aurait dû se trouver à deux fois 30 centimètres du bout inférieur; mais qui, par suite du prolapsus de l'invagination, se trouvait au niveau même de l'orifice anal.

On put alors examiner la pièce et voir que l'S iliaque, entraînée et invaginée dans le rectum, avait amené avec elle une portion du mésocôlon, roulé en corde, de l'épaisseur de deux doigts environ.

Ce méso et les surfaces péritonéales recouvrant la portion supérieure du rectum et de l'S iliaque avaient contracté entre elles des adhérences qui contribuaient certainement pour beaucoup à rendre difficile la réduction du prolapsus.

Sillons congénitaux.

Mlle Nourrit présente un petit malade, âgé de 9 ans, porteur de deux sillons congénitaux bien marqués, l'un à l'annulaire de la main gauche, l'autre à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la jambe droite.

Cet enfant était affecté à la même jambe d'un pied bot varus équin extrêmement prononcé, fort amélioré par une opération de Phelps; la coexistence assez intéressante de ces deux malformations semble un appoint à la théorie qui veut retrouver la pathogénie des pieds bots dans des malformations par brides amniotiques.

Enfin, il est un point sur lequel mérite d'être attirée l'attention, c'est le motif invoqué par la mère pour expliquer le sillon de l'annulaire; elle a, dit-elle, porté pendant toute sa grossesse un fil de soie à ce doigt et n'est pas surprise d'en trouver la trace sur son enfant.

Encore un fait à l'appui de l'influence sur le développement du fœtus des événements qui impressionnent la mère.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 Mai 1898.

Cancer utérin récidivé.

M. Landau communique l'observation d'une femme de 37 ans, à laquelle on pratiqua le 11 août 1895 l'extirpation de l'utérus avec ses annexes pour un néoplasme envahissant du col. L'opérée guérit très vite et se rétablit complètement; mais au bout de quelques années elle commença à maigrir et entra de nouveau à l'hôpital. On constata dans le vagin la présence d'excroissances verruqueuses situées au niveau de la cicatrice: il s'agissait donc d'une récidive sur place.

On opéra de nouveau cette malade, qui actuellement jouit d'une santé florissante, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit guérie. En effet on ne doit considérer comme définitive la guérison d'un cancer utérin que s'il s'est écoulé cinq années depuis l'opération. Or, de toutes les femmes chez lesquelles M. Landau a pratiqué l'extirpation d'un cancer utérin, 27 p. 100 se trouvaient encore plus de cinq ans après dans un état de santé parfaite.

Cautérisation et infection.

M. P. Cohn a cherché à savoir jusqu'à quel point une eschare produite par une cautérisation pouvait mettre une plaie aseptique à l'abri de l'infection par les bacilles de la diphthérie et par les streptocoques pyogènes.

Dans ce but, il a inoculé des bacilles de Löffler dans la cuisse de quatre cobayes, dont deux furent cautérisés avec du nitrate d'argent. Les deux animaux témoins succombèrent au bout de deux ou trois jours avec tous les symptômes de la diphthérie expérimentale; les deux animaux cautérisés, au contraire, ne présentèrent aucun accident. En outre, les inoculations faites avec des liquides provenant des animaux témoins fournirent des cultures abondantes de bacilles, tandis que celles qui furent pratiquées avec du matériel pris sur les animaux cautérisés restèrent négatives.

Les résultats ont été les mêmes à la suite de l'inoculation de streptocoques.

Les cautérisations au sulfate de cuivre déterminèrent les mêmes effets que celles de nitrate d'argent. Les cautérisations à l'alun restèrent inefficaces.

Carcinome mélanique de la grande lèvre.

M. Kirstein montre un carcinome mélanique de la grande lèvre droite avec adénopathie inguinale correspondante. On avait extirpé à la fois la tumeur principale et les ganglions dégénérés. Deux mois après, la malade étant atteinte de récidive, une nouvelle opération fut pratiquée, mais au bout d'un mois, c'est-à-dire en janvier dernier, on reconnut que tout le petit bassin était rempli de masses cancéreuses dures et solides. Au mois de mars le foie était également atteint de dégénérescence et la patiente ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater l'existence de métastases dans la plupart des viscères.

Les tumeurs mélaniques primitives des parties génitales sont très rares. Dans le cas actuel le cancer s'était développé sur un petit nævus congénital.

Tumeur de la langue.

M. Treitel a montré une femme présentant une tumeur particulière de la langue. Cette tumeur est située au niveau de la base de l'organe, sa surface est lisse; elle existe depuis vingt ans et la patiente se plaint seulement de ne pouvoir déglutir des pilules. Le larynx est indemne et l'épiglotte est mobile.

Il s'agit probablement ici d'un néoplasme qui s'est développé aux dépens d'un corps thyroïde aberrant. Chez l'embryon il existe, en effet, un conduit glosso-thyroïdien dont les débris persistants peuvent parfois donner lieu à des tumeurs. M. Treitel n'a pas conseillé à cette malade de se faire opérer, car sa néoplasie détermine trop peu d'accidents; en outre, l'opération serait dangereuse, à cause de l'hémorrhagie qu'elle pourrait occasionner. Il y a des cas où la simple incision d'une tumeur semblable, confondue avec un kyste, a déterminé la mort.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 24 Mars 1897.

Maladie de Friedreich.

M. P. Cohn a communiqué l'observation de deux frères atteints de maladies de Friedreich. Leur mère est bien portante, leur père est alcoolique.

Chez les deux enfants, l'affection a débuté à l'âge de 5 ans. La marche devint incertaine et en même temps apparut l'ataxie des des membres supérieurs. L'observation du frère aîné sera publiée prochainement en détail. Chez le frère cadet, âgé aujourd'hui de 11 ans, on trouve les symptômes suivants :

L'expression de la face ne présente rien de pathologique. La tête est de temps en temps animée de mouvements involontaires de flexion; il existe en outre des contractions passagères des muscles innervés par le facial, et un commencement d'atrophie des nerfs optiques.

Lorsque le malade tire la langue, celle-ci présente des contractions fibrillaires. Quand les membres supérieurs sont étendus, ils sont animés des mouvements athétosiques et choréiformes; des mouvements analogues existent dans les doigts.

Le malade se tient debout les jambes écartées, et les mouvements d'oscillation qu'il présente alors deviennent d'autant plus accusés qu'il rapproche ses jambes; la station debout est impossible quand le malade a les yeux fermés. La marche est titubante surtout quand le malade veut marcher lentement.

Les réflexes rotuliens et ceux du tendon d'Achille sont abolis, la force musculaire est conservée, la parole manifestement scandée.

La glycosurie alimentaire des nerveux.

M. Geelvink a étudié la glycosurie alimentaire chez 46 individus présentant des affections organiques du système nerveux central et 36 individus atteints de névroses fonctionnelles. Dans le premier groupe, la glycosurie alimentaire fut constatée chez 65 p. 100 des malades. Sur les 36 névropathes du second groupe, 32 attribuaient leur névrose à un traumatisme; or, contrairement à ces faits signalés par Strauss, aucun de ces malades n'avait de glycosurie alimentaire.

La glycosurie alimentaire ne constitue donc pas un symptôme particulier à la neurasthénie et ne peut servir au diagnostic de cette affection.

M. Arndt a trouvé la glycosurie alimentaire dans 2 cas d'hystérie sur 21 examinés et dans 4 cas de névrose traumatique sur 10 étudiés; dans le cas de mélancolie la glycosurie alimentaire a constamment fait défaut.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 26 Avril 1898.

Anémie pernicieuse.

M. Hildebrand a eu l'occasion de rechercher le fer dans le foie, la rate et les reins de 4 individus ayant succombé à l'anémie pernicieuse. Tous ces organes renfermaient une quantité notable de pigment ferrugineux. Cette constatation vient donc à l'appui des recherches de Quincke.

Dans les cas examinés par M. Hildebrand, le pigment se présentait sous forme de granulations ou d'amas, libres ou contenus dans des cellules. Dans les reins, le pigment se trouvait soit dans les cellules hépatiques, soit dans les cellules du tissu interstitiel.

Fracture méconnue de la colonne vertébrale.

M. Rumpel a communiqué l'observation d'un homme âgé de 48 ans, qui était entré à l'hôpital pour un abcès du poumon compliqué d'empyème auquel il a succombé au bout de 6 semaines.

A l'autopsie on trouva une ancienne fracture de la première vertèbre lombaire dont les dimensions étaient diminuées de 2/3 par le fait de la compression; et l'apophyse épineuse de cette vertèbre ne dépassait les autres que de 1/4 de centimètre.

Cette fracture, qui datait de 10 ans, est survenue à la suite d'une chute que le malade a fait à cette époque dans la cale d'un bateau. Elle n'avait provoqué qu'une douleur localisée à la région sacrée; le malade est resté, à ce moment, 8 jours à l'hôpital d'où il sortit au bout de ce temps sans que le diagnostic de fracture fût fait.

Hypertrophie de la prostate.

M. Henkel a montré une série de préparations dont l'étude lui a montré qu'il n'existait aucun rapport entre l'hypertrophie de la prostate et une lésion des vaisseaux de l'appareil génito-urinaire.

M. Werner qui s'est occupé dernièrement de l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration a pu étudier 12 cas d'hypertrophie de la prostate. Il estime que cette hypertrophie peut tenir : 1° à une hypertrophie des éléments glandulaires; 2° à une hypertrophie du tissu conjonctif; 3° à la formation des myomes prostatiques. On comprend alors que la castration ne réussisse pas dans les hypertrophies fibreuses.

M. Wiesinger croit qu'il faut distinguer l'hypertrophie vraie de l'augmentation de la glande par stase ou par modifications inflammatoires propagées de la vessie ou d'un autre organe voisin. La castration réussit généralement dans une augmentation et échoue dans l'hypertrophie vraie.

M. S. Fraenkel pense que si les rapports physiologiques entre les testicules et la prostate sont certaines, il n'est pas du tout sûr que ces rapports persistent encore en cas de modifications pathologiques.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 27 Mai 1898.

Résultats de la sérothérapie antidiphthérique.

M. Church a exposé les résultats d'une enquête faite par la Société clinique de Londres sur la valeur thérapeutique du sérum antidiphthérique.

Cette étude comprend 832 cas de diphthérie traités par le sérum dans divers hôpitaux de Londres. Toutefois il a fallu en exclure 199 qui ne paraissaient pas assez concluants, soit à cause du diagnostic douteux, soit parce que la quantité de sérum in-

jecté n'a pu être exactement déterminée. C'est donc 633 observations seulement qui ont été utilisées par la commission.

Comme premier fait important, on a trouvé que pour la moitié des malades traités par la sérothérapie et chez lesquels le larynx était atteint plus ou moins gravement, on n'a pas eu besoin de recourir à la trachéotomie; c'est là une proportion beaucoup plus considérable que ne donnent les cas de croup non soumis aux injections de sérum. En outre, la mortalité des trachéotomisés n'a été que de 36 p. 100 au lieu de 71,6 p. 100, mortalité moyenne des cas non traités par la sérothérapie.

La mortalité globale dans ces 633 cas a été de 124, soit 19,5 p. 100. Or, les cas de diphthérie non traités par la sérothérapie ont donné une mortalité de 29,6 p. 100.

Un fait qui mérite encore d'être signalé, c'est que la survie des malades traités par le sérum et qui ont succombé a été plus longue que celle des diphtériques non soumis à ce traitement.

La commission n'a pu découvrir aucun rapport entre la production des paralysies post-diphthériques et la quantité de sérum injecté, ainsi que le début plus ou moins précoce ou tardif du traitement.

Le *rash* sérothérapique a été observé chez un tiers des malades environ, sous la forme d'érythème ou plus souvent d'urticaire, sans que ces éruptions aient exercé une influence quelconque sur l'évolution de la maladie.

Un certain nombre des malades traités par le sérum ont présenté — ce qui ne se rencontre pas d'habitude chez les diphthériques non soumis à la sérothérapie — des douleurs articulaires qui parfois s'accompagnaient de fièvre. Chez quelques patients on a observé, surtout au cours de la convalescence, des accès fébriles sans douleurs articulaires ni éruptions cutanées.

En somme, les résultats de l'enquête ont été tout à fait favorables à la sérothérapie.

La cirrhose du foie chez les enfants.

M. H. R. Smith a communiqué 7 observations de cirrhose du foie qu'il a eu l'occasion d'observer chez des sujets dont l'âge variait de 9 à 24 ans. Dans 4 de ces cas il s'agissait de cirrhose atrophique, les 3 autres présentaient tous les signes de la cirrhose hypertrophique. Le premier groupe était caractérisé par la présence de l'ascite, par l'absence d'ictère, par la diminution du volume du foie et par une évolution rapidement mortelle de la maladie. Dans les cas appartenant à la seconde catégorie, l'ictère survenait dès le début, il n'y avait pas d'ascite et le foie hypertrophié présentait à l'autopsie une néoformation de canalicules biliaires. Ces malades n'ont succombé que quatre, cinq et dix ans après l'apparition des premiers troubles morbides.

Dans 3 des cas de cirrhose atrophique la mort est survenue à la suite d'une péritonite purulente. M. Smith a observé aussi la production en apparence spontanée de cette complication mortelle chez deux adultes atteints de cirrhose alcoolique, et il en conclut que dans la cirrhose atrophique du foie il existe une prédisposition particulière du péritoine aux inflammations aiguës.

M. Smith a fait ressortir les difficultés que présente parfois le diagnostic de la cirrhose atrophique du foie chez les enfants, à cause de l'irrégularité de la marche de la fièvre qui l'accompagne souvent, et qui fait penser à une péritonite tuberculeuse.

Chez un sujet atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère M. Smith a trouvé les doigts renflés en baguette de tambour, fait signalé en 1895 par MM. Gilbert et Fournier et deux ans plus tard par M. F. Taylor.

L'étiologie des 7 cas observés par M. Smith est obscure. La syphilis ne saurait être invoquée comme facteur pathogénique que chez l'un de ces malades, les autres n'étaient ni des alcooliques ni des syphilitiques. Une fois la cirrhose hypertrophique s'est développée à la suite d'une scarlatine grave; dans deux autres cas, l'affection a été précédée d'une diarrhée persistante.

M. Ormerod dit avoir observé, chez un enfant âgé de 10 ans, une cirrhose atrophique du foie avec les symptômes de la chorée à forme tétanique que M. Gowers a signalée dans un certain nombre de cas d'atrophie hépatique.

M. Parkes Weber croit que dans la cirrhose hypertrophique infantile le foie offre une teinte verdâtre, tandis qu'il est de couleur jaune dans la forme atrophique.

M. Smith répond que chez tous les sujets, jeunes ou adultes, qui succombent à la cirrhose hépatique avec ictère, le foie présente une coloration verdâtre, laquelle par conséquent ne saurait caractériser la forme infantile de l'affection.

Dilatation aiguë de l'estomac.

MM. C. R. Box et C. S. Wallace ont communiqué l'observation d'un garçon de 16 ans pris brusquement de vomissements et de collapsus, qui seraient survenus à la suite d'un coup sur l'épigastre.

A l'examen on trouva l'abdomen distendu, la paroi abdominale rigide et particulièrement douloureuse au niveau du point de Mc Burney. On fit la laparotomie qui montra un estomac distendu et occupant presque tout l'abdomen. L'estomac fut incisé et son contenu vidé.

Mort quatre heures après l'opération.

A l'autopsie on ne trouva rien pouvant expliquer la mort ni la distension de l'estomac. Tout le paquet intestinal était affaissé et vide.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une dilatation aiguë de l'estomac, affection très rare, qui s'observe ordinairement chez les individus de 20 à 30 ans et se termine habituellement par la mort au bout de 9 heures à 16 jours.

M. Parkes Weber a observé un cas de dilatation aiguë de l'estomac chez un homme de 50 ans atteint de pneumonie. Il succomba avec les signes de l'obstruction intestinale. L'autopsie n'a pas été faite.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 Mai 1897.

Sarcome de la base du crâne.

M. Depage présente un malade qui a subi il y a six mois la résection ostéoplastique de la mâchoire supérieure d'après la méthode de Kocher pour un sarcome de la base du crâne.

L'affection datait de deux ans, et le malade avait été déjà soumis à plusieurs raclages inefficaces. Il avait eu plusieurs hémorrhagies assez abondantes, et il se trouvait dans un état d'affaiblissement marqué. Au moment de l'opération, la tumeur était nettement sarcomateuse et occupait toute la base du crâne, où elle était implantée sur l'apophyse basilaire et sur les vertèbres supérieures.

M. Depage fit d'abord la ligature temporaire des deux carotides externes, la trachéotomie préventive avec tamponnement de la trachée et, pour arriver sur la tumeur, il pratiqua la résection ostéoplastique du maxillaire supérieur par le procédé de Kocher, procédé dont voici les grandes lignes :

La tête du malade est inclinée en arrière et en bas; on fait une incision verticale à travers toute la lèvre supérieure, à partir de la narine gauche. Les deux lambeaux étant relevés en haut et en dehors, on mène une incision horizontale sur l'arcade dentaire, tout le long du repli gingivo-labial. La paroi antéro-externe des deux maxillaires est sectionnée dans le même sens, sur toute son étendue, à la hauteur de l'épine nasale, immédiatement au-dessus de la voûte palatine. Celle-ci est divisée ensuite avec le voile du palais et la luette dans le sens antéro-postérieur. En écartant les deux fragments mobilisés du maxillaire, on se crée une voie relativement large pour pénétrer dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

En opérant ainsi, M. Depage a pu décortiquer la tumeur et dépériostér toute la base du crâne. Le néoplasme extirpé, il a remis les maxillaires en place et les a suturés au fil d'argent. Il a complété ultérieurement l'intervention par une uranoplastie. L'opéré jouit aujourd'hui d'une santé parfaite et il ne conserve aucune trace apparente du traumatisme chirurgical.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

De l'orchidotomie,

Incision exploratrice du testicule et épididymectomie dans la tuberculose du testicule,

Par M. Xavier Delore (de Lyon),
Prosecteur à la Faculté de médecine.

Nous désirons attirer l'attention sur une nouvelle modification du traitement opératoire de la tuberculose du testicule, dont la première idée et la première application reviennent à notre maître M. le professeur Poncet, et dont les résultats sont déjà suffisamment anciens pour permettre une juste appréciation de cette méthode à la fois conservatrice et rationnelle. Le procédé consiste à pratiquer systématiquement l'incision exploratrice du testicule après ou avant d'entreprendre une opération qui conservera la glande génitale, telle que l'épididymectomie; c'est précisément cette combinaison systématique de l'incision exploratrice testiculaire avec une opération ne retranchant que tout ou partie de l'épididyme, qui constitue le caractère original de cette méthode vraiment nouvelle.

En matière de dégénérescence tuberculeuse épididymo-testiculaire, on sait combien la conduite de chirurgiens éminents a pu varier, nette et précise pour les uns, flottante et indécise pour les autres. Les avantages et les inconvénients de l'intervention ou de l'abstention sont encore sujets à discussion, mais nous ne faisons que signaler ces faits, car notre but est plus limité. Nous supposerons que le malade est nettement justiciable d'une intervention sanglante, en raison de son bon état général et de la limitation des lésions aux organes génitaux, ou bien qu'il réclame une opération pour être débarrassé d'une infirmité qui lui répugne, alors que le chirurgien n'a aucun motif sérieux de passer outre à ces désirs. Dans ces conditions, quelle est l'intervention la plus rationnelle, la plus radicale, la moins dangereuse?

Il y a quelques années, les chirurgiens étaient partagés en deux camps nettement tranchés, les premiers acceptant l'intervention radicale, c'est-à-dire la castration, les seconds la rejetant complètement pour se contenter d'opérations palliatives. Les motifs pour l'une ou l'autre méthode semblaient égaux et leurs représentants jouissaient d'une notoriété sensiblement analogue, puisque les partisans du traitement radical s'appelaient Tillaux, Poncet et Reclus, pour ne citer que les principaux, tandis que les défenseurs des opérations économiques comptaient dans leurs rangs Verneuil qui fut jusqu'à sa mort le champion attitré de la simple cautérisation ignée, ainsi que le prouve encore la thèse d'Euvrard en 1894.

Avant la période antiseptique, l'intervention se bornait donc aux cautérisations et à la castration. Les premières étaient absolument inoffensives; quant à la castration, sa rapidité et sa simplicité mettaient à l'abri des accidents graves d'infection. Les deux méthodes rivales étaient ainsi employées à l'exclusion de toute autre plus compliquée, mais qui aurait été, par cela même, plus dangereuse.

Depuis quelques années, et ceci est dit d'une façon très générale, les opérations économiques reprennent peu à peu leurs avantages, sous le couvert de la méthode antiseptique. La thérapeutique chirurgicale de la tuberculose testiculaire, en particulier, avait déjà largement bénéficié de cette tendance de la chirurgie lorsque les recherches de Brown-Séquard sur la sécrétion interne de la glande génitale vinrent contribuer à cette évolution et déterminer les chirurgiens à tenter la conservation toutes les fois que les lésions du testicule proprement dit n'étaient ni trop évidentes, ni trop avancées. Sous ces différentes influences, il n'est pas téméraire d'affirmer, qu'à l'heure actuelle, la castration a perdu déjà de nombreux défenseurs et que chaque jour leurs rangs s'éclaircissent; mais est-ce à dire que ses anciens partisans, convaincus de leurs anciennes erreurs et les avouant loyalement, se soient enfin ralliés entièrement à la pratique éminemment conservatrice de Verneuil? Nullement, car à l'intervention ignée uniquement palliative et prédisposant aux récidives, on a substitué peu à peu des opérations intermédiaires réglées qui, tout en gardant leur caractère économique prédominant, ont néanmoins la prétention d'être aussi curatives que la castration. C'est ainsi que furent mis au jour les nouveaux procédés, l'épididymectomie de Villeneuve (1), le curetage réglé de Quénu (2) et enfin la nouvelle méthode de M. Poncet, sur laquelle nous allons insister (3).

L'opération de Villeneuve ou épididymectomie, consistant à enlever méthodiquement l'épididyme et la portion funiculaire du canal déférent, avait le grand avan-

1. Villeneuve, *Marseille médical* 1891.
2. Th. Chevrolle, Paris, 1896.
3. Th. Chassin, Lyon, 1897.

tage de respecter la glande, qui continuait toujours à sécréter cette substance particulière sur laquelle Brown-Séquard a attiré l'attention. Mais elle avait, d'un autre côté une infériorité manifeste sur la castration, puisqu'elle laissait dans les bourses un testicule peut-être malade et rempli de granulations tuberculeuses, bien qu'il parût sain extérieurement et sous les yeux du chirurgien. Les partisans de la castration n'ont pas manqué, et avec juste raison, de mettre en relief ce grave défaut. Nous savons bien que Tillaux admet l'épididymectomie, bien qu'il ait été l'un des plus ardents défenseurs de la castration (1); mais il n'en est pas moins vrai que fréquemment l'orchite tuberculeuse coexiste avec l'épididymite tuberculeuse, et qu'en conséquence la simple épididymectomie reste une opération souvent imparfaite, puisqu'elle laisse une glande farcie de tubercules et en voie de dégénérescence caséeuse. Il suffit, à ce point de vue, de consulter l'importante statistique de Reclus, qui porte à 33 p. 100 la proportion des lésions testiculaires concomitantes aux tubercules de l'épididyme; ainsi donc, dans le tiers des cas environ, la simple ablation de l'épididyme laisse une glande malade. Reclus, en bonne logique, repousse ainsi toute intervention économique et la statistique lui donne évidemment raison. Comment donc concilier les opérations économiques avec les résultats radiaux?

Quelques-uns ont prétendu que l'épididymectomie réglée permettait, après l'incision de la vaginale, de reconnaître l'état de la substance testiculaire à travers la tunique albuginée. Sans doute, il est possible de reconnaître ainsi quelquefois un tubercule superficiel en voie de dégénérescence caséeuse; mais c'est malheureusement une exception et l'on ne pourra jamais, par cette simple inspection et même par la palpation attentive de la glande mise à nu, reconnaître des granulations grises disséminées, même en nombre considérable, dans les lobules testiculaires et dans leurs travées. Il faut savoir, en effet, que « la consistance habituelle et l'aspect normal du testicule » cachent souvent des lésions avancées. En 1851, Roux disait déjà à l'Académie de médecine, en parlant contre le procédé opératoire décrit par Malgaigne et qui n'était autre qu'une épididymectomie partielle (2): « Le testicule est presque toujours affecté dans une plus grande étendue que ne semble l'indiquer la lésion apparente. » Nous-même nous avons été témoin de la première incision testiculaire pratiquée par M. Poncet : dans le premier testicule qui paraissait sain (la tuberculose génitale était double) on trouva une substance saine; mais dans le second, qui présentait extérieurement le même aspect que le premier, on vit une foule de tubercules crus disséminés dans les lobules, véritable granulie du testicule (thèse de Chassin *loc. cit.*). Les chirurgiens qui ont enlevé de nombreux testicules savent d'ailleurs combien l'aspect de la glande revêtue de l'albuginée est trompeur; il est donc nécessaire de chercher, par un autre moyen, à tourner cette difficulté.

Nous arrivons ainsi, et par déductions successives, au procédé rationnel de M. Poncet, qui préconise dans tous les cas l'incision exploratrice du testicule. On ne risque pas ainsi de laisser ignorées des granulations latentes mais néanmoins toujours prêtes à s'étendre et à se généraliser. Par cette incision exploratrice de l'albuginée on a reconnu l'état de l'intégrité ou de maladie de la glande elle-même : le testicule est-il sain, on réunit par quatre ou cinq points de suture au catgut les deux lèvres de l'albuginée sectionnée sur le bord convexe antéro-inférieur du testicule, puis on pratique l'épididymectomie. Le testicule est-il malade, on enlève les portions malades mais on respecte les portions intactes de la glande, puis on termine en drainant.

En résumé, orchidotomie exploratrice suivie de résection de l'épididyme malade et de suture du testicule *sain*. Ou bien orchidotomie exploratrice suivie de résection de l'épididyme et, d'une résection partielle ou totale du testicule *malade* suivant l'étendue des lésions testiculaires; telle est la nouvelle conduite poursuivie par M. Poncet. Les deux observations contenues dans la thèse de M. Chassin (*loc. cit.*) montrent que ces incisions et excisions diverses donnent de bons résultats : deux autres faits dus à MM. Curtillet et Villard et deux autres personnels démontrent nettement la valeur de cette méthode et sa parfaite innocuité. Après l'incision testiculaire, la suture de l'albuginée remet la glande dans son état normal et n'est pas suivie de sphacèle; après l'orchidectomie partielle, la portion conservée continue à vivre comme auparavant et, d'autre part, la guérison est rapide, comme on peut s'en convaincre par les observations.

Quelles sont les objections à ce procédé? Les partisans de la castration trouveront peut-être un peu illusoire cette prétention de garder une portion du testicule, quand la plus grande partie de l'organe a été sacrifiée, et d'autre part cette minime partie n'a-t-elle pas de grandes chances d'atrophie consécutive? On peut répondre par deux arguments de grande valeur. Tout d'abord n'est-il pas utile et préférable de tenter une conservation, si minime soit elle, du parenchyme glandulaire, puisque la tuberculose testiculaire menace toujours de gagner la glande opposée et de placer un jour le malheureux patient dans la situation de l'eunuque, avec toutes les conséquences inhérentes, dont la principale est bien certainement cette psychose post-opératoire qui pousse au suicide? D'autre part, si l'on ajoute une importance secondaire à la sécrétion interne du testicule, l'orchidectomie aura cependant encore un avantage sur la castration, puisqu'au bout du cordon, restera suspendu un moignon informe mais cependant facile à sentir, formé par l'albuginée testiculaire conservée. Ce moignon représentera pour le patient une glande ou un testicule moral d'une grande valeur et cette considération n'est pas à dédaigner chez les jeunes gens. Après ces considérations il est bien évident maintenant que la simple incision du testicule sain avec suture consécutive, puis épididymectomie est bien préférable à la castration, car ce procédé laisse dans les bourses un testicule sain qui continuera à sécréter la substance interne et qui représentera pour l'individu jeune une valeur considérable. Les chirurgiens qui ont été contraints de faire de la prothèse testiculaire chez des individus châtrés savent qu'un testicule authentique est autrement avantageux, au point de vue de la durée et de l'effet moral, que les pièces artificielles les plus luxueuses et les plus perfectionnées! En définitive, la méthode de M. Poncet présente sur la castration un double avantage : elle laisse persister la sécrétion interne et conserve un testicule souvent sain, quelquefois un simple moignon qui tiendra sa place dans les illusions du patient; elle enlève les lésions avec autant de minutie qu'une castration.

Les défenseurs des cautérisations ignées pourraient reprocher à cette méthode comme à la castration son inefficacité à enrayer l'étendue des lésions qui auraient toujours commencé par les vésicules séminales, ainsi que

1. Tillaux, *Bulletin médical*, 1897.
2. Dimitrescu, thèse de Paris, 1897.

l'enseigne le professeur Guyon. Sans doute, il n'existe pas de traitement radical absolu de la tuberculose, mais s'ensuit-il pour cela qu'on doive négliger d'attaquer et détruire des foyers de suppuration qui sont un centre de diffusion menaçant pour les bacilles de Koch, alors que l'intervention ne met nullement la vie du malade en danger? Nous croyons avec les défenseurs de la castration qu'ici l'éradication doit être tentée et donne d'excellents résultats, en supprimant la douleur et la fièvre, en même temps qu'elle relève remarquablement l'état général. (voir thèse de Villard, Lyon, 1893). Nous avons vu, sur un épididyme enlevé, un abcès de la queue ouvert dans le canal déférent qui charriait ainsi de bas en haut, sans doute jusque dans l'urèthre, le pus tuberculeux. Après l'opération, une fois la source du pus tarie, l'écoulement uréthral légèrement purulent qui existait auparavant, disparut rapidement; cette constatation nous paraît avoir la valeur d'une expérience concluante, en faveur de l'intervention radicale.

On a pu dire encore que l'épididymectomie ouvrant la cavité vaginale avait une gravité plus grande que la simple cautérisation ignée et que la guérison était moins rapide. L'intervention n'est nullement grave et dans les six observations d'incision exploratrice citées, aucune complication n'est venue retarder la cicatrisation. Quant à la durée, bien que le drainage soit toujours appliqué suivant la règle de M. Poncet, elle n'est pas plus grande qu'avec la cautérisation; un de nos malades a voulu quitter l'hôpital au bout de 12 jours et l'autre le 4e jour, fort satisfaits de leur état tous les deux.

La difficulté de l'épididymectomie méthodique ne doit pas entrer en ligne de compte suivant nous : on est frappé de la simplicité opératoire et de la bénignité des suites. Nous arrivons enfin à la dernière objection des partisans de l'intervention ignée qui ont pu citer quelques rares cas de fécondation dans des tuberculoses génitales doubles traitées par la cautérisation. Sans vouloir révoquer complètement ces exemples, bien que la véritable paternité puisse être toujours sujette à caution dans une pareille matière, il est bon de rappeler cependant les faits de fécondation de juments par des chevaux châtrés depuis longtemps, phénomène que les physiologistes ont expliqué par la vitalité prolongée des spermatozoïdes contenus dans les voies spermatiques, et en particulier dans les vésicules séminales, bien avant la castration. D'autre part, le chirurgien a-t-il le droit de compter sur des exceptions pour traiter un malade? Ne savons-nous pas que la tuberculose testiculaire aboutit, en définitive, par son processus de guérison naturelle à l'obstruction complète des voies spermatiques et conduit à la stérilité, si les lésions sont doubles? Cette simple considération nous dispense de plus amples commentaires.

En résumé, il nous semble que l'on soit autorisé à conclure avec M. Poncet :

Il y a lieu de substituer à la castration une opération qui respectera la glande génitale, telle l'épididymectomie, toutes les fois que l'incision exploratrice du testicule démontrera son intégrité.

Après l'orchidotomie exploratrice, on fera la suture de l'albuginée, si le testicule est sain; on se bornera à des orchidectomies plus ou moins étendues si le testicule est atteint, afin de garder la plus grande quantité possible de parenchyme testiculaire sain. Cette manière de faire offre l'avantage de conserver un tissu qui remplira son rôle de sécrétion interne et qui représentera, en outre, un vestige appréciable de l'organe disparu, puisqu'il contiendra toujours l'albuginée avec son corps d'Highmore au minimum.

Cette combinaison de l'orchidotomie exploratrice avec l'épididymectomie, suivie d'orchidectomie ou de suture de l'albuginée après l'examen du parenchyme glandulaire, est plus radicale que la cautérisation ignée ou le curetage réglé; elle assure l'ablation totale des tissus malades et respecte les parties saines, son indication est encore plus nette quand la tuberculose génitale est double.

L'épididymectomie pourra être partielle ou totale suivant l'étendue des lésions.

Voici deux observations nouvelles qui doivent être ajoutées aux deux de la thèse de Chassin et à celles de MM. Villard et Curtillet.

Observation I. — *Tuberculose testiculaire double. — Ancienne castration gauche. — Incision exploratrice et épididymectomie droite.*

D... Joseph, 42 ans, voiturier de Mezerod (Jura), demeurant à Saint-Claude (Jura), entre le 29 avril 1898 dans le service de M. le professeur Poncet. Cet homme, qui paraît robuste, qui n'est pas alcoolique ne présente aucun antécédent scrofuleux et n'était nullement sujet aux bronchites.

Il y a 6 ans, sans aucune cause appréciable, cet individu vit survenir dans la bourse gauche une tumeur développée au niveau du testicule et qui augmenta progressivement, sans douleur, sans phénomènes aigus surajoutés. Deux ans après, cette tuméfaction avait acquis le volume du poing lorsqu'il se décida à entrer dans le service de M. Poncet, qui pratiqua la castration. La guérison s'est maintenue parfaite à gauche.

Depuis 3 ans des phénomènes semblables se manifestèrent sur la glande droite. Cette homme, content du premier résultat, revient pour réclamer une opération. Il est nécessaire de noter cependant l'apparition depuis quelques jours de phénomènes aigus avec suppuration dans la bourse droite, qui est énormément tuméfiée.

On constate à son entrée une augmentation considérable de volume de la bourse droite : en arrière existe une tumeur allongée verticalement, dure et bosselée, fluctuante suivant les points

C'est l'épididyme certainement caséeux et dont un abcès s'est ouvert, il a quelques jours, au niveau de la queue de l'épididyme, après avoir déterminé un aspect véritablement phlegmoneux de la région.

En avant, existe une fluctuation franche due à un épanchement vaginal qui masque complètement le testicule perdu entre le liquide vaginal qui est en avant et l'épididyme caséeux qui est en arrière.

On trouve une adénopathie iliaque droite. Pas de lésions tuberculeuses à la prostate, ni dans le reste du système urinaire ou de l'organisme.

Le 3 mai 1898. Incision de la tunique vaginale après éthérisation. L'épididyme, énorme et tuberculeux, est nettoyé d'abord à la curette parce qu'il y a des masses molles qui s'effritent; puis la résection de l'épididyme et du canal déférent est terminée au ciseau. Le cordon reste sain; la vaginale était distendue par 200 grammes de liquide.

Après l'épididymectomie, on fait l'orchidotomie exploratrice. Le testicule étant sain, on le suture par 3 points de catgut au niveau des lèvres de l'albuginée sectionnée.

Il n'y a pas d'hémorrhagie. On réunit les 2/3 de la plaie, puis on établit un drainage à la partie inférieure de la cavité vaginale.

Le 6 mai. On refait le pansement, parce que les sécrétions ont été très abondantes. La température n'a pas dépassé 38°5.

Le 13 mai. Le malade se lève depuis 8 jours et veut absolument partir chez lui dans le Jura. Il ne souffre pas et n'a jamais souffert. On le laisse partir, bien que la plaie drainée ne soit pas absolument cicatrisée.

Dans la bourse gauche qui a repris à peu près son volume normal, on sent un corps arrondi, ayant la consistance du testicule et dont la pression réveille la sensation caractéristique. Le

testicule ne s'est donc pas sphacélé, mais a conservé son intégrité.

OBS. II. — *Tuberculose testiculaire double. — Anciennement cautérisations ignées du testicule gauche. — Epididymectomie et incision exploratrice à droite.*

Il s'agit d'un homme de 28 ans, de santé relativement bonne, qui n'a jamais présenté d'autre lésion que celle des organes génitaux. En 1896, au mois de mai, il subit à Lyon un curetage suivi de cautérisations ignées pour des lésions tuberculeuses abcédées de l'épididyme gauche; cette intervention amena une guérison locale complète, qui s'est maintenue depuis lors. Le testicule droit étant sain à cette époque.

Le 3 mai 1898, cet homme revient pour des accidents testiculaires du côté droit, qui remontent à quelques mois. Il avait bien remarqué depuis 6 ou 7 mois que cet organe devenait plus gros, mais il n'attachait aucune importance à ce phénomène quand, il y a 3 mois, survinrent rapidement une tuméfaction de la bourse, des douleurs accompagnées d'affaiblissement et d'amaigrissement.

On constate en arrière de la bourse droite un corps allongé très dur et douloureux à la pression; c'est l'épididyme augmenté de volume et bosselé. En avant et en haut, existe un noyau qui est fluctuant et qui représente un abcès de la tête de l'épididyme qui tend à s'ouvrir au dehors. Le testicule est perdu entre l'épididyme et un épanchement symptomatique de la vaginale qui peut être évalué à 100 grammes environ. D'autre part, il n'y a pas de lésions apparentes des vésicules séminales ou de la prostate, pas de signes de cystite, pas de généralisation pulmonaire ou autre. Ecoulement uréthral séro-purulent depuis un mois.

Le 6 mai 1898, après éthérisation, la cavité vaginale est ouverte et du liquide citrin s'en échappe. Immédiatement, le testicule est luxé au dehors; le canal déférent est isolé et disséqué à travers les éléments du cordon; alors on sépare, avec le ciseau, la queue de l'épididyme de ses diverses attaches. Enfin le corps de l'épididyme puis la tête sont successivement isolés du testicule et du cordon spermatique par une dissection qui va du cul-de-sac épididymo-funiculaire vers la face externe du testicule, en rasant d'abord le cordon, puis le testicule. Celui-ci incisé est reconnu sain. Toute l'opération a duré quelques minutes et ne s'est accompagnée d'aucune hémorrhagie; seule l'artère épididymaire a donné quelques gouttes de sang.

L'abcès pariétal est alors ouvert : on termine par une cautérisation de cet abcès, puis un drainage et les sutures, enfin par le pansement qui est maintenu par un simple suspensoir.

L'épididyme caséeux et sa tête était bien le point de départ de l'abcès pariétal. Au niveau de la queue, on trouve un noyau caséeux qui communique avec la lumière du canal déférent; celui-ci était moniliforme sur une étendue de 3 à 4 centimètres et son intérieur rempli de matière caséeuse semi-liquide dans une étendue de 7 à 8 centimètres, longueur qui a été retranchée.

Les suites furent excessivement simples. Il n'y eut pas de douleurs, la température atteignit une fois 38°5 seulement, bien que l'opération eût été faite au milieu du pus fourni par l'abcès signalé. Le malade fort satisfait voulut absolument partir chez lui 4 jours après l'opération et les nouvelles que nous en avons reçues sont excellentes. Nous devons cependant signaler, dès le deuxième jour, une légère induration du cordon au niveau de la section du canal déférent infecté, mais celle-ci avait notablement diminué le jour du départ.

L'écoulement uréthral qui existait depuis un mois, qui était séro-purulent et assez abondant a complètement disparu.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

ANNÉE 1897-98.

M. POIRIER (G.). *Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez les enfants.* N° 286. (H. Jouve.)

M. CAYET (Augustin-Jean-Baptiste-Joseph). *De la myosite aiguë.* N° 287. (A. Maloine.)

M. JOUIN (Francis). *Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire.* N° 288. (H. Jouve.)

M. BARBET (Paul). *De quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche.* N° 289. (H. Jouve.)

M. SANZ DE SANTAMARIA (Albert). *Angiomes profonds du plancher de la bouche ou grenouillette sanguine.* N° 290. (H. Jouve.)

M. CHALMETTE (Raymond). *Considérations cliniques sur quelques observations d'ostéo-tuberculose.* N° 296. (H. Jouve.)

M. BOURLET (Paul). *Déambulation dans le traitement des pseudarthroses de la jambe.* N° 298. (Imprimerie Robbe, à Lille.)

M. GUILLOUX (Joseph). *Contribution à l'étude des fractures du poignet et de leur traitement.* N° 299. (Imprimerie Robbe, à Lille.)

M. POIRIER a eu l'occasion d'étudier dans le service de M. le Dr Broca un certain nombre de traumatismes crâniens chez des enfants.

D'après l'auteur, les traumatismes crâniens sont particulièrement fréquents chez les enfants; les uns n'intéressent que les parties molles extra-crâniennes, qui peuvent être contusionnées ou rompues; les autres intéressent la boîte crânienne et son contenu.

On peut voir des lésions intra-crâniennes sans solution de continuité des os : les contusions et commotions cérébrales survenant dans ces conditions sont déjà connues, mais on n'a guère parlé jusqu'ici des ruptures des sinus veineux sans fracture.

Malgré la faible épaisseur relative de la boîte crânienne chez l'enfant, on peut rencontrer des fractures de la table externe.

Les fractures du crâne chez l'enfant avec intégrité des parties molles sont susceptibles de produire, suivant les cas, des céphalhématones traumatiques et des pseudo-méningocèles traumatiques.

Les fractures du crâne chez l'enfant sont beaucoup plus fréquentes à la voûte qu'à la base; encore ces dernières sont-elles le plus ordinairement des irradiations des fractures de la voûte.

Les fractures de la voûte, qui peuvent être des perforations, des fissures ou des enfoncements, nous ont paru plus fréquentes à gauche qu'à droite.

Quand la fracture s'accompagne d'un épanchement sanguin, celui-ci est plutôt extra-crânien lorsqu'il s'agit d'une déchirure du sinus longitudinal supérieur et intracrânien quand les artères des méninges sont lésées.

Toutes ces fractures, souvent très étendues chez l'enfant, peuvent s'accompagner de commotion et de contusion cérébrale, d'épilepsie partielle et d'abcès du cerveau.

Ce sont des affections très graves, mais dont le pronostic dans l'ensemble est peut-être un peu moins sombre chez l'enfant que chez l'adulte. Elles sont en tous cas d'un haut intérêt pour le chirurgien et il ne faut pas oublier qu'une intervention raisonnée et bien conduite est de nature à sauver les petits malades dans bien des cas.

La myosite aiguë des muscles de relation est considérée comme une affection rare. M. CAYET, dans sa thèse, reprenant les idées du Dr Guermonprez, de Lille, s'est efforcé l'existence de cette affection et son autonomie.

Pour M. Cayet, la myosite aiguë des muscles de la vie de relation est un processus morbide qui reconnaît habituellement deux éléments étiologiques :

La cause occasionnelle peut être un traumatisme du muscle en cause, de son tendon, des os ou articulations qui font partie

du même système d'organes de mouvement; ce peut être le froid humide et surtout le surmenage.

La cause prédisposante est une infection ou une intoxication, soit exogène, soit endogène.

La symptomatologie est caractérisée par la douleur vive, non pulsative; par la tuméfaction « ligneuse »; par la chaleur locale, insolite; par une rougeur minime ou diffuse; plus tard par une transpiration abondante, surtout localisée à la région des muscles atteints et par un refroidissement assez prononcé.

Le pronostic est habituellement bénin. Il n'en faut excepter qu'un petit nombre de cas de transformations scléreuses qui paraissent définitives.

Le traitement consiste en antiphlogistiques pendant la période douloureuse, en résolutifs pendant la période d'induration. Le massage méthodique peut rendre de grands services s'il est compliqué par quelques exercices d'assouplissement et si on prend soin de le faire alterner avec des périodes suffisantes de repos du membre.

Les tumeurs solides de l'ovaire comprennent les fibromes, les sarcomes, les fibro-sarcomes et les fibro-carcinomes.

D'après M. Jouin, au point de vue clinique, les fibromes constituent des tumeurs plus ou moins dures, bosselées, mobiles sur l'utérus déplacé, de volume variable, n'entraînant aucune altération de la santé.

Les sarcomes et tumeurs mixtes, au dernier stade de leur évolution, se présentent sous forme de tumeurs occupant un ou plusieurs culs-de-sac, repoussant l'utérus du côté opposé, adhérant aux organes voisins et déterminant par leur volume des phénomènes de compression (nerfs, vessie, rectum) ou des phénomènes généraux (cachexie, phénomènes dyspepsiques).

M. Barbet étudie, parmi les formes anormales de l'appendicite, les cas où les phénomènes réactionnels, après avoir débuté à droite, acquièrent une intensité plus grande à gauche, par suite de propagation du processus inflammatoire; dans quelques cas, très rares, il est vrai, les symptômes peuvent être localisés exclusivement dans la fosse iliaque gauche.

Cette forme coïncide, généralement, avec une disposition anormale de l'appendice.

On décrit depuis Dolbeau, sous le nom de *grenouillette sanguine*, des tumeurs vasculaires qui occupent le siège ordinaire de la grenouillette sus-hyoïdienne et sublinguale.

Cette expression est mauvaise, d'après M. Sanz de Santamaria, le terme de grenouillette devant être réservé aux tumeurs salivaires. Il s'agit ici, au contraire, de tumeurs érectiles, d'angiomes profonds du plancher de la bouche, d'origine congénitale.

Les deux symptômes caractéristiques de cette affection, ceux qui servent à la distinguer de la grenouillette vraie, sont : la réductibilité complète ou incomplète par une pression lente et continue; la tension et l'augmentation de volume sous l'influence de l'effort.

Ces tumeurs érectiles occasionnent peu de troubles fonctionnels, sauf lorsqu'elles acquièrent un gros volume.

Le diagnostic de la grenouillette sanguine n'est pas très difficile; on l'a cependant plusieurs fois confondue avec la grenouillette vulgaire. Il faut penser à la possibilité de son existence et rechercher la réductibilité et l'érectilité, symptômes caractéristiques.

Elle sera rarement confondue avec les autres tumeurs du plancher de la bouche.

M. Chalmette, qui a pu étudier et suivre un certain nombre de cas de tuberculose osseuse, pense que de par les signes cliniques il est impossible de connaître les limites d'un foyer de tuberculose osseuse.

Même après l'incision, rien dans l'aspect du foyer ne peut indiquer où doit s'arrêter l'intervention (grattage, évidement ou résection).

Le traitement chirurgical est donc souvent incomplet, par suite insuffisant.

La récidive est la règle.

La guérison des fistules par les injections médicamenteuses est l'exception.

Toutes les fois qu'il y a des fistules suppurant abondamment, on doit intervenir pour enlever le séquestre qui entretient la suppuration.

L'intervention est actuellement sans danger.

Le traitement général et hygiénique doit être employé en même temps que le traitement chirurgical.

Il permet d'éviter la généralisation, les récidives, et lui seul peut amener la guérison.

D'après M. Bourlet, toute pseudarthrose est accompagnée de troubles trophiques du côté des parties molles.

Il en résulte que le plus puissant moyen de restaurer la nutrition des parties molles autour d'une pseudarthrose est un usage fonctionnel, si minime qu'il soit, du membre en cause, tel que le comporte la méthode ambulatoire.

Les frictions, massage, bains salés, douches sulfureuses, sont de précieux moyens adjuvants, dont la réalisation n'est pratiquement utilisée qu'au moyen d'un appareil facile à enlever et à réappliquer, sans l'intervention d'un personnel technique.

Dans une thèse intéressante, M. Guilloux étudie les fractures du poignet au point de vue de leurs symptômes et de leur traitement en insistant avec raison sur les fractures des os du carpe souvent trop négligées dans les auteurs classiques.

Il s'appuie dans ce travail sur un certain nombre d'observations recueillies dans le service de M. Guermonprez.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-98.

M. Fauchon (Alphonse). *De la glycolyse*. N° 90.

M. Combe (Louis). *Des adhérences pleurales au point de vue médico-légal*. N° 35.

Passant en revue les divers procédés de dosage du sucre dans le sang M. Fauchon recommande la méthode au permanganate de potasse avec l'épuisement à l'acide tartrique comme la plus pratique et la plus précise de toutes.

Il conclut de ses recherches entreprises dans le laboratoire de M. Lépine que la glycose dans le sang normal varie de 25 à 40 p. 100; elle est en moyenne de 33 p. 100. A 58°, elle est nulle : le ferment glycolytique étant détruit à cette température; il n'y a pas non plus d'augmentation de sucre. Elle est très irrégulière dans les veines. La glycolyse légèrement diminuée sous l'action de l'eau distillée ajoutée partie égale au sang normal n'est pas influencée par l'eau salée à 7,5 p. 1000, mais est augmentée par l'eau bicarbonatée à 10 p. 1000.

Elle semble dans une certaine mesure d'autant plus élevée que le sang est plus alcalin.

L'oxygène est indispensable à l'action du ferment glycolytique, la glycolyse dans le sang *in vitro* résultant en partie d'un phénomène d'oxydation.

L'électrisation des nerfs du pancréas donne une hyperglycolyse pouvant atteindre 90 p. 100 dans les heures suivantes; celle du bout central du nerf sciatique produit une glycolyse qui, dans les heures suivantes, peut s'élever à 70 p. 100.

La glycolyse dans les sangs diabétiques est considérablement diminuée. Chez le chien, elle n'est que de 16 à 20 p. 100, et chez l'homme elle est en moyenne de 7 p. 100.

Les adhérences pleurales, conclut M. Combe, agissent sur le poumon en diminuant sa force inspiratrice de l'air et du sang, en augmentant le nombre des mouvements respiratoires, en déterminant dans la petite circulation un état de congestion imminente, d'où, pour le sujet, qui en est porteur, asphyxie lente et insensible, et surtout hypertrophie et dilatation du cœur droit et asystolie.

Elles favorisent et hâtent la mort dans la submersion, la strangulation, la pendaison, la suffocation, le coup de chaleur et l'anesthésie par l'éther.

A elles seules elles peuvent créer des phénomènes morbides capables de déterminer la mort subite (Lacassagne).

Ces faits permettent au médecin-légiste de conclure que de

deux individus, toutes choses égales d'ailleurs, dont l'un a des adhérences pleurales et l'autre une plèvre intacte, c'est ce dernier qui doit être présumé avoir survécu.

Le chirurgien doit prévoir l'influence hyperhémiante de l'éther sur un poumon que des adhérences étendues mettent déjà dans un état de congestion latente. Enfin le médecin militaire, prévenu, que les adhérences pleurales prédisposent au coup de chaleur l'homme qui marche, à la mort subite celui qui se baigne, pourra prendre les mesures prophylactiques en conséquence.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-1898.

M. Chaix. *Quelle est la valeur clinique du chimisme stomacal? Etude critique.* N° 248. (Imp. Marseillaise, Marseille, rue Sainte.)

M. Dousset (Octave). *Contribution à l'étude des corps étrangers de la conjonctive.* N° 245. (Imp. Lagarde, Toulouse.)

M. Géraud (Etienne). *Le doigt hippocratique et l'ostéopathie hypertrophiante pneumique. (Etude pathogénique.)* N° 246.

M. Sougail (Paul). *Contribution à l'étude des lésions spinales dans la paralysie générale.* N° 244.

D'après M. Chaix l'étude du chimisme stomacal n'a qu'une importance fort restreinte dans l'appréciation de l'activité digestive. Impossible de savoir si un sujet digère bien ou mal par la seule analyse de son chyme gastrique; les indications fournies par l'état général ou même par le simple dosage de l'urée excrétée dans les 24 heures sont autrement précieuses à cet égard.

Où la valeur du chimisme n'est pas contestable, c'est dans la recherche des anomalies sécrétoires; il apporte un appoint précieux au diagnostic des états dyspeptiques qui traduisent une altération macroscopique de l'estomac ou peuvent s'accompagner ultérieurement d'une altération de ce genre (hyperchlorhydrie, maladie de Reichmann, ulcère simple, cancer); encore devra-t-on se rappeler que les troubles chimiques de l'estomac ne sont pathognomoniques d'aucune affection de cet organe. Ainsi, l'anachlorhydrie n'est pas caractéristique du cancer, comme on le croyait autrefois; on l'observe également dans la dégénérescence amyloïde, dans les formes graves du catarrhe chronique et dans la dyspepsie nerveuse. Même remarque au sujet de l'hyperchlorhydrie qui se rencontre à la fois dans la maladie de Reichmann, dans l'ulcère simple et dans la gastrite hyperchlorhydrique.

Dans tous ces cas, la séméiologie ne saurait donc se contenter du seul élément de diagnostic apporté par le cathétérisme; celui-ci ne décèle guère d'emblée que l'hypersécrétion permanente.

Enfin, les variations individuelles de la sécrétion chlorhydrique que nous signalions plus haut établissent l'absolue nécessité d'explorations multiples et minutieuses, et font appel à toute la sagacité du clinicien.

En ce qui concerne le choix d'un repas d'épreuve, l'auteur croit qu'il serait fort rationnel de délaisser le repas d'Ewald, comme n'exerçant sur la sécrétion chlorhydro-peptique qu'une excitation trop faible, et d'adopter le repas de Germain Sée qui se compose en majeure partie de substances albuminoïdes; les recherches précédemment exposées de Verhaegen légitiment pleinement cette préférence.

Les corps étrangers ont un rôle prépondérant dans l'étiologie des maladies des yeux. M. Dousset dans sa thèse a entrepris de grouper la nature des corps étrangers de la conjonctive, les complications et les erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu.

Il résulte de son travail que l'introduction des corps étrangers dans la conjonctive ou sous les paupières est une affection, très fréquente; ces corps sont de natures diverses : animale, végétale ou minérale.

L'introduction de ces corps étrangers amène parfois des complications sérieuses, soit primitives et directes, soit infectieuses et secondaires.

Ils passent souvent inaperçus; mais dans les cas de réaction chronique ils entraînent la formation de végétations polypiformes, rougeâtres, mollasses qui les masquent complètement.

Ils ont pu, à cause de cette étrange apparence clinique, donner lieu à des erreurs de diagnostic.

La recherche des corps étrangers doit être faite après anesthésie à la cocaïne, par renversement complet de la paupière et exploration minutieuse des culs-de-sac avec un stylet ou une curette mousse.

Le doigt hippocratique et l'ostéo-arthropathie hypertrophiante sont une seule et même affection, conclut M. Géraud, ils ont tous deux même nature, même étiologie et même pathogénie; mais le doigt hippocratique représente le début de l'affection, tandis que l'ostéo-arthropathie en représente la période d'état.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette affection paraît être plutôt une « médullite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os sous-périosté » (Lefebvre) qu'une « panarthrite tuberculeuse » (Thorburn). Au point de vue chimique, c'est « un os qui, de calcique, est devenu magnésien » (Lefebvre). Enfin, au point de vue du mécanisme des déformations, l'auteur admet que l'ostéo-arthropathie se trouve liée à des troubles de l'hématose, remplace l'épithète de pneumique par celle d'hématique et définit l'affection : ostéo-arthropathie hypertrophiante hématique.

M. Sougail rapporte dans sa thèse les observations de 20 paralytiques généraux, nécropsiés pendant une période de 2 ans à l'asile de Toulouse, qui tous ont présenté des lésions spinales. Il conclut de ces faits que : *a*) Dans la substance blanche, sont le plus souvent respectées : les fibres qui, dans le cordon antéro-latéral, environnent la commissure et la corne antérieure; dans le cordon postérieur, celles qui, sous le nom de fibres cornu-commissurales, forment la zone ventrale jusqu'à la substance gélatineuse de Rolando, et les groupes de fibres de cordon connus sous le nom de : triangle de Gombault et Philippe, centre ovale de Flechsig, virgule de Schultze.

Sont atteintes de dégénérescence, par ordre de fréquence et d'intensité : les fibres radiculaires moyennes, longues et courtes, pour le cordon postérieur; les fibres des faisceaux pyramidal croisé et cérébelleux direct; les fibres du faisceau de Cowers et les fibres périphériques jusqu'au sillon médian antérieur, pour le cordon antéro-latéral.

b) La substance grise est altérée dans sa forme générale et dans ses éléments.

Les cellules radiculaires antérieures sont rares, en voie d'atrophie ou de chromatolyse. Il en est de même pour les cellules de Clarke.

Les fibres à myéline sont plus rares, en général.

c) La dure-mère est normale. La pie-mère est souvent épaissie. La membrane périépendymaire semble le point de départ d'une prolifération intense de cellules rondes qui envahit la substance grise. La névroglie prolifère. Les artères montrent de l'endo-périartérite, les veines, de la phlébite.

Pour l'auteur, les lésions spinales de la paralysie générale sont, en tous points, comparables aux lésions produites par certaines intoxications dues à des poisons minéraux organiques ou à des toxines. Si la polynévrite était au commencement de l'histoire du paralytique général, elle expliquerait facilement la dégénérescence des racines postérieures et la dégénérescence ascendante des cordons postérieurs. Elle expliquerait aussi la chromatolyse des cellules des cornes antérieures. Aussi serait-il, d'après l'auteur, important de rechercher les troubles de la sensibilité générale et de la réflectivité à la période prodromique où le paralytique peut encore rendre compte de ses impressions.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dissociation syringomyélique dans le mal de Pott, par David Linn Edsall (*Journal of nervous and mental disease*, avril 1898, p. 257). — Jeune homme de 14 ans. *Gibbosité pottique* aux dépens des 2°, 3° 4° vertèbres lombaires. *Paraplégie spastique :* la jambe gauche a perdu tous ses mouvements volontaires; à droite, de petits mouvements de flexion et d'extension sont encore possibles. *Sensibilité : au tact*, partout conservée; à la *douleur*, quelque peu conservée pour les excitations fortes (*hypalgésie*), et *thermo-anesthésie complète* sur une aire limitée comme suit : en avant, sa limite supérieure est une ligne horizontale passant au niveau du 5° espace intercostal; en bas elle s'arrête aux genoux; en arrière, la limite supérieure horizontale est un peu plus bas située qu'en avant et la limite inférieure horizontale passe au niveau du tiers supérieur des fesses. En somme, en avant, l'anesthésie figure un maillot, et en arrière une ceinture.

Après une amélioration passagère des troubles moteurs et sensitifs, l'*hypalgésie* et la *thermo-anesthésie* reviennent; de plus elles occupent les jambes et les pieds, face antérieure et postérieure; de telle sorte que : en avant la thermo-anesthésie s'étend sur toute la surface du corps située au-dessous d'une horizontale passant au-dessous des seins; en arrière, au-dessous de la limite supérieure primitive conservée, la thermo-anesthésie respecte les 2/3 inférieurs des fesses et la face postérieure des cuisses.

La dissociation de la sensibilité dans le mal de Pott a été signalée, mais les observations détaillées de tels faits ne sont encore qu'au nombre de deux (Schlesinger, Daxenberger); cela semble plutôt tenir à ce que la thermo-anesthésie n'est pas toujours recherchée qu'à sa rareté.

La distribution de la thermo-anesthésie affecte une topographie qui implique une lésion de la moelle elle-même; cependant il est à remarquer que les lésions de la moelle déterminent en général des surfaces d'anesthésie limitées sur le corps comme sur les membres, par des lignes circulaires (Brissaud); ici les cercles sont incomplets.

La lésion de la moelle est dans ce cas une myélite par compression, une tuberculose diffuse ou un tubercule central. En l'absence d'autopsie, on ne saurait affirmer qu'il s'agit de l'une de ces lésions à l'exclusion des autres. Cependant, eu égard à l'extension de la thermo-anesthésie, il y a davantage de probabilités en faveur d'un tubercule central; après les accidents du début, l'accroissement ultérieur de ce tubercule aurait sectionné dans la moelle les fibres thermiques et algiques venues des niveaux inférieurs.

MÉDECINE

Traitement de l'épididymite gonorrhéique par les applications de gaïacol (Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis durch Gaiakolapplication), par J. Leng (*Wien. klin. Rundschau*, 1898, n°s 4-6). — L'étude de 50 cas que l'auteur communique dans son travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les applications de vaseline gaïacolée à 10 p. 100 faites deux fois par jour au niveau de l'épididyme enflamme fait disparaître, dans l'espace de 3 à 5 jours, la tuméfaction, les douleurs, la fièvre et l'insomnie.

2° L'action analgésique et antipyrétique de ces applications est surtout appréciable pendant la période aiguë de l'épididymite gonorrhéique et dans les inflammations traumatiques ou non de l'épididyme; cette action est à peine appréciable dans la période subaiguë et nulle dans l'épididyme gonorrhéique chronique.

3° Pour favoriser la résorption de l'exsudat, on remplace le gaïacol par une pommade belladonée.

Incontinenc de l'urine par paralysie diphthérique de la vessie (Incontinentia Urinae in Folge von diphteritischen Blasenlähmung), par Englisch (*Wien. med. Presse*, 1898, n° 9). — L'observation est celle d'un homme de 25 ans, entré à l'hôpital pour une incontinence de l'urine, dont les premiers symptômes se sont déclarée à l'âge de 10 ans à la suite d'une diphthérie que le malade avait eu à cette époque. C'est à cette diphthérie que l'auteur attribue la paralysie de la vessie, cause de l'incontinence. Du reste le malade est resté seulement 48 heures à l'hôpital et n'a pu être examiné avec tous les détails désirables.

Mouvements de la cellule nerveuse de la moelle épinière (recherches expérimentales), par R. Odier (*Revue médicale de la Suisse romande*, février et mars 1898) et brochure in-8, Bâle et Genève, Georg, éditeur). — De nombreuses recherches expérimentales, l'auteur conclut que la cellule nerveuse de la moelle épinière est susceptible de mouvements; grâce à des agents fixateurs puissants, et notamment à l'emploi de la méthode de Sahlt modifiée, elle peut être surprise dans des phases d'activité et de repos réglées par l'expérimentation et montre des modifications de forme, de volume et de structure intime. Les prolongements protoplasmiques sont complètement relaxés à l'état de repos que l'auteur obtient à l'aide du chloroforme, de la morphine ou du chloral; ses expériences les montrent en revanche opérant un mouvement de retrait cellulipète dans l'état d'activité normale; l'excitation artificielle (par un courant électrique) accentue ce retrait en raison directe de sa durée et de son intensité. Le corps cellulaire plus résistant que les prolongements cède cependant à une excitation d'une certaine durée, il opère également un retrait dans la direction du noyau; celui-ci persiste plus longtemps dans sa forme normale; dans les stades avancés d'excitation, il est le siège d'une turgescence manifeste persistant alors que le corps cellulaire est déjà entré dans sa phase de retrait, mais il cède aussi à une excitation prolongée; la chromatine, en masses régulièrement réparties à l'état de repos, se répartit asymétriquement dès que l'excitation dépasse un degré modéré, et rétrocède lorsque celle-ci se prolonge, subissant une véritable combustion; enfin les points chromatiques contenus dans le noyau, très sensibles à l'excitation, décroissent rapidement de nombre en raison directe de l'activité de la cellule. L'auteur traduit par des graphiques annexés à son travail ces modifications subies par les différentes parties de la cellule nerveuse à l'état d'activité ou de repos.

La leucocytose dans la coqueluche, par H. Meunier (*Archives de médecine des enfants*, n° 4, avril 1898). — L'auteur, confirmant la constatation de Fröhlich, signale la présence dans la coqueluche simple de l'enfance d'une leucocytose remarquable par sa constance et son intensité; elle peut atteindre des chiffres élevés et se montre toujours supérieure à celle observée dans les autres affections apyrétiques des voies respiratoires, c'est une réaction spécifique, liée au virus coquelucheux. Se montrant de façon précoce, elle semble précéder l'apparition de la quinte caractéristique; elle atteint ensuite son apogée pendant la période apyrétique des quintes et diminue ensuite irrégulièrement pour ne s'effacer qu'après la disparition complète des quintes à reprises. Se basant sur 30 observations personnelles, l'auteur admet que le degré moyen de la leucocytose pendant la période d'état est représenté par le nombre de 23 700 globules blancs par millimètre cube, la moyenne des numérations faites à l'époque de l'apparition des quintes s'élève à 25 500; le chiffre de 40 000 a été plusieurs fois dépassé. L'augmentation des globules blancs est plus intense chez les coquelucheux très jeunes, surtout ceux âgés de 2 et 3 ans; moins marquée de 4 à 7 ans, elle atteint encore le double ou le triple du nombre normal des globules blancs. Elle se fait surtout aux dépens de lymphocytes, mais il ne s'agit pas d'une lymphocytémie exclusive, toutes les variétés de globules blancs étant augmentées. Son mécanisme est obscur; il est vraisemblable que la congestion extrême des ganglions trachéo-bronchiques contribue à sa production. La constance de la leucocytose, sa supériorité sur celle des autres affections à toux coqueluchoïde, la précocité de son apparition donnent à l'examen du sang du coquelucheux une réelle importance dans les cas de diagnostic hésitant.

Le sang dans la néphrite (Uber den Wasser und Alkaligehalt des Blutes bei Nephritis und Urämie), par W. Brunner (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 18, p. 449). — Les recher-

ches faites sur le sang de 33 individus atteints de néphrite parenchymateuse ont montré à l'auteur que dans la néphrite le sang présente une diminution des substances solides et une augmentation de la quantité d'eau, laquelle augmentation est peu accusée quand il existe des œdèmes, et très accentuée en cas d'urémie. En outre, le sang dans la néphrite présente une diminution notable des sels de soude.

La glycosurie alimentaire dans les affections fébriles (Eine Versuchsreihe über alimentäre Glycosurie im Fieber), par R. de Campagnolle (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 188). — L'auteur a constaté que dans les affections fébriles la glycosurie alimentaire peut être provoquée par l'administration de 150 grammes de glycose et même d'une quantité moindre. La limite d'assimilation pour la glycose est donc abaissée. En second lieu le coefficient d'assimilation est également modifié car la quantité de glycose éliminée par rapport à la quantité de glycose ingérée est plus grande chez le fébricitant que chez l'individu normal.

Modifications du sang dans la fièvre typhoïde (Beitrag zur Kenntniss der Blutveränderungen bei Typhus abdominalis), par J. Kölner (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 221). — L'examen du sang fait sous 26 cas de fièvre typhoïde a permis à l'auteur de constater que dans la fièvre typhoïde non compliquée le nombre de leucocytes n'augmente pas et que pendant le second septenaire il tombe même au-dessous de la normale pour se relever après la défervescence. En cas de complications pulmonaires ou intestinales le nombre de leucocytes augmente parfois.

Le nombre d'hématies diminue également en même temps que la proportion d'hémoglobine subit un abaissement analogue. Ces faits peuvent être utilisés pour le diagnostic des cas douteux.

CHIRURGIE

Kyste chyleux rétro-péritonéal chez une fille de 11 ans (Ein Fall von retro-peritonealer Chyluscyste bei einem II-jährigen Mädchen; Exstirpation; Heilung), par O. Sarwey, (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1898, n° 16, p. 407). — Il s'agit d'une fillette de 11 ans entrée à l'hôpital pour une tumeur volumineuse de l'abdomen, datant de 4 ans et dont la ponction faite plusieurs fois les années précédentes a chaque fois donné issue à plusieurs litres de liquide lactescent. Cette tumeur s'étendait depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, et était accolée à la paroi abdominale nettement fluctuante.

La laparotomie montra qu'il agissait d'un kyste rétropéritonéal situé entre le côlon transverse et la paroi de l'estomac et qui, après avoir perforé le ligament gastro-colique était venu se mettre en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen. Après la ponction de la tumeur, qui donna issue à 5 litres de liquide lactescent, on a pu constater que le kyste se rattachait par un pédicule à la tête du pancréas. Section du pédicule et extraction de la poche, qui ne présentait presque pas d'adhérences. Suture de la paroi abdominale et guérison sans complication.

L'examen chimique du liquide et l'examen histologique de la paroi du kyste montrèrent qu'il s'agissait d'une chylangiome kystique uniloculaire.

Bactériologie du vagin (Beitrag zur Bakteriologie der Vagina), par Kottmann (*Arch. f. Gynäkol.*, 1898, vol. LV, p. 615). — Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les sécrétions vaginales des femmes enceintes qui n'ont pas été touchées renferment, contrairement à l'assertion de Kronig, des bacilles aérobies et anaérobies.

2° Les staphylocoques qui ont été isolés dans ces sécrétions ne diffèrent en rien des staphylocoques ordinaires. Les streptocoques qui y ont été trouvés diffèrent des streptocoques de l'infection puerpérale par leur moindre virulence, laquelle virulence peut être artificiellement augmentée ou encore diminuée.

3° Les bactéries pathogènes sont plus nombreuses à l'entrée du vagin que dans les parties profondes et la cavité vaginale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Juin 1898.

Carpus curvus.

M. Pierre Delbet présente plusieurs moulages d'une déformation peu connue du poignet, qu'il désigne sous le nom de *carpus curvus*.

La main, qui a conservé sa forme normale, est déplacée dans son ensemble, comme s'il existait une luxation du carpe en avant. Le plan de la face postérieure de l'avant-bras, prolongé en bas, laisse en avant de lui toute la région carpienne et métacarpienne. Au contraire, le plan de la face antérieure de l'avant-bras vient couper la main et en laisse la plus grande partie en avant de lui.

En outre, quand on examine le poignet par sa face postérieure, on est frappé de la saillie considérable que fait la tête du cubitus.

Du côté du radius il n'y a pas de saillie, mais un talus en pente douce qui descend de l'avant-bras au carpe sans transition.

A côté de cette déformation principale, il en existe une autre moins importante : la main est renversée en dedans sur le bord cubital, de telle sorte que l'axe de l'avant-bras, au lieu de tomber sur le milieu de la tête du 3e métacarpien, arrive plus ou moins loin sur le second.

La dissection a montré que, dans cette déformation, il n'y a pas de luxation radio-carpienne, mais que le radius est profondément incurvé, et, en outre, qu'il existe une luxation complète du cubitus. L'incurvation du radius est la première en date, la luxation cubito-pyramidale ne se produit que secondairement.

Il s'agit là, en somme, d'une affection de croissance, du même type que le genu valgum, qui frappe surtout les jeunes gens et principalement les jeunes filles. Elle débute sans cause appréciable, tantôt par des douleurs, tantôt par la déformation des os. Comme le genu valgum, elle a une marche aiguë ou chronique.

Lorsque la difformité est très accusée, on la corrigera en pratiquant une ostéotomie du radius. Quand cet os est bien sectionné, on obtient facilement la correction en pressant avec un seul doigt sur le pisiforme : le radius se redresse, le pyramidal se remet à sa place sous le cubitus, et le poignet reprend sa forme normale.

Traitement du glaucome.

M. Panas lit, à l'occasion d'un travail de M. Jonnesco (de Bucharest), un rapport dans lequel il déclare que les faits relatés par l'auteur (voir *Gazette*, 1898, p. 396) sont en trop petit nombre et les résultats trop récents pour qu'on puisse actuellement adopter la sympathectomie dans le traitement du glaucome, que celui-ci soit aigu, subaigu ou chronique simple.

Discussion sur la prophylaxie de la tuberculose.

M. Landouzy souscrit complètement et sans réserves aux conclusions générales du rapport de M. Grancher. Il voudrait insister seulement sur quelques détails d'application des mesures qu'il propose.

Il désirerait que l'Académie fût très explicite sur les règles qui doivent présider à l'emploi des crachoirs dans les collectivités, et il voudrait qu'elle étende à toutes les agglomérations humaines les prescriptions que M. Grancher désire voir appliquer dans les ateliers. Il faut absolument condamner l'emploi des crachoirs au ras du sol, à côté desquels on crache, et qui

servent ainsi plus à la dissémination des poussières bacillifères qu'à la destruction des crachats.

Dans les hôtels, les théâtres, les bureaux de poste, les commissariats, la propagation de la tuberculose se fait d'une façon effrayante. Il sait certaines maisons meublées où, de tradition, descendent tour à tour les générations successives d'étudiants en droit ou en médecine de telle ou telle ville de province, et où, tour à tour, ces jeunes gens, arrivés robustes, prennent la phthisie et retournent tuberculeux dans leur pays.

Dans les théâtres, tout est à organiser; les poussières de la scène, jamais ensoleillées, sont journellement soulevées par le maniement des décors, et c'est à leur séjour dans les coulisses des théâtres que j'attribue l'effrayante mortalité par tuberculose des pompiers et des gardes de Paris, beaucoup plus forte que dans les régiments de jeunes soldats! En prenant contre la tuberculose le quart des mesures qu'il a prises contre l'incendie, M. le Préfet de police sauverait annuellement plus de vies que jamais l'incendie n'a fait de victimes.

Pour les 13 000 employés des postes et télégraphes de Paris, l'influence néfaste des poussières des bureaux est prouvé par ce fait que le rapport de la morbidité par tuberculose à la morbidité générale est de 15 p. 100 pour les agents sédentaires des bureaux, tandis qu'elle est de 10 p. 100 seulement sur les agents distributeurs, plus exposés cependant aux fatigues et aux intempéries.

Il importe donc que toutes les personnes qui, par voie administrative ou budgétaire, peuvent quelque chose pour aider l'Académie dans la lutte qu'elle vient d'entreprendre contre la tuberculose, toutes les administrations, tous les corps nommés ou élus, Chambres, préfets, maires, soient tenus au courant de nos travaux et de nos prescriptions. Il propose que l'Académie répande à grand tirage cette discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, qu'elle publie un livre bleu, comme font les ministères, car elle peut se considérer comme le ministère permanent de la santé publique.

Qu'en outre, elle répande une instruction simple et pratique sur la nécessité du crachoir, et que cette instruction soit tirée à 100 000 exemplaires et envoyée partout où besoin sera.

MÉDECINE PRATIQUE

Les vomitifs dans les infections bronchiques,

D'après M. le Dr P.-G. Chalchat.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, M. A. Robin a tenté la réhabilitation de quelques anciennes médications, la saignée, le vésicatoire, les vomitifs. Si le procès paraît gagné pour la saignée, dont l'utilité ne paraît pas discutable dans certains cas bien déterminés, il ne semble pas que l'accord soit près de se faire sur la question des vomitifs, et surtout du vésicatoire. Une thèse récente de M. le Dr P.-G. Chalchat (1), inspirée par M. A. Robin, va nous donner l'occasion d'examiner le rôle des vomitifs dans la thérapeutique des infections bronchiques.

Quelle est, dans ces cas, d'après M. A. Robin, l'action des vomitifs?

Les vomitifs réalisent d'abord le « curage mécanique des bronches »; de plus, en augmentant consécutivement la sécrétion du mucus bronchique dont le pouvoir antiseptique a été nettement établi par MM. Claisse et Hutinel, ils renforcent les éléments de défense de l'organisme contre l'infection; enfin, ils favorisent l'oxydation des produits microbiens en augmentant la capacité respiratoire et la ventilation pulmonaire : il y a accroissement de la consommation d'oxygène d'une part, et de la formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré, d'autre part.

Tels seraient les avantages de la médication vomitive : aussi ne comprendrait-on guère la réaction qu'elle a suscitée, si l'on n'en connaissait les inconvénients, ou plutôt si le nombre des cas dans lesquels elle est susceptible d'être employée utilement, n'était, dans la pratique, infiniment trop restreint pour qu'on puisse l'ériger en méthode générale de thérapeutique des infections bronchiques.

Sans insister sur la forme hypertoxique (Claisse) que M. Chalchat met hors du débat, nous lisons que les vomitifs doivent être employés *sans hésitation* « dans les formes aiguës ou chroniques, où les phénomènes locaux sont intenses, où l'encombrement bronchique est pour la plus grande part dans la dyspnée et l'oppression du malade, lorsque les signes stéthoscopiqnes sont d'une très grande intensité, et qu'on peut entendre des râles dans toute l'étendue des deux poumons ».

Voilà des indications qui ne sont déjà pas très précises. L'intensité des phénomènes locaux, la dissémination des râles dans toute l'étendue des deux poumons, la dyspnée seulement due à l'encombrement bronchique, sont des signes qui, évidemment, commandent l'évacuation des voies bronchiques, et qui la commandent d'autant plus impérieusement que la maladie est moins générale, ou en d'autres termes que l'organisme où elle évolue est plus résistant. Mais ces conditions « idéales » se trouvent rarement réalisées. C'est au début de la maladie, chez des sujets vigoureux, qu'elles se rencontreront le plus souvent : et alors le vomitif fera merveille. En sera-t-il de même chez l'enfant et chez le vieillard, qui sont particulièrement visés dans cette tentative de restauration de la médication vomitive? C'est ce que nous devons examiner.

L'enfant « ne crache pas » : il y a intérêt à favoriser l'expectoration par l'emploi d'un agent mécanique qui sera l'ipéca, voire même le tartre stibié. Quant au vieillard, la médiocre tonicité de ses canaux bronchiques, sa musculature thoracique affaiblie ne lui permettent pas de se débarrasser utilement de ses sécrétions et à lui aussi il faut l'intervention de l'agent mécanique pour en assurer l'évacuation. Telle est la doctrine qu'on veut faire revivre et qui nous semble être en contradiction avec les faits.

Il faut, croyons-nous, juger la question sur d'autres données. « L'encombrement bronchique » de l'enfant et du vieillard est l'effet plus souvent que la cause de l'aggravation des symptômes. Si la résistance est bonne, « l'encombrement » ne se produira point et s'il se produit, c'est que cette résistance diminue, soit en raison de la nature de l'agent infectieux, soit en raison des conditions anatomiquement ou pathologiquement favorables que présentent à l'exaltation de sa virulence l'organe (poumon) ou, d'une manière plus générale, le terrain sur lequel il évolue. Une thérapeutique rationnelle devra donc avoir pour objet de relever par tous les moyens possibles la résistance du sujet.

J'entends bien que c'est là précisément une des conditions que l'on cherche à réaliser par le vomitif : « C'est faire de l'antisepsie, dit M. Chalchat, que d'exonérer les bronches de ces colonies qui se développent à la surface de la muqueuse. La médication vomitive a pour but d'expulser ces produits superficiels, et, si elle ne peut chasser les organismes établis profondément, au moins nous débarrassera-t-elle de ceux qui sont à la surface de l'arbre bronchique; elle ne nous donnera pas un résultat complet, mais puisque nous ne pouvons le guérir, nous aiderons au moins notre malade à lutter, car nous lui enlèverons une partie de ses ennemis. Et l'organisme, incapable de résister à un grand nombre, pourra par ses seules forces naturelles sortir victorieux de la lutte où il n'aura qu'à se défendre contre un nombre d'ennemis moins considérable. » Pour que cette assertion fût rigoureusement exacte, il faudrait qu'après le vomissement la résistance de l'économie restât au moins égale à ce qu'elle était avant. Or, il n'est rien.

S'il résulte des mensurations de M. A. Robin que la capacité respiratoire, et par suite la ventilation pulmonaire et la proportion de l'oxygène absorbé soient augmentées après le vomitif — ce dont en somme on se doutait un peu — il se produit, d'autre part, du fait de ce même vomitif, une série de troubles du côté de la circulation, du système nerveux et même de la respiration, qui compromettent la résistance de l'organisme. Et, suivant M. A. Robin sur le terrain physiologique, examinons la nature et l'importance de ces troubles.

1. P.-G. Chalchat. Des vomitifs dans le traitement des infections bronchiques (th. de Paris, 1898, n° 276).

Du côté du système nerveux, l'*abattement* est de règle après les doses modérées : la *prostration* et même le *collapsus* peuvent survenir avec des doses plus élevées. Enfin l'excitabilité réflexe est diminuée, ou du moins s'épuise très rapidement dès que l'émétique ou l'ipéca, après avoir agi sur les terminaisons gastriques du pneumo, pénètrent dans la circulation générale.

Du côté du cœur, il y a, à ce moment, un affaiblissement et une diminution très marquée dans le nombre et la force des contractions. Pendant les vomissements le pouls est fréquent et présente souvent de grandes irrégularités. En même temps la pression s'abaisse et cet abaissement se traduit par une vasodilatation. Ces phénomènes se modifient dans la période réactionnelle qui, particulièrement chez les sujets vigoureux, suit de très près le vomissement.

Du côté de la respiration il y a un ralentissement quelquefois considérable après une période d'accélération et d'irrégularité. Quant à la température elle est le plus souvent abaissée de plus d'un degré et cette chute brusque du thermomètre peut n'être pas sans inconvénient, surtout si elle se prolonge (Hayem) Car elle peut aboutir à l'hypothermie et au collapsus. Notons enfin l'affaiblissement quelquefois considérable de la force musculaire.

La simple énumération de ces faits, faciles à constater, suffit à montrer avec quelle circonspection il convient d'employer, surtout dans les maladies infectieuses, une méthode thérapeutique qui a pour principal caractère d'être pareillement dépressive. Ce n'est pas que cette médication n'ait à son actif de très grands succès : quand nous faisions nos études, nous étions dans un service hospitalier où elle était largement employée dans toutes les affections des voies respiratoires et, quelquefois, les malades en éprouvaient les plus rapides et les plus réels bienfaits, mais combien aussi ne s'en relevaient point! Et il s'agissait d'adultes et de vieillards, mais c'était bien autre chose chez les enfants : il faut avoir assisté à la période où les vomitifs et la vésicatoire constituaient le fonds du traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie, pour avoir une idée du nombre des victimes que faisait une pareille thérapeutique. Evidemment il y avait abus et il aurait quelque injustice à condamner une méthode thérapeutique sur ces seules pièces; mais l'étude de l'action physiologique des vomitifs, en même temps qu'elle explique les désastres dus à leur emploi immodéré, montre avec quelle prudence ils doivent être conseillés.

En résumé, nous croyons que la médication vomitive peut trouver ses indications dans quelques cas déterminés d'affections broncho-pulmonaires : chez l'adulte au début de la maladie, et spécialement chez les sujets vigoureux; chez quelques vieillards dont la résistance sera jugée suffisante; chez les enfants lorsque l'inflammation ne dépasse pas les grosses et les moyennes bronches. Elle devra être résolument écartée dans tous les cas où on peut craindre un effet dépresseur sur le système nerveux ou la circulation, et spécialement dans les maladies infectieuses. A ce titre elle nous paraît absolument contre-indiquée dans la pneumonie de l'adulte ou du vieillard et dans la bronchopneumonie infantile.

G. Maurange.

Le traitement de l'acné rosée et de la couperose,

Par le Dr Bayet (de Bruxelles).

La couperose est une affection très répandue et qui, sans avoir de gravité au point de vue de la santé de celui qui en est porteur, n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients. M. le Dr Bayet a eu l'occasion d'essayer une nouvelle méthode de traitement qui a donné des résultats très satisfaisants.

L'acné rosée et la couperose sont, en somme, la même affection; la couperose n'est qu'une acnée rosée siégeant plus spécialement aux joues.

L'aspect de la peau, au niveau des points malades, est variable : tantôt on ne voit qu'une rougeur diffuse, sans aucune dilatation vasculaire; d'autres fois, outre l'érythème, on distingue un grand nombre de petites veines dilatées, sinueuses, formant un véritable réseau; d'autres fois encore, outre ces lésions, on constate la présence de pustules acnéiques qui donnent aux joues et au nez un aspect ridicule et déplaisant.

La couleur, elle aussi, varie : du rouge vif au violet; elle est soumise à des changements fréquents, dus soit à une modification brusque de la température ambiante, soit à des troubles menstruels, digestifs.

L'essence de la maladie consiste dans une dilatation des vaisseaux superficiels du derme, dilatation qui de temporaire devient permanente, et dans un abaissement du tonus vasculaire dans les parties atteintes.

Les symptômes subjectifs sont peu marqués, seulement l'affection est extrêmement disgracieuse, souvent ridicule et peut constituer pour l'exercice de certaines professions un véritable ennui.

Au point de vue pathogénique, dans un certain nombre de cas, la couperose et l'acné rosée sont intimement liées au fonctionnement de l'appareil génital de la femme; les affections de la sphère génitale les provoquent ou les exaspèrent.

Bon nombre de malades accusent des troubles digestifs variés, dont la marche et l'évolution ont une influence directe sur la couperose.

Pour certains la couperose constituerait un véritable équivalent arthritique.

Enfin il faut noter l'abus des boissons alcooliques; mais le rapport étroit et nécessaire qu'établit la majorité du public entre la présence de ce nez rouge et les habitudes d'intempérance est loin d'être toujours justifié; bien des personnes atteintes de cette infirmité ne font pas d'excès de boisson et ce n'est pas un de leurs moindres chagrins que de savoir l'interprétation fâcheuse que la foule donne à l'aspect de leur visage.

Toutes les médications préconisées peuvent se ranger en deux classes :

1° Les moyens purement médicaux, consistant dans l'application de substances irritantes qui amènent, au début de l'hyperémie, une légère inflammation que l'on calme au moyen de substances inertes, pour recommencer ensuite; ces substances sont en première ligne le soufre, puis l'ichthyol, le sublimé, le chlorhydrate d'ammoniaque.

2° Les procédés chirurgicaux sont en somme les plus efficaces, car ils agissent à la fois contre les deux éléments qui constituent la couperose : l'hyperémie et les dilatations vasculaires.

On a préconisé l'électrolyse pour les dilatations vasculaires. Cette méthode qui, dans certains cas, a donné de bons résultats, consiste à introduire dans le vaisseau une fine aiguille en platine et à faire passer pendant quelques minutes un courant de 3 à 5 milliampères. Le vaisseau se thrombose et, s'il n'y a pas d'anastomoses, disparaît. Ce procédé est surtout applicable quand il existe de grosses arborisations et il est parfois indispensable de le combiner aux autres.

Les scarifications, faites au moyen d'une lame très fine, sont d'un usage plus commode et plus fréquent. On sectionne chacun des petits vaisseaux par des hachures très rapprochées, parallèles à l'axe de ceux-ci; après arrêt de l'hémorrhagie, ces vaisseaux se thrombosent et disparaissent. Ce procédé, qui doit être souvent répété, a l'inconvénient d'être très lent et il n'est pas rare de voir, au cours du traitement, de nouvelles arborisations apparaître.

Le nouveau procédé que M. le Dr Bayet a expérimenté a donné des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes. Ce procédé a été préconisé par Lassar (1). Il est plus efficace et surtout beaucoup plus rapide que les autres moyens.

Voici en quoi il consiste. On se sert d'un appareil imaginé par Lassar et dont la pièce principale est un disque de métal de 1 centimètre de largeur portant 40 fines pointes recouvertes d'or. Ce disque se fixe sur une tige et celle-ci s'ajuste à une poignée très solide, laquelle est reliée par un système de tige rotatrice à une petite dynamo. Dès que celle-ci est mise en mouvement (soit par des accumulateurs ou par le courant qui sert à l'éclairage), elle imprime au disque un mouvement de va-et-vient extrêmement rapide. Si l'on applique les aiguilles au niveau de la partie malade, elles s'enfoncent dans les tissus à une profondeur que l'on peut régler et y pratiquent en quel-

1. *Dermatologische Zeitschrift*, septembre 1898.

ques minutes une multitude de piqûres qui vont atteindre tous les vaisseaux du derme. Il se produit un écoulement de sang qu'on arrête au moyen de la compression et dès que cette petite hémorrhagie est arrêtée on applique sur les parties opérées une pommade irritante de la formule suivante, préconisée par Lassar :

Naphtol β.		10 gr.
Soufre précipité.		50 gr.
Vaseline jaune.	àâ	20 gr.
Savon vert.		

M.

Cette application donnera lieu, au bout de 10 à 15 minutes, à une sensation de cuisson. On enlève alors la pommade, on nettoie la surface opérée et on applique une poudre indifférente. Il persiste un peu de rougeur pendant quelques heures, puis la peau se desquame et au bout de 8 jours on recommence. Il suffit parfois de quatre à cinq séances pour arriver à un bon résultat.

L'application n'est pas très douloureuse ; elle l'est beaucoup moins que l'emploi des scarifications. Il est tout à fait inutile de pratiquer l'anesthésie locale.

En somme, ce procédé se recommande par sa grande simplicité, par la rapidité de son action et la qualité des résultats. L'auteur qui l'a préconisé a pu présenter à la Société médicale de Berlin des malades guéris par son procédé et ces résultats sont entièrement confirmés par M. le Dr Bayet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale et la défense des intérêts professionnels (suite). — Honoraires des médecins appelés à soigner en cas d'urgence des blessés indigents.

Il y a huit jours je reproduisais un arrêt de la Cour de cassation rendant justice à l'un de nos confrères, le Dr Petitjean, et affirmant l'utilité de notre intervention en sa faveur.

Dans une affaire de contestation d'honoraires, la neuvième chambre de la Cour de Paris vient également, sur le vu d'une lettre que j'avais écrite au nom du Conseil général, de donner satisfaction pleine et entière aux légitimes exigences d'un médecin qui se voyait refuser la juste rémunération de ses soins.

Mais il faut évidemment, pour que l'action de l'Association générale s'exerce utilement, que les réclamations qu'elle appuie de l'autorité de ses conseils judiciaires soient recevables.

Or, je l'ai dit maintes fois, les médecins ignorent d'ordinaire la jurisprudence et, souvent, ne s'adressent à nous que trop tard, alors qu'ils n'ont plus en leur faveur sinon le bon droit, du moins les articles du Code. Une faute de procédure les met à la merci d'un adversaire plus habile et le dossier qu'ils nous adressent nous met dans l'impossibilité de faire triompher une cause dont le bon sens reconnaît la légitimité, mais que le texte des lois votées par nos représentants déclare inadmissible.

C'est ce qui est arrivé et arrivera souvent encore à l'occasion des procès intentés aux magnétiseurs et aux masseurs poursuivis pour exercice illégal de la médecine. C'est ce qui arrive à l'un de nos honorables confrères, le Dr R... (de Seine-et-Marne).

Voici le résumé de cette affaire :

Le 21 août 1893, le Dr R... était mandé d'urgence à 7 heures du matin à L... (3 kilomètres de sa résidence), près d'un manouvrier étendu dans un fossé, après avoir été écrasé par une machine à battre. Ce malheureux, père de 8 enfants, était atteint d'une fracture du bassin avec lésions vésicales.

Quelques heures après l'accident, Mme B..., patronne de l'ouvrier blessé, arrivait chez le Dr R... Estimant sa responsabilité gravement engagée dans cette affaire, elle fit au médecin les recommandations les plus expresses, le suppliant de ne rien négliger pour tenter de sauver le malheureux ouvrier. A six reprises différentes elle se rendit au cabinet du médecin pour s'enquérir de l'état du blessé et lui renouveler ses recommandations. Elle fit plus, elle demanda au Dr R... de s'adjoindre en consultation le Dr D..., elle sollicita le transport du blessé à N... où le Dr D... lui continua ses soins.

Les lésions étaient trop graves. L'ouvrier succombe huit mois après sa blessure et malgré les soins attentifs et dévoués qui lui sont prodigués.

Sa veuve intente alors à la patronne, Mme B..., une action en dommages-intérêts. Mais, mal conseillée, elle ne sait pas obtenir l'assistance judiciaire, refuse une somme de 5000 francs qui lui était offerte à titre de compromis, réclame 20000 francs et finit par être déboutée de sa demande.

Forte de cet acquittement, Mme B... refuse à son tour de payer les honoraires du Dr D... qui, aussitôt après le décès du manouvrier, lui avait envoyé sa note. Traduite devant le juge de paix de N..., Mme B... est condamnée à payer intégralement au Dr D... ce que celui-ci lui réclame, mais alors elle refuse au Dr R... qui lui demande 195 francs de lui rien verser en rémunération des soins qu'il avait donnés au moment de l'accident et jusqu'au transport de l'ouvrier à N...

Traduite devant le juge de paix Mme B..., est condamnée. Elle fait appel de ce jugement devant le tribunal de P... et à la date du 31 mars 1898 ce tribunal rend le jugement suivant :

Le Tribunal :

Attendu qu'un jugement de la Justice de paix de N..., du 24 décembre 1897, a condamné conjointement et solidairement les époux B...-G... à payer au docteur R... la somme de 195 francs pour soins donnés au sieur B..., grièvement blessé le 4 août 1893, alors qu'il conduisait une machine à battre appartenant aux époux B...

Attendu que les dits époux B... ont interjeté appel de ce jugement ; que cet appel est régulier ;

Considérant que pour accueillir la responsabilité des appelants, le premier juge a admis l'existence d'une convention tacite aux termes de laquelle les époux B... auraient donné commission au médecin de donner ses soins au sieur B...;

Mais attendu qu'il est établi que, lors de l'accident, ce ne sont pas les époux B... qui ont requis le docteur R...; qu'il est donc certain que, à l'origine, la convention tacite visée par le jugement dont est appel, n'existait pas ; que si après l'accident la dame B... est allée chez le docteur R..., à M... pour l'interroger sur la gravité de la maladie, si elle a assisté à plusieurs visites du médecin à L..., lieu où était soigné le blessé, si enfin elle a invité le docteur D... de N..., à se joindre à son confrère de M..., pour se consulter sur le transport possible du malade à N..., ces demandes, qui s'expliquent par la crainte de la dame B... d'avoir encouru une responsabilité civile au sujet de l'accident, ne prouvent pas l'existence d'une commission donnée après la première visite du médecin ;

Que ces démarches ne peuvent constituer que des présomptions et que, s'agissant de plus de 150 francs, les présomptions ne peuvent être admises en preuve ;

Que c'est à tort que le premier juge s'appuie sur l'article 1348 du Code civil ; que, en effet, la convention invoquée par l'intimé n'aurait été conclue que postérieurement à l'accident et

que, dès lors *le docteur R... ne se trouvait pas dans un cas où il lui était impossible de se procurer une preuve littérale;*

Que la demande n'est donc pas justifiée;

Par ces motifs :

Met à néant le jugement dont est appel. Décharge les appelants des condamnations prononcées contre eux.

Déclare le sieur R... non recevable en sa demande; l'on déboute.

Condamne le dit sieur R... à la restitution de l'amende d'appel.

Le condamne également en tous les dépens de l'instance dont distraction au profit de Me C... avoué, aux offres de droit, les dits dépens liquidés à 53 fr. 09.

Ainsi donc le Dr R.., appelé à soigner un ouvrier au service des époux B... et blessé par une machine leur appartenant, ne peut obtenir des époux B... aucune rémunération de ses soins par cela seul qu'il a, dans un cas d'urgence, sans demander aux époux B... aucune réquisition *écrite*, donné ses soins à leur manouvrier. Et non seulement il n'obtient aucun honoraire mais encore il est condamné à 53 fr. 09 de frais sans préjudice de ce qu'il a dû dépenser pour se rendre aux assignations de la justice et payer son avocat. Il est évident qu'au point de vue de ce que les honnêtes gens considèrent comme juste et honnête les instances faites par Mme B... près du Dr R... devaient être considérées comme un engagement au moins tacite d'assurer au médecin qui déférait à ces instances les honoraires auxquels il avait droit. Mais cet engagement *moral* n'est point *légal*. L'action exercée par un médecin vis-à-vis d'un patron au service duquel un ouvrier a été blessé n'est pas recevable que si le patron *a pris l'engagement* de payer les frais de l'accident. C'est ce qui résulte d'un jugement rendu par le tribunal de Charleville (1).

C'est ce qui résulte, en ce qui concerne le Dr R..., de la consultation que nous avons demandée en son nom à Me Morillot, notre conseil judiciaire près la Cour de cassation.

Voici cette consultation que je reproduis textuellement :

Monsieur le Secrétaire général,

J'ai étudié, avec le plus grand soin, la très intéressante affaire R... contre époux B..., et je m'empresse, suivant votre désir, de vous faire connaître mon avis motivé sur les chances de succès d'un pourvoi en cassation.

I. Au point de vue de la forme, je ne puis que faire toutes réserves au sujet des irrégularités que pourrait seule me révéler une copie *intégrale* en forme, *qualités comprises*, du jugement de P..., qu'il s'agirait d'attaquer.

II. *Au fond*, la question soulevée par les débats était celle de savoir si le Dr R... pouvait être admis à faire, par témoins, la preuve du mandat à lui donné par Mme B...

Le tribunal résout cette question négativement.

Suivant lui, il s'agissait là d'une obligation de plus de 150 francs et la preuve devait, aux termes de l'article 1341, Code civil (2), en être faite par écrit, sans qu'il y ait lieu de se préoccuper de l'exception de l'article 1348 (3), Code civil, le Dr R... n'ayant pas été dans l'impossibilité de se procurer une preuve par écrit du mandat à lui donné.

Cette solution constitue, à mon sens, un mal jugé évident, puisque le jugement reconnaît lui-même le fait des démarches de la dame B... et même la gravité des présomptions qui en découlent contre elle. Il eût donc été de toute justice de reconnaître, comme l'avait fait le juge de paix, l'impossibilité morale dans laquelle avait été le médecin de se procurer la preuve écrite du mandat à lui donné par le patron de l'ouvrier blessé.

III. Mais le simple *mal-jugé* n'est pas un moyen de pourvoi en cassation, et aussi il est bien à craindre que le jugement échappe à la censure de la Cour de cassation.

En effet, l'erreur commise par le tribunal repose sur cette affirmation que le Dr R... n'a pas été dans l'impossibilité de se procurer une preuve écrite du mandat à lui donné, puisqu'il est bien certain qu'il aurait fallu la *constatation contraire* pour échapper à l'application rigoureusement obligatoire de l'article 1341, Code civil.

Le seul moyen dont M. R... aurait pu user, pour se procurer, après coup, une preuve légale eût été de demander la *comparution personnelle* de l'adversaire, afin d'en tirer un commencement de preuve par écrit.

Mais il n'est plus temps de discuter l'opportunité de ce moyen, qui aurait naturellement dû être proposé devant les juges du fond.

La décision rendue, quelque erronée qu'elle soit, semble donc bien s'appuyer sur une *appréciation de fait*, dont ne peut connaître la Cour de cassation, juge seulement des questions de droit.

IV. J'estime donc qu'un pourvoi, tout en étant possible, serait entaché d'un grand aléa.

Il résulte évidemment de cette lettre que le pourvoi en cassation n'aurait aucune chance d'aboutir et que nous ne pouvons, pour essayer de faire accorder à notre confrère le Dr R... les 195 francs qui lui sont dus, dépenser les 600 francs qui nous sont demandés à titre de provision pour engager cette instance.

Le Conseil général de l'Association a dû, en conséquence, se résigner à ne point donner suite à la requête qui lui avait été adressée par le Dr R..., mais il ressort de ce procès les conclusions suivantes :

Toutes les fois qu'un médecin sera appelé à donner ses soins à un ouvrier blessé au service d'un patron il devra s'informer si le patron accepte la responsabilité de l'accident et exiger de celui-ci une lettre mentionnant l'engagement d'en payer les frais.

Dans le cas où le patron refuserait cette lettre, le médecin devrait, après avoir donné au blessé les premiers soins qu'exige son état, ce à quoi il ne peut se refuser, dans un cas d'urgence absolue, réclamer son transport à l'hôpital le plus voisin et se refuser à continuer ses visites si une convention formelle et *écrite* ne lui garantit pas la juste rémunération de ses soins.

Il appartiendra évidemment à chaque médecin de juger ce qui, dans chaque cas particulier, conviendra le mieux à garantir sa situation morale et matérielle. Mais il importe qu'ils sachent tout ce que veut la loi et ce qui les menace en ce temps où les patrons semblent de plus en plus disposés à se décharger sur une compagnie d'assurances du devoir de protection dont ils ont la charge vis-à-vis de leurs ouvriers et où ceux-ci, alors surtout qu'ils ont été blessés dans un service commandé, estiment non sans quelque raison qu'on leur doit de les traiter comme s'ils étaient riches.

L. Lereboullet.

1. Voir *Code pratique des honoraires médicaux*, par le Dr Ch. Floquet, Paris, 1898, p. 466.

2. Art. 1341. — Il doit être passé acte devant notaire ou sous signature privée de toutes choses excédant la somme ou valeur de 150 francs, même pour dépôts volontaires; et il n'est reçu aucune preuve par témoins contre et outre le contenu aux actes, ni sur ce qui serait allégué avoir été dit avant, lors ou depuis les actes, encore qu'il s'agisse d'une somme ou valeur moindre de 150 francs.

Le tout sans préjudice de ce qui est prescrit dans les lois relatives au commerce.

3. Art. 1348. — Les règles ci-dessus reçoivent encore exception toutes les fois qu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation qui a été contractée envers lui.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Un cas d'anurie neurasthénique,

Par M. le Dr MAX CARRIÈRE (de Saint-Ybars).

Je lis dans le numéro du 29 mai de la *Gazette hebdomadaire* un article de M. le Dr P. Berbez sur l'*anurie neurasthénique*. Ses cinq observations me rappellent le cas d'un de mes malades que je vous livre pour être ajouté à la bibliographie.

J..., âgé de 32 ans, marié. Un enfant de 5 ans bien portant.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement; mère *nerveuse*, morte en 1896 d'une affection du foie, me dit-on.

Antécédents personnels et maladie actuelle. — Rien de particulier jusqu'à la mort de la mère. Un peu *nerveux* cependant, de l'avis de ses proches et de ses amis, travaille beaucoup dans sa ferme quoique riche; préoccupations financières nombreuses, plus nombreuses que celles des paysans d'alentour âpres au gain cependant.

Après la mort de sa mère il se surmène, puis, à l'occasion d'un écart de régime, il oublie sa ferme, devient apathique, mange mal, dort mal, accuse des céphalées en casque, une lassitude des membres inférieurs plus grande au lever.

Palpitations, constipation opiniâtre, amaigrissement notable.

Un de mes confrères le voit en janvier 1897 et porte le diagnostic de neurasthénie.

Bromure. Eau de Vichy. Régime lacté.

L'état général s'améliore, mais le patient se dit plus malade.

Mon confrère appelé de nouveau affirme encore qu'on est en présence d'un cas de neurasthénie classique.

A propos de quelques pituites matutinales, qui font penser au malade qu'il est atteint d'une maladie du foie, nouvelle consultation et même diagnostic de la part de mon confrère.

Le 20 mai 1897, je suis appelé de grand matin et prié de me rendre aussitôt auprès du patient *inquiet de n'avoir pas vidé sa vessie depuis deux jours.*

J... me dit aussitôt qu'il est neurasthénique depuis plusieurs mois, qu'il ne va jamais mieux et qu'aujourd'hui, sa vessie devient malade après tous les autres organes. Il a essayé d'uriner plusieurs fois, sans résultat.

Point d'antécédents urinaire ni génital. La palpation et la percussion de l'abdomen m'apprennent que la vessie ne dépasse pas le pubis; la palpation lombaire bimanuelle n'est pas douloureuse. Au toucher rectal : prostate normale, je ne sens pas les vésicules séminales.

J'affirme que je suis en présence d'une anurie nerveuse, et je crois le cathétérisme inutile.

Le malade insiste pour être sondé.

La sonde de Nélaton n° 18 de la filière Charrière passe sans difficulté : un dé à coudre d'urine foncée mais limpide est amené. Je fais passer dans la vessie avec la seringue de Guyon, 150 grammes d'eau bouillie (qui ressortent intégralement) dans le but de montrer au patient que sa vessie ne contenait point d'urine.

Je préconise un grand bain tiède, qu'on devra renouveler si l'urination ne se fait pas.

Le lendemain, j'apprends que J... a uriné dans son bain et il me montre environ 300 centim. cubes d'urine de la nuit et du matin.

Depuis, aucun accident.

L'état général s'est amélioré sous l'influence d'un traitement hydrothérapique bien conduit par un médecin d'Ussort-les-Thermes à qui j'avais envoyé J...

Avant d'écrire son observation, j'ai revu mon malade. Son état général est bon; il existe encore quelques stigmates de Charcot. Il m'a affirmé que sa fausse rétention n'avait, à son avis, aucune cause immédiate.

Mais il se souvient que, la veille du jour où je fus appelé, il avait fait une marche assez rapide mais peu longue, après laquelle il s'était senti très fatigué.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

SESSION DE MAI 1898.

De l'herpès fébrile récidivant de la cornée.

M. Sulzer communique l'observation d'un homme atteint d'un rétrécissement uréthral et de cystite chronique depuis 1889. Les urines contiennent de grandes quantités de pus. L'examen bactériologique y révèle la présence du colibacille, de staphylocoques et de pneumocoques. Parmi les nombreuses opérations qu'a nécessitées un rétrécissement récidivant de l'urèthre, il convient de retenir une dilatation forcée, faite en 1891 et qui fut suivie d'une éruption herpétique de la cornée droite.

L'origine de la maladie actuelle remonte à une dilatation forcée de l'urèthre faite par Kocher, à Berne, en février 1896. Quelques heures après l'opération, surviennent des frissons violents, la température monte à 41° et le malade est pris de délire; il reste 3 jours sans connaissance. Lorsque le quatrième il reconquiert la connaissance, l'ouïe est abolie du côté droit. Tout le visage est couvert d'une éruption herpétique, qui a envahi également la muqueuse des cavités buccales, pharyngienne, nasale. Les paupières, les conjonctives et les cornées participent à cette éruption. Le malade reste alité pendant 6 semaines; l'œil

gauche se guérit, mais l'œil droit devient toutes les 3 semaines le siège d'une éruption herpétique, occupant les parties de la cornée situées en face du bord pupillaire. Aussitôt une éruption guérie, une nouvelle éruption survient. Bientôt l'œil gauche prend part aux éruptions. Cet état dure 8 mois.

Le 28 octobre, on constate l'état suivant : à l'œil droit les deux tiers supérieurs de la cornée sont complètement transparents, tandis que le tiers inférieur est le siège d'un trouble de forme particulière. La cornée gauche porte une vésicule herpétique récente, située dans son centre.

L'astigmatisme du malade avait été déterminé en 1885 par Pflüger, en 1891 par Chevallereau et, depuis, par une vingtaine de confrères. Pflüger et Chevallereau avaient constaté des deux côtés un astigmatisme de 0,5 selon la règle. Mais à partir du moment où les cornées deviennent le siège d'éruptions herpétiques récidivantes, l'astigmatisme change dans des limites considérables, aussi bien en ce qui concerne son degré qu'en ce qui concerne la direction des axes. Les différences constatées atteignent 6°. Finalement la forme de la cornée redevient telle qu'elle était avant les éruptions herpétiques.

Ces changements de la courbure cornéenne peuvent rendre compte de l'asténopie qu'on observe à la suite des éruptions vésiculeuses de la cornée.

Le trouble post-traumatique du corps vitré et son traitement.

M. Kalt. — Ce trouble est la conséquence des contusions violentes. Il est dû à l'envahissement du corps vitré par une hémorrhagie d'origine choroïdienne. La masse sanguine se dissocie et se réduit en poussière et flocons sombres qui sont peu à peu résorbés. Le décollement rétinien est fréquent, mais on sait que, contrairement à celui des myopes, il est curable.

Deux malades ont été soignés, l'un par l'électrolyse, l'autre par les injections intra-ténoniennes massives de solution de chlorure de sodium (1 centimètre cube à la fois). Chez l'un et l'autre, le traumatisme remontait à quelques semaines. la vision était réduite à la perception lumineuse. Un décollement rétinien étendu était visible chez l'un d'eux.

Par l'électrolyse employée en séances de quatre minutes avec quatre miliampères, il a fallu 6 séances pour amener, après 5 mois, l'acuité visuelle à la moitié de la normale. Un an après, le décollement avait disparu et il restait seulement à sa place des plaques de chorio-rétinite.

L'autre malade n'avait également qu'une perception lumineuse. Une injection de 1 centimètre cube de NaCl fit remonter, en l'espace de 24 heures, la vision à la perception des doigts à 0 m. 30. On fait 3 injections par semaine, et, au bout de 5 semaines, la vision est égale à 1/3. Après 4 mois, la vision est égale à 1, bien que le corps vitré soit encore troublé. Aucune erreur n'est possible, l'autre œil étant détruit.

Ces faits démontrent l'efficacité incontestable des deux sortes de traitement.

De la suture conjonctivale appliquée à l'extraction de la cataracte.

M. Rohmer. — 1° La suture conjonctivale donne de très bons résultats lorsqu'elle est judicieusement appliquée à la suite de l'extraction de la cataracte.

2° Elle présente comme avantages essentiels : une sécurité absolue après l'opération, ce qui fait qu'il est inutile d'appliquer au malade un pansement compliqué ou gênant; elle supprime le séjour au lit, même le premier jour de l'opération; elle assure la coaptation parfaite et certaine des lèvres de la plaie, et empêche d'une façon sinon complète, au moins plus sûre, la hernie de l'iris, et sûrement la rend inoffensive pour l'avenir. Les soins consécutifs à l'opération sont à peu près nuls. Les résultats optiques et fonctionnels sont aussi bons qu'avec les autres procédés. 3 semaines ou 1 mois après l'opération, rien dans l'aspect extérieur de l'œil ne permet de soupçonner que la conjonctive a été disséquée et suturée.

3° Ses indications sont : une grande agitation préopératoire du malade, laquelle nécessite même souvent l'emploi du chloroforme pour l'extraction; une hypertension du globe qui fait craindre la hernie de l'iris, si l'on ne peut pas réséquer immédiatement celui-ci : l'infection possible venant des voies lacrymales ou de la conjonctive chroniquement enflammée; la non-cicatrisation prolongée des lésions de la plaie qui résiste même à l'iridectomie.

Dans tout autre cas, il sera inutile d'appliquer et de généraliser l'emploi de la suture conjonctivale à toutes les opérations de cataracte.

Sérothérapie dans certaines iritis rhumatismales.

M. Boucheron croit pouvoir avancer que le sérum de Marmorek, employé à doses minimes et répétées (1/2 centimètre cube quotidiennement, d'abord, puis 1 centimètre cube ou davantage), semble arrêter le processus rhumatismal irien, après l'une des 3 à 6 poussées successives, qui constituent l'ensemble de ce que nous appelons l'iritis rhumatismale aiguë.

Dans les iritis rhumatismales chroniques et anciennes avec synéchies organisées, avec sclérose ou atrophies iriennes, la normale de l'évolution cyclique fait défaut, et l'influence d'un agent thérapeutique, quel qu'il soit, est moins démonstrative.

Dans les cas d'iritis aiguës ou chroniques, à répétitions, le sérum produit une certaine amélioration de la fonction visuelle, par suite de la résorption plus rapide des exsudats, par cessation des rhumatismes du muscle ciliaire ou autrement, ce point est réservé pour plus tard.

Le sérum antistreptococcique agit non seulement comme spécifique, contre les streptocoques (sensibles à ce sérum), mais aussi comme sérum indifférent. Il détermine, à faibles doses, un stimulus du système nerveux (avec les fortes doses, il épuise parfois et décime). C'est un tonique remarquable.

Le sarcome des paupières.

M. Fage. — Le sarcome des paupières est une tumeur rare et insuffisamment décrite dans les traités classiques.

Il n'y a guère qu'avec le chalazion que le sarcome puisse être confondu au début de son développement. Quand il a son point de départ dans la conjonctive palpébrale, il est généralement pédiculé et saillant du côté du cul-de-sac.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit, en général, de sarcomes à éléments jeunes. On trouve encore le sarcome fasciculé, le myxo-sarcome, et souvent du pigment mélanique.

Le diagnostic microscopique doit se faire sur le point d'origine et sur le mode de développement de la tumeur, plutôt que sur la forme et le groupement des éléments histologiques qui la composent.

Le pronostic est grave, et on ne peut compter sur quelques guérisons qu'à condition d'enlever la tumeur de bonne heure, en sacrifiant la paupière atteinte.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mai 1898.

Néarthrose cléido-humérale obtenue par la fixation à la clavicule de l'extrémité flottante de la diaphyse humérale.

M. Ollier. — On peut établir des articulations à la fois solides et mobiles entre des os qui, normalement, sont indépendants ou du moins ne s'articulent pas entre eux. En les fixant l'un à l'autre et en conservant non seulement les tissus qui doivent assurer leur union, mais tout ce qui reste des muscles qui faisaient mouvoir l'ancienne articulation, on peut obtenir une néarthrose régulière, entourée d'une musculature assez puissante pour la faire fonctionner activement.

A l'appui de cette théorie, M. Ollier cite l'observation d'un

homme, âgé de 48 ans en 1893, qui, blessé en 1870 d'un coup de feu à l'épaule, avait vu sa blessure, guérie au bout de 7 mois, se rouvrir en 1883. Pour tarir la suppuration, on réséqua successivement, en 1884 la tête humérale, en 1885 une partie de l'omoplate, en 1890, le reste de cet os. La suppuration cessa, mais le membre impotent s'écarta de plus en plus de la clavicule à laquelle il était uni, en avant seulement, par quelques faisceaux musculaires trop faibles pour s'opposer à l'action de la pesanteur.

En décembre 1893, M. Ollier prit le parti, en raison des efforts infructueux antérieurs, de fixer l'humérus à la clavicule. La gaine périostique de la portion de l'humérus qui dut être réséquée (12 à 15 millimètres) fut conservée et mise en rapport avec la surface claviculaire avivée. L'humérus fut fixé par deux anses de fil de platine. La soudure est restée fibreuse et l'humérus jouit de mouvements assez étendus dans tous les sens, et surtout dans le sens antéro-postérieur.

Le deltoïde fut dégagé de ses adhérences cicatricielles et suturé au trapèze de manière à former un muscle digastrique. Là où le trapèze manquait, se perdant dans les cicatrices confuses, le deltoïde fut fixé au périoste et aux couches fibreuses parostales recouvrant l'extrémité saillante de la clavicule. Les rapports des autres muscles scapulaires furent rapprochés par la suture, de manière à doter les nouvelles articulations d'une musculature rappelant celle de l'articulation scapulo-humérale.

Le membre fut maintenu immobilisé pendant 4 mois ; à ce moment, on pouvait croire à une synostose entre les deux os suturés ; il s'établit bientôt une mobilité qui alla en croissant et il y a aujourd'hui une véritable néarthrose solide qui permet au bras de se contracter énergiquement. Au lieu d'une articulation scapulo-humérale, on a établi une articulation cléido-humérale qui en tient lieu.

M. Ollier, tout en suivant les règles générales pour la formation des néarthroses depuis longtemps établies, a ajouté un nouveau principe : celui de la réinsertion des muscles sur des points favorables à leur action sur la nouvelle articulation.

Influence de l'asphyxie sur la teneur du sang en oxyde de carbone. Production d'oxyde de carbone dans l'organisme.

M. Maurice Nicloux. — On aura démontré la production d'oxyde de carbone par l'organisme lui-même si, diminuant par un moyen quelconque la teneur du sang en oxyde de carbone, on voit la proportion de ce gaz remontée à la normale, dans l'heure suivante.

Or, l'asphyxie détermine une diminution de l'oxyde de carbone du sang ; si l'on a soin de ne pas pousser l'asphyxie jusqu'à la mort, on retrouve, après trois quarts d'heure à une heure de respiration à l'air libre, la proportion d'oxyde de carbone déterminée primitivement dans le sang, et l'accroissement dans l'heure qui suit l'asphyxie ne peut en aucune façon être expliquée par l'oxyde de carbone contenu dans l'air.

La teneur du sang en oxyde de carbone, qui est à l'état normal de 0,17 p. 100, tomba, après une asphyxie de 4 minutes, à 0,07, pour remonter, après une demi-heure de respiration à l'air libre, à 0,14.

Or, pendant ce temps, l'oxyde de carbone de l'air, dosé par l'acide iodique, n'aurait pu être assimilé par le sang que dans la proportion de 0,02 p. 100.

L'asphyxie fait disparaître du sang l'oxyde de carbone introduit artificiellement par la respiration de mélanges toxiques, pourvu que les quantités en soient minimes : pour des quantités notables l'expérience est négative.

Ainsi le sang renferme un gaz combustible qui est formé d'hydrogène, de formène et d'oxyde de carbone.

Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie.

M. S. Arloing. — On admet aujourd'hui que l'apparition et le développement du pouvoir agglutinant du sérum sanguin pour un microbe donné résultent de l'introduction dans l'organisme de produits spécifiques : cultures complètes ou filtrées de ce microbe.

M. Arloing a montré précédemment que le sérum sanguin de la chèvre, à la suite d'injection de tuberculine ou de cultures de Koch, devenait capable d'agglutiner les bacilles de Koch en émulsions homogènes.

Le sang de la chèvre acquiert les mêmes propriétés sous l'influence d'injections répétées d'eucalyptol, de gaïacol, de créosote et de liqueur de Mialhe (sublimé corrosif).

A volume égal, les sérums agglutinent un peu moins énergiquement que le sérum des chèvres tuberculisées ou tuberculinées.

Au point de vue de la rapidité de l'agglutination, le classement des sérums serait le suivant : 1° sérum modifié par la liqueur de Mialhe ; 2° par l'eucalyptol ; 3° par le gaïacol ; 4° par la créosote.

Au point de vue de la perfection de l'agglutination, le classement serait le suivant : liqueur de Mialhe, gaïacol, eucalyptol, créosote.

C'est bien en provoquant une réaction de l'organisme vivant que ces substances déterminent l'apparition d'une matière agglutinante dans le sang, car on ne produit pas l'agglutination *in vitro* par l'addition de ces substances aux cultures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 Juin 1898.

Ulcère gastrique.

M. Marcille apporte les pièces d'une femme morte de péritonite généralisée consécutive à la rupture d'un abcès enkysté entre la rate et le diaphragme, consécutif à un abcès de la rate, lequel reconnaît lui-même pour origine un ulcère de l'estomac. La laparotomie ne permit pas de reconnaître le foyer sous-phrénique cause de la péritonite généralisée.

Fracture du crâne.

M. Georges Luys présente le crâne d'un homme de trente-huit ans, amené dans le coma, à Necker. Ce malade venait de tomber la tête en arrière sur les marches de l'escalier d'un omnibus, et perdait abondamment du sang par l'oreille droite. La trépanation, pratiquée par M. Morestin, permit de pratiquer le tamponnement du sinus latéral et l'otorrhagie s'arrêta.

Le malade mourut. A l'autopsie, toute la boîte crânienne est remplie d'un énorme épanchement sanguin tant extra-dure-mérien qu'intra-dure-mérien et sous-pie-mérien. La dure-mère est déchirée au niveau du sinus latéral droit largement ouvert. Le cerveau est en bouillie au niveau du lobe temporal. Il existe un trait de fracture qui, parti du pariétal gauche, traverse obliquement la ligne médiane, parcourt le pariétal droit, l'écaille du temporal et se continue sur le rocher. Le rocher présente deux traits de fracture : l'une des fractures est perpendiculaire et isole une portion de 1 centimètre de la pointe de l'os, l'autre, parallèle, est double et isole une parcelle de la voûte de la caisse du tympan.

Généralisation d'un sarcome mélanique.

M. Morestin présente les organes provenant de l'autopsie d'un cas de sarcome mélanique développé sur un nævus de la paroi abdominale, dont il a montré les préparations il y a quelque temps. Bien que l'extirpation fût complète en apparence, la récidive a été rapide et s'est accompagnée d'une généralisation vertébrale, hépatique, médiastinale, rénale et pulmonaire.

Examen histologique d'ulcérations gastriques expérimentales.

MM. Jousset et **Lefas** montrent des préparations des ulcères expérimentaux de l'estomac qu'ils ont obtenus chez le lapin à la suite d'injections sous-cutanées de tartre stibié, et

dont ils ont présenté les pièces antérieurement. On voit que l'hémorrhagie a débuté entre le fond des glandes et la musculaire de la muqueuse. Le fond des ulcérations répond à la partie moyenne de la sous-muqueuse.

Cystite gangréneuse.

M. Legueu montre une pièce qui représente la surface interne presque tout entière de la vessie, expulsée en une seule fois, au cours d'une miction, chez une femme qui présentait une cystite intense. On trouve, à l'examen histologique, en dedans la muqueuse et en dehors une partie de la couche musculaire. Les orifices uretéraux sont encore reconnaissables. Enfin, un petit lambeau correspond à la partie profonde de l'urèthre.

Grossesse tubaire; inondation péritonéale.

M. Ardouin montre des pièces provenant d'une femme de 24 ans, secondipare, opérée pour une inondation péritonéale consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire de 3 mois. La malade avait eu des signes d'appendicite; or, à l'opération, l'appendicite était sain.

Cancer du pylore avec généralisation.

M. Coyon présente le résultat de l'autopsie d'un sujet de 27 ans, qui a succombé très rapidement à un cancer pylorique. Le foie, le mésentère, les mésocôlons, sont envahis secondairement; le canal thoracique présente des renflements qui sont peut-être des lésions de cancérisation par segments. Il n'y a pas plus d'adénite sus-claviculaire à l'autopsie que pendant la vie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 Juin 1898.

Sur les néo-membranes péri-viscérales développées au cours de septicémies aiguës.

M. H. Claude. — Quand on injecte sous la peau des cobayes quelques gouttes de cultures pyocianiques virulentes, on détermine une septicémie aiguë, évoluant en 24 heures ou quelques jours au plus. A l'autopsie des animaux, on trouve autour du foie et de la rate des fausses membranes plus ou moins adhérentes, et, dans la sérosité péritonéale, des flocons fibrineux. Nous avons étudié la constitution de ces néo-membranes adhérentes à la surface du foie et de la rate, et nous avons vu qu'elles étaient formées par de la fibrine qui est exsudée au niveau des foyers inflammatoires microbiens, développés à la périphérie de l'organe. Cet exsudat fibrineux se répand à la surface de l'endothélium dont on peut suivre les modifications jusqu'à la transformation en cellules conjonctives. Dans la fibrine se voient d'abord des leucocytes, surtout mononucléaires et quelquefois polynucléaires, puis des cellules allongées, disposées parallèlement et bout à bout en couches superposées. Çà et là, dans le stroma fibrineux, des espaces vides apparaissent, qui sont limités par des cellules plates et dont quelques-uns se montrent remplis de sang (néo-vaisseaux). Au bout de 4 à 5 jours la fausse membrane, primitivement fibrino-leucocytaire, est formée de tissu conjonctif jeune en voie d'organisation intimement unie au parenchyme hépatique. Ces néo-membranes représentent une réaction péritonéale locale en même temps qu'elles indiquent une des voies de pénétration des agents pathogènes dans la cavité séreuse. Donc un certain nombre de septicémies humaines, comme dans les inflammations primitives du foie et de la rate, on constate à la surface des organes des néo-membranes pouvant entraîner ultérieurement des adhérences ou des vices de jonction. Ces cas expérimentaux viennent encore ici éclairer l'origine de ces faits pathologiques.

Les cultures sialogènes de l'urine.

M. Mavrojannis. — J'ai injecté, il y a quelques jours, l'urine d'une malade atteinte de mélancolie avec stupeur, dans le but d'étudier les variations de sa toxicité comparées à celles de la sueur. Or cette urine, pauvre en urée, peu diurétique, n'ayant qu'une action très faible sur la contractilité pupillaire, a provoqué la mort à la dose de 100 centim. cubes par kilog. d'animal au milieu de convulsions peu intenses.

Le phénomène intéressant que je désire signaler, c'est une action sialogène abondante qui ne s'observe pas en général avec les urines en nature, mais qu'on produit dans les cas où on injecte les substances solubles dans l'alcool, comme l'a montré le professeur Bouchard.

M. Charrin. — J'ai récemment aussi observé cette action sialogène en injectant l'urine d'un nouveau-né, urine peu toxique en dehors des états pathologiques. On reproduit ce phénomène de salivation en injectant des extraits de muscles ou du foie; la substance active paraît donc venir des tissus. Schmitt soutient qu'il s'agit là d'une propriété attribuable aux pigments. On a signalé ce symptôme dans l'urémie.

Satellitisme des colonies du bacille de Pfeiffer dans les cultures mixtes.

M. H. Meunier. — Quand, sur son milieu approprié (gélose ensanglantée), on ensemence du bacille de Pfeiffer en surpiquant çà et là du staphylocoque doré, on favorise singulièrement la culture du bacille grippal qui se développe, autour des colonies fertilisantes, en colonies géantes 10 et 20 fois plus grandes que celles d'une culture-témoin pure. Diverses bactéries vulgaires ont la même influence que le staphylocoque, mais à un moindre degré.

Ce phénomène de satellitisme cultural que j'avais déjà observé il y a 5 ans, lors de mes recherches sur les broncho-pneumonies infantiles grippales et qui a été décrit pour la première fois l'année dernière par Grassberger, présente un double intérêt : l'un, purement scientifique, concerne le mécanisme de cette symbiose culturale; son explication est encore assez obscure et le résultat des expériences de Grassberger et des miennes démontre seulement que l'action fertilisante résulte non d'un produit direct sécrété par la bactérie adventice et diffuse autour d'elle, mais plutôt d'une modification chimique de l'hémoglobine du milieu, modification produite par cette bactérie et réalisée au maximum lorsque la végétation des deux organismes est simultanée.

L'autre intérêt de ce fait expérimental se rattache aux déductions pratiques applicables à la bactériologie de la grippe. On sait combien sont inconstants les essais de culture du bacille de Pfeiffer; par des causes souvent inconnues, peut-être en rapport avec le degré d'alcalinité du milieu (gélose ou sang), tel ensemencement échoue, alors que la semence, examinée au microscope fourmille de coccobacilles. Il est donc indiqué d'utiliser le phénomène du satellitisme cultural qui favorise les cultures du microbe grippal et les rend plus faciles à étudier et à contrôler.

Dans ce sens, je préconise le procédé suivant : on prépare d'avance une solution aqueuse de sang défibriné de lapin ou mieux de chat; cette solution, limpide et riche en hémoglobine, sert à imprégner les surfaces de gélose. On y ensemence, en nappe ou en strie, le liquide contenant le bacille de Pfeiffer et, après avoir laissé sécher les tubes verticalement pendant quelques heures, on y surpique en deux ou trois points du staphylocoque doré. 24 heures d'étuve à 37° suffisent pour donner lieu à de belles cultures satellites du bacille de Pfeiffer.

Action du suc gastrique sur les propriétés morphologiques et sur la virulence du bacille de Koch.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Le suc gastrique n'a pas modifié d'une façon appréciable, ni dans sa forme, ni dans ses propriétés colorantes le bacille de la tuberculose préalablement traité ou non par l'alcool et par l'éther; la réaction des peptones, dans les liquides de digestion, est toutefois un peu plus marquée que dans le suc gastrique employé, ce qui témoigne d'une action très faible de la pepsine sur le bacille. La plus grande partie des éléments qui constituent la cellule bactérienne ne sont donc pas digérés par le suc gastrique et se comportent à ce point de vue

comme la cellulose et aussi comme les nucléines; or les nucléines, d'après des recherches récentes, entrent pour une grande part dans la composition chimique des bactéries. Ces constatations aident à comprendre la résistance des microbes à l'action digestive du suc gastrique, elles plaident aussi en faveur de l'importance nucléaire du corps des microbes.

Le bacille tuberculeux ne perd, dans le suc gastrique, sa vitalité et sa virulence qu'au bout de 36 heures, ainsi que l'avaient déjà établi MM. Straus et Wurtz; il peut dès lors être introduit sous la peau du cobaye sans déterminer de lésion locale; mais après chaque injection, l'animal subit une perte de poids relativement considérable qui se répare néanmoins. La réceptivité du cobaye soumis à ces injections, loin de diminuer, augmente.

Dénitrification par le bacille d'Eberth.

MM. Hugounenq et **Doyon**. — En réponse à M. Grimbert, qui avaient contesté les résultats de leurs expériences, MM. Hugounenq et Doyon démontrent que le bacille d'Eberth seul, à l'état de pureté, à l'abri de l'air et en milieu suffisamment nutritif, dénitrifie les nitrates alcalins en provoquant un dégagement d'azote.

Les auteurs exposent les détails de leur technique et mettent sous les yeux de la Société des tubes contenant des cultures et des gaz qui en proviennent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 Juin 1898.

Hémophilie rénale.

M. Nimier a communiqué l'observation d'un homme de 22 ans atteint depuis 5 ans d'hématuries survenues à la suite d'un traumatisme. A l'examen on trouva le rein gauche douloureux; de plus, la cystoscopie permit de voir que l'urine provenait de l'uretère gauche. M. Nimier fit l'incision lombaire et ayant trouvé des noyaux d'induration dans le rein, il fit la néphrectomie. Les urines ne reprirent pas cependant leur couleur normale, mais l'état général devint meilleur.

Au microscope, on trouva de la sclérose du rein avec des lésions inflammatoires récentes, peut-être d'origine tuberculeuse : il n'y avait pas de bacille de Koch sur les coupes.

M. Routier a présenté, il y a quelques années, un rein qu'il avait extirpé pour des accidents d'hématurie grave, reconnue d'origine rénale par la cystoscopie. A l'œil nu, le rein paraissait sain; au microscope, on trouva un petit tubercule au niveau d'une papille. Dans ce cas l'hématurie essentielle était donc d'origine tuberculeuse.

M. Potherat est intervenu chez une femme de 52 ans, qui présentait, avec des hématuries, un rein gros et douloureux faisant penser au cancer. Il pratiqua la néphrectomie, mais le rein n'était pas cancéreux. La malade mourut d'urémie et l'autopsie montra que le rein restant était atteint de sclérose, le rein enlevé étant un rein compensateur, par conséquent hypertrophié simplement.

Chez une seconde malade, âgée de 33 ans, atteinte d'hématurie rebelle à tous les traitements, celle-ci cessa à la suite d'un cathétérisme de l'uretère.

En présence d'hématurie due à une sclérose rénale, il ne faut donc pas pratiquer la néphrectomie et on doit s'en tenir à la simple incision lombaire exploratrice.

M. Gérard-Marchant estime que quand la taille rénale montre qu'il s'agit de lésion de néphrite interstitielle simple, il ne faut pas aller plus loin. Les douleurs et les hématuries cessent.

M. Reynier a vu 3 cas d'hématurie liés à une néphrite qui, dans les 3 cas, était tuberculeuse.

Cholédocotomie sans sutures.

M. Quénu communique deux nouvelles observations de cholédocotomie sans suture suivie de guérison pour des accidents d'obstruction calculeuse du cholédoque.

A propos de ces deux cas, M. Quénu insiste sur ce fait que le drainage du cholédoque non suturé constitue le moyen le plus efficace pour faire disparaître l'infection biliaire.

M. Routier cite deux observations de cholédochotomie sans suture pour lithiase, intéressantes à un autre point de vue. Dans le premier cas M. Routier trouva une vésicule ratatinée, renfermant de 60 à 80 petits calculs gros comme des grains de plomb, et, dans le cholédoque, deux gros calculs, l'un vers l'ampoule de Vater, l'autre sur le hile du foie. Il les enleva et la malade guérit sans fistule.

Dans le second cas, le diagnostic de lithiase était encore fait, mais avec une réserve pour le cancer. Le ventre une fois ouvert, M. Routier trouva une vésicule très distendue, ne contenant pas de calcul dans son intérieur. En explorant profondément, il sentit sur la tête du pancréas une induration immobile. L'existence de cette vésicule énorme, l'immobilité et le siège de la nodosité près de la tête du pancréas, le tout joint aux suppositions que l'on avait faites de possibilité de cancer, firent croire qu'il ne s'agissait pas de lithiase, mais bien de néoplasme. En explorant le hile, M. Routier trouva, à la face inférieure du foie, une autre nodosité, et il conclut à un noyau cancéreux hépatique. Le malade, qui était profondément cachectique, s'éteignit les jours suivants, et l'autopsie démontra que les deux nodosités étaient non du cancer, mais des calculs situés, l'un à l'ampoule de Vater, et l'autre à la naissance du canal hépatique. La loi de Courvoisier ne s'est donc pas confirmée dans ce cas. Il ne faut donc pas, parce qu'on trouve une vésicule dilatée, en conclure que le cholédoque n'est pas le siège de calculs.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué une cholédocotomie sans suture il y a un mois. C'est un homme de 54 ans qui, atteint d'accidents biliaires chroniques, présentait depuis quelques semaines des accès fébriles intermittents et une cachexie rapide. Le diagnostic d'angiocholite infectieuse fut posé. La laparotomie montra un foie criblé de points jaunâtres, une vésicule atrophiée et réduite à un bourgeon gros comme un pois, et un calcul dans le cholédoque.

Relativement au drainage du cholédoque, M. Schwartz pense qu'il est indiqué toutes les fois qu'il y a infection des voies biliaires; mais en l'absence certaine d'infection, la suture du cholédoque n'est pas à déconseiller.

M. Bonamy présente un homme auquel il a fait l'entérostomie pour hernie étranglée et gangrenée.

M. Michaux présente un enfant qu'il a opéré pour une macrostomie.

M. Reynier présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de Pasquier-Le Fort pour tuberculose du pied.

M. Picqué présente un rein auquel était appendu une tumeur kystique qu'un premier examen montre ne pas être d'origine rénale. Il semble s'agir d'un kyste hématique pararénal : l'examen histologique sera fait et publié, pour bien déterminer la nature de cette tumeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Juin 1898.

Nouvelles recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs.

M. Marinesco. — Nous avons montré, dans un travail antérieur, M. Ballet et moi, que les lésions qui se produisent dans le noyau de l'hypoglosse du lapin, après l'arrachement du nerf hypoglosse, diffèrent de celles dues à la section du nerf du même nom.

Nous avions constaté chez le lapin, 30 jours après l'arrachement, une atrophie définitive des cellules du noyau du côté correspondant au nerf arraché. J'ai repris ces expériences chez le chien, et, cette fois, j'ai arraché non seulement des nerfs crâniens, mais aussi des nerfs spinaux. Comme le résultat de

ces expériences m'a permis de constater la présence de détails nouveaux, je m'empresse de les faire connaître. Je dois dire que les lésions consécutives aux tentatives d'arrachement sont différentes suivant leur évolution et surtout suivant le degré plus ou moins complet de l'arrachement du tronc nerveux. En effet, s'il n'y a pas eu arrachement complet, mais seulement un déchirement du nerf avec résection de celui-ci sur un trajet plus ou moins long, les lésions se rapprochent beaucoup plus de celles que déterminent les sections nerveuses.

Donc, en admettant qu'on ait arraché complètement le tronc d'un nerf, le sciatique, par exemple, voici ce qu'on remarque au bout de 10 jours. La plupart des cellules de la corne antérieure correspondant au côté du nerf arraché sont tuméfiées et présentent un état de pâleur variable que je désigne du nom d'achromatose, parce qu'il ne reste plus d'élément chromatophile dans les cellules. Le cytoplasma offre une teinte bleuâtre uniforme, un peu opaque, donnant, parfois, l'impression du verre mat. Les prolongements protoplasmiques présentent les mêmes altérations; les lésions du noyau et du nucléole sont variables. Dans les phases initiales de la lésion, lorsque l'achromatose n'est pas absolue, on peut voir, tout au moins dans certaines cellules, une tuméfaction du noyau. Pendant que l'achromatose s'accentue, il commence à paraître des altérations du côté du noyau et du nucléole. Le premier change de forme et de volume, il devient ovale, oblong, piriforme, etc., son volume diminue de plus en plus, la membrane nucléaire suit de près ces modifications; elle se plisse, se ratatine. Le nucléole, à son tour, devient pâle, vacuolaire, ou bien disparaît complètement, et, à sa place, apparaissent des granulations chromatiques variables comme forme et dimension et qui se répandent dans le suc du noyau. Ceci montre que le nucléole, composé de granulations chromatiques, subit également l'altération que j'ai dénommée chromatolyse.

Hydarthrose chronique des petites jointures.

M. Milian présente une malade de 29 ans, du service de M. le professeur Cornil, atteinte, comme la malade présentée à la dernière séance par MM. Galliard et H. Bernard, d'hydarthrose chronique des articulations phalango-phalanginiennes.

Il existe, de plus, de la synovite chronique, avec épanchement des extenseur et abducteur du pouce de la main droite, un peu d'hydarthrose des genoux. Enfin, il y a une talalgie très vive avec, peut-être, légère hypertrophie calcanéenne. Le tout date de 2 ans et a coïncidé avec l'apparition de pertes génitales vertes assez abondantes qui persistent encore aujourd'hui. Dans cet écoulement pullule un microorganisme en tous points semblable au gonocoque et se décolorant par le Gram. Le liquide des articulations n'a pu être examiné, car la ponction n'a pu donner la moindre goutte de sérosité, quoique la fluctuation soit évidente.

Etant données les synovites, la talalgie, les pertes vertes, la présence du gonocoque dans ces pertes, peut-être est-il possible de supposer que l'infection génitale est l'origine de cette hydarthrose chronique des petites jointures.

M. L. Guinon a observé deux fois, chez des enfants, ce rhumatisme chronique à forme d'hydarthrose.

Méningite à pneumocoque

M. Sevestre rapporte l'observation d'un enfant, qui, au cours d'une affection pleuro-pulmonaire aiguë, présenta des symptômes méningitiques. Après quelques jours, ces symptômes s'accentuèrent, bientôt survint une hémiplégie droite accompagnée d'aphasie. Mais cet état alarmant ne persista que quelques jours; les symptômes méningitiques rétrocédèrent et l'enfant guérit.

Dans cette observation aucun examen bactériologique ne fut pratiqué; cependant l'évolution même de la maladie permet de songer à une méningite à pneumocoque compliquant une pleuro-pneumonie.

M. Netter partage l'opinion de M. Sevestre. Il faut réagir contre cette croyance qui veut que la méningite soit toujours suppurée, et toujours mortelle. Lorsque la pie-mère est faiblement atteinte, la guérison est possible et le cas de M. Sevestre en est une nouvelle preuve.

Il faut ajouter que les cas de méningite cérébro-spinale continuent à être très nombreux; à l'heure actuelle, 20 cas sont étudiés complètement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 8 Juin 1898.

Bassin ostéomalacique.

MM. Gaillard et **Bernard** présentent le bassin ostéomalacique d'une femme dont l'ostéomalacie datait de 8 ans, mais le diagnostic ne fut fait que tardivement.

Ce bassin présente les déformations classiques de l'ostéomalacie; il est anguleux et irrégulier, comme chiffonné, avec symphyse pubienne en forme de rostre.

Malgré les apparences, l'accouchement n'est pas impossible dans ces bassins, le ramollissement des os permettant l'ouverture de l'excavation par déplissement et surtout par fracture.

Bassin oblique ovalaire acquis.

M. Bonnaire communique l'observation d'une femme âgée de 30 ans, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux et chez laquelle a évolué à l'âge de 6 ans une sacro-coxalgie, et, depuis, une tumeur blanche du coude et des hémoptysies plus récemment. Elle a accouché 5 fois, dont 4 fois à l'aide des forceps et a toujours eu des enfants vivants (5e grossesse gémellaire).

Ce bassin présente une légère latéro-version vers la droite avec un mouvement de torsion totale ayant reporté en arrière la moitié droite, en avant la moitié gauche. Il n'est pas du type de Nœgelé, puisque l'aileron du sacrum n'a pas disparu, mais est seulement disséminé de moitié.

En cas de grossesse avec gros enfant chez cette femme M. Bonnaire ferait probablement une opération césarienne, mais jamais une symphyséotomie.

Sur la radiographie, on voit très nettement la forme générale de ce bassin : mais il n'en est pas de même de la partie postérieure qui est très mal délimitée, le sacrum étant très vague.

Éclampsie avec ictère: mort de l'enfant avec péritonite et hépatite infectieuses.

M. Bar relate l'observation d'une femme ayant eu des accès d'éclampsie avant son entrée à l'hôpital; on compta 9 accès pendant les 3 jours qui suivirent son accouchement. 48 heures après sa délivrance, elle eut de l'ictère qui s'aggrava pendant quelques jours, puis s'atténua et disparut. La malade guérit complètement.

L'enfant, né vivant, pesait 1 290 grammes. Dès sa naissance on fut frappé du volume de l'abdomen. La respiration s'établit mal et il y eut plusieurs crises de cyanose. La mort survint 50 heures après la naissance.

A l'autopsie, on trouva, dans le péritoine, une assez grande quantité de sérosité citrine. Les anses intestinales étaient collées les unes contre les autres par un peu de fibrine. Le foie, peu volumineux, était congestionné. A la coupe, il présentait une série d'îlots de coloration feuille morte. Les reins ne semblaient pas malades.

Les poumons étaient farcis de foyers atélectasiés. Il y avait une hémorrhagie méningée diffuse. Le liquide péritonéal était en quelque sorte une culture pure de colibacilles. L'examen histologique a montré qu'il n'y avait pas de néphrite.

Le foie présentait une ectasie colossale des vaisseaux intra-lobulaires, et le tissu hépatique avait l'aspect d'un angiome. Dans les vaisseaux, on trouvait de nombreux amas de colibacilles (colorés par le bleu de Kühne, non visibles avec le Gram). En de nombreux points, les globules blancs étaient envahis par les microorganismes.

L'enfant avait vécu 50 heures. On ne peut affirmer que l'infection s'est produite avant la naissance. Mais si on veut tenir compte de ce fait, qu'au moment où l'enfant est né, on a constaté le volume de l'abdomen, que les accidents de cyanose se sont produits dans les premières heures, qu'à ce moment l'état

sanitaire des nouveau-nés était excellent dans le service; cette opinion est celle qui semble la plus vraisemblable.

Dystocie par l'anneau de Bandl.

M. Budin revient sur la communication de M. Chavanne relative aux difficultés que l'anneau de Bandl peut apporter à l'accouchement. Les faits de ce genre sont malheureusement trop nombreux et cette cause de dystocie peut être rencontrée dans des circonstances très diverses.

M. Budin cite une observation qui date du mois d'octobre 1891. L'accouchement spontané ne se faisant pas chez une femme qui se trouvait à la Charité, on constata que la tête se trouvait arrêtée au-dessus de l'anneau de contraction; le forceps appliqué plusieurs fois glissa, on dut recourir à la basiotripsie. D'autres fois, la tête ne descend pas, mais l'anneau de Bandl est contracturé au-dessus d'elle et il empêche la descente des épaules et du tronc.

Il présente à la Société le moulage, dû à Barbour (d'Edimbourg), d'une femme qui mourut en arrivant à l'hôpital : on fit la congélation et une section de l'utérus de droite à gauche. On constate, sur cette pièce, la rétraction considérable de l'anneau de Bandl qui avait empêché le tronc de descendre. Sur le fœtus, on trouvait, au niveau du thorax, au-dessous des membres supérieurs, un sillon profond dû à cette rétraction.

Cette rétraction peut aussi mettre obstacle à l'accouchement dans les présentations de la face, du siège et de l'épaule; M. Budin en rapporte des exemples et reproduit un dessin caractéristique trouvé dans un journal américain.

Dans un cas de grossesse gémellaire, l'un des fœtus était placé au-dessous de l'anneau de Bandl; l'autre, retenu au-dessus, ne put être extrait qu'avec difficulté.

La contraction anormale de l'anneau de Bandl peut même exister dans certains cas où les membranes sont encore intactes. Cette disposition peut apporter de grands obstacles à la version pelvienne par manœuvres internes; ces difficultés peuvent être rencontrées dans chacun des 3 temps de la version; pendant le premier, c'est-à-dire pour l'introduction de la main; pendant le second, c'est-à-dire pour l'évolution; pendant le troisième, c'est-à-dire pour l'extraction, pour la sortie soit du tronc, soit de la tête. M. Budin cite des exemples de chacune de ces variétés de dystocie, il insiste en particulier sur les difficultés rencontrées pendant le premier temps et il montre par quels procédés il a réussi quelquefois à les surmonter.

On rencontre encore quelquefois la contraction de l'anneau de Bandl, lorsqu'on provoque l'accouchement prématuré, surtout quand on fait usage de gros ballons dilatateurs; ces ballons distendent le segment inférieur et le canal cervical de l'utérus, mais assez souvent au-dessus d'eux, l'anneau de Bandl ne se dilate pas et se contracture; de là, de grandes difficultés pour l'enfant qui succombe.

M. Budin ne fait que signaler l'enchatonnement du placenta au moment de la délivrance, l'*hour-glass* : c'est une complication bien connue.

On le voit, la contraction de l'anneau de Bandl peut être une cause fréquente de dystocie.

M. Demelin rappelle un certain nombre de faits qu'il a déjà publiés ailleurs :

1° Empreinte de l'anneau sur le placenta, chez une femme morte d'hémorrhagie par insertion vicieuse, avant d'accoucher. Autopsie; 2° présentation de l'épaule, le fœtus restant tout entier au-dessus de l'anneau rétracté; 3° siège décompléte, mode des fesses, avec rétraction de l'anneau empêchant l'abaissement des pieds; 4° fœtus venant par le sommet, retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté après provocation de l'accouchement; 5° des applications de forceps lorsque l'anneau est rétracté sur le cou du fœtus; expériences; 6° deux observations de rétraction utérine avant la rupture des membranes; 7° un cas de rétraction excessive avec dérapements répétés du forceps et même du basiotribe. Version forcée, après éviscération.

Il présente 3 nouvelles observations : 1° rétraction de l'anneau au-dessus de la tête fœtale; applications de forceps; dérapement avec les prises bipariétale et oblique, succès avec la prise occipito-faciale. Confirmation clinique des expériences de 1894; 2° et 3° deux cas de rétraction de l'anneau au début de la dilatation du col; lenteur extrême de cette dilatation au col; lenteur extrême de cette dilatation malgré des douleurs excessives et fréquentes (sans rigidité de l'orifice utérin) attribuée à cette rétraction précoce.

Enfin M. Demelin insiste sur la compression du cordon ombilical par l'anneau rétracté.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 Juin 1898.

Indications thérapeutiques fournies par l'examen bactériologique des sécrétions conjonctivales.

M. Darier a essayé le protargol ou protéinate d'argent dans les diverses conjonctivites et il communique à la Société le résultat de ses expériences. Il en résulte que : dans la conjonctivite catarrhale simple, dans la sécrétion de laquelle on trouve le bacille de Weeks, le protargol fait merveille et amène rapidement la guérison; dans la conjonctivite subaiguë avec diplobacille, il n'agit pas aussi favorablement et ne met pas à l'abri des rechutes; enfin, dans la conjonctivite purulente vraie, qui est toujours à gonocoques, la purulence est tarie en huit ou dix jours. Pour lui, le protargol aurait sur le nitrate d'argent l'avantage de n'être point douloureux, de n'avoir pas besoin d'être neutralisé et d'avoir une diffusion plus grande à travers la conjonctive.

M. Parent fait remarquer que M. Darier ne dit pas si, dans les cas qu'il a traités avec le protargol, il s'agit de conjonctivites d'adultes ou de nouveau-nés. La distinction est importante, étant donnée la gravité bien plus grande des ophthalmies purulentes chez les adultes.

Le nitrate d'argent tarit très vite aussi la purulence et ne paraît pas inférieur en cela au protargol. Dans les nombreux cas d'ophthalmie des nouveau-nés que M. Parent a observés, soit à la clinique de M. Galezowski, soit personnellement, il l'a toujours vu donner des résultats excellents.

Quant à l'acétate de plomb que M. Darier parle d'employer dans certains cas où le protargol n'agit pas, M. Parent a pu constater maintes fois les désastres qu'il produit en laissant sur la cornée et dans l'épaisseur de la conjonctive des dépôts plombiques. C'est une substance dangereuse pour les yeux, lorsqu'il existe la moindre ulcération cancéreuse.

M. Sulzer dit que toutes les conjonctivites purulentes ne sont pas à gonocoques, comme le croit M. Darier. L'action du protargol est très contestée en Allemagne dans la blennorrhagie féminine.

M. Kopff appuie ce qu'a dit M. Parent au sujet de l'action désastreuse des sels de plomb sur la cornée et sur la conjonctive. L'acétate de plomb est une substance à proscrire de la thérapeutique oculaire, en raison des incrustations plombiques qu'il peut laisser après lui sur la cornée et sur la conjonctive. Quant au protargol dans les ophthalmies purulentes des nouveau-nés, il ne voit pas qu'il y ait besoin de chercher d'autre médication que celle par le nitrate d'argent qui est vraiment spécifique. Il a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas à la clinique de M. Galezowski, où ils sont soignés suivant sa méthode (cautérisations bi-quotidiennes avec la solution au 1/40°). La guérison est la règle lorsque les enfants sont amenés à temps. Il emploie également, à l'hôpital Saint-Joseph, la méthode de M. Galezowski, et n'a qu'à se féliciter de ses résultats. Aussi il ne voit pas la nécessité de chercher d'autres médicaments et d'autres substances, puisque le nitrate d'argent, bien employé et à temps, a une action aussi certaine que possible.

M. Morax fait observer qu'il existe des conjonctivites purulentes sans gonocoques; il y en a avec streptocoques et quelquefois, mais rarement, avec staphylocoques. Les plus fréquentes de ce genre, sans gonocoques, et qui présentent quelquefois le même aspect qu'une conjonctivite purulente, même avec lésions cornéennes, sont celles engendrées par le bacille de Weeks. Le protargol n'a pas donné à M. Morax de bons résultats dans ces cas. Il lui a réussi dans les conjonctivites aiguës contagieuses; mais pas plus rapidement que le nitrate d'argent.

Cristallin calcaire.

M. Chevallereau présente un cristallin qu'il a extrait à un homme de cinquante-deux ans. Ce cristallin avait subi une dégénérescence calcaire et présentait cette particularité qu'il avait conservé complètement sa forme, que la transformation en sels calcaires était totale et qu'il avait augmenté de volume (7 millimètres de diamètre antéro-postérieur au lieu de 4 millim.).

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 Juin 1897.

Gommes de nature indéterminée.

M. du Castel montre un malade qui présente sur les bras et les jambes une éruption offrant tous les caractères des lésions décrites dans ces derniers temps sous le nom de folliculites tuberculeuses. Aux jambes, en outre, il y a des lésions gommeuses multiples, des taches cicatricielles à aspect syphiloïde, une ulcération allongée survenue récemment à la suite de l'ouverture de trois gommes contiguës.

La nature de ces lésions et leurs rapports paraissent difficiles à établir. Les folliculites ont toutes les apparences de celles dites tuberculeuses, les cicatrices des jambes sont syphiloïdes. Mais est-ce là un caractère suffisant pour affirmer que le malade est syphilitique? Les gommes ont une évolution rapide, plus rapide que les gommes syphilitiques ordinaires. L'ulcération actuelle est superficielle, sans bords décollés et violacés, n'a pas les aspects d'une ulcération tuberculeuse. et est trop superficielle pour être syphilitique. Le malade, du reste, n'a jamais eu d'accident primitif connu, ni roséole, ni plaques muqueuses. Ce n'est pas une lésion prédicamenteuse, car elle a précédé l'administration de l'iodure.

En résumé, s'agit-il là d'une affection unique, tuberculeuse ou syphilitique?

L'examen ultérieur et le traitement pourront seuls trancher la question, et il sera intéressant de voir si la syphilis pourrait donner des folliculites analogues à celles de la tuberculose.

Sur l'ophiasis de Celse (pelade spéciale de l'enfant).

M. Sabouraud décrit une pelade spéciale de l'enfant, se présentant comme une affection particulière différant comme âge de début, comme symptômes, comme évolution, comme flore bactériologique, comme traitement de la pelade décrite par Bateman.

C'est une maladie presque exclusive à la seconde enfance. Elle débute par une tache alopécique médiane de l'occiput ou par deux taches occipitales, latérales et symétriques. Elle s'étend sur la lisière du cuir chevelu qu'elle peut circonscrire entièrement d'une bordure de dépilation large de 2 à 3 doigts. La marche de la maladie est variable, elle peut débuter par le front et par les tempes, et, inversement à sa marche normale, n'envahir l'occiput que secondairement. Elle peut procéder diffusément et laisser les cheveux isolés, intacts, solides sur la surface des plaques dépilées. Elle peut envahir le cuir chevelu sous formes de plaques de dépilation diffuses ou de plaques rigoureusement dépilées mais de forme quelconque. Elle peut aboutir à la décalvation totale, mais ordinairement passagère du cuir chevelu. Elle guérit spontanément à la puberté dans la très grande majorité des cas. Sa durée ordinaire est de 18 mois environ.

Elle peut chez l'adulte récidiver dans sa forme infantile, ou guérir incomplètement en gardant persistante sa plaque occipitale de début.

Les cheveux de la bordure d'envahissement de la maladie sont atrophiés, présentent des séries de nodosités et d'étranglements. Ils se fracturent au niveau d'une nodosité et cette fracture en bois vert laisse le poil brisé, terminé par un pinceau. Sur la peau malade, ou dans les orifices pilaires des régions atteintes, on n'a pu jusqu'ici mettre en lumière aucune espèce microbienne pouvant avoir une valeur quelconque dans la genèse de la maladie.

La cause en reste tout à fait inconnue. La disposition symétrique des plaques, bien qu'elle ne soit ni absolue ni constante, peut faire penser à une origine nerveuse. Quand la dépilation présente une localisation occipitale exclusive, l'hypothèse d'une lésion trophique des nerfs occipitaux paraît d'abord justifiée, mais une telle hypothèse n'explique plus rien du tout quand la circonférence entière du cuir chevelu est régulièrement dépilée.

Le traitement de cette alopécie spéciale semble borné à l'usage des seuls révulsifs et surtout des vésicants. L'épilation artificielle des bordures ne semble aucunement utile pour limiter l'extension du processus morbide. L'hérédité est affirmée par quelques cas très nets. La contagion n'a jamais été observée.

Cette pelade circonférentielle spéciale de l'enfant, sans être entièrement inconnue de tous, a été décrite il y a cependant dix-huit cents ans par Celse d'une façon magistrale.

C'est pourquoi M. Sabouraud pense qu'il faut laisser le nom propre de pelade à la seule alopécie en aires décrite par Bateman (pelade séborrhéique de l'adulte) et qu'il faut restituer à cette dépilation circonférentielle de l'enfant son nom antique, l'*ophiasis de Celse*.

Glossite exfoliatrice.

M. Georges Baudouin montre une petite fille de 4 ans dont la langue est le siège d'une altération particulière. Cette lésion qui occupe toute la moitié postérieure de la face dorsale de l'organe, est constituée par une disparition de l'épithélium de la muqueuse, laissant à nu une surface lisse, rouge assez foncé, humide, et sur l'étendue de laquelle on remarque, en examinant à la loupe, un certain nombre de petits éléments disséminés, arrondis, formant autant d'éminences légèrement planes, grosses au plus comme une fine tête d'épingle, et d'apparence opaline. Ces petites éminences sont autant de papilles laissées à découvert par la mue épithéliale.

L'ensemble de la lésion forme une large plaque limitée très nettement en avant par deux lignes recourbées en arcs de cercle à concavité postérieure, au niveau desquelles l'épithélium cesse brusquement en se réunissant vers la ligne médiane. Toute la surface de la muqueuse située en avant présente un aspect normal, velouté, tranchant énergiquement avec celui des régions malades Au niveau de ces dernières, la sensibilité est notablement accrue et, le soir surtout, l'enfant se plaint d'une véritable douleur déterminée particulièrement par le contact des aliments. A ce moment, la plaque devient très rouge, presque saignante.

M. Baudouin désigne ces altérations sous le nom de glossite exfoliatrice, simplement, sans autre qualificatif, vu que l'on n'y trouve pas les principaux caractères objectifs et évolutifs de la forme décrite par M. Fournier et par M. Lemonnier, sous le nom de glossite exfoliatrice marginée.

Syphilis maligne précoce.

M. Emery a montré un malade âgé de 25 ans qui depuis un mois environ présente dans la région inguinale droite une vaste ulcération de dimension à peu près égale à la paume de la main. Les bords, saillants et décollés, sont entaillés à pic et circonviennent un fond d'apparence bourbillonneuse. Le fond de cette ulcération, de couleur noirâtre, semble une eschare isolée par une profonde entamure circulaire et prête à se déchirer. Le fond sur lequel elle repose est profondément et largement empâté. La peau du voisinage est saine, pas de réaction inflammatoire de voisinage. Cette lésion principale s'accompagne de très nombreux éléments tuberculo-ulcéreux disséminés en différents points du corps, et criblant notamment le visage. La bouche et les lèvres ne portent les traces d'aucun accident primitif. L'appareil ganglionnaire est à peu près intact.

Il s'agit donc ici d'une syphilide ulcéreuse atteignant un développement extraordinaire et ayant une apparence gommeuse chez un malade atteint de syphilis maligne précoce. La présence d'un ganglion dans l'aisselle droite et la présence d'une excoriation indurée attribuée sans doute faussement par le malade à un traumatisme à l'index de la main droite décèlent cer-

tainement la porte d'entrée probable d'une syphilis qui doit sa malignité à l'intempérance du sujet et peut-être, conformément aux conclusions soutenues par M. Landouzy à l'absence d'une réaction ganglionnaire vraiment salutaire dans l'infection.

Dermite généralisée.

M. Eudiltz montre une malade atteinte d'une dermite ayant envahi la face, les membres inférieurs et les membres supérieurs. Après s'être, jusqu'à ces derniers temps, teint les cheveux sans aucun accident, elle fut prise, il y a 6 semaines à la suite d'une application de teinture, d'un prurit généralisé. Ce prurit entraîna un grattage intense et consécutivement une ulcération de la jambe droite. Cette ulcération fut pansée au salol; il en résulta dès le lendemain une dermite intense qui décida la malade à se faire admettre à l'hôpital Saint-Louis. Les urines de la malade sont albumineuses.

Congestions œdémateuses para-urticariennes incessamment récidivantes.

M. Hallopeau montre une femme chez laquelle il se produit presque journellement, depuis plus de 3 ans, des poussées congestives avec tuméfaction énorme du visage; l'affection simule ainsi un myxœdème; à deux reprises, il s'est produit des poussées pseudo-exanthématiques qui ont envahi la plus grande partie du tronc. Cette malade a eu auparavant de nombreuses attaques d'urticaire; l'éruption actuelle rappelle cette dermatose par le caractère fugace de ses manifestations et le contour géographique des plaques éruptives dans les cas où elles ont envahi le tronc : elle en diffère par l'absence de sensations douloureuses et le défaut au visage des contours géographiques, ainsi que par la persistance d'un œdème considérable dans l'intervalle des poussées; la dénomination de para-urticarienne paraît convenir à cette dermatose.

Urticaire pigmentée avec cicatricules.

M. Hallopeau a publié antérieurement deux faits dans lesquels l'urticaire pigmentée s'est accompagnée de la production d'atrophies cicatricielles. Dans ce nouveau cas, les cicatrices sont consécutives à la production de pustulettes au centre de quelques-uns des boutons; il s'agit donc d'un processus différent. Cette éruption est difficile à différencier d'une syphilide.

Leucoplasies syphilitiques secondaires.

M. Barbe a observé à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine un nouvel exemple de plaques muqueuses devenues leucoplasiques au cours de leur évolution. Dans ce fait les plaques muqueuses devenues leucoplasiques par places, ulcéreuses et même légèrement végétantes dans d'autres, avaient résisté non seulement au traitement topique, mais aussi au traitement par les pilules de sublimé; seule la médication par les injections mercurielles solubles (benzoate) en a eu raison et a confirmé la nature de cette leucoplasie.

Epithélioma traité par la méthode Czerny.

M. Hermet a communiqué les résultats du traitement de l'épithélioma par la méthode de Czerny expérimentée chez 5 malades. Chez une malade du service de M. Fournier, il avoue que le résultat a été déplorable. Les badigeonnages ont pour ainsi dire déterminé une poussée nouvelle d'une acuité considérable. L'étude microscopique d'ailleurs avait fait constater un épithélioma malin. Le résultat a été encore négatif chez une malade de M. Gaucher.

Deux autres malades soignés à l'hôpital Saint-Antoine sont sortis après quelques cautérisations et ont été perdus de vue.

Le 5e cas concerne un médecin atteint d'un épithélioma ulcéré du nez. Après 21 badigeonnages les bourgeons charnus ont fait leur apparition. Au bout d'un mois la cicatrisation a été complète.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 10 Mai 1898.

Ectropion « ex vacuo » guéri par le dédoublement de la paupière inférieure.

M. Fromaget présente un homme d'une trentaine d'années auquel il a pratiqué une intervention peu connue et qui a donné des résultats excellents.

Cet homme a subi, il y a 2 ans, l'énucléation de l'œil gauche à la suite d'un traumatisme grave sur lequel il est inutile d'insister. Pendant 1 an 1/2, le malade porta un œil artificiel; puis peu à peu, la cavité orbitaire se rétrécit, la paupière inférieure s'ectropionna, il prit des yeux de plus en plus petits; mais le cul-de-sac inférieur s'effaça de plus en plus, et au mois de janvier dernier le port de toute pièce prothétique devint impossible.

Cet homme, qui exerce la profession de garçon de café, était donc très ennuyé et obligé de renoncer à sa profession. L'examen montra que la paupière inférieure gauche était en ectropion très prononcé, presque total. Le cul-de-sac inférieur n'existait plus, et même au niveau de l'angle interne il existait un symblépharon très prononcé.

Pour remédier à cet état M. Fromaget a eu de suite l'idée d'appliquer à ce cas le procédé de dédoublement avec relèvement en vanne, décrit par le professeur Truc.

Voici en quoi consiste cette opération :

Avec un fin bistouri ou un couteau à cataracte, on dédouble à partir du bord la paupière inférieure en deux lèvres. La lèvre antérieure comprend la peau et la rangée ciliaire; la lèvre interne, le tarse et la conjonctive tarsienne.

On dédouble depuis le grand angle, en passant en arrière du conduit lacrymal, jusqu'à la commissure externe.

Le deuxième temps consiste à élever la lèvre antérieure aussi haut et à abaisser la lèvre postérieure aussi profondément que possible, de façon à faire un cul-de-sac inférieur, puis on suture énergiquement par 3 ou 4 points ces deux lambeaux, de façon à obtenir l'accolement dans cette nouvelle situation.

Au bout de quelques jours, l'adhérence est solide; on enlève les sutures.

La lèvre antérieure contenant la peau, l'orbiculaire et la rangée de cils n'étant plus soutenue par le tarse, se cicatrise et le résultat de cette cicatrisation est la guérison de l'ectropion.

Quand la lèvre antérieure est trop haute et s'entropionne, on peut prendre dans la région temporale un lambeau de peau ovalaire qu'on fait basculer sous la commissure externe, qu'on accole par sa face cruentée à la face interne et qu'on suture. Cela constitue un appui efficace pour la paupière trop flasque.

M. Fromaget a pratiqué le dédoublement sans autoplastie, chez son malade, il y a bientôt 3 mois. Cette opération a donné d'excellents résultats. L'ectropion est absolument guéri; il existe même un léger entropion vers l'angle interne. Le cul-de-sac fabriqué se maintient fort bien; il est profond et permet au malade de porter un œil artificiel volumineux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 26 Mai 1898.

Développement bilatéral des glandes mammaires chez un homme, avec pertes sanguines menstruelles par l'anus.

M. Quintrie présente un homme entré à l'hôpital pour une paralysie faciale droite et des troubles de langage, et chez lequel on a relevé, en dehors des symptômes qui ont déterminé son entrée à l'hôpital, le double fait suivant : 1° présence de deux glandes mammaires nettement lobulées; 2° pertes sanguines menstruelles ayant duré 11 ans.

C'est à l'âge de 38 ans que ce malade ressentit au sein gauche une douleur à laquelle il ne fit d'abord pas attention; mais celle-ci persistant, il s'en inquiéta, et en palpant sentit

sous le doigt une granule ressemblant à une lentille. Les deux seins mirent 4 ans pour atteindre la grosseur d'une belle orange qu'ils ont aujourd'hui, avec sensation très nette d'une glande sous-jacente. Jamais de sécrétion lactée.

En même temps le malade constatait une diminution des masses musculaires du membre supérieur; avec diminution très sensible des forces. Les membres inférieurs sont restés normaux.

L'année suivante, à 39 ans, il ressentit de violentes douleurs au niveau de la région lombo-sacrée, et en même temps rendit par l'anus la valeur d'un verre de sang. Cet écoulement sanguin dura 2 jours et le malade dut se garnir comme une femme, 28 jours après, le même phénomène se reproduisit, et il en fut ainsi, tous les 28 jours, jusqu'à l'âge de 51 ans, c'est-à-dire pendant 11 ans.

Jamais d'hémorroïdes, externes ou internes. Le toucher rectal n'a rien révélé.

Les organes génitaux du malade sont parfaitement normaux (verges, testicules). Les érections et les éjaculations sont faciles. Son bassin est normal. Il a eu 4 enfants.

Lipome de la région sus-claviculaire droite.

M. Villar présente un lipome du creux sus-claviculaire qu'il a extirpé le matin chez un malade âgé d'une quarantaine d'années. L'histoire de ce lipome est très simple : sa présence fut constatée pour la première fois il y a 9 ans; à cette époque, la tumeur offrait le volume d'une petite noix. Elle continua à grossir petit à petit et augmenta surtout dans les 3 dernières années. Elle n'a jamais déterminé de douleurs.

A l'examen pratiqué ces jours-ci, on constata sur la partie latérale droite et inférieure du cou l'existence d'une tuméfaction qui occupait en largeur toute la région sus-claviculaire, par conséquent étendue du sterno-cléido-mastoïdien au trapèze; un prolongement parti du bord externe de la masse principale s'étendait jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, en longeant la face supérieure de la clavicule. Verticalement, la tumeur remontait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de cet os; en outre, son prolongement inférieur passait par-dessus la clavicule et venait s'étaler à la partie supérieure de la région pectorale. Toute la masse était molle; mais l'on pouvait, en l'enserrant à ses extrémités avec la main gauche, sentir avec les doigts de la main droite un certain degré de lobulisation. La mobilité était peu marquée.

La tumeur fut facilement extirpée par une incision transversale que M. Villar pratiqua à la partie inférieure. On a pu constater au cours de l'opération que le lipome était côtoyé à sa partie interne par un des filets nerveux sus-claviculaires du plexus cervical superficiel et par la veine jugulaire externe qui présentait un volume considérable; nerf et veine furent respectés.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 26 Mai 1898.

Hémiplégie consécutivement à la diphthérie.

M. Slawyk a communiqué l'observation d'une fille de 7 ans qui, au 13ᵉ jour de la diphthérie, fut prise d'asthénie cardiaque et de paralysie du voile du palais. L'examen de l'urine montre la présence d'albumine. Le lendemain la température monta en même temps que survint une hémiplégie gauche avec paralysie faciale du même côté. Il n'y a pas eu d'ictus ni de perte de connaissance.

La faiblesse de l'enfant alla dès lors en augmentant et la malade succomba peu de temps après. A l'autopsie on trouva une dégénérescence parenchymateuse et une dilatation considérable du cœur. L'hémisphère cérébral droit était complètement ramolli, le corps strié infiltré du sang; il existait en outre une embolie de l'artère sylvienne.

Les hémiplégies consécutivement à la diphthérie sont rares, et dans la littérature M. Slawyk n'a trouvé qu'une quarantaine du cas dont 13 avec autopsie; dans ces derniers on a trouvé 10 fois des embolies, 1 fois une hémorrhagie, 1 fois de l'encéphalite, 1 fois de la thrombose.

Otite suppurée et abcès du cervelet.

M. Muller a montré un homme qui était entré à l'hôpital avec les symptômes d'une otite moyenne suppurée. L'opération radicale n'amena aucun soulagement, il y eut même au bout de quelques jours une élévation de la température, des frissons, etc., indiquant l'existence d'une pyohémie. L'examen fait à ce moment a permis de constater que la percussion de la région occipitale était douloureuse à gauche et qu'il existait un œdème des deux papilles optiques et une paralysie du muscle abducteur du côté gauche. Les vomissements et les vertiges que présentait le malade, joints aux signes précédents, firent diagnostiquer un abcès du cerveau. Comme il n'y avait pas d'aphasie ni de phénomènes paralytiques croisés, on localisa l'abcès au niveau du cervelet. L'opération confirma pleinement ce diagnostic en montrant l'existence d'un abcès qui contenait une cuiller de pus.

Iléus d'origine hystérique.

M. Strauss a communiqué l'observation d'une femme qui de temps en temps était prise d'accidents simulant à tel point l'obstruction du intestinale aiguë que deux fois on a cru nécessaire de faire la laparotomie qui, les deux fois a montré l'intégrité parfaite de l'intestin. Dernièrement cette malade entra dans le service du prof. Senator en présentant au complet tous les signes de l'obstruction intestinale aiguë. Au bout de quelques jours les vomissements disparurent, mais la constipation et les douleurs ont persisté jusqu'au moment où la malade a eu une attaque hystérique violente.

En fait de stigmates hystériques on trouva chez cette malade une hyperesthésie du pharynx et du membre inférieur gauche et des accès de polyurie ou d'anurie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 14 Avril 1898.

L'hydrocèle de la femme.

M. Thorn estime que l'hydrocèle est, chez la femme, beaucoup moins rare qu'on ne le croit; du moins tous les ans il en observe deux ou trois cas.

Le plus souvent elle est confondue avec des hernies et traitée par les bandages, ou même par des opérations. Or, dans ces cas désignés sous le nom d'hydrocèle, il peut, chez la femme, s'agir de deux choses. Ou bien il y a accumulation de liquide sous le canal de Nuck; le plus souvent la petite cavité est isolée, mais quelquefois aussi elle communique par un canal étroit avec la grande cavité péritonéale. Dans un autre groupe de cas il s'agit d'accumulation de liquide dans le ligament rond non oblitéré.

Le plus souvent l'hydrocèle se présente sous forme d'un kyste unique, uniloculaire; mais quelquefois aussi on trouve tout un chapelet de petits kystes; la tumeur siège plus souvent à droite qu'à gauche, mais quelquefois elle est bilatérale.

Le diagnostic est ordinairement facile et la confusion avec les hernies n'est possible que lorsque les parois du kyste ont été irritées par le port d'un bandage, ou lorsqu'il existe une communication avec la grande cavité péritonéale.

Ces tumeurs n'occasionnent presque pas de troubles; aussi l'opération est-elle rarement indiquée. Si l'on opère, l'opération doit être conduite aseptiquement en raison d'une communication possible entre la tumeur et le péritoine.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 27 mai et 4 juin 1898.

Sérothérapie de la diphthérie.

M. Kassowitz a fait connaître le résultat de ses recherches sur la valeur de la sérothérapie dans la diphthérie. Il a d'abord fait remarquer que, pour juger de l'efficacité de ce traitement, il ne suffisait pas de considérer les statistiques des différents auteurs, mais qu'il fallait s'assurer de la diminution totale de la mortalité par diphthérie. S'il est vrai, que la mortalité a diminué depuis l'emploi du sérum, il ne faut pas oublier qu'on avait déjà observé des diminutions semblables avant l'institution de ce traitement.

D'autre part, il y a des villes, comme Saint-Pétersbourg, Trieste, etc., où la mortalité diphthérique a augmenté depuis l'emploi du sérum. Un autre facteur dont il faut encore tenir compte, c'est que le nombre des cas de diphthérie a beaucoup augmenté depuis qu'on range dans le cadre de cette affection toutes les angines, bénignes ou non, dans lesquelles on rencontre le bacille de Löffler; il en résulte naturellement une diminution considérable du taux de la mortalité. Enfin, les malades étant admis plus tôt qu'auparavant à l'hôpital, on conçoit facilement que les guérisons soient aussi plus nombreuses. Toutes ces considérations montrent qu'il ne faut pas comparer les statistiques actuelles avec celles qui sont antérieures à la sérothérapie. Ces statistiques sont encore dénaturées par ce fait que la plupart d'entre elles ne tiennent pas compte des diphthéries toxiques, compliquées, etc. En somme, elles ne nous renseignent que sur la mortalité relative par diphthérie et non sur la mortalité absolue, la seule qui soit importante.

On a dit que la clinique avait démontré l'efficacité du sérum. Cependant, il faut remarquer que deux des accidents les plus graves de la diphthérie, dont la production par la toxine diphthérique est incontestée, les paralysies et les troubles rénaux, échappent entièrement à l'action du sérum. Le nombre des paralysies et des néphrites diphthériques, loin de diminuer, a plutôt augmenté depuis l'introduction du sérum dans la thérapeutique; sur ce point tous les auteurs sont d'accord. Ce fait prouve que le sérum ne possède aucune action antitoxique. On a également observé des paralysies du cœur chez des enfants traités par la sérothérapie.

Il faut remarquer, en outre, que l'action du sérum sur la fièvre est très discutable. Tandis que Kossel considère cet agent comme un antipyrétique, d'autres auteurs lui contestent absolument cette action. Il en est de même de l'action favorable du sérum sur l'état général : affirmée par les uns, elle est niée par les autres. On n'est pas non plus d'accord en ce qui concerne les effets du sérum sur la lésion locale : il empêcherait le développement des fausses membranes, d'après les uns, et, d'après les autres il serait impuissant à prévenir l'envahissement des fosses nasales, du larynx, etc. Ce qui est certain, c'est que la plupart des cas de mort sont dus à la propagation du croup aux voies respiratoires inférieures.

D'autre part, au point de vue du nombre et de la gravité des trachéotomies pour diphthérie, la situation n'a pas été sensiblement modifiée depuis l'emploi du traitement par le sérum.

Enfin, ce qui ne contribue pas peu à ébranler la confiance dans la valeur thérapeutique du sérum antidiphthérique, c'est que la spécificité du bacille de Löffler devient chaque jour de plus en plus problématique : on l'observe, en effet, dans les angines les plus diverses et même dans beaucoup d'autres affections non diphthériques.

Mégalophthalmie.

M. Bondy a présenté deux jeunes gens atteints d'une anomalie congénitale des yeux, consistant dans un développement exagéré du bulbe oculaire. Chez le premier, un garçon de 16 ans, la cornée a un diamètre de 17 millimètres (au lieu de 12, comme à l'état normal), l'iris tremble à l'occasion des mouvements, les membranes internes de l'œil sont normales. Le second sujet, un enfant de 12 ans, neveu du premier, a une mégalophthalmie prononcée, surtout à droite. La fonction de l'œil n'est pas altérée.

Traitement des myomes utérins par la castration.

M. Hofmokl a présenté une femme âgée de 50 ans, qui était atteinte d'un myome de l'utérus, trop volumineux pour pouvoir être extirpé : on se borna à réséquer l'ovaire droit, le gauche n'ayant pu être trouvé. Depuis lors, la tumeur utérine a beaucoup diminué de volume, les troubles intestinaux et vésicaux ont disparu et la malade se porte bien.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage chez l'enfant.

M. Ebstein a présenté un enfant de 3 ans 1/2 qui, après avoir bu de la lessive de potasse, fut atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Celui-ci ne pouvant être franchi avec les plus fines sondes, M. Ebstein fit construire un œsophagoscope très mince, à l'aide duquel il réussit à introduire une tige de laminaire dans le rétrécissement. Au bout de six séances, la dilatation atteignait le n° 18.

Ce fait prouve que l'œsophagoscopie peut être utilisée même chez les enfants en bas âge, et qu'elle pourrait, au besoin, rendre des services pour l'extraction des corps étrangers.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Roguet (Gustave). *Etude sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure.* N° 303. (Germain et Grassin, à Angers.)

M. Lévi-Bram (Albert). *Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus (syndrome de Tuffier).* N° 304. (H. Jouve.)

M. Viaud-Grand-Marais. *Contribution à l'étude des uréthrotomies complémentaires.* N° 313. (H. Jouve.)

M. Roussel (André). *Un cas de myxome du bassin suivi de récidive.* N° 316. (P. Delmar.)

M. Barnsby (Henry). *Appendicite et annexite, coexistence des deux affections, pathogénie, symptômes, traitement.* N° 317. (G. Carré.)

M. Malliotis (Démétrius). *Les troubles visuels graves après le pertes de sang.* N° 319. (H. Jouve.)

M. Faure (L.). *La thérapeutique des obsessions.* N° 323. (H. Jouve.)

M. Audureau (Jules). *A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées.* N° 324. (Germain et Grassin, à Angers.)

D'après M. Roguet les sarcomes de la paroi se développent surtout chez la femme. Ils se présentent soit à l'état de sarcomes purs, soit à l'état de fibro-sarcomes.

Deux variétés de sarcomes surtout se rencontrent à la paroi abdominale : le sarcome globo-cellulaire et le sarcome fasciculé.

Le sarcome de la paroi abdominale antérieure emprunte au voisinage du péritoine un caractère particulier de gravité.

Tout sarcome diagnostiqué doit être enlevé.

Si la tumeur adhère au péritoine, on devra réséquer la portion de la séreuse adhérente à la tumeur.

La guérison peut se produire même dans le cas où la séreuse

a été réséquée sur une trop grande étendue pour permettre de réunir les deux lèvres de l'incision.

Il sera bon de faire porter au malade un bandage ou une ceinture afin d'éviter l'éventration.

M. Lévi étudie, sous le nom de syndrome de Tuffier, les différentes ptoses viscérales dont en particulier le rein mobile. Fréquemment on trouve associés chez le même malade la néphroptose, la dilatation d'estomac, l'hépatoptose, les varices, les hernies. Il en résulte un complexus symptomatique particulier connu depuis longtemps déjà, et que M. Tuffier explique par une infériorité congénitale des tissus.

M. Viaud-Grand-Marais a consacré sa thèse à l'étude d'un point spécial du traitement des rétrécissements de l'urèthre d'après l'enseignement de M. le professeur Guyon : celui des indications de l'uréthrotomie complémentaire. D'après l'auteur l'utilité de l'uréthrotomie complémentaire n'est pas discutable, quand il existe des brides rebelles sur une paroi quelconque de l'urèthre.

Car sur un urèthre mis en tension graduelle elle est dans la plupart des cas le meilleur procédé de faire disparaître ces brides.

Parmi les uréthrotomes dilatateurs, le béniqué tranchant est un bon instrument lorsque les lésions du rétrécissement sont accentuées surtout à la paroi inférieure de l'urèthre; il sectionne en effet un urèthre mis en tension progressive.

Le béniqué tranchant est un instrument peu compliqué et d'une manœuvre facile.

Les résultats immédiats sont très satisfaisants : les complications sont rares, et la dilatation consécutive est facile et rapide.

Les résultats éloignés sont souvent bons et durables; mais il ne faut pas perdre de vue que les cas nécessitant les béniqués tranchants sont des cas complexes, très aptes à la récidive. C'est pourquoi nous ne serons pas très affirmatifs sur ce point, une étude plus complète étant nécessaire, et le nombre d'observations étant encore trop restreint.

M. Roussel a eu l'occasion d'observer dans le service de M. Beyer un cas de myxome osseux du bassin et à ce sujet en a entrepris l'étude.

Le myxome des os est une rareté pathologique.

Le myxome osseux, histologiquement, est rarement pur, la plupart du temps associé à d'autres éléments cellulaires, en particulier à des éléments cartilagineux. Son pronostic est une raison directe de celui fourni par l'élément prédominant.

Le myxome du bassin n'a pas de symptômes spéciaux, d'évolution nettement définie.

Son diagnostic est impossible en tant que tumeur différenciée.

Son pronostic est le même que celui du myxome des membres.

La récidive est constante à peu près. Sa généralisation est possible.

Une ablation précoce, aussi large qu'il se pourra, constitue le traitement.

La thèse de M. Barnsby, fort intéressante, étudie les rapports de l'appendicite et des annexites.

Anatomiquement la pointe de l'appendice cæcal arrive souvent (32 p. 100 des cas observés) en contact avec la partie postéro-supérieure du ligament large.

Ce contact est rendu possible soit par la situation pelvienne de l'appendice, soit par le déplacement des annexes fixées en position lombo-iliaque par une infection puerpérale antérieure. Mais il n'existe aucune connexion directe et permanente entre les deux organes et l'appendicite d'origine annexielle reconnaît essentiellement comme cause la propagation de l'infection par voie de contiguïté.

L'appendicite d'origine annexielle peut être opposée à l'appendicite ordinaire cæco-appendiculaire, classique.

C'est une appendicite de cause externe pour laquelle les ingesta et corps étrangers sont peu importants. Comme telle, elle semble présenter une résistance toute spéciale à l'infection, d'où sa tendance à la chronicité. L'histologie prouve que l'appendice, même récemment fixé par la pointe (1er degré), est atteint de folliculite au début, et que le maximum des lésions se trouve du côté de la séreuse et des follicules clos. Le microscope prouve, dans les cas anciens, qu'il peut exister tous les degrés de sclérose jusqu'à l'oblitération totale (appendicite oblitérante). Au point de vue clinique, c'est une affection chronique d'emblée : insidieuse entre toutes : difficile à dépister parce que les atteintes multiples en sont extrêmement frustes, difficile à diagnostiquer, parce que les signes fonctionnels effacés et les signes physiques insignifiants sont confondus avec le tableau utéro-annexiel évident. Ce sont les caractères spéciaux de la douleur, les finesses du toucher vaginal qui seuls permettent dans les cas complexes d'asseoir un diagnostic. Malgré tout, ce diagnostic est souvent encore hypothétique. Mais ce soupçon est suffisant pour dicter la voie au chirurgien. Ces appendices scléreux ou simplement adhérents doivent tous être sacrifiés de propos délibéré. L'intervention doit suivre le diagnostic. L'expectation armée est blâmable en présence du manque absolu d'éléments permettant de savoir à quel stade anatomique se trouve la lésion. C'est la voie abdominale médiane qui est la voie de choix.

Au cours de toute laparotomie pour lésions utéro-annexielles, il est indispensable d'explorer méthodiquement l'appendice et de s'assurer de son intégrité.

D'après M. Malliotis, l'amblyopie et l'amaurose après de pertes de sang se produisent à la suite d'hémorrhagies de toute nature. Et cette lésion qui a été observée dans des temps très anciens, bien avant la découverte de l'ophthalmoscope, peut être due à l'ischémie de la rétine. L'amblyopie peut revêtir la forme d'une simple amblyopie avec rétrécissement irrégulier du champ visuel et exceptionnellement la forme héméralopique et la forme hémianopsie. L'ischémie du système artériel de la rétine et du nerf optique est la théorie qui explique actuellement le mieux l'ensemble des faits. Les lésions ophthalmoscopiques sont essentiellement constituées par une atrophie blanche partielle ou totale des papilles.

Pour M. Faure la psychothérapie semble le seul traitement efficace des obsessions. La psychothérapie à l'état de veille, si elle n'est pas toujours infidèle, ne peut donner de résultats qu'après une longue attente durant laquelle la maladie ne cesse de progresser. La psychothérapie hypnotique paraît le seul traitement apte à donner les résultats les plus rapides, les plus sérieux et les plus durables.

M. Audureau étudie les indications du traitement chirurgical dans les tumeurs de l'encéphale.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur diagnostiquée inextirpable, soit par suite de sa multiplicité, soit par suite de son siège ou de son volume, une craniectomie exploratrice doit être entreprise. Le diagnostic des tumeurs de l'encéphale est suffisamment difficile pour que, même alors, on ait la surprise heureuse de trouver une tumeur rentrant dans les conditions que nous signalerons tout à l'heure. En est-il autrement, et la craniectomie reste-t-elle exclusivement exploratrice, qu'elle produit cependant d'ordinaire, au moins pendant un certain temps, une amélioration réelle portant principalement sur les symptômes de compression encéphalique (douleurs, vertiges, troubles oculaires, vomissements, etc.).

La tumeur est-elle diagnostiquée extirpable ? Il faut entreprendre de parti pris cette extirpation; elle se fera en 2 ou 3 séances, suivant les difficultés rencontrées, pour éviter les effets redoutables du shock, plus particulièrement fréquent lorsqu'il s'agit d'un néoplasme voisin du bulbe.

L'idéal, dans ces cas, serait d'enlever complètement la tumeur, ce qui est possible lorsqu'on la trouve encapsulée, ce qui devient presque impossible quand elle est diffuse.

La proportion de malades guéris à la suite d'interventions pour tumeurs encéphaliques est très minime, relativement au nombre de malades opérés, puisqu'elle ne dépasse pas 7 à 8 p. 100. Cette proportion suffit du reste à autoriser l'intervention dans tous les cas, étant donné le pronostic fatal de l'affection abandonnée à elle-même.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MENTALE

Les hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale,

Par le Dr Paul Sérieux,

Médecin des asiles d'aliénés de la Seine (Ville-Évrard).

Parmi les hallucinations motrices, il en est une catégorie spéciale ayant trait aux mouvements d'articulation des mots. Ces *hallucinations motrices verbales*, bien étudiées par Baillarger et par M. Séglas, sont essentiellement constituées par la reproduction, avec une intensité pathologique, et en dehors de toute intervention volontaire, des images kinesthésiques produites au cours de l'articulation des mots. Comme tous les troubles hallucinatoires, les hallucinations motrices verbales sont dues à l'irritation de points déterminés de l'écorce (centre de Broca). L'éréthisme de ce centre provoque la reviviscence des résidus des sensations articulaires, musculaires, tactiles des organes de la phonation. Ces images motrices étant reportées à la périphérie, le patient sent se produire dans ces organes (cavité buccale, larynx, etc.) des mouvements d'articulation des mots. Il *perçoit des paroles*, sans intervention — au moins dans les cas typiques — des images tonales : le sens de l'audition n'entre donc pas en jeu, ou, s'il intervient, ce n'est que d'une façon accessoire. Tandis que les hallucinés de l'ouïe *entendent*, avec une netteté qui entraîne leur conviction, *des voix sonores* retentissant à leurs oreilles avec tous les caractères des sensations auditives normales, les sujets chez lesquels se produisent des hallucinations motrices verbales parlent de *voix intérieures, secrètes, de voix sans son, qui parlent en pensée, de chuchotements*. Certains malades prétendent, assez judicieusement, à propos des hallucinations de ce genre, qu'ils possèdent un sixième sens : ce sixième sens, c'est le sens musculaire. Leur demande-t-on où ils perçoivent ces paroles, ils déclarent ne pas les entendre dans les oreilles, mais les sentir formulées dans la bouche, la poitrine, la gorge, la langue, c'est-à-dire au niveau des divers organes qui entrent en jeu dans la voix articulée.

Parmi les diverses manifestations épisodiques pouvant venir se greffer sur la démence paralytique, il en est peu qui présentent plus d'intérêt au point de vue anatomique et physiologique, que les hallucinations motrices verbales. Et cependant, tandis que les symptômes de *déficit* dus, chez les paralytiques généraux, aux lésions destructives du centre de Broca (aphasie) ont, depuis longtemps, attiré l'attention des cliniciens, par contre, les symptômes relevant de *l'excitation* pathologique du même centre — les hallucinations motrices verbales — ont été exceptionnellement observées. On peut, en effet, résumer en quelques lignes l'historique de cette question.

En 1880, M. Mendel, dans son importante monographie sur la paralysie générale (1), signale chez un de ses malades l'existence de troubles qu'il désigne sous le nom d'*obsessions*, mais qui, pour nous, doivent prendre place dans les hallucinations motrices verbales. Le patient se plaignait d'être sans cesse obsédé par des maximes latines et de ne pouvoir, qu'à grand'peine, s'empêcher de les prononcer; puis c'étaient des refrains qui le poursuivaient : « C'est, disait-il, comme si ces voix me venaient à la langue ».

En 1881, M. Girma (2) rapporte trois observations de sujets ayant présenté au cours de la paralysie générale, des *hallucinations psychiques*. L'auteur, malheureusement, s'est borné pour ainsi dire à signaler l'existence de ces troubles curieux, sans donner de détails de nature à entraîner la conviction et à permettre d'utiliser ces observations.

Nous avons eu la bonne fortune, en 1891, de pouvoir observer longuement une femme, atteinte de paralysie générale, chez laquelle les hallucinations motrices verbales se montrèrent d'une façon persistante et à l'état isolé. En raison de la rareté du cas, le premier qui soit bien démonstratif, nous en rappellerons brièvement les traits les plus caractéristiques (3). Il s'agissait d'une malade en pleine rémission, chez laquelle les hallucinations motrices verbales se montrèrent pendant plus d'une année, sans s'accompagner d'hallucinations de l'ouïe. La description donnée spontanément par cette femme, était des plus caractéristiques : « *On me parle dans la bouche*, répétait-elle... *je n'entends pas les paroles, mais je les comprends... on me chuchotte... on me téléphone dans la bouche et dans les dents.* » Elle protestait énergiquement quand on lui demandait si elle avait des « voix » et insistait, disant : « *Je n'ai pas de voix... je n'entends rien dans les oreilles... ce n'est ni une voix d'homme, ni une voix de femme... j'entends crier dans la bouche.* » Un jour elle nous dit en montrant une malade en proie à des hallucinations de l'ouïe très actives : « Mme X... a des « voix », mais moi je n'ai pas de « voix ». Je sais bien ce que c'est que des « voix », j'en ai eu quand j'étais folle (la malade a eu en

1. Mendel, *Die Progressive Paralyse der Irren*, Berlin, 1880.
2. Girma, Des hallucinations dans la paralysie générale (th. de Paris, 1881).
3. Paul Sérieux, Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale (*Archives de neurologie*, 1894, n° 87).

effet des hallucinations auditives durant les premiers mois de son séjour à l'asile); moi, on me parle dans la bouche, *je n'entends pas dans l'oreille.* » Ajoutons que ces troubles hallucinatoires étaient presque toujours accompagnés de mouvements involontaires de mastication et de grincement de dents (irradiation de l'excitation du centre de Broca au centre moteur du trijumeau qui est contigu à ce dernier) et qu'ils déterminèrent l'apparition d'idées de persécution.

En 1896, M. le Dr Jules Henry, dans sa thèse inaugurale (1) a rapporté deux cas d'hallucinations motrices verbales chez des paralytiques généraux. Un de ces malades se plaint de mouvements dans les mâchoires et d'un claquement de dents qui répète ses pensées et lui parle : « Tout ce qu'il pense est ainsi enregistré par le claquement des dents comme ferait un appareil télégraphique. »

Un autre s'introduit un mouchoir dans la bouche pour s'empêcher de prononcer des mots obscènes. « Toute la nuit, dit-il, il me vient dans la bouche des mots orduriers », et il mâchonne son mouchoir pour empêcher l'émission de ces mots.

La rareté extrême des faits de ce genre nous a décidé à publier, malgré ses lacunes, une observation qui peut présenter quelque intérêt. Il s'agit d'une femme atteinte de paralysie générale chez laquelle les hallucinations motrices verbales, localisées dans la gorge, coexistaient avec des symptômes dénonçant eux aussi, l'existence de lésions de l'hémisphère cérébral gauche.

OBSERVATION. — *Démence paralytique. — Hallucinations motrices verbales localisées dans la gorge. — Parole automatique. — Hallucinations auditives secondaires. — Epilepsie jacksonnienne du côté droit; contracture de la langue. — Réactions mélancoliques.*

La nommée Aub... Charlotte, âgée de 43 ans, blanchisseuse, vient de l'infirmerie spéciale des aliénés avec le certificat suivant (10 juillet 1891) :

« Alcoolisme chronique, affaiblissement intellectuel. Amnésie. Dépression mélancolique, apathie, indifférence. Divagations. Idées de suicide. Accrocs de la parole. Tremblement des mains et de la langue. Arrêtée pour vagabondage. Disait qu'elle était venue sur le Pont-Neuf pour demander la permission de se jeter à l'eau.

« *Signé :* Dr LEGRAS. »

Le certificat de M. Magnan, en date du 11 juillet, au moment de l'admission à l'asile Sainte-Anne, est ainsi conçu :

« Affaiblissement des facultés mentales, avec dépression mélancolique, scrupules, culpabilité imaginaire, idées de suicide. Tremblement des mains, habitudes alcooliques. »

La malade ayant été transférée quelques jours après à l'asile de Vaucluse, le certificat suivant est rédigé :

« Affaiblissement des facultés avec dépression mélancolique, illusions et hallucinations de l'ouïe : « on l'appelle voleuse, on prétend qu'elle a tué ses enfants ». Idées de suicide. Scrupules. Embarras de la parole. Tremblement. Excès alcooliques. Syphilis ancienne.

« *Signé :* Dr BOUDRIE. »

Nous n'avons sur cette malade que les renseignements qu'elle a pu nous fournir. Elle avoue faire des excès de boissons depuis 2 ans : elle prend du rhum le matin, des absinthes, du marc dans la journée. Elle raconte qu'elle s'est fait avorter à 18 ans, qu'elle a eu la syphilis, qu'elle a été traitée, à 26 ans, à l'hôpital de Lourcine pour des plaques muqueuses, qu'elle a fait deux fausses couches et qu'elle a été arrêtée récemment pour ivresse.

Au point de vue somatique on constate de l'hésitation de la parole, du tremblement en masse de la langue, de l'hyperesthésie au niveau des membres inférieurs. Pas d'hémianesthésie. Le tibia gauche est le siège d'une hyperostose. Depuis 4 ans, la malade est affectée d'une surdité peu accentuée, prédominante à gauche. Elle se plaint de violents maux de tête, surtout le soir, et d'insomnie. Elle a eu des *attaques épileptiformes, presque toujours localisées au côté droit du corps.*

Au point de vue psychique, on note un état d'affaiblissemen intellectuel assez prononcé. La mémoire est très diminuée : la malade ignore son âge (elle dit avoir 49 ans, alors qu'elle a en réalité 43 ans), elle croit être en 1873.

Le jour de son arrivée, elle est quelque peu déprimée et raconte, spontanément, *qu'elle insulte tout le monde*, qu'on l'appelle « la voleuse ». On lui dit qu'elle a tué son enfant et elle ajoute *qu'elle parle toute seule, qu'elle dit des méchancetés.* L'existence de troubles hallucinatoires paraît probable : des examens ultérieurs en montrèrent l'existence et les caractères particuliers.

Une dizaine de jours après son entrée la malade déclare, sans que son attention ait été attirée sur ce point : *qu'elle a quelque chose dans la gorge : je parle*, dit-elle, *toute seule en dedans.* « Ce n'est pas, explique-t-elle, ma bouche qui parle, mais la gorge... ce que je dis par la gorge, ça remonte par l'oreille... ça répète ce que je dis dans la gorge ». Elle déclare qu'on ne l'a jamais appelée « voleuse » dans les oreilles. C'est la gorge qui commence... *c'est elle-même qui s'appelle voleuse*, et ensuite le mot est répété par les oreilles, surtout par l'oreille droite.

Quand elle a été arrêtée et conduite au poste, elle a senti sa langue se raidir, et en même temps elle appelait, *par la gorge*, son frère : « Maquereau » ! Ici, elle traite une malade de « bossue » et cela toujours par la gorge. Quand elle mange, quand elle se repose, elle « parle par la gorge ». Ces phénomènes durent depuis « un bout de temps ». La malade a eu, avant de « parler par la gorge », des hallucinations auditives, elle a entendu dire : « voilà la camisole rouge ! »

Le certificat de quinzaine (30 juillet 1891) est ainsi conçu :

« Affaiblissement intellectuel avec diminution de la mémoire, hallucinations et illusions de l'ouïe, hallucinations psychiques. Abus alcooliques. Attaques épileptiformes, hésitation de la parole.

« *Signé :* Dr BOUDRIE. »

Quelques semaines après la malade fut transférée dans un établissement de province. Certificat au moment du transfert (30 octobre 1891) :

« Affaiblissement intellectuel, diminution de la mémoire, hallucinations, préoccupations hypocondriaques, excès alcooliques. Attaques épileptiformes, hésitation de la parole. Paralysie générale probable.

« *Signé :* Dr BOUDRIE. »

La malade, transférée au quartier d'aliénés de l'hospice de Tours, y est morte le 18 janvier 1893, dans sa 45e année. Le registre des décès porte la mention : hémorragie cérébrale. Ce sont les seuls renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir.

Divers points méritent d'être mis en lumière dans cette observation malheureusement écourtée. L'existence d'hallucinations motrices verbales paraît évidente : la description donnée spontanément par la malade des sensations qu'elle éprouvait le démontre. Rappelons ces paroles très caractéristiques : « *J'ai quelque chose dans la gorge... je parle toute seule en dedans... on ne m'a pas appelée voleuse dans les oreilles... C'est la gorge qui commence... C'est moi-même qui m'appelle voleuse...* »

L'hallucination motrice verbale est *localisée dans la gorge;* cette localisation est assez fréquemment observée chez les sujets présentant des hallucinations des mouvements du langage articulé. Comme toutes les sensations normales ou pathologiques, les hallucinations motrices verbales sont en effet localisées dans les organes périphériques où se produit l'impression à l'état normal. Dans l'espèce cette localisation doit donc avoir lieu dans les régions d'où partent les impressions kinesthésiques qui se

1. J. HENRY, Du délire des négations (syndrome de Cotard) dans la paralysie générale (th. de Paris, 1896, Steinheil).

produisent au cours de la voix articulée (organes de la phonation). C'est habituellement la langue qui semble au sujet être le siège des mouvements d'articulation (cette localisation s'explique d'elle-même); souvent c'est la *gorge*, les lèvres (sensations musculaires et autres émanées du larynx, *de la bouche*); ce sont aussi la tête, l'épigastre, la poitrine, l'estomac, le diaphragme, le ventre, le dos. Ces diverses localisations, singulières au premier abord, du siège des hallucinations motrices verbales, s'expliquent par ce fait que les sensations tactiles et musculaires des lèvres et de la langue ne sont pas les seules qui se produisent au cours de l'articulation des mots. Il faut tenir compte en outre des sensations kinesthésiques variées émanées du larynx, des muscles respiratoires et enfin des muscles masticateurs. « Les deux phénomènes musculaires (expiration volontairement réglée et mouvements phonateurs du larynx) qui précèdent, dit M. Paul Raugé (1), et préparent l'articulation intra-buccale sont aussi indispensables qu'elle à la formation de la parole et font partie intégrante et nécessaire de l'acte d'ensemble... Trois actes aussi clairement volontaires et aussi indéniablement cérébraux doivent être représentés dans l'écorce, dans des zones distinctes, mais fonctionnellement réunies et anatomiquement associées entre elles par un système de fibres anastomotiques ». Ces points étant admis, on comprend que l'éréthisme du centre cortical du langage articulé retentisse, chez les hallucinés que nous étudions, sur les centres sensitivo-moteurs corticaux, respiratoire, laryngé et masticateur avec lesquels le centre d'articulation verbale fonctionne synergiquement : de là, aux hallucinations kinesthésiques d'articulation intra-buccale, l'adjonction, si fréquente, des hallucinations kinesthésiques associées des muscles du larynx et des muscles respiratoires (localisations des voix dans la gorge, la poitrine, l'épigastre, le diaphragme), etc.

Rappelons que dans notre première observation, l'hallucination motrice verbale semblait, fait exceptionnel, être localisée *dans les dents*. Elle s'accompagnait en effet de phénomènes convulsifs des muscles des mâchoires déterminant tantôt des mouvements de mastication, tantôt des grincements de dents et dénotant un état d'excitation du centre moteur du trijumeau. La malade disait qu'on lui parlait dans les dents, qu'elle entendait dans les dents. Cette association s'explique par les rapports anatomiques des deux centres d'articulation et de mastication, et par leur solidarité physiologique (les muscles masticateurs entrent sans cesse en jeu dans le langage articulé).

Un autre point doit encore être signalé dans notre cas. L'excitation du centre cortical moteur verbal produit non seulement la représentation des sensations kinesthésiques du langage, c'est-à-dire l'hallucination motrice, mais parfois des *mouvements réels d'articulation* qui font que la malade, semble-t-il, parlerait *automatiquement* : « elle parle toute seule, dit-elle, elle dit des méchancetés, elle insulte tout le monde ».

C'est qu'en effet, ainsi que l'a montré M. Jules Soury, l'éréthisme du centre de Broca produit, suivant le degré de son intensité, des symptômes variables. L'excitation de ce centre détermine en effet :

1° La représentation des mouvements (les sensations motrices verbales).

« 2° Un courant nerveux centrifuge qui, suivant le degré d'irritation pathologique du centre considéré, déterminera, dans les nerfs et dans les muscles destinés à l'articulation, ou des états faibles d'innervation périphérique qui, sans qu'il y ait d'articulation véritable provoqueront une sensation analogue pour la conscience; ou des rudiments d'articulation perceptibles seulement pour le malade; ou des mouvements réels, mais toujours sans qu'aucune parole soit prononcée en réalité. Toutefois, avec la durée et l'intensité du centre cortical, une émission de mots pourra se produire. » (J. Soury (1).)

Un autre fait doit être noté : c'est la provocation d'hallucinations de l'ouïe par les hallucinations motrices verbales. « C'est la gorge qui commence, dit la malade, et le mot est ensuite répété par l'oreille droite. »

Au point de vue de la localisation de la lésion corticale dans l'hémisphère gauche et de l'excitation simultanée du centre de Broca et des centres voisins (hypoglosse, etc.), il convient de signaler les spasmes de la langue coïncidant avec l'hallucination verbale (la malade injurie son frère « par la gorge » en même temps que la langue se raidit), l'existence de l'épilepsie jacksonnienne du côté droit, et la prédominance des hallucinations auditives du même côté.

Les *réactions* provoquées par les hallucinations motrices verbales doivent être aussi notées : celles-ci ont déterminé un état de *dépression mélancolique*, des idées d'auto-accusation : « elle insulte tout le monde, elle raconte des méchancetés, elle s'appelle voleuse » ; enfin des idées de suicide. Dans la première observation rapportée par nous nous avions déjà insisté sur le rôle important que peuvent jouer les hallucinations motrices verbales dans la genèse des états délirants observés chez les paralytiques généraux.

1. Paul Raugé, Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée (*Bulletin médical*, 29 juin 1892).

1. J. Soury, *Les fonctions du cerveau*, 2e édition, Paris, 1890, page 370.

PATHOLOGIE INFANTILE

Un cas d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalorachidien,

Par M. Lesné (2),
Interne des hôpitaux.

Le staphylocoque existe normalement sur la peau et se développe aussi sur les muqueuses aériennes et digestives. Il peut de là, à la faveur d'une ulcération même très légère, passer dans le sang et, s'il est virulent, produire une septicémie ou une toxhémie. Hutinel et Labbé ont signalé le fréquence des infections staphylococciques chez l'enfant (3). La porte d'entrée est presque toujours cutanée chez les nourrissons, et la lésion primitive consiste en abcès cutanés ou sous-cutanés, lymphangite pseudo-érysipélateuse, et gangrène infectieuse disséminée de la peau. La marche de l'infection est suraiguë, aiguë ou chronique, et la mort en est la terminaison fréquente après une durée de quelques jours à quelques mois. L'autopsie révèle parfois les lésions que l'on trouve chez l'animal inoculé, abcès miliaires disséminés du foie, de la rate, des reins, du cerveau, suppurations osseuses et articulaires, foyers de broncho-pneumonie, pleurésie séreuse ou purulente, endocardite, péricardite, etc.

2. Revue mensuelle des maladies de l'enfance.

3. Hutinel et Labbé, Contribution à l'étude des infections staphylococciques particulièrement chez l'enfant (*Arch. génér. de méd.*, décembre 1896).

Gangitano (1) a rapporté une belle observation de staphylococcie consécutive à une furonculose.

On a publié d'autres cas où l'affection était secondaire à des abcès cutanés ou profonds, à de l'impetigo, à de la gale. Widal et Meslay (2) ont vu une pyohémie staphylococcique secondaire à un durillon suppuré de la plante du pied et terminée par la mort. A l'autopsie on trouva de la péricardite suppurée, des abcès du rein, de l'épididyme et du poumon, enfin un ulcère d'estomac, qui d'après les auteurs relevait probablement de la même cause.

Hulot (3) dans sa thèse cite plusieurs observations de staphylococcémie secondaire à des infections cutanées; toutes se sont terminées par la mort. Signalons encore le cas de Robin et Leredde (4) consécutif à un herpès de la face, et ceux de Tizzoni (5) et de Pretti (6), succédant à des furoncles.

Dans d'autres circonstances, moins fréquentes d'ailleurs, la maladie générale reconnaît comme point de départ, des stomatites, des otites, des lésions bronchiques, une ostéomyélite, etc.

Quoi qu'il en soit, le pronostic des staphylococcémies paraît sombre. Sur 11 infections observées par Sittmann (7) il y a eu 6 morts, soit 55 p. 100.

Dans les cas de guérison, il est probable que l'agent pathogène séjourne peu dans le sang, souvent on ne l'y rencontre pas malgré une série d'ensemencements; ceci explique peut-être le petit nombre de faits relatés ayant présenté une terminaison favorable.

Le petit malade que nous avons observé dans le service du professeur Hutinel avait une infection staphylococcique du sang et du liquide céphalorachidien sans pyohémie. Voici son histoire.

Maurice N..., né le 23 mars 1897, reçu dans le service le 13 octobre.

Il est pâle et amaigri et pèse 4 kilog. 700. Au cou, dans les aisselles et les plis inguinaux il présente de la polymicroadénopathie. Nous constatons des signes nets de rachitisme : chapelet costal, thorax évasé à la partie inférieure, aplati latéralement, paroi abdominale flasque, et pointe de hernie ombilicale.

Les fonctions digestives sont normales, ni diarrhée, ni vomissements; le foie dépasse les fausses côtes de un travers de doigt; la rate est légèrement hypertrophiée, et on en palpe facilement l'extrémité inférieure, l'enfant tousse un peu et l'auscultation fait prévoir quelques râles muqueux disséminés dans les deux poumons. Rien au cœur.

Il porte au cuir chevelu et aux fesses de petits abcès très superficiels.

Au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche se trouvent deux petites tumeurs, chacune de la grosseur d'une noisette, molles et fluctuantes, recouvertes d'une peau tendue luisante et violacée. Une semblable collection occupe sur la jambe droite la même situation. Elles rappellent les gommes tuberculeuses sous-cutanées. Elles sont ouvertes ainsi que les abcès du cuir chevelu et des fesses : issue d'un pus jaune verdâtre teinté de sang, bien lié, et dont l'ensemencement sur gélose et en bouillon donne des colonies de staphylocoques blancs et dorés. Des pansements antiseptiques et des bains quotidiens de sublimé, amènent en quelques jours la guérison des petites plaies.

1. Gangitano, Staphylococcémie par furonculose (*Riforma medica*, n°s 112 et 113, 1896).
2. Widal, Pyohémie à staphylocoque et ulcère rond (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 mars 1897).
3. Hulot, thèse de Paris, 1895.
4. Robin et Leredde, *Arch. de méd. expérimentale*, 1893.
5. Tizzoni, *Riforma medica*, 1891, p. 100.
6. Pretti, *Riforma medica*, 1892, n° 20.
7. Sittmann, *Soc. de méd. int. de Berlin*, 7 janvier 1895, et *Mercredi médical*, 1895, p. 59.

La température oscille entre 37° et 38°, étant plus élevée le matin que le soir.

Le 15 octobre, la fontanelle est tendue, les veines temporales dilatées, très apparentes, il y a de plus de la raideur de la nuque, les phénomènes s'accentuent les jours suivants. Le 20 octobre on fait une ponction lombaire. Après avoir pris toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie nécessaires (lavage de la peau au sublimé, alcool, éther et pointes de feu) on pénètre dans le canal rachidien entre la dernière lombaire et la première pièce du sacrum à l'aide de la seringue stérilisée et munie d'une longue aiguille. On retire facilement 5 centimètres cubes de liquide très clair qui à l'examen direct ne contient aucune bactérie, mais qui ensemencé sur gélose, gélatine et bouillon donne de nombreuses colonies pures de staphylococcus albus. Le lendemain, au niveau d'une pointe de feu, ou fait une ponction de la fontanelle qui est toujours tendue. L'examen direct du liquide sur lame y révèle en abondance des cocci prenant le Gram, et l'ensemencement sur gélose donne de nombreuses colonies pures de staphylococcus albus.

Enfin le 22 on prend, après avoir soigneusement désinfecté la région et appliqué une pointe de feu, un demi-centimètre cube de sang dans le sinus longitudinal supérieur. Son ensemencement, ainsi que celui d'une goutte de sang de la rate, donne ici encore des colonies de staphylocoque blanc.

Ce microorganisme existe donc dans le liquide céphalo-rachidien dans le sang et dans la rate.

L'enfant est couché dans une salle très claire, aérée, le berceau est descendu dans le jardin, et exposé au soleil aussi souvent que le temps le permet.

Vu la persistance des petits abcès cutanés qui se succèdent sur les fesses et le cou, l'enfant est plongé journellement dans des bains de sublimé. Une légère amélioration se manifeste les jours suivants, la température descend à 37°.

Le malade ne maigrit du reste pas, et le 8 novembre il pèse 5 kilogr. 300. La raideur de la nuque a presque complètement disparu.

A partir du 9 novembre se manifestent tous les signes d'une infection gastro-intestinale intense.

Vomissements, selles mélangées; il s'y joint de la bronchite diffuse, généralisée des deux côtés.

La fontanelle est toujours distendue, on fait une nouvelle ponction, qui donne issue à du liquide très clair, ne contenant pas de micro-organisme à l'examen direct sur lame mais donne des cultures pures de staphylocoque blanc, moins nombreux, il est vrai, que lors de la première ponction.

Le dos et les fesses sont recouverts d'un grand nombre de papules et pustules qui s'ouvrent et se recouvrent de croûtes. L'infection cutanée continue donc malgré toutes les précautions antiseptiques que l'on prenne. Toutes ces pustules contiennent toujours du staphylocoque blanc et doré.

Un nouvel examen du sang retiré du sinus longitudinal ne donne que quelques colonies de staphylocoques blancs, le 11 novembre.

La gastro-entérite s'améliore sous l'influence de la diète hydrique, des lavages d'intestin et d'estomac; la température, qui le 12 au soir était montée jusqu'à 39°9, est retombée le 18 à la normale, mais l'amaigrissement est notable : de 5 kilog. 300 le 8 novembre le poids tombe à 5 kilogrammes le 15 novembre puis au-dessous dans le courant de décembre.

L'état d'anémie est toujours très prononcé, et cela malgré une injection quotidienne de sérum de Chéron faite pendant les quinze derniers jours de novembre.

Au commencement de décembre, nouvelle accension thermique; la température atteint 40°.

Cette ascension correspond à une poussée de furonculose du cuir chevelu, et à un gros abcès sous-cutané siégeant dans la région lombaire droite, dont l'ouverture donne issue à du pus bien lié, la valeur d'une cuillère à café.

Plusieurs pustules du cuir chevelu et des fesses ont un contenu hémorrhagique. Le pus de tous ces foyers donne des cultures de staphylocoques blancs et dorés. Des râles muqueux disséminés persistent dans les deux poumons.

Le 5 novembre la fontanelle est plus tendue que les jours précédents, il y a de la raideur de la nuque et de la dilatation des veines temporales. Une nouvelle ponction de la fontanelle,

pratiquée comme les précédentes, fournit un liquide clair, qui ensemencé donne une culture pure de staphylocoques blancs.

Les urines de 24 heures, recueillies du 6 au 7 décembre, sont claires, leur quantité est de 85 centim. cubes; elles ne contiennent pas de glucose, mais de l'albumine en notable proportion. Leur toxicité est recherchée suivant la méthode du professeur Bouchard. Cette urine est nettement convulsivante, et très toxique: 22 centim. cubes tuent 1 kilogramme de lapin.

A partir du 10 décembre, l'état général s'améliore et notre petit malade augmente de poids. Durant cette période d'amélioration il se fait cependant un abcès sous-cutané du cuir chevelu, toujours à staphylocoque.

Le 24 décembre, le liquide céphalo-rachidien et le sang ensemencés sur différents milieux liquides et solides sont absolument stériles.

Cependant l'enfant a été profondément infecté, le teint reste blafard, la rate n'est plus palpable, mais le foie est encore hypertrophié.

Le poids oscille autour de 5 kilogrammes.

Nouvelle poussée de furonculose du cuir chevelu avec élévation thermique du 30 décembre au 2 janvier.

Quelques pustules ont encore un contenu hémorrhagique.

L'état général paraît satisfaisant jusqu'au 15 janvier, époque à laquelle se fait une nouvelle poussée de gastro-entérite; vomissement, diarrhée, râles muqueux disséminés dans les deux poumons, température de 40°.

Le 22, après deux jours de catarrhe oculo-nasal, éruption typique de rougeole, qui s'éteint dans les 24 heures. Mais comme tous les infectés il fait une rougeole grave.

Les symptômes de bronchite s'accentuent, puis foyer de broncho-pneumonie à la base droite, température de 30°, pouls très rapide, face cyanosée, état général très grave.

Il existe quelques abcès superficiels dans la région occipitale, l'un d'eux fait une *eschare*, qui en un jour atteint la dimension d'une pièce de 0 fr. 50.

Mort le 26 à 7 heures du matin.

L'*autopsie* est faite le même jour à 9 heures du matin.

Plusieurs ganglions inguinaux cervicaux, axilaires sont ouverts. Aucun d'eux n'est suppuré.

La péricarde est distendu par 20 gr. d'un liquide séreux.

Le cœur contient du sang noirâtre, les valvules sont nors males.

Un noyau de broncho-pneumonie, gros comme une noix, pâle, occupe le bord du poumon droit, le noyau plonge dans l'eau, et l'eau sourd du pus quand on le presse.

Le poumon gauche est congestionné au niveau des tissus costo-vertébral. Les lobes supérieurs présentent de l'emphysème des deux côtés.

Le foie est pâle et pèse 145 grammes. Sous la capsule se voient des taches blanches pénétrant à l'intérieur, surtout au niveau du lobe gauche.

La consistance est normale, il est lisse et gras sur la coupe. Pas de dégénérescence amyloïde appréciable. Les veines sus-hépatiques sont apparents.

La vésicule biliaire est gorgée d'une bile épaisse, visqueuse, très foncée.

La rate, normale comme dimensions, est rouge, dure à la coupe, les glomérules y sont très apparents.

Les reins se décortiquent facilement, ils sont franchement lobulés, et pèsent chacun 25 grammes, à la coupe ils sont pâles, les deux substances ont à peu près la même coloration.

L'estomac et le côlon sont très dilatés, pas de lésion appréciable de la muqueuse. Pas de ganglions mésentériques hypertrophiés.

A l'ouverture du crâne, le liquide céphalo-rachidien est plus abondant que normalement.

Les vaisseaux de la face externe du cerveau sont gorgés de sang, et de chaque côté du sillon inter-hémisphérique il y a, sur une étendue de 3 à 4 centimètres, un exsudat séro-sanglant.

Rien à la base; rien d'appréciable sur les coupes en série.

A l'ouverture du canal rachidien les vaisseaux apparaissent gorgés de sang. Après l'incision de la dure-mère on remarque aussi de la dilatation des vaisseaux pie-mériens. La moelle ne présente pas de lésion apparente, elle a été coupée après un séjour d'une semaine dans le formol à 10 p. 100.

La caisse du tympan est ouverte des deux côtés avec la gouge et le maillet; des deux côtés elle est remplie de pus, les méninges au niveau de la paroi supérieure, qui était du reste intacte, ne présentaient rien d'anormal.

Le fémur et l'humérus sont coupés longitudinalement. Ils contiennent une moelle très rouge. Pas de lésion osseuse apparente.

Bactériologie. — Les ensemencements ont été faits 2 heures après la mort sur gélose, sérum et en bouillon.

L'examen direct ou le frottis, nous donnent des résultats négatifs pour le liquide péricardique, le liquide céphalorachidien, le sang du cœur, la pulpe hépatique, splénique, la moelle du fémur, les ganglions inguinaux.

Les cultures restent stériles.

Le pus de la caisse du tympan contient des staphylocoques blancs et dorés et du colibacille. Le pus du noyau de broncho-pneumonie donne quelques colonies de streptocoques, et de nombreuses colonies de staphylocoques blancs et dorés.

Examen histologique. — De petits fragments du poumon, du foie et du rein ont été fixés par le sublimé acétique, durcis dans la série des alcools, puis ont passé par le xylol et ont été inclus dans la paraffine. Les coupes ont été colorées les unes à la thionine phéniquée les autres à l'hématéine fuschinée picrique.

La broncho-pneumonie est banale.

Les lésions rénales sont prédominantes dans le labyrinthe. Les glomérules paraissent normaux.

Les tubes contournés et les branches descendantes sont très atteints; leur épithélium est granuleux, pâle; les noyaux sont peu ou pas coloré. Certaines cellules sont gonflées et oblitèrent la lumière du tube d'autres sont abrasées, et des débris cellulaires occupent le centre du conduit. Les tubes collecteurs, les branches ascendantes et les capillaires paraissent normaux.

Pas de micro-organismes sur les coupes.

Le foie présente les lésions suivantes : Les espaces portes sont augmentés de volume et entourés de cellules embryonnaires qui fusent entre les cellules hépatiques à une certaine distance.

Les cellules hépatiques sont autour des espaces portes atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse; beaucoup sont même complètement graisseuses. Les veines sus-hépatiques sont dilatés et gorgées de sang, il en est de même des capillaires intralobulaires qui aplatissent et déforment les cellules surtout dans la capsule.

Nous avons recherché sans résultat la dégénérescence amyloïde dans le rein et le foie, en colorant les coupes au violet de Paris et en les lavant à l'eau acidifiée par l'acide sulfurique à 1 p. 100.

En somme cette observation est un fait intéressant d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalo-rachidien, sans pyohémie.

Un autre point à signaler c'est la guérison de la staphylococcémie par l'asepsie et l'antisepsie de la peau, par l'air et le soleil. Le petit malade est mort de sa broncho-pneumonie rubéolique.

L'origine de l'infection est difficile à déterminer; a-t-elle été primitivement sanguine avec point de départ viscéral (tube digestif ou appareil pulmonaire) ou au contraire relève-t-elle des altérations cutanées? Cette dernière hypothèse est la plus probable, bien que l'absence de renseignements sur le début de la maladie nous empêche de conclure fermement. Enfin si l'infection exogène a suffit pour produire les suppurations superficielles, furoncles et pustules, nous pouvons peut-être reconnaître une origine hématogène aux abcès profonds de la région lombaire du dos et du cuir chevelu, qui ont apparu plus tardivement et coïncidé avec le maximum d'infection générale.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Audebal. *De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire.* N° 220. (H. Jouve.)

M. Cottard (H.). *Les indications thérapeutiques des sels de quinine tirées de leurs propriétés vaso-motrices.* N° 223. (H. Jouve.)

M. Arnault. *Contribution à l'étude du traitement des fractures de la clavicule.* N° 232. (H. Jouve.)

M. Bouvart (C.). *Diagnostic et traitement des luxations sous-astragaliennes récentes.* N° 239. (Steinheil.)

M. Retournard (C.). *Tubage et trachéotomie dans la rougeole.* N° 245. (H. Jouve.)

Mlle Reichenstein. *Contribution à l'étude du traitement par les eaux minérales et le kousnyss en Russie.* N° 254. (H. Jouve.)

M. Page. *Traitement chirurgical des pancréatites suppurées et gangréneuses.* N° 270. (Steinheil.)

M. Nissim. *De la myosite ossifiante progressive.* N° 272. (Soc. d'édit. scient.).

M. Boureau. *Technique des injections de sérum artificiel.* N° 283. (Steinheil.)

Après avoir passé en revue les différents symptômes ainsi que l'évolution et la pathogénie de la tuberculose du testicule, M. Audebal étudie les traitements proposés au point de vue d'une intervention locale.

Toute intervention chirurgicale portant sur le testicule et l'épididyme sera nécessairement une opération partielle.

Les divers traitements employés ont donné des succès, les opérateurs mettant les malades au traitement général de la tuberculose, et d'autre part, la tuberculose ayant une tendance spontanée à la guérison.

A la première période de l'évolution de la tuberculose (période des tubercules crus), on comprend l'abstention de la plupart des chirurgiens.

On ne saurait imposer au malade la castration précoce,

Si on intervient, il faut avoir recours à une opération conservatrice.

A la deuxième période de l'évolution de la tuberculose (abcès et fistules) il faut opérer.

Mais il vaut mieux encore l'épididymectomie que la castration, à cause du rôle moral du testicule, de sa sécrétion interne (le testicule ne s'atrophiant pas quand on respecte les vaisseaux et les nerfs).

La puissance génitale est conservée.

Les divers procédés d'épididymectomie ont donné de bons résultats. Il ne semble pas qu'il y ait d'indication bien précise à l'emploi de tel ou tel de ces procédés.

Quand on a affaire à une épididymite tuberculeuse double, il semble que le procédé de M. Legueu soit le procédé de choix.

Les résultats éloignés de l'épidymectomie sont bons, soit au point de vue local, soit au point de vue général.

Désirant étudier les applications cliniques des propriétés vaso-motrices des sels de quinine, M. Cottard après un cours aperçu des propriétés physiques et chimiques de la quinine, rapporte les expériences qui établissent les propriétés vaso-motrices de la quinine.

Les résultats fournis par les différentes expériences peuvent se résumer ainsi :

A petite dose, les sels de quinine produisent la vaso-constriction.

A forte dose, ils produisent la dilatation des vaisseaux sanguins.

Ces propriétés vaso-motrices peuvent être employées en thérapeutique.

A la congestion, à l'hypérémie on opposera les sels de quinine à petite dose.

Les fortes doses pourront être indiquées pour provoquer une fluxion sanguine, une hyperémie.

L'amélioration que M. Cottard a observée chez des malades atteints d'affections congestives du poumon et du rein nous semble tout en faveur de l'emploi de ce médicament; elle nous paraît due à l'action vaso-constrictive c'est-à-dire décongestivante des sels de quinine.

D'après M. Arnault, la suture osseuse dans les fractures de la clavicule n'est pas indiquée dans les fractures fermées présentant peu ou pas de déplacement.

Elle est utile et souvent nécessaire dans les fractures fermées à grand déplacement toutes les fois où il y aura chevauchement des fragments ou raccourcissement notable de l'os.

Elle est utile également quand un malade ne peut se résoudre à supporter la difformité produite par le cal.

Elle est nécessaire toutes les fois où les fragments soit directement, soit par l'intermédiaire d'un cal produisent des phénomènes de compression; ou quand par leur saillie ces fragments menacent de sphacéler la peau.

Elle est aussi nécessaire dans les fractures ouvertes et dans les fractures comminutives.

Toutes les fois où l'intervention sera nécessitée, soit par des phénomènes de compression, soit par menace de sphacèle de la peau, elle devra être pratiquée sans retard.

C'est à Nélaton, Broca et Malgaigne que revient l'honneur d'avoir établi sur des bases positives l'histoire des luxations sous-astragaliennes.

D'après M. Bouvart l'on peut affirmer presque à coup sûr l'existence d'une luxation sous-astragalienne lorsqu'on reconnait que l'astragale, tout en conservant ses rapports normaux avec la mortaise péronéo-tibiale, a sa tête saillante sous la peau, qu'elle produit alors une altération dans la direction réciproque de la jambe et du pied, quand l'intégrité des mouvements de flexion et d'extension est conservée.

Les affections du pied qui simulent le mieux ces luxations sont : les luxations tibio-tarsiennes, les luxations totales de l'astragale, les fractures du même os, enfin l'énucléation du scaphoïde.

La réduction doit toujours être tentée, que la luxation soit simple ou compliquée de plaie.

Si la luxation est irréductible, ce n'est pas à l'extirpation immédiate totale qu'il faut avoir recours, mais à la résection partielle immédiate. On répond ainsi aux tendances conservatrices de la chirurgie actuelle et l'on arrive à des résultats définitifs et plus favorables qu'avec l'astragalectomie totale.

M. Retournard reprend la formule de M. le Dr Josias :

D'une manière générale, dans la rougeole, lorsqu'une intervention laryngée est reconnue nécessaire, pratiquez : toujours la trachéotomie, jamais le tubage (Josias, Société de thérapeutique, février 1897).

Cette formule est absolue dans les cas de laryngite secondaire; laryngite secondaire dont les symptômes se manifestent du troisième ou huitième jour après le début de l'éruption. La cause de l'échec du tubage réside alors dans les lésions profondes de la muqueuse, lésions caractérisées anatomiquement par du catarrhe intense, des ulcérations, de l'œdème, des fausses membranes.

Mlle Reichenstein s'est proposé d'exposer les résultats des analyses des eaux minérales de Russie les plus importantes, faites par les professeurs Verigo, Schmidt, Toms et d'autres, et qui sont classiques.

Quelques-unes de ces sources comme, par exemple, celle de Borjom (qui se trouve dans le Caucase) de par leur composition chimique nous rappellent tellement celles de Vichy, qu'on appelle à juste titre Borjom le Vichy russe.

Dans une thèse excellente et très documentée, M. Page étudie les pancréatites suppurées. D'après cet auteur la pancréatite est une maladie bien caractérisée et probablement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

L'inflammation du pancréas se fait par le même mécanisme que celle des autres glandes : infection ascendante par le canal

excréteur; plus rarement par inflammation propagée des organes voisins, ou par la voie sanguine.

La pancréatite peut se terminer par la suppuration ou la gangrène, lesquelles peuvent rester limitées au pancréas, ou s'étendre à l'arrière-cavité des épiploons et au tissu cellulaire rétropéritonéal.

On rencontre très fréquemment, comme complication des pancréatites, une lésion spéciale du tissu adipeux, qu'on a appelée nécrose graisseuse (Fettnecrose des Allemands).

La pancréatite aiguë débute ordinairement d'une façon brusque, par une douleur épigastrique intense, suivie de vomissements et de ballonnement du ventre. Le collapsus est souvent très marqué. La constipation est absolue pendant quelques jours. Le pouls est petit, il y a un peu de fièvre. Si la mort ne survient pas, une amélioration est possible, mais le malade languit, s'amaigrit très rapidement et meurt dans le marasme.

La pancréatite à marche chronique présente les symptômes assez vagues d'une péritonite chronique. On constate assez souvent une tuméfaction à l'épigastre.

La pancréatite est une source fréquente d'erreurs de diagnostic. Les plus fréquemment commises sont l'obstruction intestinale, l'ulcère du duodénum et de l'estomac, l'abcès périnéphrétique.

La pancréatite suppurée ou gangréneuse doit être traitée chirurgicalement.

Cependant, pendant la période aiguë l'abstention est de règle.

Plus tard, l'indication opératoire est formelle.

On a suivi trois voies pour arriver au pancréas : voie transpéritonéale et laparotomie médiane sus-ombilicale; voie lombaire extrapéritonéale, et voie transpleurale; chacune ayant ses indications spéciales.

Sur 12 opérés il y a eu 6 morts et 6 guérisons.

D'après M. Nissim, la myosite ossifiante progressive ou maladie de Munchmeyer, surtout étudiée en Angleterre et en Allemagne est une affection de tout l'appareil locomoteur, caractérisée par le dépôt de masses osseuses dans le tissu conjonctif des muscles, dans les tendons, les aponévroses, les ligaments et les os. Anatomiquement elle offre 3 stades, embryonnaire, fibreux et osseux moins nets au point de vue clinique.

La myosite ossifiante peut se montrer même à un âge avancé, mais elle est surtout fréquente dans l'enfance.

Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de trois pour une.

Les races germanique et saxonne sont plus prédisposées que les autres.

La myosite ossifiante progressive semble provenir d'une lésion des centres nerveux; le processus ossifiant constitue un trouble trophique particulier.

Le début de la maladie se présente sous deux formes distinctes, il est aigu avec léger mouvement fébrile ou chronique d'emblée.

La maladie débute en général par la nuque ou la partie supérieure du dos.

Elle détermine secondairement l'atrophie des muscles; elle ankylose les articulations dont la position est régie par l'action des muscles les premiers atteints.

Il est des muscles qui sont très fréquemment envahis par les ossifications (dos, nuque, poitrine, etc.), d'autres le sont rarement (paroi abdominale), quelques-uns le sont exceptionnellement (muscles de la mimique, du pharynx, etc.), enfin il en est qui ne le sont jamais (cœur, diaphragme, sphincters).

L'affection offre un épaississement de tout le système conjonctif de tout l'appareil locomoteur.

Elle progresse par poussées aiguës entrecoupées de pauses apparentes plus ou moins longues. Les traumatismes jouent un certain rôle dans l'éclosion des poussées, de même qu'ils déterminent parfois la localisation des premiers phénomènes de la maladie.

La myosite ossifiante progressive s'accompagne très souvent d'une anomalie congénitale (microdactylie, absence de phalanges, ankylose des doigts).

Le traitement médical est nul; le traitement chirurgical, au début, reste sans résultats éloignés, la récidive de la tumeur est la règle.

M. Boureau étudie dans sa thèse la technique des injections de sérum artificiel.

La solution qui paraît la meilleure pour les injections de sérum est celle dans laquelle il entre 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000 d'eau stérilisée ou bouillie.

La quantité à injecter ne devra pas dépasser 2000 grammes en une séance et devra être introduite avec une vitesse maxima de 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme de l'individu injecté.

En raison de sa simplicité d'exécution et des risques insignifiants qu'elle fait courir au malade, l'injection sous-cutanée doit être préférée, dans la pratique courante, à l'injection intra-veineuse, sauf dans les cas urgents où il faut agir vite.

Pour éviter tout accident par la méthode intra-veineuse, il faudra opérer avec une solution à 37-39° centigrades.

Les anémies aiguës post-hémorrhagiques, les infections, le shock traumatique ou opératoire, les intoxications, le choléra, l'insuffisance rénale sont des indications des injections de sérum. Enfin certaines infections dont la pathogénie est encore à l'étude : diabète, urémie, tachycardie paroxystique, peuvent bénéficier de l'application de la méthode.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-98.

M. Grysez (Victor). *Contribution expérimentale à l'étude de la putréfaction dans un milieu aseptique.* N° 70.

M. Duchesne (Ernest). *Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les microorganismes. Antagonisme entre les moisissures et les microbes.* N° 59.

M. Ménard (Olivier). *De l'état des paupières après la mort.* N° 74.

Pour M. Grysez la putréfaction s'établit pour un corps inhumé dans un milieu complètement aseptique, même si ce corps ne renferme qu'un très petit nombre de microorganismes.

Les expériences qui lui font énoncer la proposition précédente ont porté sur des fœtus de cobaye presque à terme, enlevés aseptiquement des cornes de l'utérus au moment même de la mort de la mère et inhumés avec toutes les précautions les plus minutieuses d'asepsie dans du sable absolument stérilisé.

Les agents de cette putréfaction sont des microbes aérobies et anaérobies. La dissémination de ces germes dans le milieu environnant s'établit d'une façon bien définie, les germes se répandant d'abord dans les couches inférieures, puis dans celles qui avoisinent immédiatement le corps inhumé; jamais les couches supérieures n'en renferment. Le nombre des germes est toujours plus considérable dans les couches inférieures qu'au niveau du corps inhumé.

Les germes aérobies apparaissent les premiers, leur nombre va en croissant pendant deux à trois semaines, puis ils diminuent pendant un temps égal jusqu'à devenir nuls. Les germes anaérobies sont beaucoup moins nombreux que les aérobies, ils apparaissent peu de temps avant la disparition de ces derniers et se disséminent beaucoup moins loin.

Dans un milieu humide et toujours aseptique, les mêmes phénomènes ont lieu d'identique façon, mais s'accomplissent beaucoup plus rapidement. On peut, en injectant à un fœtus normal pris dans l'utérus une culture d'une des colonies trouvées dans la zone de putréfaction, telle que l'auteur l'a déterminée, activer beaucoup le processus de la fermentation putride chez cet animal. Un nombre de bactéries extrêmement minime au début, autres que celles de préexistantes dans le sol, suffit donc néanmoins à assurer de façon normale la putréfaction cadavérique.

Les moisissures (mucédinées) ne se développent pas, ou disparaissent, tout au moins, très hâtivement dans l'eau, sous un certain volume, et cela pour les principales raisons suivantes : *a*) l'exagération même de l'humidité; *b*) le mouvement de la masse liquide; *c*) enfin et surtout le résultat de la concurrence

vitale. M. Duchesne montre qu'il existe, en effet, un antagonisme très marqué et incontestable entre les moisissures et les bactéries qui ont été simultanément semées dans l'eau ou dans un liquide nutritif quelconque, et cet antagonisme tourne le plus souvent au profit des bactéries en ce qui concerne, tout au moins, les processus de vitalité et de végétalité.

Si les microbes l'emportent ainsi presque constamment sur les moisissures, dans la lutte pour la vie, c'est par suite d'une plus grande résistance vitale et surtout d'une pullulation infiniment plus rapide due, elle-même, au phénomène de la bipartition ou scissiparité. Mais il ne semble pas que les toxines microbiennes soient appelées à jouer un rôle actif dans cette lutte et dans ses résultats.

Parfois pourtant le milieu de culture est, par sa réaction, plus nettement favorable aux moisissures qu'aux bactéries, elles ne s'y trouvent pas absolument submergées, elles sont enfin, initialement, en proportion vraiment très prépondérante, elles peuvent alors l'emporter.

De quelques-unes de ses expériences, trop peu nombreuses d'ailleurs, l'auteur conclut que certaines moisissures (*Penicillum glaucum*), inoculées à un animal en même temps que des cultures très virulentes de quelques microbes pathogènes (*B. coli* et *B. typhosus* d'Eberth), sont capables d'atténuer dans de très notables proportions la virulence de ces cultures bactériennes.

L'état d'occlusion ou d'ouverture des paupières après la mort varie énormément.

Les causes qui font varier l'état des paupières sont nombreuses; elles agissent soit directement sur l'appareil palpébral, soit indirectement sur lui par l'âge, l'état général, le genre de mort, la durée de l'agonie, etc.

M. Ménard relève cependant quelques maladies ou causes de mort qui produisent généralement le même mode. L'état indifférent des paupières après la mort semble la situation mi-close. C'est le mode le plus fréquent. Les yeux ouverts appartiennent aux cancéreux, aux morts rapides par hémorrhagie, à la cachexie profonde. Les yeux fermés se rencontrent chez un grand nombre de pneumoniques, de suicidés par coup de revolver, de submergés. Ces états se produisent par différents mécanismes.

Tantôt par un état des tissus des paupières qui fait qu'elles ont une tendance à s'ouvrir (amincissement) ou à se fermer (infiltration). Ou bien il s'agit d'une altération des centres moteurs des muscles, ou de leur excitation.

L'irritation *post mortem* du centre du releveur de la paupière supérieure expliquerait l'état d'ouverture de l'œil dans certains cas (hémorrhagies foudroyantes).

L'occlusion des paupières (suicidés) s'expliquerait peut-être par un spasme cadavérique.

Les déductions que l'on peut tirer au point de vue médico-légal sont des présomptions sur :

1° La durée de l'agonie, si elle a été longue ou courte;

2° L'état de santé antérieur d'un individu mort subitement, s'il était porteur de vieilles lésions ou d'une affection n'altérant pas l'état général;

3° La corrélation entre la cause probable de la mort et l'état des yeux du cadavre (suicide ou homicide, simulation).

Mais ces déductions sont peu nombreuses et demandent à être faites avec beaucoup de restrictions.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Valeur diagnostique de la ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse (Zur klinischen Wurdigung der Diagnose der tuberculösen Meningitis vermittelst der Lumbalpunction), par Schwarz (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 256). — Dans le liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire dans 79 cas de méningite tuberculeuse, l'auteur a trouvé 52 fois des bacilles tuberculeux qui furent retrouvés 16 fois à l'autopsie. D'après l'auteur, ces chiffres suffisent pour montrer la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les cas douteux de méningite tuberculeuse.

Diagnostic de la méningite tuberculeuse par la ponction lombaire (Zur bacillären Diagnose der Meningitis tuberculosa durch die Lumbalpunction), par Slawyk et Manicatide (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 18, p. 392). — Les auteurs communiquent dans leur travail 19 cas de méningite tuberculeuse chez des enfants, chez lesquels on a fait dans un but diagnostique la ponction lombaire au moyen d'un nouvel appareil. Dans tous ces cas, le liquide cérébro-spinal renfermait des bacilles tuberculeux qui furent découverts 16 fois à l'examen microscopique, 3 fois par la voie des inoculations.

De la fixation chimique de la toxine tétanique par la substance nerveuse (Nachweiss der chemischen Bindung von Tetanusgift durch Nervensubstanz), par R. Milchner (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 17, p. 369). — L'auteur, en modifiant les expériences de Wassermann et Takaki, a constaté qu'une quantité donnée de substance cérébrale n'est capable de neutraliser qu'une certaine quantité de toxine tétanique, de sorte que lorsque la toxine est ajoutée en trop grande quantité à la substance cérébrale, le mélange redevient toxique. Il en conclut que la neutralisation de la toxine par la substance cérébrale n'est pas un phénomène vital, mais purement chimique; résultant de la combinaison chimique de la toxine avec les substances antitoxiques des cellules nerveuses.

Les infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire (Ueber die Bedeutung der Mischinfection bei Tuberculose), par A. Fraenkel (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1898, n° 16, p. 345). — Il résulte de nouvelles recherches faites par l'auteur que dans la tuberculose pulmonaire les infections secondaires à streptocoques et à pneumocoques sont autrement importantes que les infections à staphylocoques, qu'on ne rencontre du reste que d'une façon exceptionnelle. Si pendant la vie on trouve chez des tuberculeux de nombreux streptocoques dans les crachats, cette constatation aggrave notablement le pronostic. Toutefois, les états fébriles qu'on rencontre dans la tuberculose pulmonaire avancée ne sont pas toujours provoqués par des streptocoques, et dans certains cas la fièvre hectique peut dépendre des bacilles tuberculeux seuls.

Un autre fait constaté par l'auteur, c'est qu'il existe une forme pneumonique de la tuberculose aiguë des poumons, présentant cliniquement des analogies avec la pneumonie franche, mais en différant par la marche et par les lésions qu'elle produit. Il semble donc que le bacille tuberculeux puisse dans certains cas provoquer des exsudats inflammatoires.

Un cas de pemphigus des nouveau-nés, par L. Emmett Holt (*New York med. Journ.*, 1898, 5 février, p. 175). — Le cas rapporté par l'auteur est celui d'un enfant de 9 jours présentant les lésions typiques du pemphigus du nouveau-né. La mort survint au bout de 5 jours. Dans le pus des bulles cutanées, l'auteur a trouvé le staphylocoque pyogène doré à l'état de pureté. L'autopsie montra que l'infection était généralisée.

L'auteur, s'appuyant sur ce cas, tout en reconnaissant le rôle important de la syphilis héréditaire dans l'étiologie du pemphigus des nouveau-nés, croit cependant qu'il ne faut pas être aussi absolu que certains à cet égard. Il ne put retrouver chez les parents aucun antécédent spécifique et, à son avis, bien des cas regardés comme syphilitiques, pourraient être dus, comme le sien, à une infection de toute autre nature.

Intoxication mortelle par le chlorure de chaux, par P. Jacob (*Berlin klin. Woch.*, 1897, n° 27). — L'examen du sang est le point intéressant de ce travail qui se rapporte à un malade ayant absorbé 25 grammes de chlorure de chaux.

30 heures après, le nombre des globules blancs du sang était de 80 400, celui des hématies de 4 425 000. Le jour suivant, le nombre des hématies était de 1 825 000, celui des leucocytes 60 800. Enfin, 2 jours plus tard en comptait 14 000 leucocytes et 2 225 000 hématies. La leucémie des premiers jours avait

complètement disparu; quant aux hématies, de jour en jour leurs altérations étaient plus nettes et elles présentaient surtout des phénomènes de division et de décoloration.

Splénomégalie prétuberculeuse, par Tedeschi (*Riforma medica*, janvier 1898). — D'après Tedeschi, professeur à l'Université de Naples, l'hypertrophie de la rate serait fréquente chez les prisonniers. Cherchant quelle en pouvait être la cause, Tedeschi est arrivé à penser que la splénomégalie précède la tuberculose, et alors qu'aucun autre phénomène physique n'est apparent elle révèle l'infection tuberculeuse.

L'hypertrophie de la rate constatée en dehors de toute autre cause infectieuse, peut prendre une valeur diagnostique et permettre de songer à la tuberculose.

Elle est d'un pronostic fâcheux car elle indique une évolution rapide du processus tuberculeux.

Le béribéri chez les nourrissons (Ueber die durch die Milch der an Kakke (Beriberi) leidenden Frauen verursachte Krankheit der Säuglinge), par Z. Hirota (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 16, p. 385). — L'auteur a réuni dans son travail une cinquantaine d'observations de béribéri chez des nourrissons allaités par des mères ou des nourrices atteintes de la même affection. Dans tous ces cas la guérison ne pouvait être obtenue qu'à la condition de sevrer le nourrisson ou de lui donner une nourrice non atteinte de béribéri. L'auteur conclut de ces faits à la transmission des toxines du béribéri au nourrisson par le lait de la nourrice.

Maladie de Basedow par traitement thyroïdien (Ein Fall von artificiellem akutem thyreogenem Morbus Basedow), par A. Notthafft (*Centralb. f. inn. Medic.*, 1898, n° 15, p. 353). — L'auteur communique dans ce travail l'observation d'un homme de 43 ans, obèse, qui, pour maigrir, se soumit sans consulter un médecin au traitement thyroïdien intensif, si bien que dans l'espace de 5 semaines il avait pris près de 1000 tablettes de thyroïdine. Il perdit 30 livres, mais au cours de la 6e semaine il fut pris du syndrome basedowique : goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement, dépression psychique, transpiration abondante, glycosurie. Tous ces symptômes disparurent après la suppression de la thyroïdine.

D'après l'auteur il s'agissait là non pas de thyroïdisme mais de véritable maladie de Basedow qui, pour lui, serait d'origine thyroïdienne.

CHIRURGIE

Un cas de néphrectomie pour rétrécissement de l'uretère droit et tuberculose du rein au début, par Hiram N. Wineberg (*Med. Record N. Y.*, 5 févr. 1898, p. 1898). — Il s'agit d'une femme de 48 ans ayant eu 5 enfants. Depuis janvier 1897, elle souffrait de douleurs dans le côté droit et dans le bassin, accompagnées de nausées et vomissements. Urines légèrement purulentes. L'examen cystoscopique montra que l'urine coulait irrégulièrement par l'uretère droit dont l'orifice vésical apparaissait irrégulier, tuméfié et comme mamelonné. Le cathétérisme uretéral fit voir en outre que l'uretère gauche était normal tandis qu'à droite la sonde se trouvait arrêtée à environ 1 pouce de la vessie. Le diagnostic fut rétrécissement de l'uretère et cystite. L'urine ne contenait pas de bacille de Koch.

Les symptômes persistant, le 22 octobre 1897 le Dr Wineberg pratiqua la néphrectomie lombaire.

Le rein enlevé était augmenté de volume et présentait des foyers tuberculeux.

Les suites de l'opération furent bonnes et la malade sortit guérie au bout de 4 semaines.

Dans ce cas les lésions vésicales constatées au niveau de l'orifice uréthral sont intéressantes, Harry Fenwick et Willy Meyer ont chacun rapporté un cas où des altérations analogues constituaient la première manifestation d'une tuberculose vésicale.

Tétanos traumatique guéri par le sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, par Reinhard (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 261). — L'auteur a observé deux cas de tétanos. Le premier, qui ne reçut pas de sérum, se termina par la mort. Dans le second cas, le malade reçut, dès le premier jour de la maladie, 30 centimètres de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur; en tout, le malade reçut 120 centimètres. 6 heures après la première injection l'amélioration était sensible. La guérison suivit et le 20e jour le malade était complètement rétabli. Ce cas est intéressant en ce que l'injection ne fut faite qu'après une longue incubation, que l'auteur estime être de 23 jours.

Sérothérapie dans le tétanos, par J. Moeller (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 263). — L'auteur rapporte un cas de tétanos traumatique guéri par l'antitoxine de Tizzoni.

L'incubation avait été de 13 jours.

Traitement des rétrodéviations utérines, par le professeur R. Hobb, de Cleveland (Ohio) (*Philadelphia medical Journal*, 1898, n° 10, p. 419). — L'auteur passe en revue les médications générales du traitement des rétrodéviations. Lorsqu'il n'y a pas de symptômes douloureux, on ne doit point s'en occuper. Pour traiter une rétroflexion, il faut tenir compte de l'état général de la malade et des causes du déplacement. Lorsque le traitement mécanique, par les pessaires ou les tampons, ne réussit pas il faut avoir recours à l'opération d'Alexander. Le massage est indiqué au cas d'adhérences qui empêchent la réduction.

Ulcère perforé du duodénum guéri par la laparotomie (Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung de Duodenalgeschwürs), par R. Wanach (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898 vol. LVI, p. 425). — L'auteur, après avoir donné l'étude bibliographique de cette question, communique l'observation d'un homme de 22 ans pris brusquement de douleurs violentes de l'abdomen et de vomissements et entre 24 heures après avec tous les symptômes de péritonite appendiculaire. Une incision iliaque permet de constater l'existence d'une purulence diffuse et l'intégrité de l'appendice; on fait alors la laparotomie médiane et, après de longues recherches, on parvient à découvrir sur la paroi antérieure du duodénum, tout près de l'insertion du ligament hépato-duodénal, une perforation de 2 à 3 millimètres de diamètre. La situation de cette perforation rendant impossible l'excision de l'ulcère, on ferme la perforation par plusieurs sutures séro-séreuses. Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement aseptique. Guérison sans complications.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Juin 1898.

De la prophylaxie de la tuberculose.

M. Chauvel propose de compléter la partie du rapport de M. Grancher visant la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée par le projet de vœu suivant :

L'Académie demande :

a) *Au conseil de revision* plus de sévérité dans les admissions au service armé : l'*exemption* pour les tuberculeux avérés, l'*ajournement* pour les sujets débiles ou suspects de tuberculisation latente;

b) *Aux bureaux de recrutement* plus de rigueur dans les engagements volontaires, l'exigence d'une aptitude physique entière et non relative pour les sujets ayant moins de 20 ans;

c) *La réforme temporaire* pour les tuberculeux au premier degré avant l'expectoration bacillaire, et pour les hommes chétifs, malingres, candidats désignés à la bacillose;

d) *La réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch;

e) L'application dans les casernes des trois mesures de prophylaxie énoncées dans le rapport de M. Grancher.

En outre, M. Chauvel s'associe aux vœux déjà formulés par MM. Colin et Kelsch en ce qui concerne l'hygiène du soldat et de la caserne.

M. Landouzy estime que l'Académie peut réussir la prophylaxie de la tuberculose par deux moyens combinés : 1° par une certaine publicité donnée au travail de son rapporteur,

autant qu'à la discussion qui en a suivi la lecture; 2° en répandant partout et à profusion des instructions pratiques visant l'évitabilité de la contagion par l'usage du crachoir.

MÉDECINE PRATIQUE

Disparition des troubles dus à la médication thyroïdienne par l'emploi simultané de l'arsenic,

D'après MM. les Drs G. Bédart et L. Mabille (de Lille).

On connait les troubles qu'occasionne fréquemment la médication thyroïdienne. On sait qu'ils sont caractérisés par la dyspnée, la tachycardie, la dénutrition rapide. Ils peuvent dans certains cas prendre une importance telle, que le traitement doit être interrompu, souvent même avant que la malade ait eu le temps d'en bénéficier au point de vue spécial pour lequel il a été prescrit. M. Mabille, ayant eu l'occasion de traiter un goître simple par la médication thyroïdienne, eut l'idée de faire disparaître les accidents dus à l'ingestion de la glande par l'emploi simultané d'une préparation arsenicale, la liqueur de Fowler. Les résultats obtenus furent excellents. Voici, du reste, résumée, l'observation qui fut lue à la Société de médecine du Nord, le 27 novembre 1896 :

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui souffrait d'un goître sans troubles du côté du cœur, du système nerveux, des organes de la digestion. Comme symptômes fonctionnels, il n'y avait que des éblouissements fréquents, des troubles de la vue, parfois de la raucité de la voix. A la suite du plus léger froid, il se produisait une augmentation douloureuse de la tumeur.

Traitement. — Pendant trois mois, le traitement ioduré fut appliqué sans aucun résultat, c'est alors qu'on eut recours à la médication thyroïdienne sous forme de capsules de corps thyroïde de 10 centigr. chacun. Afin d'éviter les accidents qui accompagnent l'ingestion brusque d'une trop grande quantité de corps thyroïde, on commença par de petites doses, 20 centigr. par jour. En huit jours, elle arriva à 60 centigr., au bout de dix à 70 centigr. Mais à ce moment, se manifestèrent de violentes palpitations survenant quelques heures après la prise du médicament (pouls = 110), des douleurs névralgiques dans les lombes et les membres, une fois même, d'un fort tremblement nerveux. Le tout s'accompagnait d'un très léger état fébrile et de diminution de l'appétit. On diminua la dose de thyroïde, puis l'idée vint de soigner ces différents accidents par l'arsenic, qui est considéré comme un ralentissant des battements du cœur et un anti-névralgique. Il fut donné à la dose de 3, 4, 5, puis 8, 10, 12 gouttes de liqueur de Fowler et l'on reprit la médication thyroïdienne dans toute son intensité jusqu'à 80 centigrammes. Malgré la dose élevée, aucun phénomène inquiétant ne fut remarqué; bien au contraire, le cœur avait singulièrement diminué le nombre des battements et tous les troubles du système nerveux avaient disparu. M. Mabille, tenant à savoir si c'était bien l'arsenic qui produisait pareil effet, le supprima pendant trois jours. Les accidents thyroïdiens réapparurent pour disparaître deux jours après la reprise de l'arsenic. Expérience et contre-expérience successivement faites démontrèrent l'action de l'arsenic. La malade vit son goître céder sous l'influence du traitement thyroïdien, sans que pour cela aucun amaigrissement général ne soit survenu; il semble donc bien que l'arsenic ait contre-balancé le pouvoir émaciant du suc thyroïdien.

Des expériences furent alors entreprises, avec le concours de M. le Dr G. Bédart, pour chercher l'interprétation physiologique de ce fait clinique. Quatorze chiens et deux lapins ont été observés pour vérifier l'action de l'arsenic administré simultanément avec la glande thyroïde. On employa la glande fraiche du mouton en ingestion et l'arsénite de potasse au titre de la liqueur de Fowler, à la dose moyenne de deux gouttes et demie par kilog. d'animal.

On peut envisager les résultats obtenus au triple point de vue de l'action sur le rythme cardiaque, sur le système nerveux et sur la nutrition.

1° *Action sur le rhythme cardiaque.* — A. Chez les animaux n'absorbant que de la glande thyroïde, le nombre des pulsations augmenta rapidement. Chez tous, il passa des environs de 130 à 180; chez certains, il alla jusqu'à 190. Les battements étaient forts, mais, point important à noter, étaient irréguliers.

B. Chez les animaux soumis aux deux médications les auteurs constatèrent au début un état stationnaire, puis le nombre des pulsations diminua, d'une façon constante pour tous les chiens, jusqu'à descendre de 130 à 100 et quelquefois à 90. La force et la régularité des battements étaient conservés.

Les lapins qui reçurent de la thyroïdine au lieu de glande fraîche présentèrent les mêmes variations au point de vue du rythme cardiaque.

2° *Action sur le système nerveux.* — Au bout d'un certain temps, en moyenne six ou sept jours, les animaux n'ingérant que de la glande thyroïde ont présenté des phénomènes d'excitation, puis est survenu du tremblement des membres postérieurs qui s'est ensuite généralisé à tous les groupes musculaires.

Aucun de ces phénomènes n'a été constaté chez les animaux absorbant simultanément corps thyroïde et arsenic, même après plus de trente jours de ce régime.

3° *Action sur la nutrition.* — Les auteurs ont également noté une action manifeste sur la nutrition.

Pour les chiens ne prenant que de la glande thyroïde sans arsenic, il y eut une perte de poids considérable et rapide.

Certains ont maigri de 2/5, 1/6, 1/3 de leurs poids, tandis que les chiens correspondants, recevant à la fois arsenic et corps thyroïde, ne perdaient seulement que 1/15, 1/19, 1/6, 1/13 de leur poids; chez plusieurs animaux prenant de l'arsenic en plus du traitement thyroïdien, on a même vu survenir une légère augmentation de l'embonpoint.

Les lapins sur lesquels l'on a expérimenté étaient jeunes et en voie de croissance. Aucun amaigrissement n'a été observé, cependant le lapin soumis à la thyroïdine seule, n'a augmenté que de 1/16 de son poids tandis que son compagnon recevant de l'arsenic en plus augmentait de 1/9.

Des contre-expériences ont été faites.

Des animaux soumis au traitement thyroïdien et arsenical, et auxquels on supprimait l'arsenic, ont toujours présenté et très rapidement, une augmentation considérable des battements cardiaques et une diminution de poids très marquée.

D'autre part, chez des chiens n'ingérant que de la glande thyroïde, en sus de leurs aliments, et chez qui les troubles cardiaques et l'amaigrissement etaient déjà très manifestes, l'administration de la liqueur de Fowler fit disparaître ces accidents.

Récemment, avant la communication de ces faits à la Société de biologie, les auteurs entreprirent de nouvelles expériences de contrôle qui donnèrent les mêmes résultats généraux. Encouragé par ce premier succès ils se proposent de faire de nouvelles recherches où ils remplaceront l'arsenic par d'autres substances. Cet antagonisme entre l'arsenic et le principe actif de la glande thyroïde est intéressant à noter : car il ouvre une voie nouvelle et peut-être féconde aux applications de l'opothérapie.

G. Maurange.

Nouvelles indications de l'huile créosotée,

D'après M. le Dr W. Ewart (de Londres)(1).

M. le Dr Ewart (de Londres) emploie l'huile créosotée dans plusieurs circonstances particulières où elle lui aurait rendu de réels services.

En premier lieu, il l'ordonne après la trachéotomie dans le but de détacher les membranes trachéales. En effet à ce moment on ne peut employer les émétiques et l'huile créosotée amène le détachement des membranes, facilite l'expectoration et la cicatrisation de l'ulcération muqueuse sous jacente.

On se sert dans ce but de l'huile créosotée stérilisée à 1/20. Et on procède ainsi :

1. *British med. J.*, 1898, p. 1381.

Au début, on introduit par la canule, toutes les 2 heures, 15 gouttes d'huile créosotée. Dès le 3e jour on se contente de les donner toutes les 4 heures.

Dans les cas où l'auteur a employé ce moyen il en a été très satisfait. L'injection d'huile fut suivie d'une expectoration muqueuse abondante contenant des fausses membranes et des bacilles et la guérison fut rapide et complète.

Indépendamment de cet emploi spécial de l'huile créosotée, le Dr Ewart a utilisé les injections intra-nasales d'huiles médicamenteuses dans différentes affections.

Dans la *diphthérie*, où pendant si longtemps après la guérison apparente persiste une infection latente, M. le Dr Ewart introduit systématiquement, 1 ou 2 fois par jour, une très faible quantité d'huile phéniquée à 1/60 dans les fosses nasales.

Dans les affections des fosses nasales, du naso-pharynx et des sinus les injections d'huile médicamenteuses ne semblent pas occuper la place qu'elles méritent.

Le Dr Ewart emploie l'huile phéniquée à 1/60 où l'huile mentholée dans *l'ozène* et dans le *coryza chronique*, dans le *catarrhe naso-pharyngien*, dans la pharyngite granuleuse.

L'injection est faite dans les deux fosses nasales à l'aide d'une petite seringue de verre. Il faut avoir soin que le malade porte la tête en arrière afin de faciliter la pénétration du médicament.

Les résultats obtenus dans tous les cas par ce mode de traitement ont été des plus satisfaisants.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote de hêtre à doses élevées,

D'après M. le Dr Ch. Lamplough (de Londres).

M. le Dr Lamplough (de Londres) a depuis 12 mois a employé systématiquement sur 100 malades la créosote de hêtre à dose élevée comme traitement de la tuberculose pulmonaire.

Comme mode d'administration il préfère la voie buccale et a eu recours soit a une émulsion d'huile créosotée, soit à une préparation de créosote à base d'alcool où elle se dissout facilement, suivant la formule suivante :

Créosote	XV gouttes.
Teint. gentiane / Alcool rectifié	ãã LXXX gouttes.
Glycérine	5 gr.
Eau	30 gr.

M. s. a. — 3 fois par jour après le repas.

Il est très important de donner le médicament lorsque l'estomac est plein mais il ne l'est pas moins de choisir les repas après lesquels on peut donner la créosote sans avoir ces « renvois » d'huile dont certains malades sont véritablement gênés. C'est ainsi que la créosote est mieux supportée après le souper qu'après le déjeuner.

La créosote produit quelquefois une sensation de brûlure, qu'on fera disparaître avec un peu d'eau sucrée.

Parfois, à ce traitement, il est utile d'ajouter l'emploi des fumigations et inhalations de vapeur créosotée.

M. le Dr Lamplough a pu arriver ainsi à des doses assez élevées, jusqu'à 300 et 400 gouttes (7 et 8 grammes) par jour en 3 ou 4 fois.

Ces doses élevées entraînent rarement des troubles gastriques. Au contraire l'appétit se trouve augmenté, les symptômes de dyspepsie disparaissent et l'huile de foie de morue est mieux supportée.

L'action antiseptique de la créosote diminue les chances d'infection du tube digestif, en particulier d'entérite tuberculeuse.

Loin de favoriser les hémoptysies, celles-ci deviennent plus rares et enfin le Dr Lamplough n'a pas constaté d'irritation du côté de l'appareil urinaire.

Ces doses élevées ont été bien supportées dans 95 p. 100 des cas. Sur ces 100 cas, 62 présentaient des lésions étendues des deux poumons. Dans 68 cas une amélioration manifeste a été constatée soit dans l'état général des malades, soit dans l'état physique de leurs poumons.

L'albuminurie disparut dans tous les cas où elle avait été constatée, et, dans 2 ou 3 cas accompagnés de diarrhée, celle-ci s'arrêta.

Sur les 32 autres cas, 20 moururent pendant le traitement après avoir présenté dès le début des signes étendus de tuberculose pulmonaire 7 étaient dans un état de tuberculisation avancée à leur sortie ; enfin 5 malades seulement ne purent supporter le traitement.

Il reste donc 68 cas où le traitement du Dr Lamplough a amené une sérieuse amélioration.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Magistrats et médecins experts.

Il y a plus d'un an (*Gaz. hebd.*, 14 mars 1897) j'avais, le premier et assez longtemps le seul dans la presse médicale, demandé la revision du singulier jugement qui avait condamné le Dr Méloche et, après cette révision, une réforme radicale du système qui régit actuellement les rapports des médecins avec la justice.

Appelé à donner son avis sur l'état d'une femme que la rumeur publique accusait d'avoir accouché clandestinement, le Dr Méloche, médecin expert, avait cru trouver à l'examen de cette femme des traces d'un accouchement récent. L'interrogatoire de l'inculpée ayant confirmé ses soupçons, il avait conclu à un accouchement prématuré, tout en faisant certaines réserves. Sur le vu de son rapport, le juge d'instruction avait ordonné l'arrestation de la femme Billy. Celle-ci, ayant accouché quelques jours après son incarcération, avait alors intenté au médecin légiste une action en dommages et intérêts et le tribunal de Saint-Nazaire, par une série de considérants aussi ineptes au point de vue médical que peu défendables au point de vue juridique, avait condamné notre confrère.

Sans prétendre approuver ou improuver le rapport de M. le Dr Méloche, nous avions soutenu que le rôle des experts deviendrait impossible s'ils étaient exposés à des responsabilités qui ne peuvent atteindre les magistrats et nous avions conseillé à tous les médecins de déférer aux réquisitions de la justice puisque la loi les y oblige, mais de ne jamais conclure s'ils n'étaient absolument certains d'affirmer un fait incontestable.

La cour de Rennes vient de casser le jugement de Saint-Nazaire en affirmant l'honorabilité du Dr Méloche et la légitimité des conclusions de son rapport. Il a paru évident aux juges de la Cour que les déclarations de l'inculpée, la rumeur publique et les dépositions faites par plusieurs témoins avaient, bien plus encore que le rapport d'expertise, motivé l'arrestation de la femme Billy.

En enregistrant ce jugement, on semble trouver que tout est bien qui finit bien.

Je ne suis pas de cet avis. On oublie les ennuis, les dépenses de toute nature, les pertes de temps qu'occasionnent les citations en justice, et il me semble qu'un jugement qui annule au point de vue juridique des considérants inacceptables ne nous donne pas satisfaction.

Quelle est donc, pour les médecins, la conduite à suivre en vue d'éviter le retour de ces jugements scandaleux qui vraiment deviennent trop fréquents depuis quelques années ?

Un magistrat éminent, à qui j'en parlais ces jours derniers, me répondait malicieusement : « Il faudrait avoir toujours de bons juges comme nous avons de bons médecins ».

Il faudrait, ai-je répondu, que la responsabilité des

magistrats puisse être établie, comme celle des médecins, lorsqu'il a été commis une faute lourde, c'est-à-dire une erreur qui ne peut être excusée parce qu'elle est inconciliable avec les connaissances professionnelles indispensables à celui qui est investi d'un mandat public. Or, sans demander que cette responsabilité soit pénale ou même matérielle, ne pourrait-on pas l'établir nettement au point de vue moral? Et toutes les fois qu'un jugement rendu par une Cour d'appel ou par la Cour de cassation aurait condamné les considérants d'un jugement de première instance et montré l'impéritie ou la partialité du juge, n'appartiendrait-il pas aux syndicats ou à l'Association générale de rendre publics ces jugements d'appel, d'en faire ressortir la valeur, de porter plainte devant le Garde des Sceaux, ou tout au moins de faire insérer dans les journaux de la localité où le premier jugement a été rendu des articles qui appelleraient l'attention sur la faute commise par des magistrats qui se sont montrés incapables ou ignorants?

Toute question de personne mise de côté, il importe d'agir pour éviter que d'incessants conflits ne jettent le trouble dans les esprits et ne finissent par faire douter de l'impartialité des juges.

Une autre question nous paraît jugée par les affaires de ce genre. Nous n'avons cessé, nous ne cesserons de réclamer la réforme des expertises médico-légales, de conseiller aux médecins qui ne tiennent pas à être médecins légistes de se dérober en écrivant des rapports qui, n'ayant que des conclusions vagues, ne pourront pas motiver de poursuites, mais auront pour effet de hâter le jour où l'on ne confiera les expertises médico-légales qu'à ceux qui, ayant fait des études préalables suffisantes, sauront résoudre les problèmes qui leur sont posés.

*
* *

A l'occasion d'un précédent article j'ai reçu de M. le Dr Deshayes (de Rouen) la lettre suivante :

A l'appui des réflexions contenues dans la *Gazette* du 12 juin, et relatives aux honoraires qui nous sont dus en cas d'accidents, un fait semblable à celui de notre confrère R... de Seine-et-Marne, mais de moindre importance, vient d'avoir lieu dans ma clientèle.

En mai dernier, un ouvrier, travaillant dans une fonderie de Rouen, est atteint d'une large plaie du cuir chevelu, avec dénudation et hémorrhagie abondante due à la section d'une petite artère.

Le contremaître de l'établissement l'envoie immédiatement chez un pharmacien, lequel, en raison de la gravité du cas, l'adresse chez moi, sans autre réquisition du patron, et, vu l'urgence absolue, je procédai à la ligature de l'artère, à la suture de la plaie et au pansement antiseptique habituel.

Quelques jours après, prévoyant les difficultés de règlement des honoraires, comme presque toujours en pareil cas, j'adressai ma note au patron, soit 20 francs.

Ledit patron, M. F... me répondit; « L'ouvrier X... est membre d'une Société de secours mutuels, la Prévoyante : à la Prévoyante de vous payer; pour moi, je ne vous dois rien, car X... est allé chez vous de son plein gré, et je ne l'ai adressé à aucun médecin. »

J'adressai ma note au président de la Prévoyante, homme fort intelligent et très au courant de toutes les questions de mutualité, lequel me répondit :

« Notre Société doit bien à tous ses membres une indemnité de maladie; elle paiera, comme d'habitude, vos consultations 1 franc, ou, s'il y a lieu vos visites 2 francs, mais les frais du premier accident, de l'opération et du pansement, restent et doivent rester à la charge du patron; à celui-ci de s'assurer » etc.

Et en effet, M. F... le patron est bien assuré, mais, *comme toujours*, les assurances, qui exploitent indignement le corps médical et ne lui accordent qu'une indemnité dérisoire de 6 fr. pour la constatation pure et simple de l'accident, mais non pour les soins à donner pendant la maladie, déclinent toute responsabilité en pareil cas.

J'avais à cœur de faire juger cette petite affaire, et je constituai de moi-même une sorte de jury d'honneur, composé d'un commerçant expert en matière de mutualité, du président de la Prévoyante et d'un avocat, président de l'Emulation chrétienne.

Tous condamnèrent le patron, moralement bien entendu, à me payer.

Une correspondance assez longue et ennuyeuse, pas toujours très correcte de la part de M. F..., s'établit entre nous, mais finalement, ce dernier acculé, battu et pas content, paya mes 20 francs.

Je le priai, en lui accusant très poliment réception de son *mandat par la poste*, de ne pas faire retomber sur le pauvre blessé, la responsabilité des ennuis que je lui avais causés, et de ne pas le renvoyer, comme cela n'arrive que trop souvent.

Je ne suis pas socialiste, mais il y aurait vraiment de quoi le devenir en voyant journellement la désinvolture et l'indifférence dont font preuve certains patrons à l'égard de leurs ouvriers blessés et aussi du sans-gêne qu'ils professent, eux et messieurs les Directeurs d'assurances, à l'égard des médecins, toujours victimes dans ces sortes d'histoires.

Notre éminent conseil judiciaire, Me Morillot, nous recommande en pareille occurence, de réclamer, avant tout pansement, un engagement par *écrit* de la part du patron. Cela simplifie tout, mais cela n'est guère possible. Un accident survient, la vie du blessé est en danger, il y a urgence dans toute l'acceptation du mot; l'humanité, la raison, tout commande une intervention immédiate, et avant de procéder à la réduction d'une fracture ou d'une luxation, à l'arrêt d'une hémorrhagie, etc., réclamer d'abord une lettre d'engagement, il y aurait là un procédé peu conforme à nos habitudes et à l'humanité et aussi un réel danger pour le malade qui aurait souvent le temps de mourir avant l'arrivée de l'autorisation d'agir.

Ce qu'il faut, et ce qui va s'imposer dans un temps très rapproché, car la question de responsabilité, loin d'être résolue est soulevée au parlement et dans toutes les sociétés de secours mutuels, ce qu'il faut, c'est que le patron s'assure, mais dans d'autres conditions que présentement, que l'ouvrier blessé soit immédiatement pansé et bien soigné, et que le médecin soit plus largement rémunéré de ses peines et de son action; qu'on oublie de le remercier, nous y sommes habitués, mais qu'on le paie; sinon, ce serait à devenir... socialistes.

Dr Deshayes (de Rouen).

Je n'ajouterai qu'un mot. J'ai dit qu'il fallait, dans un but d'humanité et dans un intérêt auquel nul médecin ne saurait se soustraire, donner à un blessé quel qu'il soit *les premiers* soins qu'exige son état, c'est-à-dire faire un premier pansement ou une opération d'urgence. Mais lorsqu'il s'agit — et c'est le cas le plus fréquent — de soins *consécutifs*, c'est-à-dire de visites et de pansements au domicile du blessé, d'opérations graves qui ne peuvent être pratiquées *immédiatement*, le médecin devra, s'il veut être certain d'être rémunéré, obtenir une preuve *littérale* de l'engagement pris par le patron ou la Compagnie d'assurances.

Une entente devrait s'établir, à ce point de vue, parmi les médecins ruraux. Et lorsqu'une contestation est à prévoir il importerait que des jurisconsultes éclairés — comme le sont ceux de l'Association générale — puissent être consultés avant qu'une imprudence ou une procédure viciée dès l'origine ait rendu toute revendication impossible.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'eczéma infantile,

D'après M. le Dr COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'eczéma n'est pas une entité morbide, sa nature intime est inconnue et l'on doit en distinguer de nombreuses espèces.

De toutes les causes invoquées pour expliquer l'eczéma, deux principales doivent être retenues : 1° l'hérédité; 2° l'auto-intoxication. L'hérédité agit rarement dans la première enfance, chez les nourrissons, que j'ai surtout en vue; elle ne s'accuse bien, au point de vue dermatologique, que dans la seconde enfance, l'adolescence, l'âge adulte. Au contraire, l'auto-intoxication, qui est de tous les âges, joue un rôle énorme dans la pathologie du nouveau-né et du nourrisson.

Chez les nourrissons, l'eczéma affecte avec prédilection la face et le pourtour des orifices naturels. Il peut être très précoce; mais c'est surtout dans les premiers mois, la première année, qu'il est fréquent. Il peut être sec, farineux, pityriasiforme, mais il est plus souvent humide, suintant, croûteux et il forme parfois sur le visage de l'enfant un masque horrible, fissuré, souillé de sang, au milieu duquel les yeux intacts brillent d'un éclat particulier.

L'eczéma des nourrissons est ordinairement prurigineux, et provoque des grattages incessants.

Les croûtes, quand elles sont épaisses, rappellent l'impétigo et, en réalité, dans beaucoup de cas, l'impétigo vient compliquer l'eczéma (eczéma impétiginisé) de même que les autres pyodermies (ecthyma, abcès cutanés ou sous-cutanés, etc.). Ces associations morbides rendent quelquefois le diagnostic difficile.

De la face, son lieu d'élection et son point de départ habituel, l'eczéma peut s'étendre en placards plus ou moins larges sur le tronc et les membres. Dans les régions velues (cuir chevelu, sourcils), l'eczéma se confond avec la séborrhée qui l'a souvent précédé et l'on voit alors une surface croûteuse, jaunâtre, d'aspect sale, constituée par l'agglomération des poils, des croûtes et des poussières atmosphériques.

A côté des formes suintantes et croûteuses, les plus communes et les plus ennuyeuses, il y a les formes sèches, pityriasiques, squameuses, plus ou moins prurigineuses.

E. Besnier a insisté avec raison sur certains eczémas saillants, élevés, marginés, éléphantiasiques, par suite du gonflement œdémateux du corps papillaire et des autres éléments du derme. Entourant les orifices naturels, les yeux, les oreilles, la bouche, le nez, l'eczéma ne respecte pas toujours la faible barrière qui sépare le tégument externe du tégument interne, et l'on doit décrire un eczéma des muqueuses.

On a parlé de manifestations viscérales, de répercussions, de métastases. Cela ne veut pas dire que l'eczéma se porte de la peau aux muqueuses ou aux séreuses viscérales. On suppose, en pareil cas, que l'eczéma est un émonctoire, une surface par laquelle s'éliminent des produits toxiques : si cet émonctoire vient à manquer brusquement, l'enfant est empoisonné et cette auto-intoxication peut se traduire par des accidents méningés, pulmonaires, intestinaux, etc.

En réalité, ces répercussions sont très rares, mais on aurait tort de les considérer comme chimériques ou méprisables.

A tout prendre, le pronostic de l'eczéma des nourrissons, quand il est étendu et durable, est sérieux et l'on doit le traiter avec le plus grand soin.

TRAITEMENT. — Il doit être général ou local.

1° *Traitement général.* — Au premier rang doit être placée l'hygiène alimentaire du nourrisson.

Si l'enfant est à la mamelle, on réglera strictement le nombre, la durée et les intervalles des tétées, on s'occupera du régime de la nourrice et l'on écartera les causes qui pourraient affecter son lait.

S'il s'agit d'allaitement artificiel, on sera encore plus sévère; suppression des biberons à tube, stérilisation du lait, lait pur ou coupé suivant l'âge et la tolérance de l'enfant, sucrage du lait, propreté absolue dans la manipulation et l'usage du lait. Si le lait de vache continue à n'être pas supporté, on essaiera du lait d'ânesse ou du lait décaséiné de Gaertner, etc. Si l'enfant est sevré et mange déjà comme ses parents, on insistera sur le choix et le rationnement des boissons et des aliments.

Boissons : pas d'alcool (vin, bière, cidre, etc.); ni thé, ni café; lait pur, coupé ou écrémé, eau pure, eau d'Evian ou d'Alet, tisanes, régime lacté absolu. On rationnera les liquides; l'enfant ne devra pas boire en dehors de ses repas et se contentera d'une dose modérée, c'est-à-dire 400 à 500 grammes par jour.

Aliments : pas de poissons de mer, de crustacés (langoustes, homards, crevettes, coquillages, écrevisses), pas de viande de porc, ni salaisons, pas de charcuterie, de viandes faisandées, de viande noire et gibier sauvage, pas de choux, choux-fleurs, salades et crudités, asperges, tomates, épinards, oseille, fraises, framboises, groseilles, oranges, pas de mets épicés, de fromages forts et salés (roquefort, brie, camembert, stilton, chester, etc.). On interdira les aliments trop acides, épicés, salés, sucrés.

On donne trop tôt la viande, surtout la viande rouge, aux enfants à peine sevrés; on abuse des viandes saignantes, des beefsteacks, des jus de viande; en agissant ainsi, on donne souvent le ténia aux enfants, mais on ne les fortifie pas, bien au contraire, et quand ils ont de l'eczéma, on l'exaspère. On devra toujours commencer par les viandes blanches (sauf le veau) : poulet, pigeon, ris de veau ou d'ageau, cervelles, côtelettes d'agneau; on en donne d'abord à un repas, et, après 3 ans, on peut en donner deux fois. Les viandes de canard, oie, dinde, paon, sont trop lourdes et trop indigestes pour les jeunes enfants. A la viande on doit préférer, en général, les œufs, les laitages et les végétaux : pain grillé et biscottes, soupes et panades, féculents en purée (pommes de terre, haricots, pois, lentilles). On se défiera des sucreries, des bonbons, des pâtisseries.

Cure d'air et cure thermale. — Il faut donner de l'air aux petits eczémateux, tout en évitant les intempéries; on les fera sortir tous les jours. On se trouvera parfois très bien d'un changement d'air, d'un transport à la campagne; mais on évitera le

bord de la mer. Les nourrissons ne sauraient être soumis à une cure thermale quelconque. Ce n'est que plus tard, dans la seconde enfance, quand l'eczéma passe à la chronicité, quand il n'est ni irrité, ni irritable, qu'on peut songer à la Bourboule, aux stations sulfureuses et aux alcalines.

Médicaments. — Chez les nourrissons, il faut s'abstenir des médicaments actifs qui ont la réputation ancienne d'être antidartreux ou antiherpétiques, tels que l'arsenic et les sirops dépuratifs en général. Il faut les réserver pour la seconde enfance et l'âge mûr. Chez les enfants du premier âge, il faut combiner l'usage modéré des alcalins à l'usage également modéré des laxatifs et des antiseptiques de l'intestin.

Si l'enfant a de l'embarras gastrique, des selles fétides, on se trouvera bien du calomel à doses fractionnées (1 centigramme par jour et par année d'âge en 3 ou 4 prises dans une cuillerée à café d'eau sucrée ou de lait).

S'il n'y a pas d'épiphénomène aigu du côté du tube digestif, on prescrira 2 ou 3 paquets contenant chacun : bicarbonate de soude, magnésie calcinée, benzonaphtol (15 à 30 centigrammes suivant l'âge), poudre de noix vomique (1/2 à 1 centigramme par jour et par année d'âge).

Ces paquets sont continués pendant 8 ou 10 jours, puis suspendus pendant un temps égal, pour éviter l'accumulation de la noix vomique. On peut modifier ces poudres en y ajoutant un peu de rhubarbe, un peu de pancréatine ou de pepsine. S'il y a de la diarrhée, remplacer la magnésie calcinée par le salicylate de bismuth. Chez les enfants très pâles et anémiques, j'ajoute quelques centigrammes de protoxalate de fer (2 à 5 centigrammes par jour suivant l'âge).

Grâce à ces médicaments, on obtient souvent la régularisation des fonctions gastro-intestinales et l'on favorise grandement l'action du traitement local.

2° Traitement local. — Tout d'abord il faut interdire les bains et se montrer sobre des pansements humides. Après avoir donné un bain de sublimé (1 p. 10000), on n'y reviendra pas et l'on attaquera directement l'eczéma par des topiques, d'abord anodins, puis actifs si la nécessité s'en fait sentir.

S'il y a des croûtes épaisses, on les fait tomber avec un cataplasme d'amidon. Puis on panse à sec, si le derme est rouge, suintant et douloureux. Les pansements humides dans ces cas entravent la kératinisation et il vaudrait mieux panser comme une brûlure (acide picrique à 1 p. 100). Si l'eczéma est prurigineux, les enveloppements avec les compresses imbibées de liniment oléo-calcaire ou d'huile de foie de morue sont très utiles. Les toiles de caoutchouc sont mal supportées par les enfants.

Avant de recourir aux pommades soufrées ou goudronnées, très irritantes, on s'adressera aux topiques doux : glycérolé d'amidon, vaseline ou lanoline avec oxyde de zinc à 1/10 ou sous-nitrate de bismuth (même dose). Les colles, les pâtes à l'oxyde de zinc peuvent être employées.

Le pansement sec donne parfois des résultats merveilleux dans les eczémas étendus ou les dermites eczématiformes irritées et suintantes. M. le Dr Comby emploie le mélange suivant :

Amidon	} ãã 20 gr.
Talc	
Lycopode	
Sous-nitrate de bismuth	
Acide salicylique	1 gr.
Menthol	0 gr. 50

On peut aussi employer le dermatol, l'aristol, etc. Mais le principe est toujours le même. Le poudrage calme les démangeaisons, protège les surfaces irritées, favorise la réparation de l'épiderme. C'est le traitement de choix des eczémas de la première enfance. A lui seul il peut suffire à la guérison d'une poussée d'eczéma. Mais il est incomplet, il n'atteint pas la cause intime que nous avons cherché à dégager et à combattre par le traitement interne indiqué plus haut (1).

(1) *Méd. mod.*, n° 4.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 Juin 1898.

Sur un nouvel élément constituant de l'air atmosphérique.

MM. William Ramsay et **Morris W. Travers** ont recherché si, outre l'azote, l'oxygène et l'argon, il n'existe pas dans l'air d'autres gaz qui ont échappé jusqu'ici à l'observation par suite de leur faible proportion.

On fait évaporer 750 centim. cubes d'air liquide, obtenu par la méthode de M. Hampson, à l'exception des 10 derniers centim. cubes, et on recueille le gaz produit par ce résidu dans un ballon. De ce gaz, on extrait l'oxygène avec du cuivre métallique, et l'azote à l'aide d'un traitement avec un mélange de chaux pure et de magnésium en poudre, suivi par l'action d'étincelles électriques en présence d'oxygène et de soude caustique : on obtient finalement 22 centim. cubes 2 d'un gaz montrant faiblement le spectre de l'argon, et, de plus, un spectre qui n'a pas encore été vu jusqu'ici et qui est caractérisé par une forte raie verte.

L'atmosphère contient donc un gaz nouveau, doué d'un spectre particulier, plus lourd que l'argon et moins volatil que l'azote, l'oxygène et l'argon. Les auteurs proposent de le nommer *krypton*, c'est-à-dire « caché ».

Il n'est nullement impropable qu'il existe encore dans l'atmosphère un gaz plus léger que l'azote.

L'acide carbonique de l'atmosphère.

MM. Albert Lévy et **H. Henriet** pensent que la baryte est l'absorbant par excellence de l'acide carbonique. Les différences de dosage que donnent la baryte et la potasse ont conduit les expérimentateurs à croire que ces alcalis ont une double action sur l'air atmosphérique; ils absorbent l'acide carbonique à peu près de la même façon; mais, au contact de l'oxygène de l'air, ils transformeraient en acide carbonique, et cela avec une vitesse différente, le carbone des matières organiques gazeuses qui existent dans l'air. Ces matières organiques gazeuses doivent être brûlées par l'ozone atmosphérique, ce qui expliquerait la faible proportion de ce gaz et même son absence dans l'air des villes.

Mucine nouvelle extraite d'un kyste ovarien.

M. Ch. Lapierre a extrait une mucine vraie (c'est-à-dire dédoublable par les acides étendus en hydrates de carbone et albuminoïdes), du contenu d'un kyste colloïde ovarien, multiloculaire, gélatineux.

Cette mucine se rapproche, par sa composition, des mucines des glandes sous-maxillaires et des tendons. Elle est différente des mucines connues par son insolubilité dans les alcalis étendus, par l'action des alcalis concentrés, par son insolubilité dans les acides minéraux et par la plupart de ses réactions.

Visibilité de la tache aveugle.

M. A. Charpentier. — Tout le monde admet l'invisibilité de la tache aveugle, cette région de la rétine où se fait la pénétration des fibres du nerf optique, en se basant sur ces faits : 1° qu'aucune fibre de ce nerf ne se termine dans la papille optique; 2° que cette région est inexcitable par la lumière.

M. Charpentier démontre que la papille optique, bien qu'insensible à la lumière et aveugle au sens propre du mot, est réellement représentée dans l'espace par des sensations visuelles positives occupant la même place que si elle était remplacée dans l'œil par un morceau de rétine en continuité avec le reste de cette membrane.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 Juin 1898.

Tumeur mixte du sein.

MM. Routier et Durante montrent les coupes d'une tumeur du sein opérée chez une femme de 60 ans. Cette tumeur avait évolué rapidement, sans bosselures, sans adhérences profondes, sans adénopathie. Macroscopiquement, elle offre à la coupe deux portions, l'une dure, enkystée dans du tissu graisseux par une coque fibreuse; l'autre molle, d'aspect membraneux avec nombreux pertuis remplis d'une matière puriforme jaunâtre. Histologiquement, la portion dure a la constitution du sarcome fuso-cellulaire à myéloplaxes; en certains points, les cellules sarcomateuses sont séparées par une substance amorphe, et parfois, sont entourées par une véritable capsule; on assiste à la formation de tissu cartilagineux, avec des points d'infiltration calcaire.

Dans l'autre portion, on se trouve en présence d'une prolifération épithéliale analogue à l'adénome. Il s'agit donc d'une tumeur mixte du sein, comme on en voit dans la parotide et dans le testicule.

Kyste de l'ovaire chez un nouveau-né.

M. Durante apporte un kyste de l'ovaire trouvé à l'autopsie d'un enfant de 8 jours. Cette tumeur, grosse comme une noisette, occupe le bord supérieur du ligament large droit. L'extrémité interne de l'ovaire semble s'y perdre.

Hémopéricarde par rupture d'un angiome sous-péricardique.

M. Lefas a trouvé, à l'autopsie d'une femme de 76 ans, le péricarde rempli de caillots, sans qu'on puisse incriminer une autre cause de l'hémorrhagie qu'un angiome de la face péricardique de l'oreillette gauche.

M. Letulle rappelle qu'il y a des observations d'hémopéricarde par rupture fissuraire de la veine coronaire.

Ulcérations intestinales urémiques; thrombose de la veine porte.

M. Castaigne présente les pièces d'un malade qui a succombé dans le service de M. Talamon à une urémie chronique à forme gastro-intestinale. La mort survint un jour presque brusquement, au milieu des signes d'une péritonite suraiguë.

Il s'agissait en réalité d'un épanchement hémorrhagique dans le péritoine dû à la rupture des branches de la veine mésaraïque. En même temps que des ulcérations urémiques disséminées dans l'intestin grêle, on constata à l'autopsie une thrombose des branches d'origine de la veine porte au niveau du foie, sans oblitération du tronc porte.

Au microscope, la thrombose est exclusivement portale; les cellules hépatiques, autour du thrombus, sont dégénérées, comme s'il s'agissait d'une infarctus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 Juin 1898.

Sérothérapie de l'empoisonnement par les champignons.

M. Claisse. — Les travaux modernes ont démontré que les effets toxiques des champignons sont dus à deux substances principales, douées de propriétés très différentes, l'une, la muscarine, franche et brutale, détermine rapidement de violents désordres gastro-intestinaux mais tue rarement; l'autre, la phalline (contenue particulièrement dans l'amaris phalloides) est plus sournoise et plus terrible, c'est seulement au bout de 12, 24, 36 heures qu'apparaissent les premiers signes d'un état cholériforme qui aboutit souvent au collapsus et à la mort.

Comparant l'action tardive de ce poison végétal à celle de toxines microbiennes, M. Claisse a eu l'idée d'appliquer à cet empoisonnement la sérothérapie qui a déjà donné des résultats remarquables pour d'autres poisons non microbiens (venins, ricine, abrine); il publie ses premiers résultats expérimentaux. Le cobaye, et surtout le lapin sont très sensibles à la phalline. Chez ces deux animaux le poison absorbé par la bouche reste inactif. Il tue à des doses très faibles si on l'introduit par voie veineuse ou sous-cutanée. L'accoutumance s'obtient assez facilement. En surveillant le poids de l'animal, on arrive assez rapidement à lui faire supporter des doses élevées.

Kyste hydatique suppuré du foie.

MM. Gilbert et Em. Weil communiquent l'observation d'un individu atteint d'un kyste hydatique du foie dont le contenu contenait du pus et des gaz. Bien que ce kyste ne communiquât ni avec le tube digestif ni avec l'appareil respiratoire, l'examen bactériologique de son contenu montre la présence des colibacilles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Juin 1898.

Cholédocotomie.

M. Ricard a constaté la tendance aux hémorrhagies chez les individus qu'on opère pour des lésions hépatiques. Il y a quatre ans, il a pratiqué une cholédocotomie à un malade qui a guéri après l'établissement d'une fistule biliaire dont la durée n'a pas excédé cinq à six semaines. Deux ans plus tard, survint une infection nouvelle qui fut transitoire. Il y a quelque temps les phénomènes infectieux hépatiques graves reparurent, et lorsque M. Ricard intervint, il fut surpris de la vascularisation des tissus, surtout quand il aborda les plans profonds.

M. Lejars est intervenu chez une femme de trente-cinq ans, sujette depuis cinq ans aux crises de coliques hépatiques et présentant depuis deux mois tous les signes de l'obstruction du cholédoque. Il trouva une vésicule petite, ne contenant pas de concrétions; en explorant le canal cholédoque, après avoir détruit quelques adhérences; il constata, vers sa partie moyenne, le relief d'un gros calcul, enclavé. La vésicule fut incisée, et l'incision prolongée sur toute l'étendue du canal cystique : M. Lejars parvint alors à mobiliser le calcul, par une pression exercée de bas en haut sur le cholédoque, et à le faire remonter assez haut pour qu'une pince pût le saisir et l'extraire. L'incision du canal cystique et d'une partie de celle de la vésicule furent réunies, et deux drains laissés dans le foyer. Au troisième jour, survint une première selle colorée; l'ictère s'atténua et disparut rapidement; l'écoulement biliaire dura peu, et, un mois plus tard, la cicatrisation était complète. Depuis, la santé s'est complètement rétablie.

Fistule urinaire vaginale due à la destruction de la portion initiale de l'urèthre.

M. Nélaton communique l'observation d'une femme qui, à la suite d'un accouchement vaginal, fut atteinte, au bout de trois jours, d'une fistule vaginale. Une opération, pratiquée à Poitiers et de nature restée inconnue, ne la guérit pas.

Lorsque M. Nélaton vit la malade le vagin était extrêmement rétréci et au fond, près du col, en avant, on sentait au doigt un orifice grand comme une pièce de cinquante centimes et qui était la fistule. Une sonde introduite par le méat ne pénétra pas dans la vessie, mais ressortit par le vagin. Il s'agissait donc non d'une fistule vésico-vaginale ordinaire, mais d'une fistule urinaire due à la disparition de l'urèthre à sa naissance.

M. Nélaton fit une opération comprenant : 1° le débridement unilatéral de la vulve et du vagin; 2° l'exécution du premier temps de l'hystérectomie vaginale de façon à libérer le col et à abaisser l'utérus; 3° l'avivement des bords fistuleux et sutures au catgut.

Jusqu'au douzième jour tout alla très bien; un suintement

urineux se produisit alors. L'examen montra qu'il s'agissait seulement d'un point qui avait lâché et, six semaines plus tard, on a pu aviver et suturer le petit orifice. La guérison est survenue cette fois complète et l'est demeurée. Aujourd'hui la malade garde bien ses urines quand elle est couchée; quand elle est debout, elle peut les conserver une heure; l'absence du sphincter uréthral, détruit, explique pourquoi la contention n'est pas parfaite.

M. Chaput remarque que le débridement de la vulve donne, en effet, les meilleurs résultats toutes les fois qu'il s'agit d'une vulve étroite, d'un vagin rétréci et qu'on est obligé d'intervenir profondément. Cette opération s'exécute très simplement; la section des parties molles doit se faire par transfixion de l'ischion vers le vagin et non de la vulve vers l'ischion. A égale distance entre la vulve et l'ischion, on ponctionne la peau avec un grand couteau à amputation; on pousse la pointe en haut vers le vagin et on la fait ressortir un peu au-dessous du col; on coupe ensuite toutes les parties molles comprise, entre le couteau et le vagin, y compris celui-ci. Contre les jets artériels qui s'élancent, on applique des pinces; on place ensuite une valve postérieure sur ces pinces et, sans en être gêné, on commence l'intervention.

La vulve est considérablement agrandie par le débridement. Une vulve de 4 centimètres devient de 8 centimètres, et, avec un second débridement pratiqué du côté opposé, elle devient de 12 centimètres.

Après l'intervention on suture le débridement à la façon d'une périnéorrhaphie et il ne reste aucune cicatrice.

Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère.

M. Routier fait un rapport sur deux observations de **M. Delbet** relatives à l'occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère.

Dans les deux cas de Delbet, la torsion s'est produite dans le sens des aiguilles d'une montre. L'anse duodénale et l'anse cæcale étant fixes, celles-ci ont subi l'effet produit par la torsion et présentaient une variété d'occlusion remarquable, par ce fait qu'il existe deux points d'étranglement, l'un au commencement et l'autre à la fin de l'intestin grêle, cette torsion réalisant une sorte d'occlusion de toute la masse flottante du petit intestin. Si on regarde les deux anses, jéjunale et cæcale, on a l'impression de les voir s'engager dans un même trou, comme s'il s'agissait d'une hernie rétropéritonéale.

Pour remédier à l'inversion, une seule manœuvre est à faire : il faut avoir recours à l'éviscération totale. Tout le paquet formé par l'intestin grêle distendu doit être entouré de compresses chaudes, saisi à pleines mains, soulevé pour tendre le mésentère : on procède à la détorsion en lui imprimant un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite. Après un tour et un quart, dans le deuxième cas de M. Delbet, le mésentère et l'intestin se retrouvèrent dans leur position normale.

De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse aiguë.

M. Lejars a observé 2 cas de péritonite tuberculeuse, qui, chez l'un des malades s'est présentée avec tous les caractères de l'occlusion intestinale, et chez l'autre avait toutes les apparences de l'appendicite compliquée de péritonite généralisée.

Le premier cas est celui d'un homme de 35 ans, qui était entré dans le service de M. Debove, avec des phénomènes d'occlusion intestinale; le ventre était très distendu, la face grippée, le pouls petit : il y avait là pourtant quelques émissions gazeuses, et l'impression fut d'abord celle d'une pseudo-occlusion. On donna un lavement électrique, mais la situation empira, et, dans la nuit du 21 janvier, survenait un abondant vomissement fécaloïde. Dès le matin, la laparotomie était faite : on tomba sur un épiploon farci de granulations tuberculeuses. Au-dessous de lui, l'intestin était recouvert du même semis : il était également distendu dans tous les segments, et nulle part, n'existait d'obstacle mécanique. Le ventre fut donc refermé purement et simplement. Dans la soirée, le malade allait spontanément à la selle, et une garde-robe copieuse témoignait de la cessation de l'occlusion paralytique. Dès lors, les accidents disparurent, et, bien que cet homme reste encore pâle et amaigri, sa santé générale est en voie d'amélioration et les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement.

La seconde malade est une femme de 40 ans, dans laquelle l'affection avait débuté brusquement 4 ou 5 jours avant, par des douleurs et des vomissements; les vomissements avaient continué depuis lors, ils étaient fréquents, noirâtres; le ventre était ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée; la langue était sèche, la température de 38°5, le pouls à 120, le faciès très mauvais. L'hypothèse la plus probable paraissait être celle d'appendicite compliquée de péritonite généralisée. On fit la laparotomie iliaque et on trouva tout de suite le cæcum et l'appendice : il n'y avait pas d'adhérences, pas de pus, pas de liquide, mais tous deux étaient recouverts d'un semis de granulations tuberculeuses qui existaient aussi sur l'épiploon et sur le reste de l'intestin. La plaie fut simplement réunie. La situation s'améliora dès le lendemain et cette amélioration se continua de telle sorte, que, 3 mois après, l'opérée pouvait quitter l'hôpital.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 Juin 1898.

Périostite gommeuse du tibia.

M. L. Jacquet montre un malade présentant, à la face antérieure des deux tibias déformée et bosselée, des nodosités osseuses. C'est le reliquat d'une véritable éclosion de gommes périostiques typiques, c'est-à-dire de nodosités du volume d'une noisette, dures à leur périphérie, d'une résistance élastique au centre.

Survenues, il y a quelques mois, chez cet homme, atteint de chancre il y a 5 ans, elles ont résisté, sans la moindre atténuation, à 15 jours de frictions mercurielles et d'iodure de potassium à la dose quotidienne de 5 à 8 grammes, pour céder, en quelques jours, à deux injections de calomel. Dès le lendemain de la première injection, faite à la dose de 5 centigrammes, il y a eu sédation manifeste des douleurs, très vives jusque-là.

Glycosurie transitoire ayant succédé à l'emploi de la somatose chez une nourrice.

M. L. Rénon a eu l'occasion d'employer la somatose chez une nourrice de 40 ans, neurasthénique, dont le lait avait considérablement diminué après une légère atteinte de grippe. Le résultat fut d'abord excellent, la sécrétion lactée se rétablit très rapidement et devint très abondante; mais, 3 semaines après, la malade était devenue glycosurique. Les urines contenaient 3 grammes de sucre par litre, leur densité n'étant que de 1,018. Comme l'enfant ne voulait plus teter, on fit supprimer la somatose, et la glycosurie, ainsi que la lactation, disparurent en très peu de temps.

La glycosurie semble donc, dans ce cas, liée à l'usage de la somatose, puisqu'elle apparut et disparut en même temps que celle-ci.

Comment expliquer l'action de la somatose sur la glycosurie? Peut-on invoquer une action directe? Celle-ci, bien improbable au premier abord, ne paraît pas devoir être écartée de parti pris, car Naunyn et Lépine ont vu des diabétiques rendre beaucoup de sucre après avoir ingéré beaucoup de viande, et quelques chimistes (F. Muller, Hammarsten, F. Blumenthal, Kravkow, etc.) ont pu obtenir du sucre aux dépens de certaines matières protéiques; enfin, d'après Pavy, les matières albuminoïdes auraient la constitution des glucosides.

S'agit-il, au contraire, d'une glycosurie liée à l'abondance de la sécrétion lactée, et produite, comme le veut Lecorché, par l'absorption d'une très grande quantité de sucre formée par les seins et non éliminée? La somatose n'aurait alors fait que dépasser le but, en provoquant une lactation trop abondante.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, l'alimentation par les albumoses et par la somatose est digne d'attirer

l'attention, et il serait bien utile d'en préciser les avantages ou les inconvénients thérapeutiques.

Gangrène du poumon traitée par la pneumotomie.

MM. Gaillard et **H. Bernard.** — Un homme âgé de 51 ans, anémié et cachectique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 23 mai. Il crache du pus fétide.

A la base droite, on constate, en arrière, de la matité et du souffle tubaire; dans l'aisselle, de la matité avec suppression du murmure vésiculaire.

On admet un foyer de gangrène pulmonaire au milieu d'un bloc d'hépatisation du lobe inférieur droit. On pourrait songer à une pleurésie purulente ouverte dans les bronches, mais la ponction, pratiquée en arrière sur deux points distincts, ne fournit que du sang, l'aiguille ayant pénétré dans le parenchyme pulmonaire.

L'origine de cette gangrène échappe; il n'y a ni diabète ni tuberculose.

Le 26 mai, M. Blum pratique la thoracotomie et résèque deux segments des 8e et 9e côtes, et incise à l'aide du thermocautère le poumon adhérent à la paroi. On voit s'écouler un flot de pus fétide avec des lambeaux de poumon sphacélé. Le doigt pénètre dans une cavité pulmonaire spacieuse. Pas d'hémoptysie.

Après l'opération, la fétidité des crachats disparaît. Malheureusement, la fièvre, qui n'existait pas avant l'opération, s'allume : 40° le soir. Le malade succombe le 9e jour.

A l'autopsie on trouve une collection purulente enkystée dans la plèvre droite, en avant, et en bas sur le diaphragme. Sa situation explique pourquoi elle a échappé à la thoracotomie largement pratiquée. En même temps, il y a de la péricardite et une hypertrophie du foie. Dans le poumon droit, pas d'autre foyer gangréneux que celui dont on a favorisé l'évacuation pendant la vie. Pas de tubercules, ni à droite, ni à gauche.

L'examen bactériologique du pus de la pleurésie et du pus péricardique, sur lamelles, a montré l'existence de streptocoques et surtout de staphylocoques; les cultures ont donné des colonies prédominantes du staphylocoques.

M. Rénon a pu, dans un cas analogue, guider le chirurgien qui ouvrit une caverne gangréneuse; malheureusement, l'opération fut pratiquée trop tard, le malade mourut.

M. Netter croit que l'opération doit être pratiquée très rapidement, et qu'elle donne souvent de bons résultats. Mais poser ces indications est chose délicate. En premier lieu, il faut être certain que le malade à opérer est atteint de gangrène pulmonaire et non de dilatation bronchique avec sphacèle superficiel; dans ce dernier cas, l'opération est nuisible, car le chirurgien, en bourrant la cavité de gaze, comprime les bronches voisines, et favorise ainsi leur gangrène. En second lieu, il faut pouvoir espérer que le foyer de gangrène pulmonaire est unique, ce que l'on n'est jamais capable d'affirmer; ce n'est pourtant que dans ce cas que l'opération est utile.

Méningite à pneumocoques.

M. Florand a observé à Clichy, un nouveau cas de méningite cérébro-spinale chez une fille de 12 ans, qui est morte après 10 jours de maladie. Rien de bien spécial dans les symptômes.

Début subit, le 29 mai, par douleurs de tête, constipation et vomissement, bientôt suivis de raideur très accentuée du dos et de la nuque, raideur douloureuse qui s'accentue à partir du 5e jour, quand on fait asseoir la malade, et qui est accompagnée dans cette position de flexion de la jambe sur la cuisse, avec douleur du genou, flexion qu'il n'est pas possible de vaincre (signe de Kernig).

Le 6e jour, aphasie passagère.

Le 8e jour, paralysie droite; aphasie.

Dans la soirée, la malade tombe dans le coma et meurt le 10e jour. Le pouls est toujours resté fréquent; la température a oscillé entre 38° et 39°. Pas de phénomènes convulsifs.

15 jours avant le début de la maladie, l'enfant avait eu un peu de catarrhe nasal.

La ponction lombaire a été pratiquée le 9e jour par M. Netter, qui communiquera ultérieurement les résultats complets de l'examen bactériologique. L'examen des tubes, laissés à l'étuve sans aucune addition, lui a montré la présence, dans les flocons de liquide céphalo-rachidien, de cocci nombreux disposés par deux et formant parfois de petites chaînettes.

Les tubes de bouillon ensemencé ont donné naissance à un développement appréciable au bout de 36 heures.

Une souris, inoculée sous la plèvre, a présenté le méningocoque dans le sang.

Enfin, la culture du sang, retirée de la pulpe du doigt, a donné lieu à un développement appréciable des mêmes microorganismes dans un tube sur trois.

Le mucus nasal ensemencé a montré surtout la présence des staphylocoques pyogènes blancs et jaunes.

M. Dalché observe, depuis très longtemps, un malade dont l'histoire lui paraît venir à l'appui de l'opinion de M. Sevestre et de M. Netter sur les méningites curables. Il s'agit d'un homme qui, il y a plus de 10 ans, fut atteint d'une pneumonie extrêmement grave. Pendant la convalescence survint une méningite qui guérit en une dizaine de jours. Depuis, cet homme a repris ses occupations.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 9 Juin 1898.

Vésanies post-opératoires.

M. Doléris admet avec M. Picqué que, le plus souvent, les femmes qui présentent des troubles graves vésaniques sont prédisposées à cette complication et quand on recherche dans leurs antécédents, on trouve des tares névropathiques (folie, épilepsie, hystérie, etc.). Ces névropathes recherchent quelquefois les opérations; d'autres, au contraire, les craignent et c'est parmi celles-ci que l'on trouve les vésaniques. On assiste alors à de véritables accès de manie quelquefois primitifs, plus souvent simple récidive d'accidents.

M. Doléris insiste surtout sur certaines formes de vésanie localisée qu'il appelle *psychose localisée*. Les accidents se localisent aux organes génitaux. Certaines femmes ont de l'hyperesthésie génitale, d'autres de l'anesthésie. Elles n'ont plus de sensations génitales, elles ne sentent plus le jet d'urine passer dans l'urèthre. D'autres, enfin, croient ne plus avoir d'organes génitaux internes et externes. Une de ses malades était tellement persuadée de cette idée qu'on a été obligé de lui montrer ses propres organes génitaux à l'aide d'une glace. Ces psychoses localisées sont, du reste, assez rares, elles guérissent toujours.

M. Charpentier a observé dernièrement une femme qui se sentait devenir folle, et qui demandait un traitement pour empêcher ces idées noires.

Après l'avoir examinée, M. Charpentier ne trouva rien pouvant expliquer cette manifestation vésanique. Cependant, comme elle avait un très léger degré de prolapsus utérin, il lui conseilla de porter un pessaire. Sous l'influence de ce simple traitement, tous les phénomènes psychiques ont disparu.

Bassins rachitiques rétrécis transversalement.

M. Fournier (Amiens). — On sait que le rachitisme a pour caractéristique d'aplatir le bassin d'avant en arrière. Dans quelques cas, cependant, la dystrophie osseuse amène une réduction des diamètres transversaux du bassin. Il est malheureusement assez difficile de mesurer le diamètre transverse sur le vivant, aussi l'on a peu de renseignements quand il s'agit de choisir le moment de provoquer l'accouchement. Ces bassins sont souvent graves et conduisent à des opérations sérieuses pour la mère, comme la symphyséotomie ou la césarienne.

Rétention d'un placenta abortif.

M. Loviot a soigné une sage-femme qui, après un avortement, garda 101 heures son placenta dans l'utérus. L'état général étant satisfaisant et l'arrière-faix étant adhérent dans

toute sa totalité, M. Loviot se décida à ne faire qu'un traitement d'attente. Il pratiqua des injections intra-utérines au permanganate de potasse et fit prendre à la malade 1 gramme de sulfate de quinine dans les 24 heures. On sait que cet agent est un excellent ocytocique et qu'il a l'avantage de ne pas amener de rétraction de l'utérus comme le seigle ergoté. Les contractions survinrent bientôt et le délivre fut expulsé. M. Loviot croit que, dans ces cas de rétention placentaire, il faut se garder d'employer le sublimé qui amène facilement de l'intoxication, le placenta formant éponge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 16 Mai et du 13 Juin 1898.

De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal.

M. Briand. — L'aliéné, comme le prisonnier, est privé de sa liberté, et, de même que le prisonnier ou le militaire, il n'a pas le choix du médecin qui lui donne ses soins.

Il a été placé à l'asile en vertu d'une demande faite soit par lui-même, soit par sa famille, soit par un étranger plus ou moins en relation avec lui, ou d'un arrêté préfectoral. La nature du placement doit-elle influer sur la décision du chirurgien?

M. Briand estime, pour sa part, que les raisons déterminantes de l'intervention chirurgicale chez les aliénés, loin d'être empruntées à des considérations étrangères au malade, doivent uniquement découler de son observation étroite à l'exclusion de toute autre préoccupation.

Lorsque l'aliéné compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes, c'est par un arrêté préfectoral qu'il est privé de sa liberté. La famille n'intervient en rien dans la détermination prise par l'autorité administrative. La famille est légalement ignorée du médecin qui, en fait, ne la connaît souvent pas. Le chirurgien appelé en consultation par le médecin traitant ne peut donc, dans ce cas, provoquer l'avis des parents. Il ne s'inspirera, dans sa détermination, que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention.

Tiendra-t-il compte du refus que pourra lui opposer l'aliéné? Un exemple fera mieux comprendre les difficultés qui se présentent en pareille circonstance. Une jeune fille majeure fut atteinte d'un délire de persécution à début brusque; elle avait en même temps un volumineux corps fibreux de l'utérus. Aliénistes et chirurgiens, pensant que les troubles de la menstruation pouvaient être pour beaucoup dans l'étiologie de la folie, conseillèrent l'hystérectomie. L'aliénée, quoique lamentablement persécutée, était très lucide et se refusait à toute opération, malgré les plus vives insistances de ses proches. Cependant, les métrorrhagies devenant inquiétantes, on l'opéra; elle guérit de son fibrome, mais les troubles intellectuels persistèrent.

Si les métrorrhagies n'avaient pas tranché la question en forçant la main de l'opérateur, nous pensons que l'intervention s'imposait quand même, parce que les hommes de l'art estimaient qu'il y avait une relation de causalité entre le fibrome et la folie. M. Briand ne croit pas que le médecin puisse justifier sa non-intervention par le refus d'un aliéné, refus causé par le trouble profond des facultés intellectuelles. La folie est une affection si épouvantable que le médecin doit tout mettre en œuvre pour la combattre, même malgré l'aliéné qui demeure toujours — il ne faut pas l'oublier — dans l'ignorance complète de son état mental.

Étude médico-légale des interventions chirurgicales pratiquées chez les militaires.

M. Granjux. — Les conditions dans lesquelles les interventions sont pratiquées chez les militaires sont mal connues dans le public, et cela surtout parce que l'absence de tout document exposant la question a permis aux légendes les plus invraisemblables de prendre naissance et de se développer tout à l'aise.

Sauf deux exceptions, toute opération n'est pratiquée chez un militaire, ne fût-il que soldat de 2e classe, qu'avec son consentement.

La première exception concerne les opérations à pratiquer d'urgence chez un sujet en état d'obnubilation intellectuelle à la suite d'un traumatisme ou d'une grave complication survenue soudainement au cours d'une maladie. Inutile de dire que cette dérogation n'est pas spéciale à l'armée.

La deuxième exception est constituée par la vaccination et la revaccination qui sont imposées à tous les hommes de troupe.

A la caserne, le médecin militaire représente l'atténuation aux rigueurs de la vie militaire; c'est lui qui dispense des corvées, de l'exercice, des gardes, c'est lui qui est le confident des petites misères et laisse s'ouvrir la porte de l'infirmerie, c'est lui qui demande les permissions à titre de convalescence. A l'hôpital, son rôle protecteur grandit encore : c'est lui qui tient les parents au courant de la maladie de leur enfant, c'est lui qui accorde, en réalité, les congés et prend l'initiative des réformes, des retraites, etc., c'est, en quelque sorte, le représentant de la famille. C'est de toutes ces choses que se fait l'autorité du médecin militaire à l'égard de ses malades; elle repose donc presque exclusivement sur la confiance et l'estime. Généralement elles sont telles que, de lui-même, le soldat réclame souvent, avant de rentrer dans ses foyers, l'opération qui devra mettre fin à une défectuosité dont, mieux éclairé, il apprécie désormais l'importance : circoncision, opération du strabisme, ablation de kystes, cure radicale de la hernie, etc.

A l'heure actuelle, quand un médecin militaire a le malheur de perdre un malade, il faut que, dans un rapport écrit, il démontre que sa conduite a été de tous points irréprochable, et que l'on ne pouvait agir mieux; il faut qu'il dégage sa responsabilité et s'efforce de faire partager sa conviction, en haut lieu, à un ou plusieurs juges qui, du fond de leur cabinet et sans avoir vu le malade, n'hésiteront pas à trancher la question. Si le plaidoyer n'est pas habile, malheur à l'avocat; il recevra par la voie hiérarchique, c'est-à-dire par l'intermédiaire de ses chefs militaires, une critique de ses actes telle que sa situation professionnelle sera irrémédiablement perdue et qu'il n'aura plus qu'une ressource : demander son changement! Or, comme toute opération s'accompagne d'aléa, quelle que soit la valeur du chirurgien, on conçoit que les médecins militaires, à l'exception de quelques personnalités que leur notoriété scientifique met à l'abri de la critique, redoutent les interventions chirurgicales, et ne les pratiquent que la main forcée. Par suite, le corps de santé, au lieu d'être en proie à la « manie opératoire », comme d'aucuns l'en accusent, serait plutôt atteint d' « opératophobie. »

Quelles sont, pour un militaire, les conséquences du refus de se soumettre à une opération?

Est-il besoin de dire que la chose n'a jamais été considérée comme un refus d'obéissance, et déférée, comme telle, aux tribunaux militaires? Si le refus de subir une opération n'a pour un militaire aucune conséquence disciplinaire, il peut ne pas en être de même au point de vue de sa situation militaire d'une part, et de son recours vis-à-vis de l'Etat d'autre part, si l'accident initial est arrivé en service commandé.

Ce sont là des questions d'espèce, mais qu'on peut cependant élucider, si l'on se reporte aux indications générales qui amènent le chirurgien à proposer une intervention, et si on les groupe ainsi : 1° opérations nécessaires pour sauver l'existence; 2° opérations orthopédiques ayant pour but de mettre les parties mutilées en bonnes conditions de fonctionnement; 3° opérations destinées à faire disparaître une infirmité.

Ce sont, peut-être, les interventions du premier groupe qui sont le plus fréquemment refusées, notamment quand il s'agit de gros sacrifices, comme celui d'un membre, sacrifices devant lesquels on recule souvent, surtout les officiers. En pareille circonstance, le refus n'est préjudiciable qu'au blessé; il augmente ses chances de mort; s'il guérit, son degré d'invalidité sera, au point de vue de l'indemnité pécuniaire, inférieur à ce qu'il aurait été après amputation. Par suite, l'autorité militaire n'a pas à connaître de ces refus.

La deuxième catégorie d'opérations vise surtout l'orthopédie des mutilations. Qu'il s'agisse d'un accident de la main ou du pied, par exemple, on se propose, en pareil cas, d'obtenir, en même temps qu'une guérison rapide, un membre pouvant

permettre partie du fonctionnement normal. Tout ce que le blessé gagne ainsi est pour lui chose capitale, tandis que pour l'Etat cela a bien moins d'importance, car s'il est responsable de l'accident, le quantum de la pension sera peu ou prou influencé par ces nuances. Dans ce cas encore, le blessé qui repousserait l'intervention opératoire proposée ne ferait de tort qu'à lui, et le commandement n'a pas à intervenir en ces affaires.

Les faits du troisième groupe appartiennent à ces petites infirmités dont on se débarrasse d'habitude rapidement : rétrécissement de l'urèthre, fistule anale, hydrocèle, etc. Il est évident que l'on ne saurait prendre, à l'égard de cette catégorie de malades, une solution définitive, tant qu'ils n'auront pas été soumis à la cure opératoire. S'ils repoussaient l'intervention proposée — et pour notre part nous n'en connaissons pas d'exemples — le médecin n'aurait qu'à renvoyer l'homme à son corps et à en rendre compte.

Il est probable qu'en pareille circonstance le commandement prescrirait de garder, jusqu'à nouvel ordre, l'individu en question au quartier et de l'utiliser dans la mesure de ses forces en lui évitant toutefois les exercices de nature à augmenter son infirmité. En somme, dans ces cas, comme dans les précédents, le refus de se laisser opérer n'aurait d'inconvénients que pour le blessé, et n'entraînerait aucun préjudice pour l'Etat.

La question des interventions chirurgicales pratiquées dans l'armée peut donc se résumer dans ces termes : les opérations sont aussi rares que possible ; inspirées par de sages doctrines, elles ne sont pratiquées qu'avec le consentement du malade, qui conserve vis-à-vis de l'opérateur tous les droits que la loi lui accorde en cas de dommage causé par un homme de l'art. Le refus de se laisser opérer est exceptionnel ; s'il se produisait, il ne donnerait lieu à aucune peine disciplinaire, mais ne pourrait, outre l'aggravation probable de l'état du blessé, qu'amener des retards dans la liquidation de sa situation militaire.

M. Vallon ne partage pas l'opinion de M. Briand d'après laquelle le chirurgien doit toujours intervenir quand le délire de l'aliéné est sous la dépendance d'une affection chirurgicale. Il pense plutôt que les seuls cas où le chirurgien soit autorisé à intervenir sont ceux où il s'agit d'une affection immédiatement grave et mettant manifestement l'aliéné en danger de mort.

M. Picqué croit que la formule est beaucoup moins simple que le pense M. Vallon. Tout le monde est d'accord que l'intervention chirurgicale ne saurait être discutée dans les cas urgents. M. Briand semble avoir écarté ces cas à juste titre. Ainsi qu'il l'a montré, la difficulté commence en face des aliénés curables et atteints d'affections chirurgicales chroniques, mais encore curables par une opération, mais qui ne le seront peut-être plus, si l'on attend le bon vouloir de l'aliéné, qui, il ne faut pas l'oublier, n'est pas apte à juger sainement son cas.

Il ne faut pas oublier que des héritiers trop pressés se sont refusés à laisser opérer des parents pour une affection qu'ils savaient devoir déterminer la mort dans un délai plus ou moins éloigné.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Juin 1898.

Toxicité du naphtol camphré.

MM. Legendre et **Desesquelle**, après une analyse rapide des divers accidents provoqués par le naphtol camphré dans ses diverses applications, rapportent un certain nombre d'expériences entreprises chez le chien.

Un chien de 12 kilogrammes qui ingère 10 grammes de naphtol meurt rapidement. Un chien de 15 kilogrammes qui reçoit dans le péritoine 3 grammes de naphtol camphré présente pendant 10 minutes des phénomènes tétaniformes et du tremblement. Puis sa température s'abaisse et il meurt en 35 heures. Un chien qui n'a reçu que 1 gr. 50 de naphtol camphré dans son péritoine se rétablit, mais il meurt si, une fois rétabli, on lui injecte à nouveau 3 grammes de naphtol camphré.

Pour ce qui est de la thérapeutique médicale, MM. Legendre et Desesquelle pensent que chez l'homme on peut prescrire :

1° Par voie stomacale, le naphtol camphré à la dose d'un centimètre cube par jour à la condition que ce naphtol soit en émulsion ou en dissolution dans un excipient tel que l'huile.

2° Par voie péritonéale on ne doit pas employer chez l'homme une injection dépassant 5 centimètres cubes. Il serait même préférable de s'en tenir à une injection de 1/2 centimètre cube, quitte à répéter cette injection à plusieurs reprises.

3° Par voie rectale, sous forme de suppositoires, le naphtol camphré a été prescrit sans inconvénient à dose quotidienne de 35 centigrammes.

On sait que le naphtol camphré, mélange de naphtol et de camphre, est un liquide très dissociable. Les accidents épileptoïdes qu'il provoque parfois semblent imputables au camphre.

L'association des deux substances en un liquide exalte la puissance toxique des deux substances et peut-être aussi leur pouvoir antiseptique.

Note sur l'essence de niaouli purifiée.

M. Dubousquet-Laborderie. — L'essence de niaouli doit être absolument pure pour produire les effets anti-spasmodiques, anti-douloureux, et pour avoir les propriétés anti-catarrhales et anti-évolutives qu'on est en droit d'attendre de ce médicament.

C'est un précieux modificateur des muqueuses, très supérieur à ses congénères. Il agit sur les muqueuses sans offenser le tube digestif ou le rein.

A dose élevée, même par voie sous-cutanée, l'essence de niaouli n'est ni toxique, ni caustique.

Ses applications sont multiples comme ses propriétés.

On se trouvera bien de l'emploi de l'essence de niaouli dans la tuberculose pulmonaire, le coryza, les amygdalites, le rhumatisme, les maladies du rein et des voies urinaires (cystite, blennorrhagie, etc.).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 Mai 1898.

Hémorrhagie intestinale chez une dothiénentérique.

M. Davezac communique l'observation d'une femme de 21 ans qui après 8 jours de malaise entre à l'hôpital avec des vomissements, de la diarrhée et du hoquet. L'état général est celui de l'ataxo-adynamie : stupeur du visage peu anémié, yeux excavés et ternes, langue rôtie, gencives fuligineuses, tégument du tronc et de l'abdomen couvert de taches rosées et de pétéchies d'âge différent, ventre ballonné, avec hyperesthésie très vive, surtout prononcée vers la fosse iliaque droite ; empâtement du cul-de-sac vaginal droit ; température du soir, 37°8 ; pouls très petit et irrégulier, à 124 ; choc précordial à peine sensible, battements cardiaques faibles et rythme fœtal très manifeste. Légère congestion des deux bases pulmonaires. Urines rares, miction involontaire.

Le lendemain, la malade a une selle ocreuse dans la nuit avec vomissements fétides, presque fécaloïdes. Malgré cette température exceptionnellement basse, on diagnostique une fièvre typhoïde arrivée au milieu de son deuxième septenaire. Le séro-diagnostic donne du reste un résultat positif.

Cet état très grave persiste avec une température de 37-38° pendant 2 ou 3 jours. Au bout de ce temps, les phénomènes généraux restant toujours les mêmes, la température monte à 40°. On donne des bains froids qui n'amènent aucune modification et la malade succombe 5 jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie a montré les lésions d'une fièvre typhoïde à la période du deuxième septenaire, c'est-à-dire que les plaques de Peyer les plus infiltrées commençaient à s'ulcérer ; mais le cæcum était rempli d'une bouillie splénique, sanglante, ayant infiltré les membranes de l'intestin de telle sorte que la fin épaissie de l'iléon et le tout commencement du côlon offraient une teinte brun noirâtre uniforme, due à l'imbibition en partie cadavérique, où nulle ulcération n'était possible à distinguer.

D'autre part, la paroi stomacale, d'aspect uniformément saburral et semée partout d'un piqueté hémorrhagique, témoignait évidemment d'une gastrite alcoolique.

Rate doublée de volume et ramollie en totalité; foie petit et déjà un peu graisseux; cœur tout à fait flasque; poumons congestionnés.

Organes génitaux sains. Veines du petit bassin gorgées de sang.

Traitement de la conjonctivite diphthérique par les instillations de sérum.

M. Mongour. — Au mois de février 1898 éclata à l'hôpital des Enfants-Assistés une épidémie de diphthérie oculaire. Malgré les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique, malgré un traitement local soigneusement institué, trois enfants eurent la vue compromise : deux perdirent un œil; la troisième, emportée par ses parents, présentait une infiltration totale des deux cornées.

Après un temps d'arrêt, l'épidémie sévit de nouveau pendant le mois de mai. M. Mongour eut alors la pensée d'instiller directement le sérum dans les yeux des enfants atteints de diphthérie oculaire. Sept malades furent ainsi traités; dans tous les cas, il s'agissait de diphthéries associées aux streptocoques ou aux staphylocoques; malgré une infiltration commençante de la cornée dans deux cas, tous ces petits malades ont complètement et rapidement guéri.

Le traitement était conduit de la manière suivante : lavage matin et soir des yeux à l'eau boriquée et instillation toutes les 4 heures environ de quelques gouttes de sérum. Occlusion complète des paupières. Outre ce traitement local, tous les enfants recevaient, quel que soit l'âge, 20 centimètres cubes de sérum en injection hypodermique.

Malgré les résultats favorables obtenus, M. Mongour aurait conservé quelques doutes sur l'efficacité du traitement local en question, d'autant qu'il était associé aux injections hypodermiques, s'il n'avait découvert d'intéressants travaux capables d'affermir cette conviction.

Tout d'abord, en 1897, Coppez a communiqué à la Société française d'ophthalmologie, une série d'expériences fort intéressante. A trois lapins, il pratique une légère plaie cornéenne et instille au-devant de la conjonctive de la toxine diluée au 1/10.

Le premier lapin ne subit aucun traitement et présente rapidement une altération cornéenne totale. Le deuxième lapin, traité exclusivement par les injections hypodermiques de sérum, présente une réaction locale de moyenne intensité. Le troisième lapin, traité simultanément par les injections sous-conjonctivales et hypodermiques de sérum, est indemne.

Coppez avait pratiqué la petite plaie cornéenne pour faciliter l'absorption de la toxine; pour ce même motif, il faisait l'injection sous-conjonctivale. De ses recherches, il concluait que l'injection sous-conjonctivale de sérum antidiphthérique est indiquée : 1° Dans les cas urgents où la cornée est menacée; 2° Dans les conjonctivites diphthériques monoculaires comme moyen certain de protéger l'œil sain.

Des expériences plus convaincantes furent faites au mois de mars 1898 par MM. Morax et Elmassion. Ces expérimentateurs ont démontré que la toxine diphthérique instillée sur la muqueuse oculaire, en l'absence de toute lésion et de tout trauma de la couche épithéliale, provoque des lésions locales qui n'atteignent leur acmé que 36 à 48 heures après le début de l'instillation et qui ne diffèrent en rien de celles que provoque l'inoculation du bacille.

Si donc la toxine diphthérique est capable de produire dans ces conditions de tels désordres locaux, pourquoi ne pas admettre que l'antitoxine appliquée sur la conjonctive puisse produire une réaction favorable? Etant donnée du reste l'altération de la couche épithéliale à un degré quelconque dans la conjonctivite diphthéritique, nous retombons dans les expériences de Coppez, mais en constatant que l'injection sous-conjonctivale de sérum peut être avantageusement remplacée par la simple instillation.

L'expérimentation démontre en tous cas que ces instillations ont un effet favorable; la clinique prouve qu'elles n'ont pas d'effet nuisible. M. Mongour demeure donc convaincu que cette méthode thérapeutique n'est pas une conception purement spéculatrice et désirerait qu'elle fût utilisée systématiquement. Toutefois, il croit qu'on devra, dans tous les cas, employer conjointement les injections hypodermiques de sérum pour se mettre plus sûrement en garde contre les accidents post-diphthéritiques toujours à redouter, quelle que soit la surface où végète le bacille et d'où qu'il inonde l'organisme de ses produits toxiques.

M. Armaignac regrette que les instillations de sérum aient eu lieu en même temps que les injections hypodermiques. On ne peut savoir ainsi d'une façon précise la part thérapeutique qui revient aux instillations.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances du 6 et 13 Juin 1898.

Sur l'apomorphine.

M. Guinard montre, par les conclusions qu'il donne d'études très complètes, que toutes les manifestations de l'apomorphine peuvent être rapprochées des propriétés analogues de la morphine.

L'action vomitive de l'apomorphine, par exemple, n'est que l'exagération de celle de la morphine, que l'on observe, chez le chien, 60 fois sur 100 animaux morphinés, tandis que la proportion n'est chez le chat que de 37 p. 100. Chez les animaux que l'apomorphine ne fait pas vomir, comme le porc, par exemple, il en est de même pour la morphine.

L'apomorphine excite les sécrétions (expectoration, sueur) La morphine agit de même sur le cheval, chez lequel elle provoque d'abondantes sueurs.

L'apomorphine a sur le chien une action excitante très énergique; après l'injection, l'animal court littéralement comme un fou. Un fait absolument sembable se passe après l'injection de morphine au porc.

L'action convulsivante de la morphine à doses massives chez le chien (attaques tétaniques et épileptiformes) se retrouve pour l'apomorphine, avec cette différence que dans ce cas elle se produit immédiatement, tandis que pour la morphine, elle n'apparaît qu'à la suite de la période de sommeil.

En dehors de ces quelques exemples, un très grand nombre d'analogies peuvent être signalées entre l'action de la morphine et celle de l'apomorphine, surtout lorsqu'on étudie les deux variétés de cette dernière (apomorphine cristallisée et amorphe) ainsi que le mélange de ces deux variétés.

Exostoses ostéogéniques.

M. Pauly présente un malade du service de M. Lépine, atteint d'exostoses multiples, qu'il prétend porter depuis la première enfance. Elles sont très apparentes sur les os longs; les plus volumineuses sont situées à l'extrémité inférieure des fémurs et à l'extrémité supérieure des tibias. Elles ont cessé de s'accroître en même temps que finissait la croissance, se comportant comme les exostoses ostéogéniques.

Paralysie de la divergence.

M. L. Dor rapporte l'observation d'un malade qui, de loin voyait double, et simple de près. Ils discute la question de savoir s'il s'agit d'un spasme de la convergence, au d'une paralysie de la divergence. Il se rattache à ce dernier diagnostic, qu'il appuie sur l'existence normale de la divergence, qui, à l'état physiologique, peut atteindre 7 degrés, jamais dépasser cet angle. Il n'est pas éloigné de penser que les paralysies de la divergence, bien que non décrites jusqu'ici, existent en réalité, et qu'il faut interpréter ainsi un certain nombre nombre de cas considérés comme des spasmes de la convergence.

Position d'Azoulay et frottement péricardique.

M. Lépine rapporte plusieurs cas dans lesquels un frottement péricardique n'a pu être décelé qu'en plaçant le malade

dans la position d'Azoulay (bras relevés, jambes fléchies sur les cuisses relevées). Il rappelle qu'il a, depuis longtemps, insisté sur l'importance du volume du cœur dans la production du frottement péricardiaque. Il est certain que la position d'Azoulay, en augmentant la tension dans le cœur droit, devait être théoriquement une circonstance favorable à la production du frottement. Les faits rapportés par M. Lépine montrent qu'elle a aussi un intérêt pratique.

Pathogénie et traitement des paralysies hystériques.

M. Gerest rappelle la théorie émise il y a 4 ans environ par M. Lépine pour expliquer le mécanisme des paralysies hystériques (interruption du passage de l'influx nerveux au niveau des appendices terminaux des neurones).

Les travaux récents de Ducretet et de Branly peuvent être invoqués à l'appui de cette théorie : Branly a décrit sous le nom de radio-conducteurs des appareils formés de corps métalliques réduits à l'état pulvérulent et mélangés à des corps isolants. Si l'on interpose dans un circuit un tube rempli de ce mélange, il se comporte comme un corps isolant et le courant ne passe pas. Si l'on vient à provoquer à distance une décharge électrique, le corps pulvérulent devient bon conducteur, mais il suffit d'un léger choc sur le tube pour le rendre de nouveau imperméable au courant.

A l'état physiologique, le contact immédiat entre les neurones n'est pas plus nécessaire que le contact entre les fragments de limaille du tube de Branly.

A l'état pathologique, on peut admettre que le traumatisme, une émotion violente agissent comme un choc sur le radio-conducteur, en interrompant la transmission nerveuse.

On peut supposer de même que la faradisation ou la galvanisation peuvent rétablir la conductibilité nerveuse, de même qu'une décharge au travers d'un radio-conducteur. Ce serait une explication des succès de l'électrothérapie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 15 Juin 1898.

Gastro-entéroanastomose en Y.

M. Gallavardin rapporte, au nom de **M. Vallas**, l'observation d'un malade opéré par celui-ci pour une obstruction néoplasique du pylore. M. Vallas se servit du procédé de Roux, de Lausanne, ou en Y (abouchement du bout inférieur de l'intestin grêle sectionné à la face postérieure de l'estomac, en passant à travers le mésocôlon, et anastomose du bout supérieur dans l'intestin grêle, à une vingtaine de centimètres au-dessous de la section, afin de maintenir le cours de la bile et du suc pancréatique.

Le résultat a été satisfaisant, et M. Vallas se déclare partisan de ce procédé, pour tous les cas où l'état précaire du malade ne le fera pas éliminer, à cause de sa longueur.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Février-Mars 1898.

Redressement forcé de la colonne vertébrale dans le mal de Pott.

M. Estor a pratiqué deux fois le redressement forcé suivant la méthode de Calot. Un seul cas a pu être suivi. Les deux moulages pris avant et après l'opération permettent de constater un bénéfice de 2 cent. 1/2 très sensible au point de vue esthétique. Mais, quelques mois après ce redressement forcé, le malade présente successivement deux abcès froids, l'un dans la gaine du psoas, l'autre sous-pleural. M. Estor se demande s'il n'y a pas une relation entre la violence à laquelle a été soumise la lésion et ces abcès.

De l'influence des rayons X sur les infections.

MM. Rodet et **H. Bertin-Sans** ont entrepris une série d'expériences relatives à l'influence des rayons X sur les infections, et, en particulier, sur la tuberculose. Plusieurs séries de cobayes ont reçu une inoculation de tuberculose et ont été soumis à l'action des rayons X. On a constaté, chez ces animaux, de la chute des poils, des eschares, des plaies superficielles, et, de plus, chez deux d'entre eux, des troubles nerveux remarquables : paraplégie se compliquant de convulsions généralisées et désordonnées. Il est impossible d'expliquer ces troubles par une lésion périphérique ayant son siège dans les muscles ou dans les nerfs. Une lésion médullaire pourrait en être l'origine : mais il est impossible d'en déterminer la nature sans avoir fait l'autopsie de l'animal. En tout cas, il semble indiscutable que les rayons X ont joué un rôle dans la production des phénomènes observés chez ces cobayes. Quant à l'influence de ces rayons relativement à l'infection, on ne peut encore se prononcer.

Un cas de rupture du cœur.

M. Carrière relate l'observation d'une femme éthylique, athéromateuse, morte assez brusquement quelques heures après une ponction nécessitée par une ascite abondante. A l'autopsie, on constate l'existence d'un épanchement séro-fibrineux considérable dans la plèvre droite, ainsi que d'une pneumonie des deux lobes supérieurs du poumon droit. La séreuse péricardique est remplie d'un liquide fortement teinté en rouge. Le cœur est très dilaté et l'oreillette droite est percée d'un orifice minuscule laissant suinter le liquide. Il est probable que ce cœur, déjà affaibli par l'artério-sclérose du sujet surmené par l'existence de la lésion hépatique et de l'ascite consécutives, n'a pu faire face aux obstacles accumulés devant lui par la suppression d'une notable partie du champ respiratoire, et s'est laissé dilater au point de se rompre dans sa partie la moins résistante.

Un cas de streptococcie traité avec succès par le sérum de Marmorek.

M. Carrieu rapporte l'observation d'un malade atteint de grippe, dont le début a eu les allures cliniques d'une véritable septicémie et au cours de laquelle s'est faite une localisation pulmonaire. La courbe ayant fait songer au paludisme, la quinine fut administrée, mais sans succès. L'examen des crachats démontra la présence de streptocoques et de pneumocoques, et la gravité des symptômes sembla une indication à l'emploi du sérum de Marmorek. Quatre injections de 20 centim. cubes chacune, associées à des bains tièdes, refroidis à 26°, amenèrent la guérison.

RÉUNION BIOLOGIQUE DE NANCY

Séance du 25 Mars 1898.

Phénomènes de bourgeonnement nucléaire dégénératif dans l'ostéo-sarcome.

M. A. Henry. — Il s'agit de deux ostéo-sarcomes du tibia qui ont été étudiés après fixation par le liquide de Flemming et la triple coloration du même auteur (safranine, violet de gentiane, orange). Dans la masse considérable des cellules qui composent la tumeur, on distingue un grand nombre de noyaux de taille moyenne ou petite, puis, de distance en distance, de gros noyaux logés dans des cellules volumineuses, à protoplasma plus sombre que celui des autres cellules.

Ces gros noyaux affectent des formes bizarres; ils sont mamelonnés, parfois en fer à cheval. Très souvent ils émettent des bourgeons qui se détachent ensuite et qui se dispersent dans le protoplasma. Ce sont les « tingible Körper » de Flemming. Les bourgeons récemment isolés sont fortement chromatiques, mais bientôt ils vont subir une dégénérescence. La chromatine qu'ils contiennent s'organise en une bande sombre à la périphérie du corps sphérique, tandis que le centre présente une teinte plus claire. Puis cette teinte disparaît, la bande de chromatine va

en s'amincissant de plus en plus pour disparaître enfin complètement.

Ces bourgeons nucléaires chromatiques ont été signalés, pour la première fois, par Blochmann, en 1884, dans l'oogénèse des hyménoptères, puis par Stuhlmann et surtout par Flemming.

C'est Flemming qui les a appelés « tingible Körper » et les a observés dans les leucocytes des glandes lymphatiques du bœuf et du lapin. Depuis, un certain nombre d'auteurs ont signalé à nouveau l'existence de ces « corps chromatiques » dans des organes lymphoïdes ou dans des tissus pathologiques. La description qu'en donne Czemak se rapporte exactement à celle qui vient d'être donnée ci-dessus d'une façon succincte. Cet auteur a étudié les nodules lymphatiques de l'intestin du chien.

Mais on ne sait pas sous l'influence de quelle cause, ni dans quel but, se produisent les corps chromatiques.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 Juin 1898.

De l'œsophagoscopie.

M. Kirstein pratique l'œsophagoscopie, le malade étant non pas couché, mais assis. Généralement il ne fait pas usage de la cocaïne; il introduit simplement le tube dans l'œsophage, après avoir fait abaisser la langue. Cette introduction n'est pas toujours facile, car chez certains malades on rencontre une assez grande résistance.

Il faut distinguer l'œsophagoscopie médiane de l'œsophagoscopie latérale. En pratiquant l'œsophagoscopie sur la ligne médiane, il faut déplacer la langue afin que le tube se place dans une espèce de gouttière, mais la formation de cette gouttière, facile chez certains sujets, est extrêmement difficile chez d'autres.

Pour ceux qui se prêtent malaisément à l'œsophagoscopie médiane, on peut avoir recours à l'œsophagoscopie latérale; toutefois, celle-ci ne rend pas en général de bien grands services.

M. Rosenheim prouve que la distinction établie par M. Kirstein entre l'œsophagoscopie médiane et l'œsophagoscopie latérale est purement artificielle.

Si l'on rencontre une trop grande résistance à l'introduction du tube sur la ligne médiane, il faut tâcher de l'introduire latéralement. Mais il n'y a pas lieu de se préoccuper d'avance si l'on devra recourir à l'un ou à l'autre de ces modes d'introduction.

M. Rosenheim ne croit pas non plus que l'œsophagoscopie sur le malade assis soit avantageuse; l'exploration est bien plus complète lorsque le malade est couché.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 Juin 1898.

L'orthoforme comme anesthésique local.

M. Mosse, en se basant sur ce fait que l'orthoforme est un excellent anesthésique local lorsqu'il se trouve en contact avec des extrémités nerveuses mises à nu et qu'il n'a aucune action sur la peau ou les muqueuses saines, a employé ce médicament dans des affections diverses : ulcérations de la muqueuse de l'estomac, ulcérations tuberculeuses des voies respiratoires, lésions des muqueuses consécutives à l'application d'un caustique, ulcérations diphthériques, etc. Dans tous ces cas, l'orthoforme a déterminé une analgésie qui ne se prolongeait pas, toutefois, au delà de quelques heures. Il l'administre aux doses de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, en poudre, en capsules ou en solution. Cette dernière forme est préférable, parce que chez quelques sujets la poudre donne lieu à des nausées et même à des vomissements.

A la suite de l'emploi de l'orthoforme on constate dans l'urine les réactions caractéristiques des produits diamidophénoliques. On y constate aussi une augmentation considérable de l'acide sulfovinique, mais on n'a pas réussi à isoler l'orthoforme lui-même de l'urine. Après l'administration de 1 gramme d'orthoforme, la réaction dans l'urine s'observe au bout d'un quart d'heure à une demi-heure; après l'ingestion de 0 gr. 30, elle apparaît au bout d'une heure. On peut déduire de ce fait que l'orthoforme est absorbé dans l'estomac.

Pour démontrer le bien fondé de cette hypothèse, M. Mosse a lié le pylore chez un lapin et lui a fait ingérer le lendemain, à l'aide de la sonde œsophagienne, 2 grammes d'orthoforme en solution. Dans l'urine excrétée on constata la réaction caractéristique.

En outre, M. Mosse a pu se rendre compte que l'orthoforme était doué de propriétés antiseptiques très énergiques : l'urine contenant une certaine proportion de ce produit peut rester plusieurs jours sans subir la fermentation.

M. Herzfeld a constaté les effets analgésiants de l'orthoforme dans les ulcérations du larynx et du pharynx. Il suffit d'insuffler de la poudre d'orthoforme sur ces ulcérations pour faire disparaître la douleur.

M. von Leyden dit s'être bien trouvé également de l'emploi de l'orthoforme pour combattre la douleur dans les cas de laryngites ou de pharyngites ulcéreuses et aussi dans certaines affections de la vessie.

M. Goldscheider s'est servi avec avantage de l'orthoforme dans un certain nombre de cas d'ulcère de l'estomac.

M. Wohlgemuth a également constaté l'efficacité de l'orthoforme employé comme anesthésique local.

Méthode de coloration des plasmodies de la malaria.

M. von Leyden présente des préparations microscopiques dues à M. Ziemann, qui vient de faire en Afrique des recherches sur les parasites pathogènes de la malaria. Cet auteur a trouvé une nouvelle méthode de coloration du nucléole.

Sur une préparation provenant d'un cas de fièvre quotidienne du Cameroun, on voit de jeunes formes annulaires du plasmodium situées à l'intérieur des érythrocytes. Le protoplasma du plasmodium est coloré en bleu, le nucléole en rouge.

Les mêmes colorations différencient le protoplasma et le nucléole dans des préparations provenant de deux cas de fièvre tierce pernicieuse.

D'autres préparations provenant d'un cas de fièvre quarte mettent en évidence la sporulation, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Séance du 28 Avril 1898.

Cholécystectomie avec résection du canal cystique.

M. Sendler communique l'observation d'une femme de 38 ans, considérée, par un grand nombre de médecins qui l'avaient soignée, comme une hystérique depuis que la laparotomie, faite dans l'idée d'une lithiase biliaire, a montré l'intégrité du foie et de ses annexes.

Plus tard, en 1896, on fit à cette malade une néphropexie du rein droit dont le déplacement avait été considéré comme la cause directe des troubles dont se plaignait cette malade. Cette opération n'amena aucun soulagement, d'autant qu'une fistule se forma dans la cicatrice. Pour amener la guérison de cette fistule, il a fallu inciser la cicatrice jusqu'au rein et retirer deux fils qui entretenaient la suppuration.

Quelques mois plus tard la malade entra à l'hôpital en se plaignant toujours de douleurs dans l'hypochondre droit et pré-

sentant cette fois un ictère intense. La laparotomie ayant montré l'existence d'une cholécystite calculeuse chronique, on pratiqua la cholécystostomie. L'exploration des voies biliaires au cours de l'opération a montré qu'il n'y avait pas de calculs dans les canaux.

Il resta donc une fistule biliaire dont l'occlusion définitive ne fut obtenue qu'au prix de plusieurs interventions. Pendant quelque temps la malade alla bien, mais quelques mois plus tard la fistule se rouvrit et donna issue à de la bile puis à un liquide muqueux. Comme la malade ne souffrait plus, elle ne voulut pas subir une nouvelle opération.

Au commencement de 1898, la malade, enceinte de 4 mois, revint à l'hôpital. Depuis quelque temps elle souffrait de nouveau; la fistule persistait toujours et donnait lieu à l'écoulement d'un liquide muqueux. La région de la vésicule était douloureuse; il n'y avait pas de tumeur ni d'ictère.

Malgré la grossesse en train d'évoluer, on fit la laparotomie, qui montra l'existence d'un calcul enclavé dans le canal cystique. Pour abréger la durée de l'opération, on sectionna le canal cystique au-dessus du calcul et on l'enleva avec la vésicule. Les suites opératoires furent simples et, 15 jours plus tard, la malade quitta l'hôpital, débarrassée de ses troubles et de sa fistule.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE COLOGNE

Fièvre typhoïde avec nécrose du foie.

M. Engelhardt communique l'observation d'un homme de 27 ans, qui était entré à l'hôpital avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde dont le diagnostic a été, du reste, confirmé par la séro-réaction. Pendant 15 jours il a eu une diarrhée incoercible et, sans présenter d'autres complications, il a succombé à l'infection 18 jours après son entrée.

A l'autopsie on trouva les lésions classiques des plaques de Peyer. Le foie était parsemé d'un nombre considérable de taches grisâtres dont l'examen montra qu'il s'agissait d'autant de foyers de nécrose remplis de bacilles typhiques.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 14 Juin 1898.

Leucémie aiguë.

MM. R. Bradford et **Batty Shaw** ont observé depuis 1890 cinq cas de leucémie aiguë. Tous ces malades présentaient une anémie extrême, de la pâleur des téguments, de la faiblesse générale, une tuméfaction et des ulcérations de la muqueuse des gencives, des lèvres et des joues, un mouvement fébrile irrégulier. Dans la plupart de ces cas il existait du purpura, chez deux malades du melæna.

Dans tous ces cas la marche de l'affection a été rapide et la maladie s'est terminée par la mort dans l'espace de huit semaines.

Tous les malades ont présenté une tuméfaction des ganglions lymphatiques, laquelle tuméfaction a été légère chez 4 malades, considérable chez le 5e. La rate était hypertrophiée chez 2 malades.

Le nombre de leucocytes était augmenté, surtout par la présence de gros lymphocytes qui dans 2 cas formaient près de 90 p. 100 des leucocytes. Chez 2 malades on trouva encore quelques myélocytes.

M. Turney a observé un cas de leucémie aiguë chez un homme de 40 ans. Le début a été très insidieux et vers la fin de la maladie il y a eu des hémorrhagies gingivales. Dans le sang du malade la proportion entre les leucocytes et les hématies était de 1 à 15; la plupart de ces leucocytes étaient de gros lymphocytes.

A l'autopsie on ne trouva pas d'hypertrophie des ganglions lymphatiques, mais la moelle osseuse avait une coloration foncée.

M. Rolleston estime qu'il est très difficile de distinguer la leucémie aiguë du lymphadénome aigu avec lymphocytose terminale. Il a observé un cas de lymphadénome dans lequel le sang avait tous les caractères de celui de la leucémie mixte.

M. Norman Moore cite 2 cas de leucémie aiguë qui se sont terminés par la mort dans l'espace de 10 mois. Un de ces malades avait la syphilis, l'autre la malaria contractée dans dans l'Afrique centrale.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances du 11 juin 1898.

Sérothérapie de la diphthérie.

M. Schopf est revenu sur la communication de M. Karsowitz pour montrer qu'à l'hôpital Elisabeth, on ne reçoit que des cas graves de diphthérie, la mortalité est tombée de 60 à 30 p. 100 depuis l'introduction de la sérothérapie.

M. Obermayer a traité dans son service 1 200 cas de diphthérie par le sérum. Le nombre des malades entrés dans les 3 dernières années a plutôt diminué qu'augmenté : la plupart étaient atteints de formes graves et leurs conditions hygiéniques laissent beaucoup à désirer; malgré cela à la suite de l'introduction du sérum, la mortalité est devenue subitement bien plus faible.

M. Obermayer croit que le sérum possède des propriétés immunisantes. Tandis qu'avant l'emploi de la sérothérapie l'admission d'un enfant atteint de diphthérie dans le pavillon de la rougeole provoquait toujours l'apparition de plusieurs cas de la maladie, il n'en a plus été de même depuis qu'on a recours à l'immunisation par le sérum : c'est ainsi que durant les 18 derniers mois il ne s'est pas produit un seul fait de contagion diphthérique dans le service.

M. Fronz a montré que dans le service de M. von Widerhofer ni le nombre ni la qualité des diphthériques n'ont changé depuis l'introduction de la sérothérapie. Néanmoins la mortalité globale a considérablement diminué. De plus, celle des malades tubés et trachéotomisés, qui était autrefois de 64,8 p. 100, est tombée à 3,66 p. 100 en 1895, à 31,3 p. 100 en 1896 et à 29,5 p. 100 en 1897.

En ce qui concerne les paralysies, elles sont devenues très rares depuis l'emploi du sérum, sauf peut-être celles du voile du palais, qui sont l'expression d'une action directe de la toxine sur les tissus. Depuis lors aussi, la propagation de la diphthérie au larynx est moins fréquente et de plus on ne voit jamais de fausses membranes au niveau de la plaie des trachéotomies.

M. Kretz a reconnu que le bacille de Löffler se rencontre parfois dans la scarlatine, mais il s'agit alors d'une infection mixte, associée.

Quant à une diminution sensible de la mortalité par diphthérie, elle ne s'est véritablement montrée que depuis l'emploi de la sérothérapie. Et ce qui prouve bien que c'est au sérum — et non à une bénignité particulière de la maladie — qu'est dû ce résultat, c'est que dans les hôpitaux, quand il a fallu, la provision de sérum étant épuisée, suspendre la sérothérapie, on a toujours constaté une augmentation de la mortalité. Enfin, tandis que la mortalité des diphthériques non traités par le sérum est restée à peu près la même, celle des malades soumis à la sérothérapie s'est, pendant la même période temps, considérablement abaissée.

M. A. Fränkel a résumé plusieurs statistiques de son service, qui montrent un abaissement considérable de la mortalité diphthérique depuis l'emploi du sérum. Il a déclaré n'avoir jamais été obligé de trachéotomiser un malade traité par cette méthode.

Du traitement de la chorée laryngée.

M. Weil a présenté une jeune fille qui était atteinte depuis plusieurs années de chorée laryngée, caractérisée par des accès de toux aboyante. M. Weil ayant constaté l'existence, à l'entrée des fosses de Rosenmüller, de deux points dont l'excitation déterminait des crises de toux, les cautérisa au moyen de l'acide trichloracétique et guérit ainsi sa malade.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 3 Juin 1898.

Hépato-splénite.

M. Émile François rapporte l'histoire d'une malade qui a succombé dans le service de M. Crocq. Les accidents paraissent remonter à 3 semaines et ont débuté par des vomissements, de l'inappétence, des douleurs abdominales.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le faciès est jaunâtre; les pommettes sont injectées. La température s'élève à 40°. Il y a du délire et des transpirations abondantes. Le pouls est à 144. La langue est sèche, fendillée; les selles sont liquides; depuis 2 ans déjà, il y a des entérorrhagies. Le cœur et les poumons paraissent normaux. Le foie et la rate sont fortement augmentés de volume.

A l'autopsie, tous les tissus se montrent imprégnés de bile. Le foie pèse 2 250 grammes. Le parenchyme est dur, jaunâtre. La surface extérieure et la coupe ont l'aspect granuleux. La rate est volumineuse, ramollie; les reins sont également augmentés de volume (320 et 300 grammes). Les poumons sont splénisés.

M. Crocq pense qu'on a eu dans ce cas affaire à une cirrhose hépatique dont le début remonte à 4 ans; à cette époque, la gêne de la circulation porte se traduisait déjà par un flux hémorrhoïdal; sur la cirrhose ancienne s'est greffée une hépatite aiguë avec tuméfaction trouble des cellules. Cette poussée nouvelle s'est accompagnée d'ictère. Il n'y a pas eu d'ascite, les hémorrhagies intestinales ayant suffi à dégager le système de la veine porte.

Tumeur du naso-pharynx.

M. Marcelle montre un polype naso-pharyngien enlevé par M. Lavisé à un enfant de 14 ans.

L'ablation d'une partie du prolongement nasal de la tumeur avait été suivie d'un gonflement du sillon nasogénien droit, puis d'exophthalmie et de déviation de l'œil en dehors. Peu après, apparut dans le sillon palpébral inférieur une collection purulente qui dut être incisée. Le malade perdit complètement la vue du côté droit.

Au moment de l'entrée dans le service, toute la région maxillaire droite paraît tuméfiée et le pli nasogénien droit est plus effacé que le gauche. Par la narine droite s'écoule un liquide séro-purulent. On voit, dans la profondeur de la narine une tumeur grisâtre, mobile. L'exophthalmie est très prononcée à droite.

La tumeur est extraite par écartement en dehors des deux maxillaires supérieurs. Elle pèse 60 grammes; elle est irrégulière et formée par quatre ou cinq masses globuleuses dont le volume varie de celui d'un œuf de poule à celui d'une noisette. Ces différentes tumeurs sont unies entre elles par un pédicule commun; elles sont formées d'un tissu dense, homogène, dur, criant sous le scalpel. La surface de section est d'un blanc nacré; il ne s'en écoule pas de liquide.

A l'examen microscopique, pratiqué par M. Pechère, la tumeur paraît formée d'un stroma de tissu fibreux, épais, parsemé de nombreuses cellules embryonnaires, tantôt rondes, tantôt allongées. En certains points de la coupe existent des foyers de dégénérescence muqueuse et des hémorrhagies.

Cette tumeur est un fibro-sarcome.

M. Henri Coppez fait remarquer que ce malade a présenté une dilatation du sac lacrymal, due à la pression exercée par la tumeur sur le canal lacrymal. Cette dilatation a été suivie de suppuration. La perte de la vue a pour cause la compression exercée par la tumeur sur le nerf optique. Ce dernier a subi l'atrophie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Bonnus (Gaston). *Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich à début tardif.* N° 282. (G. Steinheil.)

M. Lorrain (Maurice). *Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale.* N° 216. (G. Steinheil.)

A propos d'une observation personnelle recueillie dans le service de M. Chauffard, M. Bonnus réunit plusieurs cas de maladie de Friedreich à début tardif. Pour lui la cause de ce début tardif semble résider dans le degré peu accusé de la débilité congénitale de certains systèmes spinaux.

Les cas tardifs ne diffèrent pas, au double point de vue anatomique et clinique, de la maladie de Friedreich vulgaire.

Au point de vue du diagnostic, ils soulèvent un problème intéressant, à savoir : l'état de leurs rapports avec l'hérédo-ataxie cérébelleuse; pour l'auteur la distinction entre cette dernière affection et la maladie de Friedreich n'est pas encore basée sur un nombre de faits cliniques et surtout d'examens anatomo-pathologiques suffisants pour établir définitivement l'autonomie de l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Les diverses maladies familiales du système nerveux ne présentent pas toujours entre elles, pour les différencier, des caractères cliniques nettement tranchés. Elles semblent réunies les unes aux autres par de nombreuses formes de transition. Anatomiquement les diverses parties du système nerveux peuvent être prises, isolément ou simultanément, et l'on retrouve dans la topographie des lésions les mêmes caractères variables et une systématisation moins marquée qu'on ne l'a prétendu.

Cependant on peut réunir dans un même groupe les cas qui présentent entre eux une ressemblance suffisante et en déduire le type le plus fréquemment observé. C'est à ce titre, qu'à côté des autres affections familiales, M. Lorrain pense qu'il y a place pour la paraplégie spasmodique familiale.

Elle évolue tantôt sous les traits du tabès spasmodique, tantôt sous ceux de la sclérose en plaques, mais avec des particularités cliniques. Elle répond anatomiquement, autant qu'il est permis de le supposer, d'après une seule autopsie de Strumpell, à une sclérose combinée primitive des cordons blancs de la moelle et en particulier des faisceaux pyramidaux, cérébelleux direct et de Goll.

Ainsi envisagée la paraplégie spasmodique familiale peut être considérée comme une forme de tabès spasmodique de Charcot, d'essence héréditaire. Le tabès spasmodique, qui est l'expression clinique d'affections organiques très différentes, peut aussi reconnaître pour substratum anatomique une sclérose combinée primitive de la moelle, et c'est sous cette forme qu'il serait peut-être possible de le considérer comme entité morbide.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse grave par la cholécystostomie,

Par MM. Étienne Josserand,
Médecin des hôpitaux de Lyon,
et Adenot,
Ancien prosecteur à la Faculté.

Les résultats chirurgicaux souvent remarquables obtenus par la cholécystostomie dans les cas de lithiase biliaire sont susceptibles d'une interprétation complexe.

L'opérateur, dans la plupart des cas, fait deux choses : en premier lieu il obvie à un obstacle biliaire et réalise l'antisepsie des voies extra-hépatiques en ouvrant une vésicule pleine de calculs, atteinte d'inflammation ou d'empyème; en second lieu, par l'établissement d'une fistule, il établit un drainage biliaire qui doit avoir une action antiseptique plus profonde, plus médicale pour ainsi dire, dans les cas où l'infection a gagné les voies biliaires intra-hépatiques, où l'angiocholite profonde s'ajoute aux dangers de la rétention biliaire et de la cholécystite. Cette prétention que peut avoir la cholécystostomie de réaliser le drainage de la bile infectée est une des raisons qui tendent actuellement à lui faire donner la préférence sur la cholécystectomie. Cette notion guide évidemment Terrier lorsqu'il recommande, avant de laisser se refermer une fistule biliaire, de s'assurer par une mise en culture de la stérilité de l'écoulement.

Mais la légitimité de cette conception est difficile à établir, car les cas sont ordinairement complexes. Une vésicule ouverte, les calculs et le pus qu'elle contenait évacués, l'amélioration du malade et la chute de la fièvre s'expliquent suffisamment de ce fait, sans qu'on ait besoin d'invoquer les bienfaits concomitants d'un drainage biliaire contre une angiocholite profonde dont l'existence reste d'ailleurs problématique. Il faudrait, pour prouver la réalité de ce dernier élément, opérer sur des angiocholites simples, essentielles, non calculeuses, au moins en apparence.

Nous disons au moins en apparence. C'est qu'en effet, malgré tout ce qu'on sait sur le rôle des microbes intestinaux dans la pathogénie des angiocholites, leur nature non calculeuse est toujours difficile à affirmer. La douleur peut n'être pas très vive dans la colique hépatique, et d'autre part elle peut exister du seul fait de l'inflammation du foie. Quant à l'absence de calculs, la vacuité de la vésicule et du cholédoque n'en est pas un sûr garant, car il est des cas où, malgré cette vacuité constatée au cours de la laparotomie, l'existence de sable biliaire dans les selles témoigne en faveur de la nature lithiasique de l'angiocholite. Nous nous contenterons donc dans notre travail de rechercher et d'admettre, sous le nom d'angiocholites simples, les cas où l'élément calculeux ne joue aucun rôle, sinon au point de vue pathogénique vrai, du moins au point de vue clinique : c'est-à-dire où, sans calculs dans le cholédoque ni dans le canal cystique, sans pus ni calculs dans la vésicule, le malade présente des signes d'angiocholite infectieuse d'une haute gravité, devant lesquels le traitement médical se montre impuissant et la cholécystostomie efficace. Le cas suivant, observé dans le service de l'un de nous, et dont l'observation a été prise et communiquée par M. Boudin à la *Société des sciences médicales*, peut être considéré comme typique.

Observation. — B. F..., âgé de 65 ans, laitier, entre le 9 décembre 1897 à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du Dr Josserand, pour des accidents hépatiques dont la nature n'est pas nettement définie.

Son père est mort à 74 ans et sa mère à 68 ans de maladies inconnues. Il a un frère vivant et bien portant âgé de 74 ans. Dans les antécédents personnels on note une bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Ethylisme assez marqué, 3 litres de vin par jour, 2 à 3 petits verres, pas d'absinthes.

Il y a 3 ans, entérite dysentériforme durant 3 mois. Le malade, qui était très gros, avait maigri beaucoup (glaires et sang). Il se rétablit complètement sans recouvrer son embonpoint et reprit son travail et ses forces.

Il y a 6 semaines il eut encore pendant 8 jours de la diarrhée, avec 6 selles par jour mais cette fois non dysentériformes. Cette diarrhée était passée lorsqu'il y a 15 jours survint un accès brusque de douleur hépatique ressemblant à un accès de colique hépatique, et survenant en bonne santé.

Voilà 16 jours que cette douleur subsiste d'une manière continue : elle a pour siège la région épigastrique et l'hypochondre droit, elle empêche le malade de dormir, et s'exaspère à la moindre pression. Anorexie considérable.

A son entrée, le malade paraît amaigri, déjà cachectique : cet aspect est augmenté encore par un subictère si léger qu'il faut rechercher la présence des pigments biliaires dans l'urine pour pouvoir l'affirmer, et qu'on pourrait croire à première vue à la teinte jaune paille des cancéreux. Température 39°.

Le foie dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt, et est très sensible à la pression. Pas d'ascite, pas de circulation veineuse supplémentaire, pas de splénomégalie. La surface du foie paraît unie, sans bosselures. Ni diarrhée, ni constipation.

Rien au cœur, rien aux poumons. Dans les urines, réaction de Gmelin très légère, léger disque d'albumine. Pas de sucre.

Jusqu'au 14 décembre, l'état général reste stationnaire, et les températures oscillent entre 38°2 et 39°8.

14 Décembre. — La légère teinte subictérique des téguments a disparu, ainsi que la douleur hépatique. Mais l'état général ne s'est pas amélioré parallèlement : la fièvre persiste, et une diarrhée assez abondante s'est établie.

18 Décembre. — Même diarrhée, 5 à 6 selles liquides dans la nuit; même fièvre, même anorexie. La cachexie s'est encore accentuée; œdème prétibial, œdème lombaire considérable.

25 Décembre. — Même état. Mais en outre le malade a été pris hier d'une nouvelle crise douloureuse analogue à celle qui avait précédé son entrée à l'hôpital; cette crise a duré 30 heures, et le maximum de la douleur siégeait au creux épigastrique. Le matin nous constatons que la légère teinte subictérique des téguments a reparu et les urines traitées par l'acide nitrique et

par la teinture d'iode, présentent les réactions des pigments biliaires.

30 Décembre. — La teinte subictérique a diminué un peu; mais la fièvre et la diarrhée persistent, l'œdème des membres inférieurs et des lombes est plus considérable, la faiblesse est extrême, et le pronostic paraît fatal à brève échéance.

L'intervention chirurgicale est décidée pour le lendemain, dirigée contre une cholécystite et une angiocholite d'origine calculeuse, avec quelques réserves relatives à la possibilité d'un abcès du foie en raison des antécédents dysentériques du sujet.

Opération. — Laparotomie latérale. Incision oblique de 12 centimètres.

Section des plans superficiels et du péritoine.

Le foie apparaît gros, souple, à tissu plutôt trop mou.

Bord et surface unis, sans bosselures.

Pas de périhépatite.

Par la palpation du tissu hépatique on ne sent aucune trace d'abcès intraparenchymateux.

La vésicule paraît grosse, assez distendue, mais non cependant d'une façon extrême.

L'exploration de la vésicule permet de s'assurer qu'elle ne contient aucun calcul. De même l'exploration des canaux extra-hépatiques ne laisse découvrir aucune trace de calculs, ni de tumeur.

La palpation et la malaxation de la vésicule permet de la vider en partie de son contenu.

Les parois deviennent flasques peu à peu, mais la tension du liquide ne diminue que lentement.

L'écoulement de la bile par les voies naturelles n'est donc pas complètement arrêté, mais certainement gêné.

Les parois de la vésicule sont fixées à la paroi de l'abdomen et la cavité cystique ouverte.

Il s'échappe un liquide filant, non purulent, légèrement ambré, mais transparent comme de l'eau de roche.

Un drain en caoutchouc est introduit temporairement dans la vésicule pour faciliter l'écoulement.

Le soir de l'opération la température a monté au delà de 40°.

La diarrhée persiste.

1er Janvier 1898. — La température a baissé d'un degré et demi.

T. R. 39°.

La nuit a été assez agitée. Diarrhée persiste.

Pas de vomissements. L'œdème prétibial persiste.

Etat subictérique des conjonctives. Pigments dans les urines.

2 Janvier. — Même état. Quelques douleurs abdominales. Le pansement est traversé par une quantité abondante de bile. L'examen du liquide limpide recueilli au moment de l'ouverture de la vésicule fait constater quelques cocci et une grande abondance de bacilles qui se colorent par le violet de gentiane et qui ne prennent pas le Gram, ayant les caractères du colibacille.

3 Janvier. — Pansement. Pas de pus, mais bile en grande quantité.

La température = 38°4.

Le malade dit se sentir mieux. Néanmoins l'état général est toujours très cachectique.

6 Janvier. — Amélioration sensible. La température rectale oscille autour de 38°.

Le malade commence à s'alimenter. La diarrhée a disparu. Ecoulement toujours abondant de bile par la plaie.

L'œdème lombaire a notablement diminué.

10 Janvier. — L'œdème lombaire a disparu. Le subictère s'est dissipé. Le pigment biliaire a également disparu des urines.

13 Janvier. — Apyrexie complète depuis 3 jours. Le malade se sent très bien. L'appétit renaît. La diarrhée n'a pas reparu. L'œdème lombaire n'existe plus.

Dans le pansement existe une petite quantité de pus.

17 Janvier. — L'état général s'est fort amélioré depuis l'opération.

L'ictère a totalement disparu. Pas de fièvre.

Le malade a bon appétit. Pas de diarrhée.

Localement la plaie va bien. Le drain a été enlevé. La fistule est bouchée et il ne sort plus de bile par le pansement.

19 Janvier. — Pansement. Un peu de pus s'écoule par la plaie qui bourgeonne mal. Un petit clapier s'est formé.

Etat général toujours bon.

20 Janvier. — Poids : 45 kilog. 600.

25 Janvier. — Une petite quantité de bile a traversé le pansement.

Un peu de pus existe au fond de la plaie.

Etat général bon.

4 Février. — Poids : 48 kilog. 500.

L'écoulement biliaire a augmenté sensiblement par la plaie. L'orifice fistuleux est profond mais étroit et en partie marqué par une surface bourgeonnante.

L'exploration du foie permet de reconnaître que l'organe est resté presque aussi volumineux qu'avant l'opération, c'est-à-dire que l'on sent le bord antérieur partir des fausses côtes et parcourir dans l'abdomen un trajet à peu près horizontal un peu au-dessus de l'ombilic.

Le foie paraît hypertrophié dans son ensemble.

Pas de bombure.

La rate n'est perceptible ni par la percussion ni par la palpation.

L'état général s'est beaucoup amélioré.

Le malade commence à se lever.

La diarrhée, l'ictère ont disparu.

14 Février. — Poids : 48 kilog.

25 Février. — Poids : 50 kilog.

7 Mars. — Poids : 51 kilog. Fistule biliaire persistante, matières fécales colorées. Etat général très bon, appétit excellent.

27 Mars. — Poids : 52 kilog. Le liquide de la vésicule ensemencé reste stérile.

15 Avril. — Le malade demande sa sortie. La fistule biliaire est oblitérée. Le foie est rétracté, ne dépasse plus les fausses côtes. L'état général est tout à fait florissant.

Voilà donc un homme entré à l'hôpital au 15e jour de sa maladie, avec un foie gros et douloureux, et une teinte des téguments à peine subictérique. Rapidement la fièvre, la diarrhée font des progrès rapides, et la cachexie s'accentue tellement que devant ce faciès, cette maigreur, ce teint jaune, cette faiblesse et ces œdèmes, le diagnostic de plusieurs médecins qui l'examinent est cancer du foie; diagnostic en effet qui vient à l'esprit à première vue, mais que la marche rapide de l'affection, la fièvre, l'absence de bosselures hépatiques nous font rejeter.

On intervient chirurgicalement et pour ainsi dire d'urgence, sur la prière du médecin qui estime le pronostic fatal à si brève échéance qu'il insiste pour que l'opération soit pratiquée séance tenante. Il n'existe pas de calculs dans le canal cystique ni dans le cholédoque; on ouvre une vésicule ne contenant ni pus ni calculs, mais seulement un liquide clair comme de l'eau de roche et renfermant le coli. Et le résultat opératoire est merveilleux : 6 jours après, la fièvre est tombée, la diarrhée, les œdèmes ont disparu. En peu de temps le malade gagne 7 kilog., l'écoulement vésiculaire devient stérile, puis la fistule se ferme et la guérison est définitive.

Sans qu'on pût absolument nier la nature lithiasique de l'angiocholite, il n'y avait ni empyème de la vésicule ni calculs dans les voies biliaires explorées. L'intervention a donc été dirigée contre une infection hépatique diffuse, et a donné pourtant un résultat qu'on n'obtient pas toujours dans les cas de lésions pourtant autrement tangibles, comme les abcès hépatiques ou les kystes suppurés.

L'appareil biliaire intra-hépatique peut donc être considéré comme une cavité close ramifiée, et dans les cas où son contenu, c'est-à-dire la bile, est infecté, il faut ouvrir cette cavité comme un abcès, en pratiquant la cholécystostomie. Cette importance de l'élément infection biliaire en dehors d'abcès ou de lithiase de la vésicule est donc à retenir, ainsi que l'indication qu'il y a à diriger contre ce seul élément une opération à peu près réservée jusqu'ici à la rétention biliaire ou à la calculose

vésiculaire. Certes, nous ne proposons pas de traiter la plupart des cas d'angiocholite par la cholécystostomie : nous en avons vu guérir de fort graves par les seuls soins médicaux. Mais lorsque ces soins ont échoué, il nous semble qu'on doit faire appel en dernier ressort à la chirurgie et ne pas laisser mourir le malade sans lui faire courir les chances d'un drainage biliaire.

Notre observation n'est d'ailleurs pas la première en date. Il en existe à notre connaissance au moins deux analogues, l'une de Quénu, l'autre de Lejars, communiquées récemment toutes deux à la *Société de chirurgie*. Comme dans notre cas, on intervint d'urgence sur des malades en danger, avec le diagnostic d'angiocholite infectieuse. Comme dans notre cas également la vésicule ne contenait ni pus ni calculs, et les symptômes alarmants cessèrent rapidement. Ces deux observations dans lesquelles la cholécystostomie a donné des résultats capables, ainsi que le dit M. Michaud, d'encourager dans cette voie encore nouvelle et peu connue, peuvent être reproduites ici avec avantage.

Angiocholite. (*Soc. de chirurgie*, nov. 1896 et mars 1897. M. Quénu.)

Observation. — Malade âgé de 43 ans, entre dans le service de M. Quénu en juin 1896. Bien portant jusqu'il y a 18 mois, cet homme avait été pris à cette époque de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans l'épaule droite, vomissements et subictère consécutif. Le médecin porta le diagnostic de colique hépatique.

Après cette crise, la santé se rétablit et se maintint bonne jusqu'au commencement d'avril 1896. Alors survinrent 2 ou 3 fois par semaine des coliques très violentes avec irradiations d'un hypochondre à l'autre et durant près d'une heure.

A la fin de mai, l'état s'aggrava, les douleurs d'intermittentes devinrent continues et le malade se décida à entrer à l'hôpital Broussais. Le Dr Barth constata un foie volumineux, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, avec prédominance de la douleur à la pression, au niveau de la vésicule. Rate hypertrophiée; teinte subictérique de la peau. T. 38°5, pouls 108. Malgré un traitement actif l'état empira, la température s'éleva à 40° et le malade nous fut adressé. Le 16 juin 1896, nous constatons l'état suivant : état général très mauvais; le faciès est presque typhique. Le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de douleurs dans tout le ventre. La teinte ictérique est généralisée aux téguments et aux muqueuses. Le foie mesure 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La rate est grosse, la langue sèche. Constipation. Les selles obtenues par un lavement sont complètement décolorées. Le peu de fréquence du pouls (68) contraste avec la température qui monte à 38°9. Quelques râles à la base du poumon.

Les urines sont foncées, contiennent des acides et des pigments biliaires et de l'indican. Ni sucre ni albumine.

Le 19, le thermomètre s'élève au-dessus de 40°. Le 22 juin, nous pratiquons la laparotomie sur le bord externe du muscle droit; nous commençons par pratiquer une exploration méthodique des voies biliaires. Nous reconnaissons que la vésicule ne renferme que de la bile et pas de calculs; le canal cystique et le canal cholédoque sont tour à tour explorés; le doigt pénètre facilement dans l'hiatus de Winslow, nos recherches sont rendues faciles par l'absence de péritonite périvésiculaire et périhépatique.

Je me décide à créer simplement une fistule biliaire. Je fixe le fond de la vésicule biliaire à la paroi et pratique une toute petite ouverture, comparable à celle qui est en usage dans les gastrostomies.

Le soir de l'opération, la température tombe à 35°,9, se relève vite à 36°,6, ne dépasse 37 de 3 dixièmes qu'une seule fois le lendemain et oscille ensuite entre 36°,8 et 37°.

L'état général s'améliore parallèlement à la chute thermométrique, la teinte ictérique s'efface. Les selles deviennent colorées. Par la fistule s'écoule une grande quantité de bile foncée verdâtre. Les cultures de cette bile prise pendant l'opération montrent qu'elle fourmille de bacterium coli.

Le 3 juillet, l'écoulement de bile est toujours abondant. Le liquide est moins foncé et moins trouble. Les urines sont peu colorées, les matières blanches. La sécrétion quotidienne, qui est normalement de 1 000 grammes, est en forte diminution.

Le 22 juillet, la quantité de bile s'écoulant par la fistule a beaucoup diminué, les matières sont légèrement colorées.

Le 23, accès de fièvre avec douleurs abdominales généralisées.

On observe dans le pansement une bile beaucoup plus verte que les jours précédents.

Le 5 août, 2 accès de fièvre, frisson, phase de chaleur et de transpiration abondante.

Un 3e accès de fièvre survient le 15 août. C'est le dernier jusqu'à la sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 13 septembre.

Le 24 octobre, le malade revient se faire examiner, il se trouve très bien, il a repris son travail depuis un mois. La fistule biliaire s'est spontanément refermée il y a 3 semaines; c'est-à-dire 4 mois après l'opération.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Il existe une légère excavation dans l'étendue de 2 centimètres.

Cholécystite et angiocholite infectieuses à colibacille. Cholécystostomie. Guérison. (*Soc. de chirurgie*, 17 mars 1897. M. Lejars.)

Garçon de 25 ans, ne présentant rien de notable dans ses antécédents.

Depuis 2 ans, il souffrait de douleurs abdominales très vives, revenant par crises et occupant toute la région du foie sans s'irradier dans l'épaule droite. Il avait remarqué que ces crises se reproduisaient souvent après le repas : elles s'accompagnaient de vomissements et duraient quelques heures.

Depuis plusieurs mois elles s'étaient rapprochées et avaient acquis un degré d'acuité et une durée beaaucoup plus marqués. Elles se prolongeaient 7 à 8 jours, se compliquaient de fièvre, de frissons, de nausées et de vomissements continuels et assez souvent de subictère. Les douleurs n'avaient pas, du reste, d'irradiations bien nettes; elles étaient diffuses dans toute la région hépatique, variaient beaucoup en intensité et ne cessaient jamais brusquement.

Lorsque le malade entra à l'hôpital Beaujon, le 21 septembre 1896, les accidents avaient disparu depuis 5 jours et, d'emblée, avaient revêtu un caractère d'acuité jusqu'alors inconnu : douleurs violentes et continues, vomissements répétés, fièvre, teinte ictérique généralisée qui se fonçait de plus en plus.

De fait l'aspect général était très alarmant; le faciès amaigri, tiré, d'un jaune terreux, contrastait avec la coloration très jaune des conjonctives; la langue sèche, rôtie, l'haleine fétide, la peau brûlante, le pouls fréquent, petit, irrégulier, la température se maintenant à 39°, sans rémission, témoignait d'une intoxication profonde : les nuits étaient très agitées et l'insomnie se compliquait de subdelirium; du reste les souffrances ne faisaient que s'accroître et la sensibilité extrême de tout l'hypochondre gênait même singulièrement l'exploration. Les selles très rares étaient en partie décolorées, blanchâtres, épaisses et contenaient, avec des pigments biliaires, une légère quantité d'albumine.

Au palper de la région hépatique et à la percussion on obtenait ce qui suit : le foie déborde des fausses côtes d'au moins 3 travers de doigt; sa surface paraît régulière et la pression sur toute la hauteur accessible de l'organe est extrêmement douloureuse; au-dessous du relief que dessine son bord inférieur et sur la partie moyenne, on arrive à délimiter une masse arrondie, qui paraît large de 2 travers de doigts environ et qui se prolonge en bas de pareille longueur; il ne semble pas douteux que cette tumeur ne représente la vésicule biliaire distendue, mais cachée en partie par le foie, et moins apparente qu'elle ne l'est assez souvent dans les cas analogues.

Le diagnostic fut donc celui de cholécystite et angiocholite infectieuse. Devant l'intensité des douleurs et surtout la gravité croissante des phénomènes généraux, l'intervention nous parut urgente.

Elle fut pratiquée le 23 septembre sous l'éther. Incision ver-

ticale sur le bord externe du muscle droit. Je tombe sur la face convexe du foie, qui descendait très bas, comme nous l'avait indiqué l'examen extérieur, et dont la consistance était mollasse et la coloration presque noire. Il fallut soulever son bord antérieur pour mettre à découvert la vésicule, dont une languette de parenchyme recouvrait toute la face supérieure; la vésicule était verdâtre, très tendue, du reste libre d'adhérences; la réplétion était trop grande pour que le doigt pût aisément en apprécier le contenu, mais, le long du canal cystique et du canal cholédoque, je ne trouvai aucune trace de concrétion calculeuse ni aucune induration. Je me mis alors en devoir de faire la cholécystotomie mais ce ne fut pas sans difficulté que je parvins à accoler le fond de la vésicule à la paroi par un rang de sutures séro-séreuses, à cause du peu de relief qu'il dessinait et de la longueur de l'opercule hépatique sous lequel il se dérobait.

La première journée fut un peu agitée; mais le soir la température était tombée à 37° et les douleurs étaient considérablement diminuées.

Le 24 le faciès est meilleur, le pouls plein, fréquence à peu près normale, T. 37°2. Un lavement est suivi d'une garde-robe blanchâtre. Le pansement n'est pas tâché et il coule peu de bile par la fistule. Ce ne fut qu'au bout de 48 heures que l'écoulement biliaire devint abondant et l'état général continua dès lors à s'améliorer.

Le 29 il y eut une nouvelle élévation thermique, à 38°5 accompagnée d'un peu de douleurs et d'abattement; les selles, qui avaient repris une coloration brunâtre, furent de nouveau, ce jour-là décolorées : 600 grammes de sérum de Hayem en injections sous-cutanées. Le lendemain la crise avait disparu et c'était la dernière.

A partir de ce moment la guérison se poursuivit sans nouvel incident; l'appétit était redevenu bon, la bile fluait largement par la fistule; les selles étaient normales, la teinte ictérique, encore très marquée durant les premiers jours, s'atténuait de plus en plus.

La bile, extraite au cours de l'opération contenait en abondance le bacterium coli presque pur. Le 23 octobre, un mois après l'établissement de la fistule, la bile de nouveau examinée renfermait le coli-bacille en quantité beaucoup moindre. Enfin un dernier examen, fait 15 jours après fit reconnaître encore quelques microbes assez mal caractérisés.

A ce moment tous les accidents avaient cessé. Il n'y avait plus trace d'ictère et le malade, qui se levait toute la journée et qui se portait à merveille, n'attendait plus et avec impatience que l'occlusion de la fistule pour sortir de l'hôpital. L'écoulement biliaire avait du reste très notablement diminué et devant l'excellent état général, le foie ayant, du reste, repris depuis longtemps ses dimensions ordinaires, il nous parut inutile de prolonger plus longtemps le drainage de la vésicule. Le 15 novembre la cicatrisation était achevée, et le malade quittait le service pour reprendre quelques jours après son travail. Depuis lors, les douleurs n'ont pas reparu, toutes les fonctions sont parfaites et notre ancien opéré est aujourd'hui d'une santé florissante. Le foie a repris et garde son volume ordinaire, on ne sent pas la vésicule.

En résumé, infection par colibacille des voies biliaires sans lithiase, tout au moins de la vésicule et des gros canaux sous-hépatiques, et cette infection se traduisait depuis 2 ans par des crises douloureuses et fébriles qui étaient devenues de plus en plus fréquentes dans les derniers temps. L'intervention a eu lieu au cours d'une de ces crises, la dernière plus aiguë et plus intense que toutes les autres, et pour remédier à ces accidents d'infection généralisés, d'allure typhoïde et menaçants à bref délai. Ils ont cédé presque immédiatement au drainage de la vésicule, et la chute thermique, constatée le soir même, a témoigné tout de suite des heureux effets de la cholécystostomie.

Il est utile, ajoute l'auteur, d'insister sur les faits de ce genre, car ils démontrent l'excellence d'une opération simple et les résultats que nous pouvons en attendre permettent de faire cesser des accidents suraigus et d'appliquer à la cholécystite et à l'angiocholite déjà assurée le seul traitement efficace que nous ayons : le drainage de la bile.

Une troisième observation, communiquée par M. Michaud, également à la Société de chirurgie, sous le nom d'*angiocholite infectieuse*, est peut-être plus complexe. La présence d'un petit kyste hydatique du foie, infecté secondairement à une mastite puerpérale, paraît avoir joué un certain rôle.

Voici le résumé de l'observation :

Discussion sur l'angiocholite infectieuse. (*Soc. de chirurgie*, 21 avril 1897, *Bull.*, p. 299. M. Michaud.)

Une jeune femme de 28 ans toujours bien portante jusque-là accouche normalement en décembre 1895. Elle nourrit son enfant tout d'abord sans incident, puis, vers la fin de janvier 1896, à deux ou trois reprises différentes, elle est prise de poussées congestives et inflammatoires du côté du sein droit. Ces poussées n'aboutirent pas cependant à la suppuration.

Le 14 février elle a de violentes coliques hépatiques; le lendemain son ventre est ballonné; l'hypochondre droit est douloureux à la pression. Le pouls est petit, fréquent, 120 à 130 pulsations; la température très élevée, 40°1. Il y a des vomissements bilieux. L'état général s'amende un peu les jours suivants. Le 20 février il y a des frissons, on constate que le foie est manifestement augmenté de volume, les matières sont décolorées, il y a un peu de subictère.

Le 21 février je la trouve dans un état sérieux. La température est aux environs de 39°, le ventre légèrement ballonné, le foie manifestement augmenté de volume, surtout au niveau de la ligne médiane où je crois trouver une petite voussure due sans doute à une collection purulente intrahépatique. La région vésiculaire est aussi le siège d'une vive douleur.

Une intervention chirurgicale est pratiquée le 1er mars.

Une laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen nous conduit sur une vésicule biliaire peu volumineuse, un peu rouge, légèrement adhérente à l'épiploon qui est d'ailleurs facilement détaché. Les lobules hépatiques au-dessus de la vésicule sont le siège d'un petit abcès très net, du volume d'un haricot. A l'aide d'une pipette stérilisée, je recueille le pus de l'abcès hépatique sus-vésiculaire, et, par ponction, je retire de la vésicule avec une autre pipette une petite quantité de pus. Cela fait, j'ouvre et je nettoie l'abcès minuscule du foie. La vésicule est ouverte, fixée à la peau, non sans quelque difficulté. Il en sort une petite quantité de pus. Nous n'y trouvons aucune trace de calcul, non plus que dans les autres voies biliaires accessibles à la palpation.

Un drainage est établi avec grand soin sous la vésicule.

Ensuite nous arrivons, à travers une mince lame hépatique, dans la cavité d'un kyste hydatique suppuré, du volume d'une grosse mandarine; les parois sont suturées à l'incision abdominale; la cavité bourrée de gaze iodoformée. Nos deux incisions sont partiellement refermées, mais nous avons soin de laisser à chacune une partie suffisamment béante pour bien amener l'écoulement du liquide infecté.

Le lendemain 2 mars, l'état de la malade est un peu meilleur. Le pouls est à 106 et la température 38°5. Un peu de diarrhée. Une injection sous-cutanée de 125 grammes de sérum de Hayem.

Le 3 mars, l'état général est satisfaisant, le pouls bas, la température est de 38°3. Plus de diarrhée. Injection sous-cutanée de 120 grammes de sérum.

Les jours suivants l'état s'améliore de plus en plus et le 6 mars la bile cesse de s'écouler par la vésicule; les urines sont plus claires et plus abondantes.

Les garde-robes, abondantes, sont jaunâtres, bilieuses. Pouls 76, température 37°2.

J'enlève le drain du kyste suppuré.

Le 13 mars, la plaie kystique se resserre graduellement. L'écoulement purulent et bilieux diminue. J'enlève le drain de la vésicule; la température est normale et les plaies en bon état.

Le 25 mars la malade va très bien. Il s'est écoulé par la vési-

cule environ un verre à Bordeaux de bile. Le rétablissement des fonctions vésiculaires a donc lieu au bout d'un mois.

Un très léger écoulement biliaire persiste tant par la bouche vésiculaire que par la plaie hépatique pendant les mois d'avril, mai, juin.

En juillet la malade est absolument guérie. Je l'ai revue tout récemment, elle est restée absolument guérie. Elle ne souffre plus du tout. Son état général est excellent et il ne reste plus d'autre trace de cette grave angiocholécystite que les cicatrices de ses deux interventions.

L'examen a montré que le pus de la vésicule et celui de l'abcès hépatique minuscule voisin étaient seuls virulents. On y a trouvé du pneumocoque.

Pour ce qui est de l'absence de microbes dans le petit kyste hydatique suppuré central, le fait est en rapport avec les constatations négatives déjà faites dans un certain nombre d'abcès du foie par nos collègues Bouilly, Peyrot, Chauffard.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une injection pneumococcique des voies biliaires qui a eu la marche bénigne fréquente des infections pneumococciques. Peut-être on pourrait établir la filiation suivante : Accouchement normal en décembre 1895. Poussées inflammatoires du côté du sein sans suppuration, à la fin de janvier 1896. Infection des voies biliaires principales et accessoires le 14 février. Infection d'un petit kyste hydatique préexistant dans le lobe gauche du foie sur la ligne médiane.

La cholécystotomie nous a fourni un résultat remarquable : Cessation presque immédiate des accidents graves, chute rapide de la température, tombée en 2 jours de 39° à la normale. Guérison complète de la malade en 4 mois.

On peut rapprocher de ces faits quelques-uns de ceux qui ont été publiés par M. le professeur Terrier et qui démontrent également l'importance de l'intervention opératoire dans les cholécystites et les angiocholites infectieuses. Les observations que M. Terrier a communiquées au Congrès de chirurgie en 1895 se rapportent toutefois à des angiocholites infectieuses nettement calculeuses, en quoi elles diffèrent des angiocholites infectieuses non calculeuses auxquelles nous limitons notre sujet.

Ces diverses observations montrent le résultat très heureux obtenu par l'opération dans les infections biliaires, même dans les cas désespérés comme le nôtre.

Les conclusions émises par M. Terrier sont donc applicables aussi bien aux angiocholites infectieuses secondaires à la lithiase biliaire qu'aux angiocholites infectieuses primitives, en apparence essentielles : « s'il y a cholécystite suppurée, il faut inciser, cela n'est pas douteux, mais dans toute *angiocholite infectieuse*, mon avis est qu'il faut également agir et faire la *cholécystostomie* (1). »

L'établissement d'une fistule cutanée, le drainage à l'extérieur des voies biliaires infectées, constituent en effet le meilleur procédé de dérivation de la bile. Dans les angiocholites même non lithiasiques ou supposées telles, l'infection s'accompagne toujours d'un certain degré de tension de la bile ou plutôt du liquide sécrété par les voies biliaires. L'obstacle n'est pas toujours possible à reconnaître. Nous savons en effet par la clinique qu'il y a infection biliaire, nous ignorons le plus souvent, comme le fait remarquer M. Quénu, si cette infection est ou non d'origine lithiasique. La tuméfaction de la muqueuse, la présence du fameux bouchon muqueux au voisinage de l'abouchement du canal cholédoque dans l'intestin pourront être invoqués avec d'autant plus de facilité que nous ignorons complètement la réalité de cet obstacle.

Ainsi que le fait remarquer M. Quénu, ce qui complique « le diagnostic des angiocholites infectieuses non calcu« leuses, c'est que parfois les accidents ont commencé « par des crises douloureuses, simulant à s'y méprendre « la colique hépatique. Or, nous savons actuellement, « dit-il, que ce syndrome n'assure pas l'existence d'une « lithiase, mais qu'il n'est que l'expression de la souf« france du foie. Si on ajoute à ces douleurs abdominales, « d'abord intermittentes puis continues l'existence d'un « ictère accusé, la décoloration des selles, la fièvre, l'aug« mentation de volume du foie, un mauvais état général, « accusé par du subdélirium et de la sécheresse de la « langue, on aura complété le tableau clinique d'une « infection biliaire par le colibacille. Lorsqu'un pareil « état dure depuis quelques semaines sans qu'une « amélioration succède à la thérapeutique médicale, « c'est-à-dire à l'usage du calomel à petites doses, aux « antiseptiques intestinaux, au régime lacté, etc., l'in« dication d'une intervention chirurgicale paraît incon« testable (1). »

1. Terrier, *Congrès de chirurgie*, 1895.

Mais ici une objection se pose. Avant d'admettre l'action curative du drainage biliaire sur les accidents hépatiques infectieux, nous devons pourtant nous demander si la laparotomie à elle seule, suivie du massage des voies biliaires et de la vésicule, ne suffirait pas à expliquer tout l'effet thérapeutique obtenu. La révulsion et la désobstruction bénéficieraient alors du résultat faussement attribué à l'ouverture de la vésicule. C'est là l'objection que nous firent à la Société des sciences médicales, MM. Dufourt et Rafin à l'occasion de la présentation de notre malade, en nous citant chacun un cas à l'appui.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade du service de M. le médecin principal Pierrot. Une tuméfaction localisée à la région de la vésicule, des accès de fièvre rémittente, un état général sérieux et des antécédents de colique hépatique. Le diagnostic de cholécystite suppurée avait été porté. Une laparotomie exploratrice conduisit sur une vésicule dont les caractères extérieurs paraissaient si peu inflammatoires qu'on ne l'ouvrit pas. La guérison se fit rapidement.

Dans le second cas il s'agissait d'une femme présentant une température très élevée avec un état général grave, sans ictère. La vésicule fut mise à découvert et fut trouvée distendue, rénitente, mais sans calculs ni caractères inflammatoires. Le ventre fut refermé, les accidents disparurent complètement.

Une troisième observation, publiée par M. Quénu en détail, doit être rapprochée des deux précédentes.

Mme M... est adressée à Quénu en octobre 1896 pour un ictère chronique et des douleurs hépatiques. Cette femme, âgée de 35 ans, grande, obèse, fait remonter sa maladie actuelle au mois de juillet 1896. Jusque-là santé excellente, sauf une fièvre typhoïde en 1894.

En juillet 1896, étant enceinte de 6 mois, elle fut prise subitement de douleurs vives au creux épigastrique avec irradiation dans l'épaule droite et le long des fausses côtes du côté droit. L'intensité de ces souffrances était telle que la malade se roulait dans son lit. Quarante-huit heures après elle devint jaune.

Les douleurs se calmèrent puis réapparurent à intervalles rapprochés durant une période de trois semaines. On ne rechercha pas les calculs dans les selles. Au mois de septembre les douleurs étaient minimes, mais l'ictère persistait; les démangeaisons intolérables, les matières étaient totalement décolorées.

L'accouchement, le 28 septembre 1896, fut le signal d'une nouvelle crise douloureuse. Ces crises devinrent bi-quotidiennes. Quinze jours après l'accouchement, qui fut rapide et non suivi d'aucune complication puerpérale, la fièvre fit son apparition. Au début l'accès survint tous les deux jours.

Puis il devint quotidien, présentant les stades classiques d'un

1. Quénu, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897.

accès de fièvre intermittente. Actuellement (fin novembre 1896) la fièvre est quotidienne, chaque soir le thermomètre monte à 38°4, 38°6, parfois 39°.

La teinte ictérique est prononcée sur tout le corps, les matières sont décolorées, les urines ont une couleur acajou, la langue est épaisse, chargée d'un enduit gris jaunâtre. L'appétit est nul, le lait est le seul aliment supporté depuis deux mois.

A la palpation abdominale profonde, douleur vive dans tout l'hypochondre droit; on sent le foie déborder les fausses côtes de 5 à 6 travers de doigt.

On ne perçoit pas la vésicule.

On porte le diagnostic de lithiase biliaire probable avec infection des voies biliaires.

Opération le 30 novembre 1896. Incision latérale. Le foie déborde de 4 bons travers de doigt le rebord des fausses côtes. Nous trouvons avec peine la vésicule biliaire qui est petite, atrophiée, adhérente au côlon transverse. Elle ne renferme aucun calcul. L'index gauche est introduit dans l'hiatus de Winslow pendant que la main droite explore la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique. On a de la sorte le pédicule du foie et le cholédoque entre les deux mains et aucun calcul ne saurait échapper. Le hile du foie est exploré sans résultat.

Nous trouvons seulement quelques ganglions tuméfiés, mais non indurés, sans apparence néoplasique. La tête du pancréas et la deuxième portion du duodénum n'offrent aucune consistance anormale.

Ces opérations minutieusement faites nous assurent qu'il n'existait à l'heure actuelle aucun calcul dans les voies biliaires extra-hépatiques. D'autre part, du 16 novembre au 30, on avait inspecté les garde-robes sans y rencontrer de concrétions.

Quoi qu'il en soit, en présence des phénomènes d'infection biliaire nous aurions voulu établir une fistule cholécysto-cutanée. Il nous fut impossible d'y songer sérieusement tant la vésicule était atrophiée et ratatinée.

La seule façon d'établir une fistule eût été de ponctionner la vésicule et d'établir tant bien que mal un trajet avec les débris d'adhérences. Nous préférâmes nous abstenir et le ventre fut refermé.

La température, la veille du soir de l'opération, était de 38°7; le matin elle était de 38°5. Elle tomba le soir de l'opération à 36°, et du 1er décembre au 15 elle oscilla entre 36°5 et 37°1 ou 37°2.

L'amélioration ne se borna pas à la disparition de la fièvre. Le 3e jour après l'opération, la malade éprouva un grand soulagement, la sensation d'appétit reparut, le sommeil devint bon, l'ictère diminua sensiblement. Du 1er au 15 février aucun vomissement. La viande, le pain furent digérés. Le 15 et le 17 il y eut une ascension thermique vespérale, l'état général demeurant satisfaisant. Entre le 18 et le 30 cette poussée vespérale reparut tous les 2 ou 3 jours.

La malade quitta l'hôpital le 31, très améliorée au point de vue des forces, de l'appétit et de l'ictère.

Depuis, les accès fébriles n'ont pas reparu, l'état général est parfait et aucune teinte ictérique ne persiste.

Sans doute ces trois cas de Pierrot, Rafin, Quénu sont très instructifs, mais le chirurgien n'a pas constaté le contenu de la vésicule qui n'a pas été ouverte. Qui nous dit qu'elle ne renfermait du pus, et que le massage n'a pas eu pour effet une ouverture de l'abcès en dedans, pour ainsi dire? Cela est si vrai que chez le malade du Dr Pierrot on avait porté le diagnostic de cholécystite suppurée. Dans notre cas au contraire, la vésicule renfermait un liquide absolument clair, mais pourtant infecté, dont le drainage, nous paraît-il, a dû jouer un rôle considérable dans le succès opératoire.

Néanmoins, sans chercher à ne voir dans les cas que nous venons de citer qu'une simple coïncidence, il est plus sage d'en tenir compte. Quelques autres faits, sinon identiques, du moins comparables, rapportés par Routier, Terrier et dans la thèse de Longuet, montrent également qu'à côté des cas d'angiocholites graves, capables de céder à un traitement médical approprié, il existe des angiocholites chez lesquelles l'intervention simplement exploratrice pourrait être utile. Sans invoquer l'action mystérieuse encore, ou révulsive, de la laparotomie dans quelques cas, il est très rationnel de penser que le massage des gros canaux biliaires et de la vésicule peut être de quelque importance en vidant ces voies de leur contenu et en favorisant de cette manière le dégorgement des voies biliaires supérieures.

C'est pourquoi, en présence d'un malade offrant des accidents d'*angiocholite infectieuse* de nature indéterminée, nous conseillerons comme préférable de pratiquer l'opération en deux temps. Après avoir fait le massage des voies biliaires de la vésicule, on pratiquerait d'abord une *cystopexie* assez large pour qu'il fût facile secondairement, si les accidents infectieux persistaient, d'ouvrir la vésicule pour donner issue à la bile infectée. Le plus souvent même il serait possible, vu la persistance, habituellement constatée, de la souplesse de la paroi vésiculaire, d'attirer suffisamment le sommet de celle-ci hors de la plaie pour que la ponction complémentaire devînt sûrement facile (1).

Ainsi la cholécystostomie serait faite seulement comme dernière ressource et les malades ne seraient pas exposés à voir persister une fistule biliaire inutilement.

Enfin la bénignité plus grande de la première partie de l'intervention permettrait de la pratiquer plutôt. On éviterait ainsi une temporisation souvent très préjudiciable au malade. On abrégerait enfin, peut-être avec avantage, le traitement médicamenteux destiné à l'antisepsie intestinale, traitement à la mode aujourd'hui, illusoire le plus ordinairement, et parfois dangereux, de l'avis même du professeur Terrier, chez ces malades dont les reins le plus souvent fonctionnent mal.

Conclusions. — 1° Dans les angiocholites infectieuses graves non calculeuses, la cholécystostomie, en assurant un drainage des voies biliaires, peut sauver des malades dont l'état paraissait désespéré.

2° Nous conseillons de pratiquer d'abord une laparotomie exploratrice, et, après avoir constaté l'absence de calculs, de pratiquer prudemment un massage de la vésicule et des gros canaux biliaires.

3° Enfin de fixer la vésicule à la paroi abdominale pour pratiquer secondairement la cholécystostomie si les premières tentatives sont demeurées infructueuses.

4° Le malade pourra ainsi bénéficier d'une opération réellement efficace et qui pourra être proposée de bonne heure en raison de sa bénignité.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Frenkel (Bernard). *De l'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des infections antérieures.* N° 212. (Soc. d'édit. scient.)

M. Lenoble (Emile). *Contribution à l'étude clinique du sang. Caractères séméiologiques du caillot et du sérum.* N° 186. (G. Steinheil.)

M. Collard (Edmond). *Les grands entr'actes de la syphilis. Contribution à l'étude du tertiarisme.* N° 134. (Ollier-Henry.)

1. On sait en effet combien parfois peut être délicate à pratiquer l'ouverture de l'estomac dans la gastrostomie en deux temps.

M. Glanois (Louis-Joseph-Arthur). *Etude historique et critique des épidémies d'origine exotique et en particulier de la peste et des mesures successivement opposées à leur marche envahissante.* N° 152. (P. Delmar.)

Quand la rougeole survient chez un enfant infecté, infection banale (bronchite, entérite ou staphylococcie cutanée), spécifique (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde, diphthérie) ou chez un enfant en puissance d'infection (enfant ayant séjourné dans un milieu infecté), que cette infection soit guérie ou en pleine évolution, l'apparition de la rougeole détermine la reviviscence et l'exaltation de virulence des germes de la maladie préexistante. Pour M. Frenkel l'existence d'une infection antérieure est donc dans la majorité des cas la condition essentielle et la cause fondamentale des accidents ultérieurs de la rougeole : cette proposition est surtout vraie pour les quatre premières années de la vie. Toute autre maladie spécifique est capable, dans des circonstances spéciales, de provoquer des infections secondaires, mais à un moindre degré que la rougeole. Toute maladie, et plus spécialement l'infection broncho-pulmonaire, représente dans un pavillon de rougeole une source d'infection capable d'infecter les autres sujets en état d'opportunité morbide. Le pronostic est toujours grave; moins grave, si les deux maladies évoluent successivement ou sont séparées par un intervalle d'apyrexie plus ou moins long; fatal si les deux maladies évoluent simultanément.

Le traitement sera avant tout prophylactique : isolement d'emblée et mesures d'hygiène. Les toniques seront employés dès le début; chaque complication sera traitée par des moyens appropriés.

Dans un très important travail, basé sur de multiples observations, M. Lenoble montre que l'étude du sérum et du caillot est des plus instructives et doit entrer dans la pratique courante au même titre que les autres examens du sang dont elle est le complément indispensable. La technique préconisée par son maître M. Hayem est des plus simples, l'emploi du spectroscope n'offre pas de difficultés.

Dans les anémies, les altérations du sérum et du caillot sont en raison directe de l'intensité du processus pathologique.

L'absence de rétraction du caillot caractérise l'anémie pernicieuse progressive protopathique, les formes de purpura les plus graves, certains états infectieux. Le caillot présente dans ces cas des caractères très définis (coloration, forme, mollesse et diffluence du coagulum, etc.).

Le sérum fluorescent existe à l'état physiologique ou pathologique où il est surtout significatif de la présence de l'urobiline associée ou non à des pigments biliaires. Dans les affections du foie, le sérum et le caillot offrent des caractères très particuliers qui se modifient suivant la lésion en présence de laquelle on se trouve (ictères biliphéique, hémaphéique, cirrhoses).

Le sérum laqué caractérise l'hémoglobinurie paroxystique essentielle. Mais il peut se produire à l'état physiologique ou dans les états infectieux accentués. Sa teinte spéciale peut être due à la présence de la méthémoglobine dans les grandes intoxications qui pigmentent les tissus.

Certaines maladies hémorrhagiques, comme l'hémophilie accidentelle, sont remarquables par le retard de la coagulation, la physionomie spéciale du caillot, l'élasticité et la fermeté de coagulation, qui les distingue des états analogues que l'on pourrait appeler pseudo-hémophilies, en ne tenant compte que de l'état du sang. Dans les autres variétés, comme le scorbut, on ne saurait à l'heure actuelle se faire une opinion sur les altérations hématiques possibles.

Le sérum opalescent existe parfois dans les maladies rénales. S'il est dû à l'abondance de leucocytes, il se prend en gelée sous l'influence de l'éther. Les caractères assignés par Bremer au sang des diabétiques semblent inconstants. Enfin le sérum de la fièvre typhoïde ne diffère en rien dans les formes graves de ce qui existe dans les infections : il n'a rien de significatif par lui-même.

M. Lenoble conclut donc avec M. Hayem que l'étude des modifications cliniques du caillot et du sérum constitue un procédé pratique essentiellement clinique pouvant fournir de nombreux renseignements que des recherches ultérieures accroîteront encore.

Les manifestations tertiaires de la syphilis peuvent rester latentes pendant des périodes considérables qui varient entre 20 et 67 ans (chiffre extrême observé), ce sont là les grands entr'actes de la syphilis étudiés par M. Collard.

On peut évaluer à 1 pour 20 le nombre de ces syphilis à grands entr'actes, mais la guérison de la syphilis étant plus que douteuse, celles qui ne présentent plus d'accidents après la période secondaire semblant des syphilis latentes, à évolution indéfiniment retardée, aussi cette statistique est-elle encore audessous de la vérité.

Dans la syphilis acquise de l'adulte, le terrain paraît jouer un rôle beaucoup plus important que la nature du virus. C'est chez l'homme sain, ayant acquis sa syphilis vers l'âge de 20 ans et chez l'enfant de plus d'un ou deux ans que ces grands entr'actes s'observent le plus volontiers, comme si la syphilis ne fructifiait qu'avec peine, dans ces terrains résistants. Le traitement bien conduit de la syphilis aboutit à l'arrêt de la maladie bien plus qu'au retard d'apparition des accidents tertiaires.

La réapparition des accidents est quelquefois provoquée par une cause occasionnelle : traumatisme amenant une gomme au point contusionné; mais dans la majorité des cas cette cause échappe complètement.

Le pronostic de ces accidents tardifs n'est pas plus sévère que celui des accidents syphilitiques arrivant à leur période habituelle. Cependant, dans un certain nombre de cas, la réapparition de l'accident spécifique est le signal de l'éclosion d'une foule d'autres qui continuent à assiéger l'individu si le traitement n'intervient pas.

M. Glanois insiste sur l'insuffisance de notre législation sanitaire intérieure et propose de doter nos conseils départementaux d'hygiène des mêmes pouvoirs que les conseils d'hygiène de comité établis en Angleterre et y rendant les plus grands services.

Quant à la législation sanitaire à la frontière, bien que ce soit à la France que revienne l'honneur d'avoir la première pris des mesures générales contre l'introduction des maladies pestilentielles et que le code sanitaire du 4 janvier 1896 soit inspiré directement des résolutions adoptées par les dernières conférences internationales, les mesures prises par ce règlement de 1896, pour être bonnes, ne sont pas suffisantes, d'après l'auteur, car ce règlement n'a pas résisté à la première menace d'une maladie pestilentielle aux portes de l'Europe. Il n'est efficace qu'autant qu'il n'y a pas danger immédiat et direct. Mais le Conseil d'Etat, au moment de la rédaction du décret, a réservé dans l'article 69 des pouvoirs importants aux municipalités, en cas de danger pressant : il est en effet indispensable de laisser aux autorités locales toute initiative en cas de besoin.

Thèses de la Faculté de Nancy.

Année 1897-1898.

M. Athanasow. *Recherches histologiques sur l'atrophie de la prostate consécutive à la castration, à la vasectomie et à l'injection sclérogène épididymaire.* N° 9. (Imprimerie Gérardin, Nancy-Paris).

M. Demange (J.). *Pathogénie de la chlorose et opothérapie ovarienne.* N° 11. (A. Crépin, Nancy.)

M. Rapp (Emile). *De la voie vaginale dans la résection du rectum.* N° 12. (A. Crépin, Nancy.)

M. Beuvignon. *De la salpingite tuberculeuse.* N° 1. (Imprimerie Nancéenne.)

M. Mazurier (Henri). *Traitement opératoire de la myopie forte.* N° 2. (Imprimerie Gérardin, Nancy-Paris.)

M. Tronçay. *Contribution à l'étude de la blennorrhagie anorectale.* N° 7. (Imprimerie Gérardin, Nancy-Paris.)

D'après M. Athanasow, l'atrophie de la prostate consécutive aux interventions sur le testicule doit toujours être constatée microscopiquement.

Elle se traduit histologiquement par les phénomènes principaux suivants :

a) A un faible degré d'atrophie, modification du tube glandulaire et, par exemple, effacement de leurs papilles. Dégénérescence graisseuse des cellules, multiplication amitotique des noyaux, réduction de la hauteur de l'épithélium;

b) A un degré plus avancé de régression, effacement des acini glandulaires et augmentation du tissu fibro-musculaire, rétrécissement des canaux excréteurs, parfois disparition complète d'un lobule glandulaire.

La castration donne d'excellents résultats dans l'hypertrophie prostatique. Sur 1 homme, 4 bœufs, 3 porcs, 3 chevaux et 2 moutons, l'atrophie était très marquée. Sur 8 cobayes, 5 présentent des prostates très altérées; chez les 3 autres, les prostates sont restées normales; il n'y a donc qu'ici que cette opération a donné des résultats inférieurs, soit 62,5 p. 100 succès et 37,5 p. 100 insuccès.

La vasectomie donne des résultats très vagues et incertains. Sur 3 chiens vasectomiés, 1 présente une prostate très atrophiée, 1 autre est resté normal et le troisième est à peine impressionné. Sur 7 cobayes, 4 présentent une atrophie appréciable, soit 57 p. 100, les 3 autres sont restés anormaux, soit 43 p. 100.

L'injection sclérogène donne des résultats très satisfaisants et presque aussi beaux que ceux de la castration. Sur 2 chiens injectés, l'un est resté indemne, l'autre présente une atrophie très appréciable. Sur 8 cobayes, 5 sont manifestement atrophiés, soit 62,5 p. 100, 1 est impressionné très faiblement, soit 12,5 p. 100 et les 2 autres sont restés sans aucune altération appréciable ni à la vue, ni au microscope, soit 25 p. 100.

L'histoire de la pathogénie de la chlorose est un des chapitres les plus touffus et les plus obscurs de la pathologie générale. Tour à tour les différents symptômes de l'affection ont été pris en particulier; dans chacune des modifications fonctionnelles organiques on a cru voir la cause de la maladie. D'innombrables théories ont été émises; aucune n'est arrivée à convaincre les esprits.

M. Demange passe en revue les différentes théories pathogéniques proposées telles que M. Gilbert en a donné la classification au congrès de Moscou.

Chacune des théories actuelles sur la pathogénie de la chlorose renferme une part de vérité. Aucune n'est capable d'en expliquer tous les symptômes.

Pour l'auteur, la chlorose est une maladie essentielle. Elle appartient en propre à la puberté de la femme. La chlorose est une intoxication.

L'ovaire possède une sécrétion interne dont le lieu de production est vraisemblablement dans les corps jaunes.

Cette sécrétion interne, indépendante de la menstruation, a des propriétés antitoxiques qui détruisent les produits de dénutrition et assurent ainsi le développement pondéré de l'organisme. Accessoirement, le flux menstruel débarrasse l'économie de ses produits de déchet. Dans la chlorose, la fonction ovarienne est altérée toujours, la fonction menstruelle souvent; il en résulte une rétention des toxines.

L'augmentation énorme des dépenses au moment de la puberté explique pourquoi l'intoxication-chlorose se produit habituellement à cette époque de la vie.

L'opothérapie ovarienne est un traitement rationnel de la chlorose.

Les différentes préparations thérapeutiques d'ovaire sont également bonnes.

Cette médication est généralement bien supportée, si l'on ne donne pas de trop fortes doses d'emblée.

Une dose quotidienne de 1 gramme de poudre desséchée d'ovaire est suffisante.

Le repos, une hygiène appropriée, sont des adjuvants d'une grande utilité.

La médication martiale, insuffisante pour guérir la chlorose, est un excellent traitement symptomatique; elle peut rendre de grands services quand l'opothérapie ovarienne a déjà produit une sensible amélioration.

M. E. Rapp a essayé de montrer la supériorité des procédés d'exercice du rectum par voie vaginale.

La bénignité relative de l'incision vaginale, la facilité de son exécution, la vaste étendue du champ opératoire qu'elle assure, enfin les résultats excellents qu'elle donne dans la plupart des cas, toutes ces conditions permettent à l'auteur de dire avec M. Heydenreich que « chez la femme la méthode de choix, quand le néoplasme ne remonte pas à plus de 12 et 15 centimètres au-dessus de l'anus, est l'opération vaginale trop négligée jusqu'à présent (*Sem. méd.*, septembre 1897). »

M. Beuvignon étudie dans sa thèse la localisation du processus tuberculeux sur les trompes.

La tuberculose tubaire est la plus fréquente des lésions de même nature sur les organes génitaux. Ordinairement secondaire elle provoque les mêmes phénomènes que les affections inflammatoires des annexes, la pyosalpingite entre autres. De ce fait, le diagnostic est souvent difficile. On y arrivera cependant en tenant compte des antécédents héréditaires et personnels de la malade, de ce fait qu'on ne trouve ni blennorrhagie ni infection puerpérale, par la fréquence des poussées de pelvipéritonite et l'état spécial de la malade. La salpingite tuberculeuse est non seulement un inconvénient, c'est un danger; et elle doit être traitée chirurgicalement par l'ablation complète chaque fois qu'on le peut. On interviendra dès que le diagnostic aura été posé. Ce sera la règle dans toutes les tuberculoses primitives des annexes. Dans le cas de tuberculose secondaire on interviendra encore si les autres lésions sont peu importantes, tendent à l'amélioration ou restent stationnaires, ou bien encore si la lésion tubaire prend une importance fâcheuse.

L'opération de choix est la laparotomie médiane. L'opération sera souvent très difficile à cause de la multiplicité et de la résistance des adhérences. Il faudra toujours redouter la rupture du kyste purulent. Si cet accident arrive on y remédiera par le lavage du péritoine et le drainage.

La malade retire un bénéfice réel de l'opération parfois curatrice. Elle voit ses douleurs supprimées, et le danger d'une généralisation, si cette tuberculose est primitive disparaît. Malheureusement on voit parfois la diathèse tuberculeuse continuer ou reprendre sa marche.

La myopie forte est une maladie grave pouvant entraîner les complications les plus dangereuses au point de vue de la vision. Elle nécessite donc un traitement sérieux. D'après M. Mazurier, les divers traitements opératoires proposés : aplatissement mécanique de la cornée, sections de divers muscles externes et du muscle ciliaire; iridectomie et sclérotomie; excision d'un lambeau cornéen, etc., rendent certainement des services, mais ne s'adressent pas au facteur principal de la maladie, et ne l'empêchent pas d'évoluer la plupart du temps. La suppression du cristallin transparent est, jusqu'à présent, le procédé de choix, qui donne d'excellents résultats : diminution de la réfraction, augmentation notable de l'acuité visuelle, se traduisant par la possibilité de la vision à distance, la faculté du travail de près à la distance normale, le rétablissement de la vision binoculaire; enfin, la suppression de l'accommodation, entraînant, dans la majorité des cas, la guérison des lésions profondes.

On doit opérer quand on est en présence d'une myopie à marche progressive, dépassant 12 à 15 dioptries chez l'adulte, à partir de 8 dioptries chez l'enfant, âgé de moins de 10 à 15 ans.

Le procédé opératoire sera l'extraction à petit lambeau ou l'incision linéaire chez l'adulte, et l'aspiration chez l'enfant, précédés, dans l'un et l'autre cas, de la maturation artificielle du cristallin, en évitant soigneusement l'issue du vitré qui, d'après plusieurs auteurs, serait la cause du décollement post-opératoire de la rétine.

La localisation de la blennorrhagie au niveau de l'anus et du rectum, que M. Tronçay étudie dans sa thèse, a son existence bien démontrée aujourd'hui. Elle est le plus souvent observée à la suite de la pédérastie passive, ou, chez la femme, d'une auto-inoculation par les liquides blennorrhagiques vulvaires. Le plus grand nombre des cas sont relatifs à des femmes. Les symptômes subjectifs de l'affection n'ont rien de caractéristique. Les meilleurs symptômes objectifs : écoulement purulent, ulcérations, végétations, ne sont pas absolument constants et n'ont rien de

tout à fait spécial. Ces différents symptômes peuvent évoluer rapidement et disparaître au bout de quelques semaines, dans la forme aiguë; mais le plus habituellement celle-ci aboutit à une période chronique, qui peut persister pendant de longs mois. La blennorrhagie ano-rectale peut exister sans aucun symptôme clinique appréciable. Le seul moyen de diagnostic réellement certain sera l'examen bactériologique, qui a permis de constater que la blennorrhagie ano-rectale est plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Diverses inflammations de la région péri-ano-rectale pourront venir compliquer l'affection. Le rétrécissement du rectum sera une complication tardive, rare, mais très sérieuse, dont la réalité clinique n'a pu cependant être encore bien démontré d'une façon évidente.

Le traitement consiste dans l'emploi des lavages antiseptiques appropriés, parfois de la cautérisation ou de la dilatation du sphincter.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Entérite streptococcique chez les jeunes enfants, par E. Libman (*Med. Rec.*, 5 mars 1895, p. 336). — Dans deux cas de gastro-entérite chez des enfants l'auteur a examiné les fèces. Il a pu y trouver chaque fois le streptocoque correspondant à la description de Hirsch, par toutes ses propriétés morphologiques et son mode de culture.

CHIRURGIE

Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétroflexions et rétroversions douloureuses, par MM. F. Jayle et A. de Lima, *Revue de gynécol. et de chirurg. abdom.*, n° 6, décembre 1897. — De ces 76 observations, prises sur un ensemble de 1100, MM. Jayle et Lima, tirent les conclusions suivantes :

1° Les rétrodéviations latentes, n'ayant jamais déterminé de douleur, paraissent d'une observation peu commune : pas un cas sur 1100 malades atteintes d'affections utérines ou utéro-ovariennes;

2° Les rétrodéviations douloureuses s'accompagnent, sinon toujours au moins presque toujours, de lésions annexielles (76 fois sur 76 cas);

3° La mobilité de la rétrodéviation n'est pas en rapport avec l'absence de lésions annexielles;

4° Les lésions annexielles sont de gravité variable et généralement plus accentuées dans les rétroflexions que dans les rétroversions;

5° Le pronostic et le traitement de la déviation utérine sont intimement liés au pronostic et au traitement des lésions des annexes (et des lésions utérines ordinairement concomitantes);

6° L'étendue et la nature des lésions péri-utérines d'une part, l'état nerveux de la maladie, d'autre part, sont les principaux facteurs à envisager pour établir le traitement des rétrodéviations;

7° La reposition simple de l'utérus dans sa situation normale, sans le traitement des lésions utérines ou des lésions annexielles (celle-ci peuvent être légères, en apparence : ovarite microkystique, par exemple) n'est généralement pas suivie de guérison complète et durable ;

8° La rétrodéviation peut persister et passer à l'état latent, si les lésions inflammatoires périutérines et utérines ont disparu;

9° La rétrodéviation est une complication sérieuse des affections utérines et périutérines, parce qu'elle en rend le traitement médical ou chirurgical conservateur souvent très difficile.

Cas de tétanos traité par le sérum antitétanique; mort, par Roberts (de Louisville) (*Medicine Detroit*, mars 1898, p. 200). — Dans le cas rapporté par l'auteur, le malade un homme de 40 ans ne fut amené à l'hôpital que plusieurs jours après l'apparition des premiers symptômes tétaniques.

A son entrée à l'hôpital, le 8 décembre, on lui fit 30 centim. cubes de sérum, et 2 jours après la même dose fut renouvelée. Néanmoins le malade mourut le 12 décembre.

L'auteur dit que ce cas est le 2e ou il a eu l'occasion d'employer l'antitoxine, les deux fois d'ailleurs sans résultat. Comparant sa statistique des cas de tétanos traités par les sédatifs et les antispasmodiques avec celle de Goodrich qui a réuni 113 cas de tétanos traités par le sérum, il arrive à cette conclusion que les résultats sont à peu près identiques. La mortalité par les cas sérothérapisés est de 63 p. 100; et de 64 p. 100 par le traitement habituel.

Traitement préventif des abcès du sein, par W. B. Warde (*the Lancet*, 3 janvier 1898, d'après *Medicine*, p. 241, 1898). — Le traitement que préconise l'auteur n'est autre que l'expression telle qu'on l'emploie habituellement à la période d'induration des abcès du sein. L'auteur rapporte un cas où il est convaincu avoir empêché par ce moyen la formation d'un abcès.

Restauration de l'urèthre et fermeture de la vessie chez une femme, à la suite de déchirure étendue, par Richardson (*Boston med. and surg. Journ.*, 1898, p. 203). — Le procédé employé par l'auteur s'inspire de la méthode de Thiersch pour le traitement de l'épi- et hypospadias. Un premier volet est fait à droite de la fissure. Rabattu en dehors il présente sa surface cruentée du côté gauche tandis que surface muqueuse regarde à droite. Son bord libre est contigu à la fissure. Son bord adhérent, qui sert de charnière au volet, en est à une certaine longueur. Du côté gauche de la fissure, second volet; mais ici le bord adhérent est contigu à la fissure, le bord libre est placé un peu plus loin, de telle sorte que la face cruentée regarde en dehors et la face muqueuse en dedans. Une sonde est placée dans l'urèthre. Le volet gauche est alors rabattu sur la sonde. La surface muqueuse devient la muqueuse uréthrale. Les points de suture fixent son bord libre enroulé autour de la sonde au bord adhérent du volet droit. Le volet droit est alors rabattu et fixé par de nombreux petits points de suture par-dessus le volet gauche, et comme il a été coupé plus large que le gauche il vient recouvrir complètement toute la surface laissée dépouillée de muqueuse par le volet gauche.

Dans le cas donné par l'auteur la guérison fut complète.

Symptôme et diagnostic de l'obstruction intestinale adynamique, par W. Myers (de Fort-Wayne, Inde) (*Internat. Journ. of Surgery*, mars 1898, p. 63). — L'auteur désigne ainsi l'obstruction due à l'adynamie de l'intestin, c'est-à-dire qui a pour cause non pas une diminution de la lumière intestinale en un certain point, mais le rétrécissement et la perte complète de la contractibilité musculaire, l'incapacité du tissu musculaire à agir sur le contenu intestinal. Cet état est le plus souvent confondu avec l'obstruction mécanique. Il est dû à la paralysie d'un segment de l'intestin, les mouvements péristaltiques ont cessé en ce point, le passage des matières est arrêté. La mort peut parfois survenir rapidement et l'autopsie montre qu'il n'existe aucune obstruction mécanique.

D'après H. Henrot cette affection reconnaît 3 variétés principales :

1° La paralysie est directe, et tient à une modification survenue dans l'étendue d'un segment intestinal;

2° La paralysie est indirecte, d'origine réflexe;

3° Elle est due à une affection générale du système nerveux.

Un exemple du premier cas est donné par le fait suivant : une hernie étranglée est réduite par le taxis ou l'opération, le malade étant anesthésié. A la suite les symptômes d'obstruction persistent et le malade meurt. L'autopsie montre l'intestin libre; il n'y a ni obstruction mécanique ni péritonite. Quelle a été la cause de la mort? L'un dit shök, l'autre chloroforme, le 3e syncope, un autre empoisonnement septique rapide. En réalité, c'est à la paralysie du segment intestinal malade qu'il faut attribuer la cause de la mort.

Autre exemple : un homme reçoit une contusion de l'abdomen, coup de pied de cheval; à la suite, les symptômes d'obstruction. La cause en doit être recherchée de la paralysie de la portion de l'intestin atteinte.

Il est encore une forme d'obstruction par perte du péristaltisme intestinal, qui est due à l'existence d'une péritonite. Une attaque aiguë de péritonite peut en effet déterminer une paralysie complète de la couche musculaire de l'intestin et en supprimant sa fonction, provoquer l'obstruction. Le fait d'ailleurs a été par Rokitanski.

Cliniquement le début de la paralysie intestinale est brusque. Lorque l'obstruction porte sur l'intestin grêle, la douleur et les autres symptômes sont plus aigus, la marche plus rapide. Les vomissements sont précoces. La distension est rapide mais non excessive et ne porte que sur l'intestin grêle.

Dans l'obstruction du gros intestin, la douleur et les autres symptômes sont moins aigus, sa course plus graduelle, les vomissements moins graves, l'urine abondante, sa distention ne survient pas immédiatement mais devient considérable.

Le traitement est le point difficile. On peut essayer de faire absorber de grandes quantité de liquide par la bouche.

MÉDECINE PRATIQUE

La bicyclette au point de vue médical,

D'après M. le Dr Ch. Lévi-Sirugue,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

S'il est une question d'actualité, c'est celle de la bicyclette qui, comme l'a dit Le Gendre, s'est imposée de haute lutte dans toutes les classes de la société. Il est donc du plus haut intérêt de connaître la physiologie et la pathologie d'un exercice sur l'opportunité duquel le médecin est fréquemment appelé à se prononcer. Ces points viennent d'être étudiés par M. Lévi-Sirugue dans une récente revue publiée dans la *Gazette des hôpitaux* et dont nous donnons un résumé.

I. Physiologie de la bicyclette. — *La physiologie de la bicyclette* a été étudiée en détail dans un travail très intéressant et très documenté de Mendelsohn et dans une dissertation inaugurale du Dr Blajéiévitch.

Le bicycliste doit, d'une part, faire agir les muscles qui maintiennent le corps dans la rectitude pour garder l'équilibre. Il doit aussi faire contracter des muscles qui serviront à la progression.

Comme dans tout exercice, il n'y a pas seulement contraction des muscles directement en jeu, mais aussi de leurs antagonistes.

D'ailleurs, comme l'ont dit J. Lucas-Championnière et plus récemment le Dr E. Guillemet (1), la bicyclette met en jeu tous les muscles. Aussi note-t-on, à la suite de cet exercice, une augmentation de la force musculaire que permet de constater le dynamomètre. Chose intéressante, comme l'a noté le Dr Guillemet, l'usage de la kola, qui diminue la sensation de fatigue, diminue la force dynamométrique.

L'activité imprimée à la nutrition se traduit par les modifications de l'urée qui se trouve éliminée en plus grande quantité et de l'acide urique qui est diminué. Chez les professionnels, les albumines ne suffisent pas à fournir tous les matériaux azotés de l'excrétion; les graisses en fournissent aussi. De là une cause d'amaigrissement qui s'ajoute à la perte considérable d'eau qui passe dans la sueur (A. Robin).

La digestion ne peut être gênée que par la mauvaise position du corps penché en avant, qui amène la compression de l'estomac. C'est ainsi que peuvent s'expliquer certains troubles gastro-intestinaux (migraines, diarrhées, éructations). La sudation trop abondante pourrait, par la perte d'eau, diminuer la sécrétion du suc gastrique. Mais un exercice modéré favorisera, au contraire, la digestion, à condition de ne pas être précédé d'un repas trop copieux. La défécation est également facilitée; ce n'est que l'abus de la bicyclette qui produit de la congestion rectale.

Nous arrivons maintenant aux fonctions sur lesquelles agit surtout la bicyclette, la *respiration* et la *circulation*.

L'exercice de la bicyclette produit l'augmentation du nombre des respirations jusqu'à 100 par minute, et quelquefois, chez les débutants ou chez ceux qui font des courses trop longues ou trop rapides, une véritable dyspnée.

Cette dyspnée pulmonaire reconnaît plusieurs causes, et d'abord l'excès d'acide carbonique.

Comme l'a montré Paul Bert, le muscle qui travaille produit beaucoup d'acide carbonique. Le rapport de l'acide carbonique produit à l'état de veille et pendant le sommeil est de 5 à 1. Or, un des moyens d'élimination de l'acide carbonique est l'augmentation du nombre des respirations. L'exercice un peu intensif amène, de plus, de l'hyperthermie passagère (39° ou 40°), due à l'excitation des centres nerveux (Lorrain et Bouchard), qui contribue encore à produire de la dyspnée, et à faciliter l'élimination de l'acide carbonique.

La dyspnée tient enfin à la gêne de la circulation pulmonaire, qui s'accroît quand les respirations sont fréquentes et superficielles.

L'*action sur la circulation* est encore plus immédiate. Un premier effet est d'augmenter la pression et d'accélérer les mouvements du cœur. Le sang circule plus facilement dans un muscle qui travaille, comme l'ont montré les expériences de Ludwig et Sadler, et celles de Chauveau et Kauffmann sur le cheval. Ces expérimentateurs ont vu que, dans un muscle au repos, le poids du sang représente 17 p. 100 du poids du muscle; tandis que, dans un muscle qui travaille, il représente 85 p. 100.

Pour lutter contre les dangers de l'augmentation de pression, les vaisseaux se dilatent, le dicrotisme de la pulsation s'accentue, mais à la longue les vaisseaux finissent par perdre leur élasticité. Il y a alors une chute de la pression sanguine. Les contractions cardiaques montent à 200, 250, et rarement on en compte moins de 150.

L'activité circulatoire a donc pour conséquence l'augmentation de travail du cœur, qui peut dépasser les limites physiologiques et arriver rapidement à la fatigue du myocarde. C'est là ce qu'il y a de plus spécial à cet exercice. La fatigue du cœur y survient plus vite que dans la marche.

II. Accidents produits par la bicyclette. — Les *accidents* de la bicyclette s'observent dans deux conditions : ou chez des individus malades chez qui tout effort devient une cause de danger, ou chez des individus sains, mais qui ont fait abus de cet exercice.

Ce sont les *troubles cardiaques* qui constituent les principaux accidents des courses trop longues, et surtout trop rapides.

Des *intermittences cardiaques* peuvent s'observer de préférence chez des individus d'âge mur, intermittences qui sont seulement perçues par le médecin, ou qui s'accompagnent de sensations pénibles.

Une conséquence assez fréquente est le cœur irritable qui donne lieu à des palpitations, de la dyspnée, et on peut voir chez des neurasthéniques, des hystériques, des attaques de *fausse angine de poitrine*. Un accident plus grave est la *dilatation aiguë du cœur*, qui peut amener soit une insuffisance valvulaire fonctionnelle, soit de l'asystolie aiguë, se traduisant, pendant la course, par un état syncopal, chez des individus qui, antérieurement, ne présentaient pas de symptômes cardiaques.

L'*hypertrophie cardiaque* peut être la conséquence des efforts répétés du myocarde pour lutter contre la dilatation qui persiste plusieurs heures après la course.

Chez des artério-scléreux, le danger peut être plus grand, et on peut observer des attaques de *vrai angor pectoris*, qui peuvent même occasionner la mort subite du malade.

L'abus de la bicyclette pourrait aussi créer des lésions valvulaires, et M. Launois (1) a observé un cas d'*insuffisance aortique*, survenue chez un homme jeune et vigoureux, ayant fait abus de ce sport.

M. Le Gendre (2) a vu chez des jeunes filles plusieurs cas de

1. Eug. Guillemet, *La bicyclette, ses effets psycho-physiologiques* (th. de Bordeaux, 1897-98).

1. Launois, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc. 1866.
2. Le Gendre, *Rev. obstét. et pédiatrie*, juin-juillet 1897.

rétrécissement mitral congénital, restés latents jusqu'au jour où la malade a commencé à monter à bicyclette.

Enfin, en dehors de lésions cardiaques, on pourrait observer de la tachycardie et des palpitations, conséquence de la gêne respiratoire qu'apportent les diverses causes d'imperméabilité nasale.

La fatigue peut porter son action sur tout l'organisme, et se traduire par ces accidents d'auto-intoxication, qu'on connaît sous le nom de *fièvre de surmenage*.

L'*albuminurie* a été signalée plusieurs fois chez des sujets bien portants antérieurement.

On note de l'albuminurie après l'exercice chez 72 p. 100 des cyclistes, de la cylindrurie chez 58 p. 100 et seulement chez 16 p. 100, les urines restent normales. Cette albuminurie est une albuminurie de fatigue. On comprend cependant que l'albuminurie due à une néphrite soit pour l'exercice de la bicyclette de mauvaises conditions (1).

On a signalé aussi, par l'abus de la bicyclette, des *congestions hépatiques*, qui se traduisent par de l'urobiline dans l'urine.

Les *organes génitaux* peuvent avoir à souffrir, surtout s'il y existait une lésion antérieure (gonorrhée). C'est dans ces conditions qu'on a noté de l'hydrocèle.

On peut observer la compression des veines hémorroïdales, produisant des varices péri-anales ou de vraies hémorroïdes, qui peuvent se rompre et donner lieu à des hémorrhagies. Certains individus éprouvent des érections pénibles; enfin la compression prostatique peut amener de la rétention d'urine.

La compression nerveuse produit quelquefois l'insensibilité du périnée et des parties génitales, ou de la coccygodynie. On a noté encore de l'intertrigo périnéal, et, chez des gens atteints de blennorrhagie chronique, des cystites et des abcès urineux. Des ruptures de l'urèthre, et même des déchirures vésicales (2), peuvent se voir à la suite de chutes à califourchon sur la selle. Chez la femme, on peut noter, dans ces conditions, des hématomes vulvaires. Pour compléter les accidents génito-urinaires de la femme, nous ajouterons des cas de néphroptose par ressauts brusques de la machine et des congestions tubo-ovariennes dues surtout à l'irritation par la contraction du psoas. M. Le Gendre a vu un cas d'hématome du psoas avec hémorrhagie intestinale. Enfin on a accusé la bicyclette de provoquer chez la femme l'onanisme.

Ce reproche n'est guère plus justifié que celui de provoquer des hernies, qui ne peuvent survenir que chez des prédisposés. On peut même dire que, par la diversion et par la fatigue physique, la bicyclette peut servir à lutter contre l'onanisme.

On a signalé des troubles trophiques de la cornée produisant une cécité passagère (3), des traumatismes des membres (fractures du tibia, du péroné, du fémur, de clavicule, de l'avant-bras, luxations de l'épaule), des accidents de sciatique par compression, et de névrite cubitale (Tissié) (4), ainsi que des inflammations mécaniques articulaires (hydarthrose) et des douleurs passagères dans les ligaments de la patte d'oie. Nous ajouterons deux cas d'arthrite médio-tarsienne que M. L. Labbé se refuse à attribuer à la bicyclette qui, au contraire, serait utile dans les arthrites liées aux troubles de nutrition. Signalons enfin chez l'enfant, des hyperhémies épiphysaires (5) et chez des arthritiques congestifs des congestions cérébrales, des coups de chaleur.

III. Indications et contre-indications. — Connaissant maintenant les avantages et les dangers de la bicyclette, nous sommes en mesure d'étudier les cas où elle est *contre-indiquée* et ceux où elle peut être *préconisée*.

L'énumération des nombreux accidents cardiaques qu'elle provoque doit d'abord attirer l'attention du médecin du côté du cœur et on devra rechercher si l'individu qui doit se livrer à cet exercice présente un système circulatoire normal.

1. De Pezzer, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1894 — Richards, *Med. Rec.*, 1895, n° 10. — Irwin, *Louisville med. and. surg. Rep.*, 1892, n° 21. — Grant Sigman, *Med. Fortnightly*, 16 déc. 1895.
2. Ferria, *lo Sperimentale*, 1895, n° 2. — Le Monier. *Gaz. des hôpit.*, 1896, n° 1. — Delobel, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, n° 12.
3. Lavigerie, *Rec. ophthalm.*, 1895, n° 4.
4. Tissié, *Soc. de biol.*, 21 juin 1892; — *Union méd.*, 21 juin 1892.
5. Le Gendre, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Caen, 1894.

Le sport cyclique, de même que la cure de terrain d'Œrtel, peut être utile dans certaines cardiopathies, nuisibles et dangereux dans la plupart. Utile, à condition d'être modéré, dans des lésions valvulaires bien compensées, dans des névroses cardiaques, daes la surcharge graisseuse du cœur, il est contre-indiqué dans l'endocardite récente, l'angine de poitrine vraie, l'artério-sclérose avancée, les cardiopathies orificielles et valvulaires en hyposystolie, ou, *a fortiori*, en asystolie, les dégénérescences du myocarde, l'anévrysme aortique (Barié).

L'état du pouls devra surtout guider le médecin et les irrégularités, les faux-pas du cœur devront faire conseiller l'abstention. Chez l'enfant, quand on aura à craindre une lésion du cœur, si minime soit-elle, on devra défendre absolument cet exercice. Les accidents seraient encore plus à redouter à cet âge, où la pression sanguine est normalement plus élevée que chez l'adulte (Fiessinger) (1). On devra examiner l'enfant avec soin pour la possibilité d'une affection congénitale (rétrécissement de l'artère pulmonaire, rétrécissement mitral).

A la suite d'une maladie fébrile, à cause de la myocardite, qui en est souvent le reliquat, on maintiendra longtemps le petit malade en observation. On a vu, en effet, après la rougeole, la scarlatine, des enfants qui ne présentaient aucun signe de lésion du cœur pris d'accidents cardiaques pendant une promenade à bicyclette.

En résumé, il est des cardiaques chez qui on peut autoriser, avec extrême prudence, la bicyclette. Elle doit être proscrite chez les artério-scléreux et les enfants atteints de cardiopathies.

Y a-t-il des affections des voies respiratoires qui constituent une contre-indication à l'usage de la bicyclette? D'une manière générale, les individus atteints d'affections pulmonaires devront éviter les promenades sur des chemins poudreux. A cette condition, elle peut être utile pour la guérison de reliquats de pleurésie, pour la résorption des fausses membranes, ainsi que dans des catarrhes bronchiques. Certains médecins, entre autres Tiburtius, la recommandent dans l'emphysème, d'autres y voient une contre-indication, comme dans l'asthme, à cause de la difficulté de la respiration pendant cet exercice.

Une autre question très importante est de savoir si cet exercice doit être permis chez les tuberculeux pulmonaires, au début, et en dehors des périodes aiguës.

M. L.-H. Petit est d'avis que si les tuberculeux, pour la plupart, doivent s'en abstenir, d'autant plus qu'ils ont déjà au repos de la tachycardie, les gens prédisposés à la tuberculose, mais n'ayant pas de lésions, peuvent par contre en retirer de bons effets.

M. Barth (2) dit que, pratiquée avec mesure, la bicyclette peut rendre service dans les cas de tuberculose atonique et dans les tuberculoses fibreuses, guéries. Mais le sport doit être évité. Les tendances aux hémoptysies, les poussées fébriles sont donc des contres-indications absolues. D'une manière générale, il faut être très sobre d'exercices physiques chez les tuberculeux, chez qui toute dépense de forces se fait au détriment de la résistance de l'organisme au bacille et à ses toxines et chez qui le plus léger surmenage peut avoir des conséquences fâcheuses.

Aux lésions des voies respiratoires, nous ajouterons les lésions nasales, dont nous avons déjà montré l'importance. La déviation de la cloison du nez, l'hypertrophie des cornets, les végétations adénoïdes sont des conditions de respiration défectueuse, qui devront être traitées avant de permettre la bicyclette. En gênant la respiration, elles prédisposeraient aux accidents cardiaques (Le Gendre).

Chez la femme, les affections des organes génitaux forment un chapitre intéressant, vu la fréquence et l'importance de ces lésions. La femme devra renoncer au corset, et ne pas attacher ses jupes avec des cordons qui compriment le ventre (3). M. Le Gendre (4) a vu plusieurs cas de jeunes filles ou jeunes femmes ayant des règles abondantes non douloureuses, dont le flux menstruel s'atténua grâce à l'exercice à bicyclette pendant leurs règles. Il conclut qu'on peut en conseiller l'usage, même pen-

1. Cadet de Gassicourt, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, n° 37. — Fiessinger, Mém. couronné par l'Acad. de méd., Paris 1889.
2. Barth, *Thérapeutique de la tuberculose* (Bibl. de thérap. méd.-chir.).
3. Douglass Hogg, *Journ. de méd. de Paris*, 1894, n° 47.
4. Le Gendre, *Rev. d'obstét. et de pédiat.*, juin-juillet 1897.

dant les règles. Des prolapsus peu marqués peuvent être heureusement influencés; par contre, M. L.-H. Petit a vu, dans un cas de déchirure du périnée, une chute de l'utérus.

Comme contre-indications absolues, on peut signaler la blennorrhagie, l'endométrite gonococcique, les tumeurs, la grossesse. On fera bien, malgré l'avis de quelques auteurs, de recommander l'abstention dans toutes les périmétrites, où il y aurait toujours à craindre des poussées de pelvi-péritonite. Il en est de même dans le cas de néphroptose. Au contraire, cet exercice pourra être utile dans des affections génitales nerveuses, telles que l'ovaralgie.

Chez l'homme, il est certaines affections génitales qui contre-indiquent l'usage de la bicyclette. C'est surtout la blennorrhagie, même chronique, où des poussées pourraient être réveillées, et pour les éviter on fera bien d'attendre 3 mois après la guérison, et le double s'il y a eu complication d'orchite. Dans ce cas, le port d'un suspensoir s'impose pendant l'exercice. Enfin, l'hypertrophie prostatique du vieillard est aussi une contre-indication formelle.

On ne devra pas permettre la vélocipédie aux albuminuriques, puisque, même chez des gens bien portants, l'exercice peut amener une albuminurie transitoire, et que chez des albuminuriques la quantité d'albumine augmente.

Par contre, l'uricémie, la goutte (1), les coliques néphrétiques, et en général les maladies par ralentissement de la nutrition, et surtout l'obésité, sans dégérescence du myocarde, pourront être heureusement influencés par un exercice modéré. Dans le diabète sucré on devra être très prudent, à cause du coma diabétique qui pourrait être la conséquence du moindre surmenage. Le diabète azoturique, ainsi que la polyurie simple et la pollakiurie (2) pourront être avantageusement modifiés.

Les phlébites des membres, suites de puerpéralité ou d'autres infections, telles que, par exemple, la fièvre typhoïde, devront commander l'abstention, tant qu'elles se manifesteront par de l'œdème survenant lors de fatigue. Il en est de même pour les lésions articulaires (hydarthroses, arthrites tuberculeuses).

Certains troubles des fonctions gastro-intestinales peuvent s'amender sous l'influence de la bicyclette. Il en est ainsi de certaines dyspepsies nerveuses, de la constipation, de la lithiase intestinale. Au contraire, une poussée de typhlo-appendicite devra en faire, pendant un certain temps, interdire l'usage, et on devra n'y revenir que modérément.

Nous ne ferons que signaler les bons effets obtenus dans la chlorose non symptomatique de tuberculose, de néphrite ou de rétrécissement mitral. Les bruits de souffle anémiques disparaissent par l'exercice.

Dans les affections nerveuses, telles que parésies, amyotrophies, neurasthénie, hystérie, on a obtenu de bons résultats. Ce peut être, enfin, un agent utile dans la thérapeutique du morphinisme (3). Dans la neurasthénie, il est bon de distinguer 2 cas. La neurasthénie légère s'en trouvera améliorée rapidement; au contraire, la neurasthénie grave, avec relâchement de tout le système nerveux, peut être une contre-indication à cet exercice, comme à toute autre fatigue physique. D'ailleurs, il faut savoir que, tandis qu'une fatigue légère est plutôt un tonique nerveux, une fatigue plus forte énerve, et une fatigue à un degré plus élevé déprime.

En somme, les seules vraies contre-indications sont les lésions organiques du cœur.

Dans d'autres affections, la bicyclette peut rendre service, mais il sera bon, surtout s'il s'agit d'un enfant, d'examiner l'individu qui doit se livrer à cet exercice. Il faudra le mettre en garde contre cet état cérébral particulier que développe la course par sa rapidité et la régularité monotone des mouvements. « C'est, comme dit le Dr Tissié (de Bordeaux) (4), une inhibition de certaines parties du cerveau, un automatisme par suite duquel la conscience de certaines sensations physiques s'engourdit, de même que la pensée s'obnubile; cette sorte d'anesthésie, comparable de très loin sans doute à celle du haschich, est même un des charmes de la course rapide à bicyclette; elle explique que beaucoup de gens lui demandent et en obtiennent l'oubli momentané des inquiétudes et des chagrins. « Le moi psychique se repose pendant que fonctionne le moi somatique. Mais elle explique aussi que l'abus puisse suivre de près l'usage, et que les inconvénients qui en peuvent découler, soient pendant un certain temps masqués, pour ainsi dire, au principal intéressé. » Cet état inconscient d'automatisme, si bien décrit par M. Tissié, et si particulier à l'exercice de la bicyclette, peut, à la suite de surmenage, aller jusqu'à la folie vraie, et récemment on a observé en Amérique, à la suite d'une course ininterrompue de 7 jours, de véritables accès de démence et d'automatisme ambulatoire. On a noté dans ces mêmes conditions, des idées fixes, de l'aboulie, du dédoublement de la personnalité, de l'hypermnésie ou de l'amnésie, surtout chez des dégénérés.

Malgré cet entraînement dangereux, qui est ici plus à craindre que dans tout autre exercice, on peut dire que la vélocipédie offre au médecin, à condition qu'il tienne compte de la résistance nerveuse, très variable selon les individus, un exercice d'autant plus hygiénique qu'il ne nécessite pas le séjour dans un lieu fermé, et enfin un exercice agréable et ayant une heureuse action sur le moral. Cependant, quoique éloignés de considérer la bicyclette comme une « occupation dangereuse », qualification qui lui a été donnée aux Etats-Unis, où le prix des assurances sur la vie a été majoré pour les bicyclistes (1), nous sommes d'avis, néanmoins, qu'elle peut produire des accidents chez des individus qui en abusent, ou chez ceux qui sont porteurs d'une lésion organique. Le danger est surtout dans la rapidité trop grande de la course et dans les fatigues de l'ascension des côtes. Chez l'enfant, on fera bien de ne permettre cet exercice que passé l'âge de 12 à 13 ans. La prudence est chez lui plus nécessaire que chez l'adulte.

Chez la femme bien constituée, la bicyclette n'a pas d'inconvénients, en en limitant l'usage aux périodes intermenstruelles. L'abstention s'impose dans la plupart des affections gynécologiques.

La vitesse ne devra pas dépasser, chez l'adulte, 18 à 20 kilomètres à l'heure pour les gens entraînés, 12 à 15 pour les autres. Avant l'âge de 16 ans, et chez la femme, il sera bon d'établir, comme limite, 15 kilomètres à l'heure.

Avant la promenade, on devra éviter une alimentation trop azotée, car si aux déchets provenant de la combustion de sa propre substance, le bicycliste ajoute des déchets alimentaires, les matières toxiques pourraient s'accumuler dans le sang. C'est donc plutôt aux aliments hydro-carbonés qu'il faudra accorder la préférence. L'alcool et les autres excitants, tels que la kola, la coca ne font que donner une illusion de force, mais en réalité ils diminuent la force musculaire.

On devra avoir soin de ne pas partir en vitesse, d'éviter les ascensions au début de l'exercice. Après le repas, l'affolement du cœur survient plus rapidement; de même après des fatigues nerveuses, telles que nuits de voyage, nuits d'insomnie, coït. Si la tachycardie est survenue dans ces conditions, on devra conseiller le repos, puis la reprise modérée de l'exercice au bout de quelque temps. Une recommandation importante pour le bon fonctionnement du cœur, est de boire peu de liquide, et de toutes les boissons l'eau est la meilleure. La dyspnée doit toujours faire suspendre l'exercice, et dans les cas où elle se répéterait constamment, elle devrait le faire exclure entièrement.

Si on en use dans une sage mesure, la bicyclette sera un exercice utile, surtout pour les individus déprimés par le travail et les préoccupations des affaires. Ce sera un préservatif excellent contre la neurasthénie, de plus en plus fréquente dans les grands centres.

Son introduction dans notre vie moderne marque un des nombreux progrès de l'hygiène, et on ne saurait mieux démontrer son utilité qu'en rappelant qu'il compte parmi ses adeptes un nombre toujours croissant de notabilités médicales, dont beaucoup n'ont pas redouté, à un âge mûr, les ennuis de l'apprentissage.

1. Bouloumié, *Rev. d'hyg.*, 1895, n° 1. — Richardson, *Med. News*, 1895, n° 12.
2. Collignon, *Journ. de méd. et de chir.*, 15 juillet 1895.
3. Cycling versus morphin (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre 1895).
4. Tissié, *Guide du vélocipédiste*, Paris, O. Doin.

1. Bicyclers bad risks (*Ann. med. surg. Bulletin*, 20 février 1896).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROF. PONCET.

Myxœdème post-opératoire chez un goîtreux. Grande amélioration par l'iodothyrine de Baumann.

Par MM. EUGÈNE BRIAU et SARGNON.

Voici l'histoire complexe et instructive, à des points de vue multiples, d'un crétin qui vint en novembre 1896 prier M. le professeur Poncet de le débarrasser d'un goître énorme. Bien que l'opération, intentionnellement, ne fût complète, il n'en résulta pas moins un état de cachexie strumiprive avancée qui aujourd'hui paraît avoir complètement disparu sous l'influence de la médication thyroïdienne.

François X..., âgé de 33 ans, entre dans le service du professeur Poncet le 16 novembre 1896. Il a les allures d'un crétin et donne difficilement les renseignements suivants sur ses antécédents. Il est né à Chevières (Loire), dans un pays où les goîtreux sont assez nombreux. Son père et sa mère, morts aujourd'hui, gagnaient leur vie. Une sœur unique, âgée de 40 ans, s'est mariée, a eu 3 enfants : elle aurait eu, étant jeune un petit goître actuellement disparu.

A 4 ans, le malade ne marchait pas seul. Il ne commença à parler qu'à 5 ans. Il alla à l'école : il sait lire les mots formés par de grandes majuscules imprimées et peut les reproduire, mais avec un modèle sous les yeux.

A 10 ans commença à apparaître le goître pour lequel le malade entra à l'Hôtel-Dieu. Il prit rapidement le volume actuel (voir fig. 1), mais depuis 15 ans resta stationnaire. La tumeur est formée de trois masses arrondies, de la grosseur d'une mandarine, et conservant une certaine indépendance réciproque. La plus volumineuse est située au-dessous du maxillaire inférieur droit; la seconde, au-dessous, et en dedans de celle-ci, repose sur la fourchette sternale; la 3e, à gauche, repose sur l'articulation sterno-claviculaire. Leur consistance est mollasse, mais homogène.

Elles présentent des rapports intéressants : la première porte le sterno-cléido-mastoïdien en arrière et, entre elle et ce muscle, on sent battre l'artère carotide; la jugulaire externe passe à ce niveau. La moindre compression au-dessous amène une saillie notable de la veine. Entre la première et la deuxième portion de la tumeur, dans le sillon intermédiaire, on sent rouler sous le doigt un tronc artériel sous-cutané assez volumineux. Le larynx et la trachée sont situés entre la deuxième et la troisième masses. Ils sont déviés à gauche, formant ainsi un arc à concavité droite. Les trois tumeurs suivent nettement les mouvements de déglutition.

La voix semble bitonale; mais, à l'examen laryngé, pratiqué par le Dr Rivière, on constate que le larynx, dévié fortement à gauche, est petit, de caractère infantile. Il ne paraît pas y avoir une paralysie d'une corde. Toutes deux se meuvent bien; mais l'examen est rendu difficile par la situation anormale de la corde gauche à cause de la déviation du larynx. Il existe de la parésie du voile du palais qui était œdématié.

Il n'existe pas de phénomène net de compression trachéale. Le malade est rarement essoufflé. L'aspect général est l'aspect caractéristique du crétin. La tête est énorme, en tronc de cône renversé, la face irrégulière, imberbe, le cou est court. Le corps, de petite taille (1 m. 50), est assez bien proportionné. La peau est complètement glabre, sauf au niveau du pubis et des aisselles. Les bras courts sont terminés par des mains plus courtes encore, terminées par de gros doigts boudinés.

Il existe du genu valgum double. L'appareil génital externe est bien conformé; le malade se dit vierge. A droite, il existe une hernie inguinale facilement réductible.

Au point de vue psychique, le malade se présente avec un perpétuel sourire béat. Il répond presque intelligemment aux questions; mais seulement après un instant de réflexion. La difficulté de l'examen est encore augmentée par la surdité du malade. Il existe du côté droit une otite purulente ancienne.

François, qui semble heureux, n'a que deux ambitions : fumer des cigarettes et n'avoir plus de goître « pour être comme tout le monde ». L'opération tant désirée est pratiquée le 19 novembre 1896. L'éthérisation se fait sans incident. M. Poncet pratique une longue incision latérale droite; les muscles sus-hyoïdiens sont aplatis, étalés, sous forme d'aponévroses. La luxation des deux masses thyroïdiennes droites s'effectue facilement sans que l'on trouve un plan de clivage bien net. On ne fait pas de ligature des thyroïdiennes et l'artère située entre les deux masses thyroïdiennes droites est retrouvée au cours de l'opération. Il reste, dans la plaie, des débris capsulaires et thyroïdiens en abondance, que l'on laisse soigneusement. L'hémostase est assurée à l'aide du procédé couramment employé, dans ces cas, par M. le professeur Poncet (1) : la suture hémostatique en surjet au catgut. Sur le milieu de l'incision verticale, M. Poncet fait tomber une incision transversale pour enlever la troisième portion de la tumeur qui est extirpée sans difficulté. Cependant, il survient une hémorrhagie assez abondante, et l'on laisse cinq pinces hémostatiques à demeure. Au cours de ces manœuvres, on constate que la trachée refoulée à gauche est aplatie latéralement et présente une diminution de consistance.

Les suites opératoires furent simples. Pendant les premiers jours, la température monta à 39°-39°5, sans que l'état de la plaie fût capable d'expliquer cette température uniquement

1. LACOMBE, th. de Lyon, 6 mai 1898.

due à la fièvre thyroïdienne (voir th. de Ranzy, Lyon 1897). Le 25 décembre, le malade quitte l'Hôtel-Dieu, guéri de son goître (voir fig. 2).

Les tumeurs enlevées étaient constituées par des masses charnues enkystées. Seule, la tumeur droite inférieure présentait à son centre un foyer de dégénérescence kystique hémorrhagique. La substance solide du goître, assez consistante, avait à la coupe la coloration brune du « marron glacé ». Çà et là quelques noyaux de tissu thyroïdien normal. M. Poncet avait pris soin d'en laisser le plus possible dans la plaie en pratiquant la décortication du goître.

Malgré ces précautions, nous vîmes revenir François X... le 18 novembre 1897, avec un beau myxœdème (fig. 3) datant de 2 mois, d'après le témoignage des personnes qui accompagnent notre malade : celui-ci est incapable, pour le moment, de donner aucun renseignement.



FIG. 1.



FIG. 2.

Son état est caractérisé par un œdème mou, surtout accentué au niveau des mains, des pieds, de la paroi abdominale antérieure et du cou. Dans la région sous-maxillaire de chaque côté, on constate un empâtement mou, très visible, même à distance, et siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il existe, également vers l'angle du maxillaire, des ganglions non douloureux, un peu mollasses, mobiles, plus volumineux du côté droit. La cicatrice opératoire existe très nette, linéaire, la branche transversale du T étant à peine visible. La région parotidienne est peu tuméfiée. L'exploration du corps thyroïde montre que sur la ligne médiane et sur le côté droit, il n'existe plus de masses thyroïdiennes. A gauche, on sent un noyau thyroïdien mou, du volume d'une petite noix, accolé latéralement à la trachée et suivant nettement les mouvements de la déglutition. La région thyroïdienne n'est pas douloureuse. Aux deux jambes, la peau a un aspect rugueux avec desquamation épidermique abondante. Au niveau de la rotule, elle est sèche, les plis cutanés sont très accentués et rugueux.

La paroi abdominale est épaisse et présente un aspect typique. L'infiltration, en effet, porte surtout sur la région sous-ombilicale qui bombe fortement en avant. Le ventre est ballonné, la constipation fréquente; il existe une pointe de hernie ombilicale.

Le malade est tout à fait crétin, la face et les paupières sont bouffies. Son visage est terreux, jaunâtre. Pour lui faire comprendre une demande la plus simple possible, il faut lui crier plusieurs fois à l'oreille, car il est fortement sourd. Il a un retard beaucoup plus accentué de l'intellect. Pas de troubles oculaires. La parole est lente, la réponse, souvent inconstante, se fait fort attendre. Le sourire béat a disparu ; à sa place une expression de perpétuel hébétement.

Le malade qui, avant l'opération, pouvait lire péniblement les mots, Lyon, Hôtel-Dieu, qui sont en tête de la feuille d'observation, ne les épelle même plus à l'heure actuelle. Il ne peut plus écrire son nom, ni les lettres majuscules qu'on pouvait auparavant lui faire dessiner.

La sensibilité au contact, à la piqûre et à la chaleur persiste, quoique très diminuée. A chaque piqûre un peu profonde, le malade répond : Oui, avec un retard très notable. Pas de tremblement des mains, appétit conservé. Température rectale normale. Mais le malade a constamment des sensations de froid qui l'obligent à rester accroupi auprès du calorifère, il marche avec difficulté, en titubant, courbé en deux comme un vieillard. Au dynamomètre, la main droite marque 34, la gauche 30. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le pouls, régulier, a 80 par minute.

M. le professeur Poncet décide de soumettre le malade au traitement par l'iodothyrine déjà expérimenté dans son service (Briau, *Lyon méd.*, 1897). A partir du 24 novembre 1897 le malade prend 0 gr. 30 par jour d'iodothyrine de Baumann.

Ce traitement est suspendu pendant la première quinzaine de décembre : on tente en effet à cette époque une greffe de corps thyroïde humain. M. Poncet, ayant opéré chez une jeune fille saine de 18 ans un petit goître charnu, découpe, dans la tumeur enlevée, avec toute l'asepsie voulue, trois petits cubes de substance thyroïdienne qu'on glisse dans une logette pratiquée dans le tissu sous-cutané du cou de notre malade. Ces petits cubes sont mal tolérés. La température du malade monte à 39°, sa

plaie du cou devient rouge et douloureuse : il faut faire sauter les sutures et enlever les greffes nécrosées. Aussitôt tout rentre dans l'ordre et l'on reprend le traitement par l'iodothyrine jusqu'au 3 mai.

Pendant cette longue période de trois mois et demi on observe attentivement le malade. Les premiers signes d'amélioration apparaissent au mois de janvier. François X... commence à sortir de la salle, à marcher. Il peut faire des commissions et rendre service au personnel. Sa démarche devient assurée, il ne craint plus les escaliers; son cou se dégage de ses épaules, il se redresse et on voit réapparaître son sourire béat. Son goût pour la cigarette renaît aussi. Il s'ingénie pour s'en faire donner.

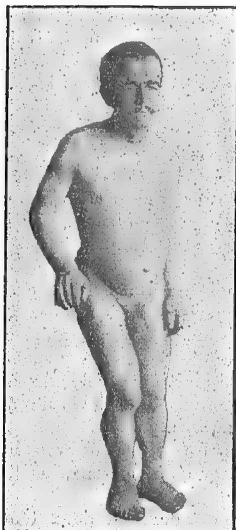


Fig. 3.

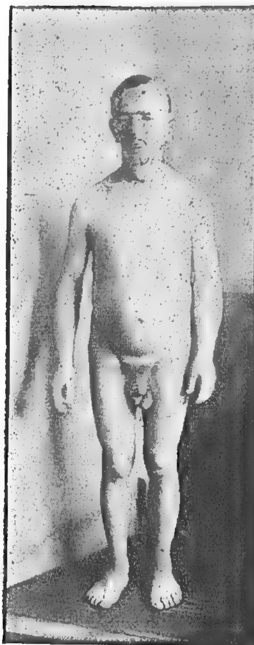


Fig. 4.

Enfin il recommence à lire et apprend même à écrire son nom, en cursive, sans modèle.

Au point de vue physique, changement plus notable encore : le rapprochement des deux photographies que nous donnons (fig. 3 et 4) est démonstratif : plus d'œdème, plus de gros ventre et de doigts boudinés; plus d'engorgement sous-maxillaire. Au lieu de l'être bouffi et recroquevillé sur lui-même, nous avons affaire à un garçon se tenant droit et bien proportionné. Son poil s'est épaissi; il a de la barbe. Sa peau est blanche et normalement lubrifiée : il n'y a plus d'ichthyose. La criesthésie a disparu.

Tout ragaillardi, heureux de n'avoir plus de goître et d'être « comme tout le monde », François X... demande de lui-même à retourner aux champs où le traitement par l'iodothyrine sera du reste continué.

Pour résumer cette observation un peu complexe : *A la suite de l'énucléation massive d'un gros goître charnu, kystique, datant de 23 ans, nous vîmes apparaître chez le malade, d'aspect crétinoïde, un myxœdème généralisé, malgré la persistance de quelques masses thyroïdiennes. Ce myxœdème guérit complètement par l'usage méthodique et prolongé (3 mois 1/2) de l'iodothyrine de Baumann.*

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Tenu à Gand du 18 au 20 juin.

Le traitement du mal de Pott.

M. Gevaert (de Bruxelles), *rapporteur*, après avoir exposé les travaux relatifs à cette question, arrive aux conclusions suivantes :

Il est incontestable que la méthode du redressement présente des dangers qui sont : la mort sous le chloroforme (Brun, Jonnesco), les trépidations épileptoïdes et la contracture des muscles extenseurs des pieds pendant les manœuvres (Vincent), les hématémèses pendant la narcose (Calot), les ruptures d'abcès, avec déchirures dans la plèvre et mort (Malherbe), la paralysie consécutive des membres inférieurs et de la vessie (Lorenz, Latouche), la généralisation rapide de la tuberculose (Bilhaut, Calot, Gevaert, Phocas, etc.), le choc opératoire avec convulsions cloniques et mort (Vulpius). La méthode compte à son passif 14 décès opératoires publiés.

Les eschares sont fréquentes, surtout au niveau de la gibbosité, et principalement quand on ne résèque pas les apophyses épineuses. Aussi, beaucoup de chirurgiens placent-ils maintenant leurs bandages de façon à ménager un orifice au niveau de la saillie osseuse, afin d'éviter la pression des apophyses sur le plâtre, cause des ulcérations (Lorenz, Wolff).

Le chloroforme n'est pas indispensable à la réduction dans les cas légers. C'est toujours un danger.

Le grand bandage plâtré englobant la tête, le cou et les épaules présente des inconvénients : eschares de la région occipitale, gêne considérable pour le patient, etc. Il est, de plus, souvent inutile, si on emploie le col plâtré englobant les épaules et soutenant la tête. On est d'accord pour n'employer souvent que l'appareil circulaire de Sayre, remontant au-dessus des clavicules sur les épaules, en laissant le malade dans le décubitus.

La réduction est facilitée par les appareils mécaniques à traction et à pression. Ils sont de forme variée et tous basés sur le même principe : l'extension. Ils facilitent surtout la mise du bandage en supprimant les aides (Lorenz, Schede, etc.).

Le diagnostic de la réductibilité ou de la non-réductibilité ne peut se faire que par l'extension; il éclaire sur l'existence ou la non-existence de l'ankylose. La plupart des chirurgiens sont d'avis qu'il ne faut pas briser par la force l'ankylose établie, celle qui ne cède pas à une pression modérée (20 à 30 kilog. maximum).

La paralysie persistante des membres inférieurs est une indication de la réduction (tous les auteurs).

Il est préférable d'attendre la guérison des abcès avant de commencer le traitement de la gibbotité.

La radiographie peut fournir des indications précieuses, relativement à l'existence des abcès ossifluents prévertébraux, et aussi quant à la perte de substance et à la réparation osseuse.

Quant aux indications thérapeutiques tirées du siège de la lésion, on peut dire que la réduction et l'immobilisation en un temps ne sont applicables qu'aux lésions siégeant à la région moyenne; à la région sous-occipitale et cervicale, souvent même à la région dorsale supérieure, on est d'accord pour préférer les appareils à extension continue (Glisson, Phelps, Nebel); à la région lombaire, le corset classique de Sayre, mis dans l'extension, est souvent suffisant pour enrayer la difformité.

Quant aux indications spéciales suivant l'âge, il semble utile d'insister seulement sur ce fait que chez les pottiques adultes, la lésion vertébrale n'est pas toujours la principale, et qu'ils supportent souvent mal les appareils plâtrés inamovibles.

La plupart des auteurs semblent répudier aujourd'hui les interventions radicales : ablations, résections cunéiformes, laminectomie, dans le traitement du mal de Pott. De même les opérations palliatives : résections des apophyses épineuses, ligatures apophysaires, etc.

Les notions anatomo-pathologiques que nous possédons actuellement nous permettent de dire avec certitude que la perte de

la substance osseuse produite par la diastase des corps vertébraux ne peut être comblée par de la substance osseuse (Kœnig). On peut donc poser comme conclusion générale : 1° que les maux de Pott récents ou ceux dont la saillie angulaire ne comprend qu'un petit nombre de vertèbres sont seuls justiciables de la méthode du redressement; 2° que le mal de Pott peut guérir de deux façons : *a*) par ankylose des corps (ankylose vraie de Shaw), rare; *b*) par synostose des arcs postérieurs, lames, apophyses transverses, épineuses (ankylose fausse de Shaw). Ce dernier processus est fréquent; c'est vraisemblablement celui qui entre en jeu après le redressement forcé. Il y a donc indication absolue de respecter les arcs postérieurs et de ne pas affaiblir leur solidité par des résections osseuses ou des excisions ligamenteuses.

Il faut s'abstenir du redressement chez les enfants trop cachectiques, chez ceux qui toussent, chez ceux qui sont porteurs d'abcès ou de fistules, ou présentent des dégénérescences d'organes internes.

Les opinions sont divisées sur la question de savoir s'il faut immobiliser les malades dans le décubitus dorsal ou appliquer des appareils permettant la marche (Schede, Wolff).

Il faut faire une distinction entre le mal de Pott de l'enfant et celui de l'adulte; ce dernier a souvent un pronostic fâcheux en raison de la déchéance organique qui presque toujours l'accompagne.

La durée du traitement est toujours longue et difficile à déterminer d'avance. Chez l'enfant rationnellement traité dès le début, elle est d'environ 1 à 2 ans et même plus; le redressement de la gibbosité peut être acquis en 6 mois à 1 an, mais beaucoup de ces sujets doivent encore porter des appareils contentifs inamovibles.

M. Calot (de Berck-sur-Mer), expose ses idées sur la question à l'ordre du jour. Il repousse, dans le traitement du mal de Pott, toutes les opérations qui mettent en communication le foyer tuberculeux avec l'air extérieur, parce que ces opérations, quoi qu'on fasse, laissent presque toujours après elles une fistule, et que la fistule est la complication du mal de Pott qui menace le plus directement la vie. Si le mal de Pott est fermé, il a 90 chances sur 100 de se terminer par la guérison (même lorsqu'il s'accompagne de paralysie); le mal de Pott ouvert a, au contraire, 90 chances sur 100 de se terminer par la mort.

Il n'admet donc, pour le traitement des abcès par congestion, que les ponctions suivies d'injections de naphtol camphré ou d'éther iodoformé, et cela seulement dans le cas où l'abcès menace de s'ouvrir à l'extérieur et dans ceux de paralysie par d'autres traitements orthopédiques du mal de Pott.

M. Calot fait ensuite l'étude de ce traitement orthopédique, question toute d'actualité.

Dans le traitement nouveau, il y a deux choses à considérer :

1° Un appareil réalisant l'immobilisation absolue de la colonne vertébrale malade, immobilisation que n'assure aucun des appareils inventés jusqu'à ce jour;

2° Une question de redressement précédant l'application de l'appareil au cas où la colonne vertébrale est déviée.

S'il est permis de discuter encore sur la valeur du redressement dans les cas de gibbosités marquées, il y a un fait qui est indéniable et indiscutable : c'est le progrès réalisé dans le traitement du mal de Pott par l'invention du grand appareil qui, prenant un double point d'appui sur la base du crâne et sur le bassin, immobilise véritablement la colonne vertébrale (à l'encontre des corsets ordinaires). Cet appareil est appliqué dans la suspension. Il sauvegarde l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives.

La deuxième question est celle du redressement des déviations de la colonne vertébrale.

M. Calot se prononce nettement pour le redressement : 1° parce que le redressement n'offre pas de gravité s'il est bien fait (ne comportant pas plus d'un risque sur 100); parce qu'il est efficace, la décompression constituant le plus sûr moyen d'empêcher la déviation d'augmenter, ce qui est un premier avantage important; deuxième avantage : la correction se maintient presque intégralement, à la condition expresse que le malade soit, dans la suite, parfaitement maintenu par un appareil bien fait et laissé en place suffisamment longtemps.

M. Calot conseille, dans les cas tant soit peu marqués, de faire l'ablation des apophyses épineuses et l'avivement par soulèvement du périoste des parties voisines des lames vertébrales.

Le redressement se trouve, suivant lui, contre-indiqué : 1° chez les enfants trop misérables ou qui ont des manifestations viscérales; 3° chez les sujets où la réduction ne se fait pas après ablation sous-périostée des apophyses épineuses par une traction de 40 à 80 kilog.

L'existence d'une paralysie est plutôt une indication de redressement.

Le traitement par le grand appareil durera 6 mois à 1 an environ. Il sera remplacé par un petit corset, peu apparent sous les vêtements, que les enfants porteront pendant 1 an, 2 ans et même davantage, si cela paraît utile.

Plusieurs enfants, déjà débarrassés de tout corset depuis plusieurs mois, demeurent guéris de petites ou moyennes gibbosités.

M. Redard (de Paris) a, depuis le mois de janvier jusqu'à ce jour, redressé 70 gibbosités pottiques avec immobilisation sous le plâtre. Il n'a noté aucun accident, et les résultat éloignés ont toujours été excellents. 12 de ces cas sont actuellement redressés avec un rachis solide et marchent facilement, soutenus, par prudence, par un léger corset de plâtre ou de feutre. Il faut, pour réussir, s'adresser à des cas bien déterminés, et le redressement ne peut être appliqué qu'aux gibbosités à court rayon, avec lésions vertébrales récentes, peu étendues et se réduisant assez facilement sous l'influence d'une traction modérée aux deux extrémités du rachis, équivalente de 30 à 50 kilog.

M. Redard est opposé au redressement des gibbosités anciennes, de l'enfant ou de l'adulte, irréductibles par ankylose; dans ces cas, l'intervalle osseux laissé entre les deux tronçons du rachis par le redressement a peu de chances de se combler et de se consolider.

Au début du mal de Pott, l'immobilisation sous le plâtre dans une bonne position donne des guérisons sans difformités; et dans nombre de cas, lorsque le mal siège à la partie inférieure du rachis, le simple corset plâtré fermé de S. A. Sayre suffit.

La réduction des gibbosités pottiques doit être tentée dans les paraplégies récentes à début brusque, souvent dues à la compression par un séquestre ou par des fongosités.

L'opération est contre-indiquée dans les gibbosités avec abcès froids volumineux, avec mauvais état général, déformation thoracique, généralisation tuberculeuse.

M. Redard attache une grande importance aux deux temps de la technique opératoire : réduction de la gibbosité et contention exacte du rachis redressé.

La réduction doit se faire avec une certaine lenteur, sans secousse ni traumatisme important. La contention du rachis dans une bonne position, difficile à obtenir, n'est conservée que grâce à deux points d'appui au niveau de la tête et du bassin.

Les eschares sont presque toujours dues à une application défectueuse ou à une contention insuffisante du rachis; on les évitera en n'appliquant qu'une très mince couche d'ouate et en fermant très exactement l'appareil à sa partie supérieure, pour éviter l'introduction des corps étrangers.

M. Redard n'a constaté aucun accident primitif ou consécutif dans ses 70 cas de redressement : ni amaigrissement, ni généralisation tuberculeuse, ni méningite. C'est donc une opération sans dangers quand elle est faite dans de bonnes conditions.

M. Phocas (Lille) trouve que le grand mérite du traitement consiste dans son application aux gibbosités précoces, à celles qui sont en train de s'installer et contre lesquelles la méthode de Calot est toujours efficace.

Les *abcès* sont une contre-indication à la méthode qui, dans ces cas, doit être complètement modifiée. Si l'abcès, sous l'influence de la simple immobilisation, reste stationnaire et ne paraît pas agir sur l'état général, il faut le respecter, autant que l'expectation est compatible avec son volume. Dans le cas contraire, il faut le soigner. M. Phocas fait l'ouverture double ou triple et il place toujours un orifice au niveau de la région lombaire, en dehors des muscles spinaux. L'ouverture des abcès ne doit d'ailleurs être entreprise que quand l'état général périclite malgré le traitement et que le volume de l'abcès ne diminue pas ou que la peau menace de se rompre; mais dans ce cas, M. Phocas ne conçoit pas comment la simple ponction et l'injection iodoformée dont on a dit grand bien puissent avoir une efficacité plus grande que l'ouverture large et aseptique.

La *paralysie* est heureusement influencée par toutes les manœuvres du traitement, et dans ces cas, il faut conserver la technique primitive de Calot.

L'*état général*, les douleurs, l'insomnie, l'anorexie sont heureusement influencés par l'application de la méthode de Calot, mieux que par aucun autre traitement; l'amélioration est due aux manœuvres d'extension et de réclinaison, et à l'immobilisation.

En résumé, la méthode est excellente, mais tous les cas de maux de Pott n'en sont pas justiciables. Elle n'est applicable ni aux grosses gibbosités déjà consolidées, ni à celles qui s'accompagnent d'abcès visibles et tangibles, ni à celles qui surviennent chez des enfants trop faibles ou en bas âge. Sont aussi exclues les gibbosités cervicales et quelques gibbosités lombaires; les maux de Pott au début sont au contraire heureusement influencés. Les gibbosités dorsales de volume moyen dans la seconde enfance sur des sujets pas trop débilités donneront d'excellents résultats.

M. Willems (Gand) n'est pas partisan de la violence, et s'il estime qu'il est quelquefois nécessaire d'user d'une certaine force dans la compression des gibbosités, il pense que cette pression doit être le plus souvent douce et régulière. Il a rarement recours à l'anesthésie, dont on ne peut se passer dans la plupart des cas, ses avantages ne compensant pas ses dangers.

M. Willems a pratiqué vingt-huit redressements, sur lesquels il compte trois décès. Le premier ne peut être mis sur le compte de l'opération : il est dû à une diphthérie ayant atteint, après deux mois et demi de traitement, un enfant chez lequel une gibosité lombaire avait subi un redressement parfait. A l'autopsie, on ne trouva rien de suspect dans la moelle; il existait un vaste abcès dans le psoas. Le deuxième est un garçon de 11 ans, atteint de gibbosité dorsale inférieure; il fut enlevé après trois mois et demi par une méningite tuberculeuse. Le troisième est une fillette de 6 ans, atteinte de gibbosité cervicale supérieure. Pendant l'opération, la mentonnière céda brusquement; il y eut syncope suivie de paraplégie complète; l'enfant mourut huit jours plus tard, de pleurésie. Dans deux autres cas M. Willems a observé de la paraplégie qui céda d'ailleurs très rapidement.

En résumé, la méthode a donné à M. Willems d'excellents résultats et mérite d'être largement appliquée.

M. Miele (Gand) a appliqué la méthode de Calot dans trente et un cas sans avoir à constater de décès. Elle donne surtout de merveilleux succès dans la cure des paraplégies dépendant du mal de Pott; sur cinq cas de ce genre dans lesquels M. Miele est intervenu, il compte quatre guérisons; le seul qui n'ait pas donné toute satisfaction est un cas ancien, datant de cinq ans.

M. Miele considère comme un très réel progrès la confection du grand appareil plâtré. Il estime qu'il est important de faire une opération sanglante (laminectomie ou excision des apophyses) qui permette d'éviter les eschares, si fréquentes au niveau de la gibbosité. Quant à l'anesthésie, non seulement il la considère comme utile, mais il la croit indispensable dans la plupart des cas.

M. Gallet (Bruxelles) estime qu'avant d'intervenir, il faut rechercher les éléments de la gibbosité : elle est formée d'une bosse au-dessus et au-dessous de laquelle se trouve un creux, bref une cyphose. Il s'agit donc de transformer une triple courbure irrégulière en une courbure unique et parfaite et d'obtenir une lordose. Voici comment il procède : il pratique d'abord la résection sous-périostée des apophyses épineuses sous le chloroforme et laisse la plaie se guérir complètement, ce qui demande de huit à quinze jours. C'est seulement alors qu'il opère la réduction; et ici son but est d'exagérer la lordose. Il emploie à cet effet un appareil qui consiste en une tige de fer horizontale et soutenue à une certaine hauteur par deux piliers verticaux. L'enfant est suspendu dans le vide par la tête et par les pieds aux deux extrémités de la tige; au niveau de la bosse est placée une ceinture munie d'un anneau sur lequel on opère des tractions de haut en bas; l'extension et la réclinaison sont ainsi obtenues spontanément et sans effort, et par une traction oblique au lieu d'être longitudinale. On place le bandage plâtré dans cette position et l'enfant conserve l'appareil pendant deux ou trois mois. Au bout de ce temps, le corset est enlevé et on recommence la lordose dans les mêmes conditions, aussi souvent que de besoin.

M. Gallet n'a eu qu'à se louer de cette manière de procéder. En fait d'accidents, il n'a eu à constater que la production d'une scoliose dans un cas où le bandage n'a pas été maintenu suffisamment longtemps. Il a noté également dans une intervention la production d'une hématémèse, laquelle s'est reproduite chez le malade dans chacune des deux autres interventions qu'il subit dans la suite.

M. Hendrix (Bruxelles), veut dire un mot des abcès ossifluents du mal de Pott. Il semble résulter du rapport de M. Gevaert qu'il faut s'abstenir d'intervenir; M. Calot paraît aussi être de cet avis. Personnellement, M. Hendrix croit au contraire qu'il est nécessaire d'intervenir très activement.

Depuis Mikulicz, Bruns, etc., on emploie les injections d'émulsion iodoformée. M. Hendrix s'est très bien trouvé de ce traitement, qui lui a donné d'excellents résultats, surtout avec la méthode de Billroth : ouverture large, extirpation des fongosités, raclage, injection et suture de la plaie. Si la suture cède, il se produit un suintement séreux qui guérit facilement. Il pense donc que cette méthode ne doit pas être perdue de vue et qu'il faut continuer à l'employer concurremment avec les autres procédés.

M. Delcroix (Bruxelles) a employé de février à juin 1897 la méthode de Calot, telle que celui-ci l'a décrite primitivement, dans 13 cas de mal de Pott. Ces 13 enfants, dont 9 filles et 4 garçons, étaient âgés de 3 à 14 ans; le début de l'affection remontait de 9 mois à 11 ans. Dans 6 cas, la gibbosité était dorsale; dans 5 autres, lombaire, et dans les deux derniers, dorso-lombaire. Aucun incident opératoire ne s'est présenté au cours de ces opérations.

Quant aux résultats obtenus dans cette première série de 13 cas, M. Delcroix parle d'abord de deux enfants âgés respectivement de 13 et 14 ans, atteintes de mal de Pott, la première depuis 7 ans, la seconde depuis 11 ans; l'une et l'autre étaient complètement paralysées des membres inférieurs; cette paralysie remontait chez la jeune fille de 13 ans à plusieurs années. L'autre avait eu, à l'âge de 3 ans, une première atteinte de paralysie qui avait cédé après quelques mois de traitement; au moment de l'opération, les accidents paralytiques avaient envahi les jambes depuis 9 mois, les réflexes du genou étaient exagérés. Le résultat immédiat au point de vue de la motilité a été excellent dans les deux cas. La première malade a recouvré complètement l'usage de ses membres, la menstruation s'est établie chez elle peu de temps après sa sortie de l'appareil plâtré et elle a conservé depuis lors un état florissant. La seconde opérée ne souffre plus que d'un peu de parésie de la jambe droite. Quant à la réduction des gibbosités, l'auteur n'a rien obtenu sous ce rapport.

Cinq autres enfants, dont 3 présentaient, à côté de leur gibbosité, des fistules osseuses, n'ont pu garder la cuirasse plâtrée à cause des eschares qui se sont produites.

Comme autre accident, M. Delcroix cite le décès d'un enfant emporté par une méningite survenue 2 mois 1/2 après l'application de l'appareil.

Enfin, dans 5 cas, M. Delcroix a obtenu une amélioration et de la gibbosité et de l'état général de l'enfant. Il a pu faire cette constatation, qui a sa valeur au point de vue pratique, que l'amélioration a été d'autant plus notable que l'affection était de date plus récente.

Depuis le mois de juin 1897, M. Delcroix a modifié la méthode de Calot; il a adopté la position de l'enfant la tête en bas, d'après Levassort, en y ajoutant la traction sur la tête à l'aide de moufles. Il a traité par ce procédé 17 enfants âgés de 2 à 19 ans, et n'a eu qu'à s'en louer, tant pour la facilité de redressement que pour la simplification et la rapidité apportées à l'application du grand corset plâtré. Il a eu cependant à déplorer encore la complication d'eschares chez 5 enfants; mais, chose digne de remarque, ces 5 petits malades étaient tous soignés à domicile, loin de Bruxelles et, par conséquent, de sa surveillance. Les 12 autres enfants restés en traitement à l'hôpital n'ont pas présenté cette complication. Ceci prouve la nécessité de suivre au jour le jour son opéré. Les résultats immédiats des cas constituant cette deuxième série sont très favorables; mais comme tous, sauf un, sont encore en traitement en ce moment, M. Delcroix ne peut faire part des résultats éloignés.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 Juin 1898.

Ruptures viscérales et fractures multiples.

MM. Robert Loewy et **Raoult** montrent les organes d'un homme qui a succombé, dans le service de M. Le Dentu, trois heures après une chute du troisième étage. On note des fractures de l'humérus, des os de l'avant-bras, du bassin; dix côtes sont fracturées du même côté; le poumon, à ce niveau, présente une large déchirure; la plèvre est remplie de sang. Chaque rein présente une fissure. Le foie est parsemé de sillons peu profonds, mais étendus, les uns antéro-postérieurs, les autres transverses; le ligament suspenseur du foie est intact; le péritoine ne contient qu'une quantité infime de sang. Il n'y avait pas de fracture du crâne.

Polypes muqueux du gros intestin.

M. Cathelin présente le gros intestin d'un enfant du service de M. Ménard (de Berck); on constate un polype muqueux pédiculé dans le cæcum, non loin de l'orifice appendiculaire, et trois autres polypes analogues dans les côlons ascendant transverse et descendant. Un abcès de la fosse iliaque, consécutif à un mal de Pott dorso-lombaire, englobait l'appendice dans des adhérences. Celui-ci était oblitéré à son extrémité libre, et ses parois étaient notablement hypertrophiées.

Rhumatisme chronique.

M. Cestan a étudié, à la Salpêtrière, 25 cas de rhumatisme chronique. Treize fois, on trouvait une origine infectieuse; 12 fois, l'affection s'était développée après 50 ans, sans cause infectieuse, sur un terrain nettement arthritique.

Dans le premier groupe, où l'origine infectieuse est probable, on a facilement retrouvé, dans 7 cas, les adénopathies décrites par M. Chauffard; il s'agissait surtout d'adénites axillaires et épitrochléennes, plus rarement inguinales.

Dans un cas, où l'origine nerveuse aurait pu être incriminée, on a pratiqué des coupes du système nerveux central et périphérique; on l'a trouvé normal.

Autopsie de polynévrite motrice chez un tuberculeux.

M. Cestan a observé un cas de névrite amyotrophique chez un tuberculeux dont il a pu faire l'autopsie. L'absence d'intoxication alcoolique permet d'imputer à la tuberculose seule la lésion nerveuse périphérique.

Etranglement herniaire chez un athrepsique.

M. Durante présente la portion terminale de l'intestin grêle d'un enfant, mort dans le service de M. Porak, après avoir présenté la diarrhée verte pendant plusieurs jours. L'intestin s'était étranglé dans un sac herniaire interstitiel, sans qu'on eût pu soupçonner cet accident pendant la vie. Il est probable que cet étranglement s'est produit dans les dernières heures.

Lithiase biliaire expérimentale.

M. Mignot apporte les pièces de deux cas de lithiase biliaire expérimentale provoqués l'un chez le cobaye, l'autre chez le chien.

Les calculs sont d'abord mous, adhérents aux parois de la vésicule, puis tombent dans sa cavité; mais ils seraient expulsés très vite pendant qu'ils sont encore mous, si, par certains artifices, on ne les retenait dans le cholécyste. Il suffit de déposer dans la vésicule un fil flottant; les calculs viennent se former sur ce fil, en chapelet. Pour que ces calculs, dont la composition est la même que ceux de l'homme, puisqu'ils sont formés de cholestérine presque pure, prennent tout leur développement, il faut qu'avec des microbes, suffisamment atténués pour qu'il n'y ait pas suppuration, on provoque une inflammation de la paroi vésiculaire; il faut de plus que la vésicule ne soit pas trop musclée, car elle chasserait très rapidement les calculs alors qu'ils sont encore mous.

La vésicule de cobaye, opérée il y a 14 mois, renferme deux calculs sur lesquels elle s'est considérablement sclérosée et rétractée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 Juin 1898.

Lésions médullaires dans le tétanos expérimental.

M. Péchoutre. — Des lapins, ayant reçu sous la peau une dose de culture tétanique mortelle en 4 jours, ont été sacrifiés au début du 4e jour. Des coupes longitudinales du renflement lombaire, examinées par la méthode de Nissl m'ont montré, dans les cellules motrices des cornes antérieures, les lésions suivantes :

Dans le corps cellulaire : 1° disparition partielle ou totale des contours de la cellule; 2° augmentation du volume de la cellule et de l'espace péricellulaire; 3° coloration diffuse de la substance achromatique; 4° disparition de la disposition régulière et concentrique des granulations de Nissl et tassement de ces granulations dans une région de la cellule; 5° fragmentation des granulations de Nissl pouvant s'observer à tous les stades, depuis une diminution de volume à peine sensible, jusqu'à une réduction en fine poussière; 6° participation des prolongements protoplasmiques aux altérations précédentes.

Dans le noyau : 1° augmentation de volume du noyau; 2° coloration de sa substance qui à l'état normal, prend très peu le Nissl; 3° légère excentricité du noyau; 4° augmentation de volume du nucléole.

Je conclus à l'existence de lésions spéciales.

La toxicité de la sueur normale et pathologique.

MM. Charrin et **Mavrojannis.** — Dans une note précédente, nous avons fixé la dose mortelle de la sueur normale chez le lapin, à 60-70 centim. cubes par kilog. d'animal. Cette toxicité semble être due, pour les deux tiers environ, aux acides gras. Dans la sueur normale existent, en outre, des substances insolubles dans l'éther et dans l'alcool, capables de déterminer de graves accidents du côté du tube digestif et une hypothermie forte et persistante.

Dans la tuberculose, la sueur provoquée, stérilisée ou non, injectée dans le tissu sous-cutané de cobayes sains à la dose de 25 à 34 centim. cubes par kilog. de matière vivante provoque une élévation de température de 1°5 à 2° qui persiste pendant 2 ou 3 jours; quelquefois même la mort dans un délai de 36 heures. Le lapin, avec la même dose introduite par voie veineuse, présente les mêmes phénomènes.

Chez les épileptiques la sueur, émise immédiatement après l'accès convulsif, paraît douée de faibles propriétés convulsivantes et toxiques, remarquablement inférieures en tout cas à celles que leur assigne Cabitto.

Dans la mélancolie, la toxicité sudorale est normale.

Conductibilité des tissus à la chaleur.

M. Charrin. — On sait surtout par les travaux de M. Bouchard quelle est l'importance de la surface du corps au point de vue de l'activité des échanges; par cette surface rayonne le calorique; si l'économie veut se maintenir à un taux normal, les pertes éprouvées exigent naturellement des réparations proportionnelles.

Or, le rayonnement d'une surface n'est pas seulement influencé par son étendue; il varie avec la qualité de cette surface, en

particulier avec son pouvoir émissif, avec la conductibilité. Voilà pourquoi j'ai cherché à mesurer cette conductibilité en faisant porter les recherches sur différents tissus.

Les chiffres que j'ai trouvés avec M. Guillemonat indiquent qu'en première ligne il faut placer le poumon qui agit sensiblement comme l'air, phénomène aisé à comprendre, puisque les alvéoles contiennent ce gaz. Viennent ensuite la graisse, le muscle, le foie, etc., ordre qui correspond à celui que M. Bordier a fixé par des différents procédés.

On conçoit, grâce à ces résultats, pourquoi l'obèse, par exemple, au point de vue des pertes de la surface, se refroidit moins vite que le sujet amaigri, et c'est là, du reste, un fait bien connu, en particulier par les médecins qui baignent les fébricitants. Il est facile d'entrevoir toute une série de déductions à tirer de ces données qui établissent l'importance de la surface dans le règlement des processus organiques : à l'élément quantitatif s'ajoute l'élément qualitatif.

Ecchymoses spontanées dans la neurasthénie.

M. Léopold Lévi a observé, chez une femme de 51 ans atteinte de neurasthénie cérébro-spinale très prononcée avec des troubles vaso-moteurs, des ecchymoses spontanées. Elles siègent surtout au niveau des membres inférieurs et sont précédées de sensation de brûlure puis de douleur sourde comparable à celle d'un coup de pied reçu. Ces douleurs sont assez caractéristiques pour que la malade puisse prévoir l'apparition de ses ecchymoses,

On ne trouve aucun symptôme de tabès ni de névrite périphérique.

Une autre malade de 39 ans, atteinte de neurasthénie à prédominance psychique et vasomotrice, voit apparaître, au niveau de la paume de la main uns bulle de pemphigus au premier jour de ses règles. La malade n'a ni stigmates, ni accidents hystériques.

Les leucocytes polynucléaires.

M. Jolly. — Les leucocytes polynucléaires du sang de l'homme et des mammifères ont été considérés par certains auteurs comme des formes dégénérées. Cependant l'examen des sangs pathologiques dans lesquels ces types de globules sont très nombreux permet de conclure à leur activité. Il ne faut pas les confondre avec les leucocytes en dégénérescence pigmentaire des exsudats inflammatoires dont la formation peut s'observer facilement *in vitro* en choisissant surtout comme objet d'étude la lymphe péritonéale de l'axolotl.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 Juin 1898.

Occlusion intestinale par torsion complète du mésentère.

M. Kirmisson a observé un cas analogue à ceux relatés par M. Delbet. Il s'agit d'un enfant de 7 ans 1/2 habituellement constipé, qui après quelques jours de troubles gastro-intestinaux est pris de douleurs de vomissements alimentaires, puis le lendemain de violentes coliques et de vomissement porracés avec dépôt noir de couleur et d'odeur fécales.

Il entre à l'hôpital; les vomissements porracés continuent, l'émission de matières ou de gaz par l'anus est nulle. Le ventre est plat, uniformément douloureux; le pouls est petit, bien frappé. Rien ne paraît cependant commander une intervention immédiate. Cet état relativement bon persiste pendant 2 jours, mais au troisième la situation s'aggrave et l'intervention s'impose. Après laparotomie, on tombe sur l'épiploon qu'on récline, en haut; l'intestin grêle est rétracté; on le dévide, à deux reprises, du cæcum, qui est rempli de matières, jusqu'au duodénum, ou au moins, jusqu'à un point qui, à sa fixité dans ses rapports, est pris pour la première partie de l'intestin grêle. On ne trouve rien d'anormal; toutefois, on remarque la distension de la veine mésaraïque inférieure et une bride saillante croisant ce que l'on pense être le duodénum, et qui fut pris pour le muscle de Treitz. Le ventre est fermé et la laparotomie reste ainsi exploratrice.

L'enfant succomba dans la soirée. L'autopsie montra qu'il existait une torsion complète du mésentère autour de son insertion, torsion de gauche à droite. Le duodénum, très distendu, parce qu'il se trouvait au-dessus du point de torsion, embrasse en boucle le côlon ascendant, et, de ce fait, aplatit complètement son calibre. Il va se continuer avec le jéjunum qui passe également au-dessous du côlon. Juste au-dessous du duodénum, la disposition des parties figure donc une croix dont la branche verticale, qui passe en avant, est représentée par le côlon et la branche horizontale par le jéjunum.

Ce cas de torsion de l'intestin autour de son mésentère diffère donc, par ses symptômes, de ceux de M. Delbet et montre une fois de plus combien les faits anatomo-pathologiques sont variables dans leurs manifestations cliniques.

M. Reynier fait observer que les torsions du mésentère ont été déjà fort bien décrites par Rokitanski en 1836. Cet auteur donne même une observation personnelle dans laquelle il vit le mésentère plissé et complètement tordu sur lui-même.

Personnellement M. Reynier a observé deux cas : le premier a trait à un malade opéré pour des accidents d'occlusion due à une torsion du mésentère qui fut levée après la sortie du ventre de toute la masse intestinale. Le malade mourut. Dans le second cas analogue, l'opéré succomba encore. Dans ce dernier cas, les veines étaient gorgées de sang noir par suite de la gêne de la circulation mésaraïque; il y avait un aspect de sphacèle de l'intestin et de l'épiploon. L'intestin était très distendu et couleur lie de vin foncé.

M. Monod a observé en 1893 un cas de torsion de l'intestin autour de son mésentère. Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans, atteinte d'accidents d'obstruction intestinale qui dataient de 6 jours. Le ventre était très distendu, sur la région médiane; il n'existait pas de vomissements; les douleurs étaient extrêmement vives dans les reins.

Malgré le peu d'espoir que laissait l'intervention, la laparotomie fut pratiquée fut pratiquée, et, dès l'ouverture du ventre, fit brusquement issue une anse intestinale, distendue à l'extrême M. Monod vit de suite que tout l'intestin était dans cet de distention, et, pour se rendre compte des lésions, il fit une ponction intestinale. Il fut alors aisé de reconnaître la gravité de la situation; les anses étaient verdâtres, d'aspect gangréneux, avec des ulcérations superficielles; il existait un peu d'épanchement intrapéritonéal. Il existait une torsion nette de l'intestin autour du mésentère.

La mort survint le lendemain. Les douleurs intolérables disparurent après l'opération et une selle survint le soir même : l'obstacle avait été levé.

Cholédocotomie.

M. Michaux tout en acceptant les avantages de la cholédocotomie sans suture dans certains cas, estime qu'il ne faut pas systématiquement proscrire la suture au cours de l'ablation d'un calcul. Quatre fois il a pratiqué l'ouverture du cholédoque, et, dans les 4 cas, il a pu mettre des sutures, de 6 à 10, et même, dans un cas, 16. Dans cette dernière observation, qui a trait à l'ablation d'un volumeux calcul de 4 centimètres sur 3 centimètres, M. Michaux a même pu pratiquer un double étage de sutures.

Hématocèle rétro-utérine.

M. Potherat a pratiqué la colpotomie pour hématocèle rétro-utérine, chez une femme de 27 ans. Le 7e jour survint une hémorrhagie qui se renouvela le 10e jour. Malgré l'état de faiblesse extrême de la malade et l'anémie aiguë qu'elle présentait, il fit la laparotomie et enleva la trompe droite rompue à laquelle adhérait encore le placenta.

Astragalectomie pour fracture malléolaire.

M. Lejars présente un malade auquel il a fait la résection de l'astragale pour fracture malléolaire mal consolidé. Résultat satisfaisant.

M. Berger ajoute qu'il a pratiqué deux fois cette même opération, dans les mêmes conditions et avec le même succès.

Péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie.

M. Guinard présente un enfant guéri par la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse. Ce malade était entré pour des accidents d'obstruction intestinale. Le laparotomie montra l'existence d'une tuberculose péritonéale ignorée : l'épiploon offrait un aspect grillagé, et, à travers les mailles de cette sorte de grillage, faisaient saillie des anses intestinales, dont une en particulier paraissait plus particulièrement étranglée à travers une de ces mailles.

Le malade, qui était dans un état désespéré, guérit. Ultérieurement, il a présenté un abcès froid de la région lombaire, qui a également guéri après incision et curage, et, actuellement, il en offre un second de la région fessière droite.

M. Picqué présente une volumineuse tumeur du corps thyroïde, du poids de 450 grammes, qu'il a pu extraire par énucléation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 Juin 1898.

Curabilité de la méningite aiguë non tuberculeuse.

M. Florand communique, à l'appui des observations de MM. Netter, Sevestre et Dalché, celle d'un cas de méningite survenue au cours d'un cas de coqueluche, compliquée de broncho-pneumonie, et terminée par la guérison, après avoir présenté dans son cours des phénomènes convulsifs et paralytiques. A l'heure actuelle, 3 ans après ces manifestations méningées, l'enfant conserve une légère parésie droite sans aucun trouble intellectuel.

Maladie de Raynaud.

MM. L. Rénon et **R. Follet** présentent un malade atteint d'asphyxie locale symétrique des extrémités de la main droite et de la main gauche. L'annulaire et l'auriculaire droits sont cyanosés et froids; ils n'étaient douloureux ni spontanément, ni à la pression, au début, mais le sont devenus depuis 15 jours. L'annulaire gauche est rosé, dur, gonflé et très douloureux à la palpation.

L'intérêt de l'observation réside dans ces particularités cliniques, dans le diagnostic avec la gangrène sénile, et surtout dans l'âge très avancé du malade (homme de 77 ans).

Deux cas d'ichthyose fœtale.

M. Thibierge présente deux malades, âgés l'un de 18 ans, l'autre de 15 ans, atteints d'ichthyose généralisée très accusée, représentant le type des sujets qui se montrent dans les foires sous le nom d'*homme-poisson*.

Chez ces deux sujets, issus de deux familles différentes, les lésions occupent les plis articulaires à un degré au moins aussi accusé que le reste du membre; les mains sont le siège d'une hyperkératose considérable, avec légère hyperhydrose; les téguments de la face sont rétractés et il y a un ectropion très net, particularités qui n'existent pas dans l'ichthyose vulgaire. Contrairement à celle-ci, qui ne devient apparente qu'au bout de plusieurs mois, ces deux malades offraient déjà des lésions cutanées très nettes dès la naissance; dans leur famille, il n'existe aucun cas d'ichthyose; la mère de l'un d'eux a donné naissance, avant ce sujet, à un fœtus mort-né qui n'avait qu'un seul membre.

Toutes ces raisons montrent que ces deux malades sont atteints non d'ichthyose vulgaire, mais de cette monstruosité cutanée qui a été décrite sous le nom d'ichthyose fœtale ou intra-utérine, dont la pathologie est mal connue, dont le pronostic est considéré comme invariablement fatal dès les premiers jours de la vie.

On doit donc conclure de ces deux cas que l'ichthyose fœtale n'est pas incompatible avec l'existence; il faut admettre aussi que cette affection est indépendante de l'ichthyose vulgaire.

Cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant.

MM. Moizard et **Jacobson.** — M. Hutinel décrivit, en 1893 et 1894, un type clinique nouveau, dont les principales étapes sont les suivantes : péricardite tuberculeuse rapidement terminée par symphyse, et restant latente pendant toute son évolution; asystolie précoce à prédominance hépatique; évolution de la lésion du foie vers la cirrhose avec coïncidence de manifestations tuberculeuses plus ou moins marquées. Parmi les accidents qui accompagnent cette évolution morbide, le plus constant est une cyanose précoce. La mort survient soit par le fait des progrès de l'asystolie, soit d'une manière brusque, par syncope, soit déterminée par une poussée de granulie généralisée ou méningée. Tels sont, rapidement résumés, les traits d'un tableau clinique, d'autant plus difficiles à apprécier que la symphyse cardiaque est le plus souvent absolument latente, et la tuberculose presque toujours atténuée, comme celle des séreuses, dans beaucoup de cas.

C'est surtout au-dessous de 30 ans que ces faits ont été observés. Venot cite trois observations chez des malades qui avaient dépassé 40 ans; mais c'est en général chez l'enfant que se montre la cirrhose cardio-tuberculeuse.

Un fait capital, au point de vue du diagnostic, est la discordance absolue qu'il y a entre l'aspect extérieur du malade, qui est celui d'un cardiaque, l'état de son foie, l'ascite, les troubles de circulation périphérique qu'il présente et le résultat de l'examen du cœur.

L'examen le plus attentif de cet organe ne fait trouver aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents. Il n'y a guère que dans la cirrhose cardio-tuberculeuse que l'on observe cette discordance.

Cette cirrhose cardio-tuberculeuse a donc une symptomatologie bien déterminée; des exemples assez nombreux de cette affection sont rapportés dans le mémoire de M. Hutinel et dans la thèse de M. Venot; cependant, elle est assez rare pour qu'il soit légitime d'en publier de nouveaux cas.

C'est ce que font MM. Moizard et Jacobson. Une de ces observations se trouve déjà dans la *Revue des maladies de l'enfance* en mai 1883; les autres sont inédites. Elles peuvent se résumer ainsi :

Observation I : Péricardite tuberculeuse latente, symphyse cardiaque, tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, foie cardio-tuberculeux, tuberculose péritonéale, ascite, anasarque, cyanose, granulie et méningite tuberculeuse terminales.

Observation II. : Péricardite tuberculeuse, symphyse cardiaque, foie cardiaque sans lésions tuberculeuses, mort par asystolie.

Observation III : Cyanose, dyspnée, foie très augmenté de volume avec ascite abondante; pas de signes de symphyse cardiaque ; diagnostic : symphyse cardio-tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Juin 1898.

Eau bromoformée.

MM. Mathieu et **Richet** ont précisé le degré de solubilité du bromoforme dans l'eau; si on laisse au contact, en agitant, du bromoforme et de l'eau, dans un flacon à moitié rempli, l'eau finit par dissoudre 3 grammes de bromoforme par litre, soit environ 0,05 par cuillerée à bouche. On peut donc administrer ainsi des doses actives de bromoforme.

D'une manière générale, l'eau bromoformée reconnaît les mêmes indications que l'eau chloroformée; M. Mathieu a obtenu de bons résultats dans les cas de douleurs gastriques, de quintes de toux tenaces chez les phtisiques, dans les vomissements des tuberculeux.

Le chlorate de soude dans les dyspepsies.

M. Soupault a expérimenté, chez les dyspeptiques, le chlorate de soude, que M. Brissaud a introduit, en 1893, dans la thérapeutique du cancer de l'estomac, à la dose moyenne de 12 à 16 grammes par jour.

M. Soupault n'a pas employé des doses aussi fortes, il n'a pas dépassé 8 grammes par jour, le chlorate de soude à hautes doses étant toxique et pouvant déterminer de l'albuminurie. A la dose de 8 grammes aucun accident n'est à craindre, à la condition de ne pas s'adresser à des brightiques.

On donne des paquets de 2 grammes, 2 à 4 fois par jour, aussi loin que possible du repas, en dissolvant le médicament dans de l'eau tiède.

Tous les dyspeptiques se trouvent bien de cette médication; mais il faut reconnaître qu'elle n'a pas d'action contre les douleurs du cancer. L'influence heureuse est surtout manifeste dans l'hyperchlorhydrie, et notamment dans les crises paroxystiques; au contraire, les dyspeptiques asthéniques n'en retirent qu'un bénéfice médiocre.

Le médicament atténue probablement la congestion de la muqueuse et son hyperexcitabilité, mais il ne semble pas avoir d'effet sur le chimisme gastrique lui-même : il diminue seulement la quantité de suc sécrété, et, par suite, est très utile chez les gastro-succorrhéiques.

M. Camescasse a employé plusieurs fois le chlorate de soude chez des individus atteints de cancer de l'estomac; et chaque fois il a constaté que le médicament était fort difficilement supporté par les malades; pourtant il ne dépassait pas les doses moyennes de 6 à 8 grammes par jour. Les malades se plaignaient d'un malaise intense, véritablement inquiétant, puis d'un anéantissement considérable, et chez la plupart on n'a pas pu continuer la médication plus de 5 à 6 jours.

M. Bardet trouve que la dose de 8 grammes est trop forte. On pourrait la réduire beaucoup et obtenir des effets presque identiques en donnant le chlorate de soude à la fin de la digestion, au moment où l'HCl sécrété devient nocif, parce qu'il n'est plus saturé par les aliments; c'est à ce moment qu'on a intérêt à diminuer sa production.

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac.

M. G. Lyon répond aux arguments apportés par M. Frémont à la séance précédente : l'opinion de M. Frémont, que la sécrétion du suc gastrique est continue, est absolument en désaccord avec les idées reçues; il serait donc à souhaiter que M. Frémont, au lieu de se borner à signaler le fait, l'expose avec détails et donne les raisons d'être de sa manière de voir. S'appuyant sur ce point qu'il considère comme démontré, M. Frémont repousse l'alimentation rectale exclusive; on ne peut laisser passer sans protester une telle affirmation : elle est peut-être justifiée chez le chien, mais chez l'homme il n'en est pas de même : l'observation clinique démontre sans doute possible que le meilleur moyen de diminuer la sécrétion chlorhydrique, c'est de supprimer toute cause d'excitation stomacale, et avant tout l'excitation formée par l'ingestion des aliments; l'alimentation rectale substituée dans les cas graves à l'alimentation buccale reste donc une ressource précieuse.

Lavements alimentaires.

M. Catillon n'est point de l'avis de M. Mathieu, pour lequel le meilleur lavement alimentaire serait un lavement d'œufs. Il rappelle des expériences qu'il a faites sur ce sujet il y a 20 ans, et dont voici le résumé :

Un chien, mis à la diète absolue avec de l'eau à discrétion, meurt en 17 jours, chiffre constant.

En le nourrissant avec des lavements de bouillon, on n'obtient qu'une survie insignifiante, dont ces lavements n'ont aucune valeur nutritive.

Avec des lavements d'œufs (250 à 375 grammes d'œufs par jour pour un chien de 9 kilogs), l'animal se maintient en vie jusqu'au trente-septième jour : mais en perdant 33 p. 100 de son poids : c'est la limite d'inanition qu'il peut supporter.

Avec des lavements d'œufs peptonisés, en même quantité que dans l'expérience précédente, l'animal au trente-septième jour n'a perdu que 7 p. 100 de son poids, il est resté vif et vigoureux; en lui donnant à ce moment des lavements d'œufs non peptonisés on le voit immédiatement maigrir rapidement et perdre la santé. Pesant 10 kilogs au début de l'expérience, il pesait 9 kilogs 250 le trente-septième jour, et 6 kilogs 500 15 jours plus tard.

Donc les œufs ordinaires n'ont, par la voie rectale, qu'une valeur alimentaire infime : les lavements de peptone, au contraire, peuvent presque remplacer l'alimentation buccale.

De l'influence des adénoïdes sur le développement de certaines lésions du squelette.

M. Bilhaut a constaté que chez les scoliotiques, on trouve très communément des adénoïdes volumineuse : on est en droit, semble-t-il, de considérer qu'il y a entre ces deux états morbides une relation de cause à effet, attendu que, dans quelques cas de déformation commençante, à la période d'attitude, sans lésions définitives du squelette, l'enlèvement des adénoïdes peut suffire, à lui seul, à amener la guérison.

Dans les cas plus sérieux l'enlèvement des adénoïdes doit constituer le premier acte thérapeutique; le redressement par les corsets orthopédiques donne, à la suite de cet enlèvement des résultats incomparablement plus satisfaisants que si on a négligé de s'occuper du naso-pharynx.

M. Bilhaut pense également que la déformation du thorax en sablier, décrite par Dupuytren, est l'aboutissant de troubles trophiques dus à des infections microbiennes, à localisation primitive adénoïdienne.

Enfin, dans le cas de tuberculose externe coïncidant avec des adénoïdes, M. Bilhaut accepte la théorie suivant laquelle les adénoïdes seraient la porte d'entrée du bacille de Koch. Donc, si cette théorie est exacte, en enlevant à temps les adénoïdes, on empêcherait l'infection ultérieure de l'organisme par les bacilles partis de ce foyer primitif.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances du 20 Juin 1898.

Intoxication par la pelletiérine.

M. Crolas a observé deux cas d'intoxication par la pelletiérine. Le premier a succédé à l'ingestion de 0 gr. 50 de cette substance. Le malade, qui était antérieurement épileptique, a été pris d'une vive agitation, puis le coma est survenu, et la mort. La pelletiérine fut retrouvée dans l'intestin. Le deuxième malade n'a eu que des troubles modérés, et la guérison a pu être obtenue.

M. Crolas pense que la pelletiérine ne doit être donnée qu'avec circonspection chez les épileptiques. Enfin, on devra toujours veiller à ce que le décubitus horizontal soit gardé après l'administration du médicament.

Pleurésie purulente de la grossesse.

M. Vinay rapporte six cas de pleurésie purulente survenue pendant la grossesse. Le début a toujours été brusque, et marqué par des accidents dyspnéiques et douloureux intenses, pouvant faire songer à de l'angine de poitrine.

Tuberculine TR.

MM. Leclerc et **Jaboulay** ont fait une série de recherches avec la tuberculine TR. Le résultat clinique a toujours été absolument négatif.

Opothérapie dans la fièvre typhoïde expérimentale.

MM. Lépine et **Lyonnet** ont cherché à savoir, sur des chiens ayant reçu des injections de toxine typhique, quel est le

pouvoir préventif du sang, de la rate et du foie, vis-à-vis de l'infection typhique.

Des extraits aqueux du foie et de la rate ont été faits, en broyant ces organes avec de l'eau salée, en exprimant à la presse, et filtrant sur filtre de papier.

Contre des doses faibles de cultures typhiques, le sérum sanguin et les extraits de foie et de rate ont paru jouir d'un pouvoir protecteur réel pour les cobayes.

Mais avec des doses fortes, ils ont observé que la rate préservait mieux que le foie et le sérum sanguin. Il semble donc que ce soit surtout dans la rate que se fabrique l'antitoxine typhique.

Paralysie obstétricale du plexus brachial.

M. Planchu présente un enfant de 4 jours, né à la Maternité, dans le service de M. Vinay, et atteint d'une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial (type Duchenne-Erb).

Cette paralysie est survenue à la suite de tractions exercées sur la tête pendant l'accouchement, à l'occasion de dystocie des épaules.

Luxation traumatique de l'épaule. Résection de la tête humérale.

M. Ollier présente un malade de 30 ans, entré dans son service avec une luxation traumatique de l'épaule, en arrière, datant du lendemain de sa naissance. Il y avait impotence fonctionnelle, impossibilité surtout de porter le bras en arrière; mais il n'existait pas d'atrophie notable, les réactions électriques étaient intactes.

M. Ollier a pratiqué une résection de la tête humérale en l'abordant par la partie postérieure. La crainte de léser le circonflexe a obligé à une grande prudence, jusqu'au moment où on l'a découvert, à 3 centimètres environ au-dessous de la tête humérale. La cavité glénoïde existait, quoique très atrophiée. Le résultat fonctionnel a été aussi bon que possible.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 22 Juin 1898.

Modifications histologiques de la trompe pendant la grossesse utérine et l'accouchement.

M. Fabre a fait des recherches histologiques sur les modifications de la trompe pendant la grossesse utérine normale. Les auteurs qui se sont occupés de cette question pendant ces dernières années (Frommel, Greestew, Thomson, Maudl) sont tous arrivés au même résultat : pendant la grossesse, les plis principaux de la trompe s'hypertrophient, les plis secondaires restent stationnaires.

La conséquence de cette transformation est l'augmentation de la lumière de la trompe.

Pour M. Fabre, au contraire, le calibre de la trompe diminue, les cils vibratiles tombent, le tissu conjonctif sous-muqueux s'hypertrophie. Enfin, la destruction de toute la muqueuse, au moment de l'accouchement, oblige à admettre l'existence d'une véritable caduque tubaire.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 Mai 1898.

Luxation congénitale double du poignet.

M. Fraikin montre une malade atteinte de luxation congénitale double de l'articulation radio-carpienne. Cette malade, âgée d'une quarantaine d'années, malgré sa difformité, a toujours très bien pu se servir de ses deux mains et faire des travaux même délicats.

Au niveau des deux articulations radio-carpiennes, la main est portée en avant des deux os de l'avant-bras. Les extrémités radiale et cubitale font saillie en arrière du carpe, formant ainsi une sorte de dos de fourchette. Le carpe est uni aux os de l'avant-bras par les ligaments étirés et allongés qui permettent tous les mouvements habituels, et même permettent d'éloigner un peu et de rapprocher en les tirant en sens contraire les deux faces articulaires.

Cette luxation congénitale est d'autant plus remarquable qu'elle serait héréditaire. En effet, la mère de la malade et son oncle (du côté maternel) avaient des déformations identiques, congénitales aussi et siégeant aux deux poignets. La malade a un enfant bien conformé.

Anomalie du système vasculaire rénal.

M. de Vallandé montre une pièce provenant d'un sujet mort dans le service du Dr Pousson. Les reins sont gros et le rein gauche présente comme caractéristique un hile qui est antérieur et non interne.

De ce même côté, on aperçoit un bassinet développé, à parois épaisses, et une artère rénale avec bifurcation supérieure, inférieure et postérieure, et chacune d'elles se divise en trois branches. A l'extrémité inférieure du rein naissent une deuxième artère et veine rénales venant aboutir à l'aorte au-dessous de la mésentérique inférieure et à la veine iliaque primitive gauche à sa partie supérieure.

Le calibre est celui d'une plume d'oie. Du côté droit, artère rénale normale, mais double veine rénale avec une branche antérieure et une autre postérieure, toutes deux d'un calibre presque normal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 3 Juin 1898.

Des psychoses post-opératoires.

M. Davezac a observé 3 cas de psychoses post-opératoires.

Le premier a trait à un malade de l'hospice de Pellegrin depuis longtemps confiné au lit par un syndrome qu'on a cru pouvoir rattacher au tabès ou à la paraplégie spasmodique. Il était d'autre part sujet aux hémorrhoïdes, et comme son bourrelet hémorrhoïdal le faisait beaucoup souffrir, ce dernier fut détruit au thermocautère, sans incident.

Enchanté du résultat obtenu, le malade demanda à sortir de l'hospice pendant quelques jours. Une fois dehors il s'était occupé d'une maison meublée et avait subi quelques ennuis qui l'engagèrent à revenir au bout d'un mois. Il était tombé dans un état un peu complexe, fait de mélancolie profonde et de mysticisme, d'embarras de la parole et presque de mutisme. Les quelques paroles qu'on lui arrachait avec peine, toujours les mêmes, étaient des mots de miséricorde et de pardon. L'affection organique ne faisait d'ailleurs aucun progrès, et l'état mental persistait de son côté quand dernièrement, à la stupéfaction de tout le monde dans le service, la santé morale a paru lui revenir. Sa déférence est toujours la même vis-à-vis de ceux qu'il appelle ses bienfaiteurs, mais la pensée s'est extériorisée, et la parole ainsi que l'écriture ont pris un essor exagéré. C'est une manie épistolaire.

Le second cas est celui d'une femme qui, à la suite d'une extirpation d'un double kyste des ovaires, tomba dans un tel état lypémaniaque qu'on a pu craindre un moment qu'elle mourrait d'inanition.

Après avoir été très fortement inquiète de son état primitif de maladie, elle avait conçu une grande peur de l'opération, et quand celle-ci, après quelques phases de péritonisme et de parésie intestinale, fut près de la terminaison très favorable, elle conserva, malgré toutes nos affirmations, une crainte invincible de ne se rétablir jamais. Cicatrisée et ne souffrant plus, elle persista pour ainsi dire à ne pas vouloir guérir, et, appauvrie dans sa constitution d'ailleurs assez peu robuste par la mélancolie aiguë, elle devint une proie facile pour la tuberculose pul-

monaire qui, en quelque 8 ou 10 semaines, l'emporta. Aucun antécédent héréditaire ni personnel n'avait pu faire redouter cette complication mentale.

Dans une 3e observation toute récente, il s'agit d'une mère de famille de 44 ans, très sobre également, ardente au travail, entrée à l'hôpital pour d'abondantes métrorrhagies qui l'affaiblissaient et l'inquiétaient beaucoup.

La présence d'un néoplasme du corps de l'utérus ne paraissant nullement démontrée, on crut devoir se contenter d'un curetage qui fut suivi d'un très bon résultat. On permit donc à la malade de rentrer pour quelques jours dans sa famille. Là, elle ne tarda pas à être reprise des mêmes terreurs sur l'avenir, et tandis que, mise de nouveau en observation à l'hôpital comme c'était convenu, elle y était l'objet d'une constante sollicitude, une nuit elle se rendit aux cabinets d'où une voisine qui ne dormait pas remarqua qu'elle tardait à rentrer. La veilleuse prévenue l'y trouva qui s'était pendue à la corde d'un vasistas; mais elle put heureusement la détacher et la ranimer.

La pauvre femme fut très confuse de cet acte de désespoir. Elle semblait en être un peu remise, rien d'utérin d'ailleurs ne réclamant d'autres soins spéciaux, et il lui fut de nouveau permis de rentrer chez elle jusqu'à nouvel ordre. Là, toujours en proie à son délire d'incurabilité et de lypémanie avec tendance au suicide, elle échappe de nouveau à la surveillance de son entourage et va se jeter dans la Garonne, d'où on la retire à temps comme pour sa pendaison. Elle fut alors internée dans un asile d'aliénées.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 Juin 1898.

Atrophie tabétique du nerf optique.

M. Silex a observé un cas d'atrophie tabétique du nerf optique à marche très lente. Il s'agit d'un employé de chemins de fer qui fut atteint de troubles de cet ordre au niveau de l'œil droit en 1885, et qui néanmoins put travailler encore pendant neuf ans, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'œil gauche se prît à son tour.

Depuis le mois de septembre 1897, M. Silex a observé 54 cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques (8 femmes et 46 hommes). Chez 44 de ces malades (7 femmes et 37 hommes), c'est-à-dire chez 81,5 p. 100, il a pu constater l'existence d'une infection syphilitique antérieure. Seize fois il nota aussi une atrophie caractéristique de la base de la langue. Ces faits prouvent que la syphilis joue un très grand rôle dans l'étiologie du tabès.

Sur les 44 tabétiques syphilitiques 12 avaient été traités par des frictions mercurielles, ce qui montre que ce traitement ne prévient nullement l'éclosion du tabès.

Comme moyen de traitement de l'atrophie des nerfs optiques, il faut également rejeter l'emploi des frictions mercurielles et l'usage de l'iodure de potassium, qui n'ont jamais amené la moindre amélioration et qui, par contre se sont parfois montrés plutôt nuisibles.

Les expériences faites par M. Silex montrent la possibilité de la galvanisation du cerveau et de la moelle épinière, mais le traitement électrique de l'atrophie tabétique du nerf optique n'a donné jusqu'à présent aucun résultat. Il en est, du reste, de même de tous les autres agents successivement préconisés contre cette affection.

Asepsie des mains.

M. Dührssen dit qu'il attache une grande importance à l'asepsie des mains, surtout pour les opérations gynécologiques. Il les lave d'abord à la brosse avec une solution très chaude de lysol et les plonge ensuite dans une solution de sublimé à 1 p. 100 à une température de 60°.

M. Schäffer attache plus d'importance à l'emploi de l'eau chaude qu'au lysol pour la désinfection des mains, mais il ne croit pas qu'une température de 60° soit suffisante pour détruire les streptocoques.

M. Aronsohn recommande l'aldéhyde formique pour la désinfection des salles d'opération. Il résulte de ses expériences que tous les microbes pathogènes, y compris les spores du sang de rate, seraient détruits par les vapeurs de formol.

M. Schäffer dit que, d'après ses recherches, l'aldéhyde formique ne tue pas les spores du sang de rate.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRIBOURG

Séance du 15 Juin 1898.

Recherches sur l'azoospermie.

M. Simmonds communique les recherches qu'il a faites sur cette question. Sur 1 000 cadavres pris au hasard, il a trouvé 125 cas d'azoospermie. Sur ces 125 individus, 7 p. 100 ont succombé à la carcinomatose, 14 p. 100 à des affections nerveuses diverses, 18 p. 100 à la phthisie, et dans 60 p. 100 des cas il s'agissait d'alcooliques. Ces chiffres montrent donc très nettement l'influence néfaste que l'alcoolisme exerce sur la production du sperme.

Parmi les lésions locales jouant un rôle dans l'azoospermie, les hydrocèles, les varicocèles et les hernies interviennent rarement; plus fréquemment déjà se rencontrent les restes d'anciennes affections du testicule et de ses annexes. C'est ainsi que M. Simmonds a trouvé 40 fois des dégénérescences fibreuses des testicules, 60 fois des dégénérescences fibreuses des épididymes, 23 fois des obstructions cicatricielles du cordon.

Les atrésies et les rétrécissements du cordon spermatique étaient ordinairement multiples et séparés par des ectasies ampullaires, et vers le testicule, au-dessous du rétrécissement, le canal était dilaté et rempli d'un liquide lactescent. L'atrophie du testicule était rare.

M. Lauenstein a constaté que la lésion traumatique ou chirurgicale du canal déférent n'exerce aucune influence sur les fonctions et le volume du testicule correspondant.

M. Fraenkel pense que chez les alcooliques, l'azoospermie constitue un trouble fonctionnel passager.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 16 Juin 1898.

L'accouchement provoqué artificiel chez les cardiaques.

M. Gusserow ne pense pas qu'une affection cardiaque doive être considérée comme une indication formelle d'interrompre la grossesse. En effet, s'il n'existe pas de troubles de compensation, la grossesse évolue d'une façon normale; si la compensation manque, il se manifeste ordinairement, dès le début de la grossesse, des troubles circulatoires tels que l'avortement se produit spontanément.

Il peut encore arriver chez les cardiaques que la grossesse évolue normalement et que les troubles se déclarent seulement pendant l'accouchement. Sous l'influence des contractions musculaires violentes et très fatigantes, le cœur peut faiblir, des stases se déclarer et cela d'autant plus facilement que l'accouchement dure plus longtemps. Enfin, après l'accouchement, les nouvelles conditions de circulation qui s'établissent brusquement et sans transition constituent un danger parfois très grave pouvant se terminer par la mort.

La mortalité chez les cardiaques enceintes a été diversement appréciée par les auteurs. Personnellement, M. Gusserow n'a observé que 4 cas de mort sur 70 accouchements chez des cardiaques. Si d'autres auteurs ont signalé une mortalité allant de

33 à 66 p. 100, cela tient à ce que leurs statistiques ne comptent qu'avec les cas graves.

Pour M. Gusserow, le danger chez cette catégorie de femmes se déclare donc pendant l'accouchement. Mais si l'on songe que l'accouchement artificiel provoqué dure plus longtemps que l'accouchement naturel et que le premier comporte encore une impression psychique fâcheuse, on arrive à conclure que, chez les femmes qui ne présentent pas de troubles de compensation pendant la grossesse, il vaut mieux attendre l'accouchement spontané, quitte à surveiller très étroitement ce dernier pour intervenir efficacement et d'une façon symptomatique dans les troubles de compensation qui peuvent survenir à ce moment. Par contre, dans les cas où les troubles de compensation se déclarent déjà au cours de la grossesse et résistent au traitement ordinaire, M. Gusserow est d'avis de provoquer l'accouchement artificiel.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 16 Juin 1898.

Sérothérapie de la diphthérie.

M. Kowalski n'a jamais constaté la présence du bacille de Löffler que dans les cas avérés de diphthérie. Toutefois, dans 20 à 25 p. 100 environ des cas de diphthérie, diagnostiquée cliniquement, ce bacille faisait défaut. En général, la diphthérie pure ne s'accompagne pas de fièvre, celle-ci étant presque toujours due à des associations bactériennes. Dans la scarlatine et dans la rougeole, on ne trouve le bacille de Löffler que lorsqu'il y a infection mixte. Chez les sujets bien portants, on n'observe jamais le bacille de Löffler.

Tout en admettant qu'on ne peut pas comparer les statistiques actuelles avec celles qui sont antérieures à l'introduction de la sérothérapie, M. Kowalski affirme que l'efficacité de ce procédé de traitement est incontestable.

M. Paltauf fait observer que la diphthérie avait déjà augmenté de fréquence en 1894 et que, depuis 1890, c'est toujours pendant le dernier trimestre de l'année que cette affection est la plus fréquente. Contrairement à l'opinion de M. Kassowitz, M. Paltauf déclare qu'à Vienne le nombre des diphthériques dans les hôpitaux n'a pas augmenté et que la mortalité absolue y a cependant considérablement diminué. Il en est de même à Paris et dans beaucoup d'autres villes françaises. S'il n'en est pas ainsi à Londres, c'est que le sérum qu'on y emploie est plus faible.

D'autre part, la propagation de la diphthérie au larynx est devenue plus rare et, au point de vue de la gravité du croup, la situation s'est beaucoup améliorée.

L'action du sérum sur les paralysies et les néphrites est moins manifeste, parce que les muqueuses sont plus facilement influencées que les nerfs et les reins. Quant au rôle étiologique du bacille de Löffler, il ne saurait être mis en doute, et il est tout à fait exceptionnel de trouver ce bacille dans la scarlatine ou chez les sujets bien portants.

Gomme du cerveau.

M. Habart présente un homme qui, quelque temps après un traumatisme, vit se développer, au niveau de la région pariétale droite, une tumeur paraissant provenir du diploë. Le malade se plaignait de maux de tête violents, de vertiges, et avait la papille congestionnée, mais à aucun moment il ne présenta des symptômes de lésion en foyer.

La trépanation ayant été pratiquée, on trouva une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dont l'incision donna issue à une grande quantité de pus et fit découvrir au fond de la cavité des masses grumeleuses. L'hémorrhagie fut arrêtée à l'aide du thermocautère, la plaie fut fermée et drainée. La réunion eut lieu par première intention, et le malade guérit. L'examen de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'une gomme accompagnée d'une pachyméningite gommeuse.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 3 Juin 1898.

Angiome caverneux de l'orbite.

M. Henri Coppez. — Il s'agit d'une jeune fille d'une trentaine d'années dont la tumeur est congénitale. En 1882, elle présentait l'aspect suivant : un lobe rouge, lie de vin, ecchymotique, siège dans la caroncule lacrymale gauche, s'étendant en haut jusque dans le cul-de-sac conjonctival supérieur et descendant comme une espèce de crête de coq jusque dans le cul-de-sac inférieur, où il est en communication avec un deuxième lobe. Le premier lobe recouvre partiellement la cornée et gêne la vue de près parce qu'il masque alors la pupille. Un deuxième lobe, allongé horizontalement, s'étend dans l'épaisseur de la paupière inférieure; il est résistant, dur, fuit sous le doigt quand on comprime et refoule le globe oculaire, mais ne diminue pas sous la pression. Cette partie de la tumeur s'étend profondément dans l'orbite; elle est stationnaire et existe depuis la première enfance. Elle ne présente pas de battements. Depuis quelques jours, une troisième tumeur était apparue, plus ou moins molle, comme une bosse sanguine, au-dessus du sac lacrymal, se prolongeant jusqu'au tiers interne de l'arcade orbitaire. M. Van Schevensteen jeta une ligature sur le lobe caronculaire, lequel, après cette intervention, diminua notablement de volume.

L'acuité visuelle était à cette époque de 5/24. La pupille optique présentait des phénomènes de compression.

Depuis 1882, cette malade allait consulter régulièrement le Dr Van Schevensteen une fois ou deux par an : la tumeur gonflait soudainement en provoquant des douleurs intenses. Un traitement antiphlogistique énergique faisait chaque fois disparaître rapidement ces symptômes. Tout rentrait alors dans l'ordre pour un temps assez prolongé, parfois même plus d'une année. Les récidives avaient lieu ordinairement au commencement de l'année; elles n'étaient pas sous la dépendance de la menstruation ou d'une autre cause appréciable quelconque. La vision a baissé doucement. Elle a fini par être abolie.

En 1897, cette tumeur a été enlevée. Elle présente au microscope tous les caractères de l'angiome caverneux. Au sein d'un tissu connectif de densité moyenne se trouvent des lacunes plus ou moins vastes, limitées par un endothélium. Ces lacunes sont vides pour la plupart. Quelques-unes renferment des globules rouges altérés. Dans le tissu conjonctif, on rencontre quelques vaisseaux environnés de jeunes cellules. C'est dans l'adventice des vaisseaux et dans le tissu voisin que se localisaient les poussées inflammatoires signalées par M. Van Schevensteen.

Ces tumeurs sont assez rares. Berlin en a réuni 54 cas jusqu'en 1880 et Paris en a compté 21 depuis cette époque.

Arrachement du pouce et du tendon du fléchisseur propre.

M. Depage montre le doigt d'un enfant qui a été pris dans une courroie de transmission. La phalange a été arrachée, entraînant avec elle tout le tendon du fléchisseur propre. Ce muscle a été déchiré au niveau de la portion charnue. Les cas de l'espèce sont assez rares.

M. Depage n'a vu le blessé qu'une fois et n'a pu suivre l'évolution du cas.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les paralysies urémiques,

(Etude clinique)

D'après le Dr Baillet (1),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. Historique. — L'histoire clinique des paralysies urémiques est de date toute récente. Leur existence, méconnue tour à tour par Bright et Addison en Angleterre, par Sée et Lécorché en France, était niée par Lasègue (2) pour lequel « toutes les fois qu'une paralysie était signalée, au cours du mal de Bright on pouvait affirmer qu'elle résulte d'une cause locale, et qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une maladie de Bright ».

Il n'existait qu'une seule observation — douteuse d'ailleurs — de paralysie survenue au cours de l'encéphalopathie brightique, datant de 1813, dans laquelle Blackall raconte l'histoire d'un malade paralysé d'une moitié du corps tandis que l'autre moitié était convulsée. Malgré que Clarus (3) ait rapporté l'histoire d'un jeune garçon atteint en pleine anasarque, à la 6e semaine d'une scarlatine, d'une attaque de coma avec convulsions suivies d'hémiplégie droite et d'aphasie, c'est seulement en 1876 qu'on trouve la première mention classique de ces troubles moteurs au cours du mal de Bright. M. Lancereaux écrivait (4) que les désordres du mouvement sont de deux sortes : convulsifs ou paralytiques, et que si les accidents convulsifs sont de beaucoup les plus fréquents, dans quelques cas les malades sont paralysés du mouvement d'un bras ou d'une jambe avec embarras de la parole, tendance aux pleurs et affaiblissement intellectuel. Mais ces derniers accidents lui paraissaient se rattacher à des lésions des artères cérébrales au moins autant qu'à une intoxication urémique. La première observation précise de paralysie urémique est due à Carpentier (5). Il s'agissait d'un homme atteint de néphrite interstitielle aggravée sans doute par une pneumonie récente et qui fut atteint d'hémiplégie gauche accompagnée de phénomènes convulsifs. Paetsh, en 1881, observait à la clinique de Leyden deux cas d'atrophie rénale avec hémiplégie consécutive et 3 ans plus tard Jackel en publiait 4 autres.

En 1885 parurent les importants mémoires de M. Raymond (1) et de MM. Chantemesse et Tenneson (2). C'est dans ces deux mémoires, presque simultanés, qu'il faut chercher la première étude d'ensemble des paralysies urémiques et leur interprétation générale. La thèse de Bernard et les deux observations de Dewèvre, Florand et Canniot, se succédant à peu d'intervalle terminent la première phase de l'étude des paralysies urémiques.

La 2e phase commence avec Lancereaux (3), qui combat la théorie pathogénique invoquant l'œdème cérébral et établie par M. Raymond, il conclut, ainsi que M. Chauffard (4), que l'intoxication est seule capable d'expliquer tous les faits observés. La thèse de Level (5) résumant leurs objections apporte une observation suivie d'autopsie favorable à cette nouvelle interprétation.

Depuis, les observations de Perret (6), Dercum (7), Lloyd Hendrie (8), Dreyfus-Brisac (9), Dunin (10), Ivins (11), Carpentier (12), Lépine (13), Wilcox (14), Guyot (15), Allemand (16), Morlot (17), ont tour à tour témoigné en faveur de l'une ou l'autre de ces théories. Les thèses de Faure (Lyon, 1891), d'Adda (Bordeaux, 1893), les intéressantes monographies de Massalongo, Boinet ont augmenté nos connaissances sur les paralysies urémiques. La monographie très documentée de Giammattei (18) contient plusieurs observations de paralysies survenues au cours de la scarlatine et après l'accouchement.

Dans ces dernières années, l'attention a été particulièrement attirée sur les troubles du langage qui accompagnent les paralysies urémiques, et l'aphasie urémique sous ses diverses formes a été successivement étudiée par Dupré (19) Grenet (20) Rendu et Bodin (21), Gilbert Ballet (22). Ajoutant à ces faits 4 observations inédites, M. le Dr Baillet vient de reprendre la question dans sa thèse, où sont puisés la plupart des éléments de cette revue.

II. Étiologie. — D'après les observations de Raymond et celles antérieures à 1885, la néphrite chronique préside à l'apparition de presque tous les accidents paralytiques. La plupart des relations d'autopsie décrivent l'aspect granuleux, kystique des reins, la diminution de leur

1. Baillet, th. de Paris, 1898, Steinheil.
2. Lasègue, *Arch. gén. de méd.*. 1852.
3. Cité par Bouchut, in *Gaz. des hôp.*, 13 mars 1877.
4. Lancereaux, *Dict. encyclop.*, art. *Reins*.
5. Carpentier, *Presse médicale belge*, 29 février 1880.

1. Raymond, De certains accidents paralytiques (*Rev. de méd.*, septembre 1885).
2. Chantemesse et Tenneson, De l'hémiplégie et de l'épilepsie partielles urémiques (*Rev. de méd.*, novembre, 1885).
3. Lancereaux, *Union médicale*, 15 mars 1887.
4. Chauffard, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1887.
5. Level, Contribution à l'étude des paralysies urémiques (th. de Paris, 1888).
6. Perret, *Province médicale*, Lyon, 10 septembre 1887.
7. Dercum, *Medical News*, Philadelphie, p. 602, 1887.
8. Lloyd Hendrie, *Philadelph. neurol. Soc.*, 1887.
9. Dreyfus-Brisac, *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 20 juillet 1888.
10. Dunin, *Berlin. klin. Wochensch.*, p. 134-136, 1889.
11. Ivins, *Hahnemann Month. Philad.*, XXV, p. 105-107, 1890.
12. Carpentier, *Cliniq. Brux.*, p. 193-197, 1891.
13. Lépine, *Cliniq. méd.*, Lyon, 1892.
14. Wilcox, *Amer. J. of. medic. science*, Philad., mai 1894.
15. Guyot, *Soc. méd. des hôp.*, p. 688-62, 1891.
16. Allemand, *Loire médicale*, 15 juillet 1895.
17. Morlot, *Bourgogne médicale*, décembre 1895.
18. Giammatei, *Li paralisi uremiche*, Lucca, 1892.
19. Dupré, *Congrès de méd. de Lyon*, 1894.
20. Greult, *Gaz. des hôp.*, 31 décembre 1895.
21. Rendu et Bodin, *Soc. méd. des hôp.*, 27 mars 1896.
22. Gilbert Ballet, *Sem. méd.*, 29 avril 1896.

poids. Elles ont trait dans le mémoire de Raymond à des malades qui ont dépassé 60, 70 et même 80 ans.

Ces accidents ne sont pourtant pas spéciaux au petit rein granuleux et déjà Chantemesse et Tenneson publiaient dans leur travail deux observations démontrant que la néphrite diffuse peut provoquer les mêmes troubles de la motilité. De nombreux faits du même ordre ont été publiés depuis.

Toutes les lésions du rein capables de déterminer l'insuffisance fonctionnelle transitoire ou durable peuvent en somme provoquer les désordres paralytiques aussi bien — quoique plus rarement — que les autres troubles nerveux de l'urémie.

Dans les antécédents des cas publiés on retrouve l'état puerpéral, la scarlatine, puis plus rarement la tuberculose pulmonaire, la syphilis, le cancer utérin, le paludisme la goutte. La pneumonie, la grippe ont dans certains cas aggravé une lésion rénale plus ou moins manifeste et contribué à l'apparition d'une *paralysie*.

Les *prodromes* sont ceux de la néphrite chronique et consistent en vertiges, céphalée, œdèmes localisés ou généralisés, polyurie, dyspnée d'effort et dyspnée toxique nocturne, vomissements, névralgies du trijumeau, etc.

Confirmant les premiers, d'autres signes se révèlent à l'examen : hypertrophie ventriculaire, bruit de galop, faible quantité ou faible densité et décoloration des urines, présence de l'albumine; plus rarement enfin, œdème pulmonaire et épanchement pleural siégeant ordinairement à droite.

Ces symptômes peuvent être réunis, mais en général dans la plupart des cas de néphrite interstitielle, des vieillards, les manifestations cliniques habituelles de l'urémie antérieures à l'éclosion des accidents paralytiques sont peu nombreuses ou passent inaperçues; tout au plus constate-t-on des étourdissements, des vertiges, de la dyspnée.

Au contraire, dans les néphrites à marche plus rapide, subaiguë, des malades jeunes ou adultes, il est de règle d'observer des prodromes nombreux tels que douleurs lombaires, vomissements, céphalée, œdèmes partiels, anasarque, convulsions répétées.

Quoi qu'il en soit de la nature de la néphrite, et de ses prodromes, la paralysie survient mais dans les deux tiers des cas elle n'apparaît pas d'emblée, elle est accompagnée de convulsions ou débute par le coma.

Convulsions. — Fréquemment observées, surtout au cours des néphrites subaiguës, elles représentent dans certains cas un phénomène prodromique éloigné. Le plus souvent elles précèdent immédiatement les désordres moteurs. Leur ressemblance avec les convulsions de l'épilepsie « essentielle » est parfaite, c'est dire qu'elles se manifestent sous des formes très variées. Perte de connaissance, oubli de l'attaque, succession des phases toniques et cloniques, convulsions généralisées à tous les membres et à la face; mais dans aucun cas nous ne constatons le cri initial, ni la morsure de la langue, ni la pronation du pouce dans la paume de la main; enfin la phase tonique manque quelquefois. Les convulsions peuvent se limiter à un côté du corps, à un membre, à la face, offrant alors les caractères de l'épilepsie « bravais-jacksonienne » elles s'accompagnent alors de perte de connaissance contrairement à ce qui se passe habituellement dans l'épilepsie localisée d'une autre origine.

Les convulsions partielles siègent du même côté que les troubles moteurs : et n'ont aucune fixité dans l'époque de leur apparition ni dans leurs manifestations : elles peuvent se montrer à plusieurs jours d'intervalle (Giammattei) sous un aspect différent; unilatérales à la première attaque, elles se généralisent quelquefois à la deuxième (Finlagson). Leur durée varie de quelques minutes (Chantemesse et Tenneson) à plusieurs heures (Raymond), à 9 heures (Finlagson), à 2 jours (Dunin). Quand la répétition des accès est fréquente il se produit un véritable état de mal. Ces convulsions partielles peuvent encore exister en dehors de toute paralysie, exceptionnellement d'ailleurs.

Coma. — Non moins fréquemment que les attaques convulsives qui d'ailleurs lui sont souvent associées, le coma constitue le phénomène initial des paralysies urémiques. Brusquement, le malade s'affaisse, en pleine résolution musculaire, insensible aux excitations extérieures. Cet état comateux présente tous les degrés, mais il n'est assez souvent qu'un état de stupeur : la conscience n'est pas complètement éteinte on peut arracher un mot, une réponse même à une interpellation vigoureuse, provoquer un geste d'obéissance à un commandement précis. Il est fréquent qu'une déviation conjuguée de la tête et des yeux, ou qu'une déviation de la face mette l'observateur attentif sur la voie d'une paralysie qu'il est facile de constater en soulevant les membres du plan du lit.

Cette période de coma est souvent transitoire. Elle dure quelques minutes (Raymond) ou plus; elle durait depuis 3 jours (Chantemesse et Tenneson) quand le malade fut soumis à l'examen. Elle peut se renouveler plusieurs fois dans la même journée (Boinet).

Dans un tiers des cas enfin la paralysie survient d'emblée, sans phénomène convulsif ou comateux. Ce n'est que rarement que dans ces conditions son évolution est troublée par des désordres convulsifs; quant au coma il constitue la terminaison habituelle des paralysies urémiques qui aboutissent à la mort.

III. FORMES CLINIQUES DES PARALYSIES URÉMIQUES. — Les paralysies urémiques affectent le plus souvent (63 p. 100) la forme hémiplégique droite ou gauche, indifféremment. Cette hémiplégie est totale ou partielle; dans la moitié des cas environ, notamment quand elle siège à droite, elle revêt le type brachio-crural. Assez souvent (15 à 20 p. 100), elle prend le type monoplégique brachial, plus souvent isolé qu'associé à la paralysie faciale. Cette monoplégie siège de préférence à droite et s'accompagne alors souvent d'aphasie.

Les paralysies faciales, fréquemment associées à l'hémiplégie et quelquefois à la monoplégie, sont en revanche rares à l'état isolé. M. Baillet n'en connaît que 3 observations antérieures à celle qu'il publie dans sa thèse. Les autres types de paralysie sont exceptionnels : tels par exemple les deux cas de paralysies de la corde vocale gauche (Ivins), l'hémiplégie alterne à syndrome de Weber (Jackel), les paralysies oculaires : strabisme, ptosis; les paralysies bilatérales : diplégie brachiale (Giammattei); quadriplégie.

Le début et l'évolution de la paralysie urémique varient suivant la nature et la marche de la néphrite qui la produit. Cliniquement on peut distinguer deux catégories de faits : selon que la lésion rénale apparaît chez le vieillard ou chez l'enfant et l'adulte; suivant qu'il s'agit de néphrite chronique artérielle, interstitielle, ou de néphrite subaiguë parenchymateuse diffuse.

A. *Paralysie urémique de la néphrite chronique.* — Précédée de prodromes peu retentissants, la paralysie urémique se manifeste ordinairement par une perte de connaissance subite qui précède ou accompagne l'hémiplégie. Cet ictus apoplectique ressemble à s'y méprendre à celui d'une lésion cérébrale en foyer et notamment

l'hémorrhagie cérébrale centrale : résolution des membres, respiration bruyante, insensibilité aux excitations extérieures, parfois même déviation conjuguée de la tête et des yeux. L'incontinence des matières et de l'urine, l'élévation de la température (Chantemesse et Tenneson) complètent l'analogie du symptôme clinique, d'autant plus qu'il s'agit souvent de personnes dont l'âge avancé favorise l'hypothèse d'une lésion vasculaire.

Et cependant, dans les cas mortels comme celui de Perret (1), l'autopsie ne révèle pas le moindre foyer de ramollissement ni d'hémorrhagie. Les artères sont saines. Les accidents ne peuvent être attribués qu'à l'œdème de la substance cérébrale, à la sérosité qui dilate et remplit les ventricules et qui s'écoule en quantité notable à l'incision des méninges.

Dans un cas observé par M. Baillet, il porte pendant les premiers jours le diagnostic de paralysie consécutive à une lésion cérébrale peut-être corticale (hémorrhagie méningée?), mais l'évolution rapide, la guérison complète des troubles moteurs, la connaissance d'accidents semblables survenus antérieurement du côté droit d'abord, du côté gauche ensuite, des convulsions urémiques qui se manifestèrent isolément, lui permirent de diagnostiquer rétrospectivement la nature urémique des phénomènes.

M. Raymond a publié une observation suivie d'autopsie, de paralysie urémique simulant à s'y méprendre une hémorrhagie méningée, et où pourtant l'autopsie ne révéla que de l'œdème cérébral.

Il est des cas enfin où la paralysie urémique revêt l'aspect d'une paralysie consécutive au ramollissement cérébral à début brusque, par thrombose ou par embolie; telle une observation rapportée par M. Baillet et due à M. Funck-Brentano, concernant une femme qui eut une première attaque d'hémiplégie avec aphasie incomplète et urines albumineuses, qui rétrocéda assez rapidement mais pour reparaître avec aphasie motrice complète un mois après, accompagnée d'oppression extrême avec foyer de congestion pulmonaire, et entraîner rapidement la mort; on ne constata à l'autopsie au lieu du ramollissement par thrombose qui semblait le plus probable, ni ramollissement ni hémorrhagies et en revanche des reins granuleux, petits et durs, et un cœur secondairement hypertrophié et dilaté.

Enfin MM. Rendu et Bodin publiaient (2) récemment l'histoire d'un de leurs malades qui réalisait tout l'aspect clinique d'une embolie de l'artère sylvienne : Soudaineté du début, aphasie, monoplégie brachiale droite, souffle cardiaque. « Je n'ai commencé à avoir des doutes que le jour où j'ai constaté une dyspnée croissante hors de proportion avec les signes d'engouement pulmonaire et correspondant à une diminution parallèle de la sécrétion urinaire. L'urémie est devenue évidente quand le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes est devenu manifeste. » (Rendu.)

Le diagnostic de monoplégie et d'aphasie urémiques trouve sa confirmation dans l'évolution vers la guérison complète des accidents.

Il ressort donc nettement de ces faits qu'au cours d'une néphrite chronique plus ou moins latente, des paralysies peuvent survenir, prenant le masque des paralysies consécutives aux lésions cérébrales en foyer, hémorrhagie cérébrale, ramollissement cérébral par thrombose ou par embolie. L'autopsie démontre l'absence de ces lésions présumées et la constance de la lésion rénale.

1. PERRET, Paralysies urémiques (*Province médicale*, Lyon, 3 septembre 1887).

2. RENDU et BODIN, *Soc. méd. des hôp.*, 27 mar 1896.

B. *Paralysie urémique des néphrites subaiguës* — Elles affectent aussi de préférence la forme hémiplégique, mais sont bien différentes dans leur allure. L'erreur de diagnostic presque fatale tout à l'heure est ici au contraire presque toujours évitable pour qui connaît l'existence de ces troubles moteurs. Ici la paralysie survient comme un phénomène surajouté à une série de manifestations qui ne laissent place à aucun doute sur leur nature. A défaut de la constatation de ces troubles prémonitoires l'observateur placé subitement en face d'un de ces malades en état de paralysie serait sollicité par l'âge du sujet à rejeter l'hypothèse d'une lésion organique, telle qu'hémorrhagie cérébrale, ramollissement par thrombose.

Elles surviennent le plus souvent chez des enfants atteints de scarlatine, dont l'âge varie entre 3 ans 1/2 et 21 ans. Quelquefois elles apparaissent au cours de la néphrite de la grossesse, avant ou après l'accouchement.

Scarlatine. — Si nous en exceptons le cas récent de Brash (1) relatif à un enfant de 3 ans qui fut atteint d'aphasie le 4e ou le 5e jour d'une scarlatine, toutes les observations signalent à peu près les mêmes symptômes et la même évolution. Chez un enfant atteint de scarlatine, des œdèmes erratiques apparaissent au cours de la convalescence et se convertissent en anasarque généralisée, l'urine diminue, devient trouble, quelquefois sanglante et contient beaucoup d'albumine. Pendant que ces signes objectifs s'accentuent, la dyspnée s'accroît et les convulsions éclatent, précédées dans quelques observations d'anurie complète (Dupré, Giammattei), de délire et de strabisme (Giammattei). Ces convulsions partielles ou généralisées ne signalent pas toujours l'invasion des troubles paralytiques : elles peuvent s'amender en effet sous l'influence d'une saignée, d'une diurèse plus abondante et reparaître avant de laisser la place aux phénomènes paralytiques. Lors même que les convulsions font défaut, l'âge de la malade, la dyspnée intense, l'anasarque considérable, la suppression complète des urines qui étaient les jours précédents sanguinolentes et fortement albumineuses, précédant l'apparition brusque du coma et de la monoplégie brachiale, indiquent que la paralysie est, suivant toute vraisemblance attribuable à la néphrite scarlatineuse.

Grossesse. — Les paralysies dues à la néphrite de la grossesse apparaissent de même au cours ou après l'éclosion de symptômes retentissants. Elles sont précédées dans l'observation de Giammattei par des œdèmes partiels des membres et de la face, une oppression notable, une grande diminution de l'urine qui contient beaucoup d'albumine. Des accès convulsifs survinrent si nombreux et si intenses qu'il fallut provoquer l'accouchement au cours du 8e mois.

Tous ces accidents naissent aussi bien après un accouchement heureux. Ils sont annoncés par de la céphalée, des douleurs épigastriques, des vomissements, de nombreuses attaques d'éclampsie qui durent plusieurs jours et reparaissent quelques jours après, signalant l'invasion d'une hémiplégie.

Des névralgies très douloureuses du trijumeau et du plexus brachial figurent parfois à titre de signes prodromiques persistants (Chantemesse et Tenneson, Guyot) et peuvent, comme dans un cas de M. le Dr Fiessinger (obs. inédite de Baillet) constituer le seul prodrome notable de la paralysie.

C. *Paralysie faciale.* — L'hémiplégie urémique est souvent partielle et affecte le type brachio-crural dans la

1. BRASH, *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 2, p. 30, 1897.

moitié des cas environ. Dans la moitié des cas aussi l'hémiplégie s'accompagne d'une paralysie faciale qui au contraire s'associe bien moins fréquemment à la monoplégie (3 fois sur 11). Cette paralysie faciale ne se distingue en aucune façon, si ce n'est par sa rapide évolution, de celles qui accompagnent les hémiplégies déterminées par une lésion cérébrale.

Plus intéressantes sont les paralysies faciales isolées. Rares d'ailleurs, puisque M. Baillet n'a pu en recueillir que deux exemples (1) publiés par Letulle dans la thèse de Bernard (2) et par Carpentier (de Bruxelles) (3). La paralysie apparaît du côté gauche de la face chez un peintre en bâtiments, après plusieurs attaques convulsives qui se succédèrent depuis la veille, et s'accentue à la suite de nouveaux accès convulsifs. Elle dure toute la journée et le lendemain jusqu'au coma terminal (Carpentier) (4). M. Baillet a observé cette paralysie à titre de phénomène transitoire chez un malade du service de M. Huchard, malade qui fut atteint peu de temps après d'hémiplégie totale du côté opposé.

Tous les signes de l'intoxication urémique avaient cessé quand apparut sans bruit, sans prodrome d'aucune sorte cette paralysie faciale isolée dont il ne restait plus trace quelques heures après. L'interprétation de cette paralysie parut d'abord difficile mais sa disparition presque subite d'abord et sa réapparition quelques jours plus tard du côté opposé sous la forme d'une hémiplégie totale, l'autopsie enfin montrèrent d'une manière irréfutable que les divers accidents avaient pour commune origine l'imperméabilité rénale. Dans ce cas comme dans l'observation de Carpentier, la paralysie faciale n'affectait que le domaine du nerf facial inférieur, tandis que dans celle de Letulle elle s'étendait en outre au domaine du facial supérieur. Et cependant son origine ne différait pas apparemment de celle des précédentes.

D. *Paralysie des cordes vocales.* — Sous le titre de « An unusual manifestation of uræmia », Ivins publiait en 1890 dans *the Hanhemannian Monthly* une courte étude de deux cas de paralysie de la corde vocale gauche qui survint au cours de l'urémie, cas sans analogie dans la littérature médicale, à la connaissance de l'auteur. Il s'agit de deux hommes âgés de plus de 60 ans et atteints d'une hypertrophie considérable de la prostate. L'urémie apparut graduellement, et lors de l'apparition de la paralysie du larynx, l'urine disparut soudain presque complètement. La paralysie survint avant la torpeur cérébrale qui précéda le coma.

Dans les deux cas, la paralysie persista jusqu'à la mort, mais la voix parlée fut conservée avec un timbre particulier, mal assuré, tel qu'on peut le considérer comme à peu près pathognomonique de cette forme de paralysie. Le premier malade vécut environ trois jours, le deuxième environ deux jours, après l'apparition de la paralysie de la corde vocale.

Malgré l'absence d'autopsie, la nature urémique de ces deux cas parut évidente à l'auteur, vu l'état normal du larynx; l'absence de trouble dans l'émission de la voix et d'obstacle à la respiration. Vu aussi l'impossibilité d'attribuer ces deux cas de paralysie laryngée à une lésion cérébrale puisqu'il n'y avait pas d'autre paralysie, ni même d'affaiblissement musculaire.

Ivins admet qu'elles étaient dues au poison urémique lui-même, infiltrant le nerf récurrent.

Le défaut d'autopsie constitue néanmoins une grave objection à faire valoir contre la nature supposée de cette paralysie. Ces observations présentent une grande analogie avec les laryngoplégies dont l'histoire a été tracée par Lermoyez (1). Elles prendraient naturellement place dans le cadre des laryngoplégies toxiques dont l'existence est bien établie. Si le plomb, l'arsenic, le phosphore, l'alcool, etc., si les poisons microbiens de la diphthérie, de la tuberculose, de la syphilis, etc., si le rhumatisme et le froid sont capables de déterminer des paralysies récurrentielles, si le diabète peut produire des paralysies temporaires du larynx, les poisons si nombreux et si variés de l'urémie semblent pouvoir en faire autant, on peut supposer un œdème interstitiel du nerf récurrent, mais on peut croire aussi les poisons de l'urémie capables de déterminer une névrite périphérique aussi bien que le sang hyperglycémique.

Il reste à citer parmi les formes rares de paralysie urémique les paralysies bilatérales, quadriplégie, bientôt transformée en hémiplégie, la diplégie brachiale de Giammattei, l'hémiplégie croisée à syndrome de Weber, les paralysies oculaires coïncidant avec la diplégie brachiale et avec la paralysie faciale gauche.

IV. *Caractères des paralysies urémiques. Intensité.* — D'après la plupart des auteurs les troubles moteurs sont peu accusés, ce sont des paralysies incomplètes. Peut-être même cette parésie serait-elle encore plus souvent notée si dans un certain nombre d'observations, l'appréciation du degré du désordre moteur n'était omise. Cette appréciation, assurément exacte dans bien des cas, nous paraît exagérée. A la lecture des observations on peut se convaincre que plus souvent encore la paralysie est complète dès son apparition ou le devient le lendemain (Perret). Il semble que la paralysie incomplète est plus fréquente au cours de la néphrite chronique, tandis que dans tous les cas, sauf un de Dupré, où son degré est noté, la paralysie des néphrites subaiguës est complète.

Elle n'est ordinairement complète que peu de temps, soit qu'elle trouve un terme rapide dans le coma et la mort, soit que par sa durée elle mette en évidence un autre caractère non moins important : la variabilité.

Flaccidité. — Complètes ou non, ces paralysies sont flasques, et restent telles pendant leur évolution. Cependant des contractures sont signalées dans 7 observations, toujours précoces puisqu'elles apparaissent en même temps que la paralysie ou le lendemain, ou dans un délai de 3 ou 4 jours. Les contractures précoces ressemblent à celles qui surviennent dans l'hémiplégie qui traduit une irritation corticale ou une hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Cinq fois sur sept, la mort étant survenue, l'autopsie démontra dans tous les cas la présence d'une abondante sérosité des méninges (Raymond) ou l'infiltration de la substance cérébrale par un œdème considérable, ou bien encore une grande abondance de sérosité remplissant et dilatant les ventricules latéraux. Cette contracture, une fois exceptée, siège dans les membres paralysés.

Variabilité. — L'hémiplégie urémique peut persister

1. Nous ne faisons pas figurer dans notre statistique la paralysie faciale de Brunet (*Journal de médecine de Bordeaux*, 12 mars 1893). Elle fut suivie le lendemain de monoplégie brachiale droite et pour cette raison ne peut figurer dans ce chapitre. En outre, elle trouve son explication réelle dans le ramollissement des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes que nous considérons, jusqu'à nouvel ordre, indépendant de l'urémie qui provoqua les accidents terminaux.

2. BERNARD, th. de Paris, 1885.

3. CARPENTIER, *Clinique de Bruxelles*, 26 mars 1891.

4. DUPRÉ et RABÉ viennent de publier un nouveau cas de parésie faciale urémique avec autopsie chez un homme de 31 ans, soumis à une intoxication chronique par le sulfure de carbone et atteint de néphrite interstitielle (*in Presse médicale*, 22 janvier 1898).

1. LERMOYEZ, *Les causes des paralysies récurrentielles*, Paris, 1896.

sans modifications notables jusqu'à la mort. Mais quand elle dure il est fréquent qu'elle manifeste cette variabilité que nous avons indiquée : elle peut s'atténuer peu à peu, disparaître presque subitement et reparaître ensuite.

Dans un cas l'hémiplégie gauche disparaît presque en 24 heures, se montre à nouveau 12 heures plus tard (Raymond); dans un cas la paralysie faciale droite dure 2 heures environ et les désordres moteurs surviennent 15 jours après (Baillet) ces paralysies variables, transitoires sont de plus quelquefois mobiles. Il serait imprudent toutefois d'exagérer la valeur de ces épithètes. Malgré leur longue durée, la monoplégie et l'aphasie urémique de Rendu sont restées invariables, immobiles et nul changement dans leur état n'avait été constaté au 40° jour.

La durée de la paralysie urémique varie donc dans des limites très étendues. Cependant, dans les deux tiers des cas où sa durée est spécifiée elle oscille entre quelques heures 24 heures et 5 jours au plus. La mort met d'ailleurs souvent un terme forcé à sa durée.

Phénomènes qui accompagnent les paralysies urémiques. — Les troubles de la sensibilité sont notés dans tous les mémoires. Considérés comme adjoints aux troubles moteurs dont ils suivraient l'apparition, leur intensité serait proportionnée à celle des désordres de la motilité. Pour Giammattei ils seraient au contraire peu fréquents et en tout cas on ne devrait admettre aucune relation entre leur intensité et celle des troubles moteurs.

En vérité l'état de la sensibilité est signalé dans une quarantaine d'observations. Intacte 12 fois, la sensibilité est diminuée ou abolie dans plus des deux tiers des cas.

Mais il est plus difficile d'établir le rapport qui existe véritablement entre les troubles sensibles et moteurs. Si l'hémianesthésie notable accompagne l'hémiplégie, si l'hémianesthésie peu marquée accompagne l'hémiparésie, il ne semble pas exister de rapport inverse, et le désordre de la sensibilité paraît toujours moins marqué que celui du mouvement. Ce n'est d'ailleurs pas toujours le degré de la paralysie qui règle celui de la sensibilité, c'est aussi l'état de l'intelligence, dans beaucoup d'observations où la sensibilité est conservée, le malade, au moment de l'examen, avait gardé ou recouvré sa connaissance. Au contraire la sensibilité devient obtuse quand il existe de la torpeur cérébrale.

C'est à cette relation avec l'état de l'intelligence qu'il faut attribuer l'insuffisance de nos connaissances sur l'état des divers modes de la sensibilité dans les paralysies urémiques. Cette exploration difficile sur un sujet atteint de torpeur cérébrale n'a été pratiquée ou inscrite que dans un très petit nombre d'observations (agueusie, surdité).

De même les troubles de la vue, pourtant fréquents au cours des néphrites chroniques, ne sont que rarement signalés (*amaurose, héméralopie*).

La sensibilité des muscles paralysés aux courants électriques, n'a de même pas été mentionnée dans les observations recueillies.

Réflexes. — Quant aux réflexes patellaires, abolis ou plutôt diminués en général du côté paralysé, ils peuvent être normaux (Dewèvre, Giammattei), ou même exagérés (Florand, Allemand).

Etat des pupilles. — Tous les auteurs ont accordé, à la suite de M. Bouchard, une importance de premier ordre aux modifications de la pupille. Pour la plupart d'entre eux le myosis fait partie du tableau clinique de l'urémie et des paralysies qu'elle provoque.

Sauf le cas de Rendu, nous retrouvons dans l'étude des malades la coexistence des convulsions et du myosis. Dans les cas de Baillet 2 malades présentaient une dilatation égale; chez une autre, les pupilles étaient normales.

Déviation conjuguée. — Comme dans les hémiplégies d'origine centrale, on a noté assez fréquemment dans les paralysies urémiques, la déviation conjuguée de la face et des yeux et quelquefois des troubles des réservoirs. La déviation conjuguée, signalée une douzaine de fois, accompagne l'hémiplégie. Ordinairement inverse de la paralysie, elle peut être cependant dirigée du côté de l'hémiplégie. Dans les trois cas de ce genre, elle doit être attribuée à la contracture des muscles du cou du côté paralysé, contracture constatée dans ces observations dans les muscles des membres, soit avant, soit pendant l'évolution des désordres de la motilité.

Courbe thermique. — Le plus souvent il n'y a aucune modification de la courbe thermique. Dans 5 cas seulement l'élévation de la température semble produite par l'intoxication urémique. Dans les autres cas elle est attribuable à une complication pulmonaire, à une infection puerpérale témoignée par la fétidité des lochies, ou aux convulsions. Par contre l'abaissement thermique n'est signalé dans aucun cas.

V. Aphasie urémique. — Toutes les modalités du défaut d'adaptation du mot à l'idée ont été observées dans l'urémie, mais les désordres du langage se présentent ordinairement sous leur forme la plus anciennement connue; l'aphémie ou aphasie motrice de Charcot. Il n'y a pas longtemps que celle-ci est signalée comme manifestation de l'urémie. C'est à peine si l'on en trouve quelques exemples en remontant au delà du mémoire de M. Raymond. Piberet (1) en publie une observation dans laquelle l'aphasie est si brièvement indiquée qu'on la peut mettre en doute. Trousseau a cité le diabète et l'albuminurie comme causes probables de certains cas d'aphasie. L'albuminurie scarlatineuse a été également invoquée par H. Jackson comme cause provocatrice d'aphasie. Monod, dans sa thèse sur l'encéphalopathie albuminurique aiguë, rapporte l'histoire de deux enfants qui furent atteints d'aphasie post-scarlatineuse. Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, 13 mars 1877) écrit que Clarus a observé de nombreux cas d'aphasie non seulement chez les enfants au cours de la fièvre typhoïde, mais aussi chez un garçon atteint de néphrite scarlatineuse avec anasarque.

M. Fraser (2) range au nombre des manifestations nerveuses consécutives à l'albuminurie scarlatineuse divers désordres cérébraux : torpeur, aphasie et parésie musculaire qu'il observa lui-même.

Tous ces cas restaient isolés et plus ou moins nettement rattachés à leur cause véritable quand vinrent s'ajouter successivement ceux de Raymond, celui de Chantemesse et Tenneson, d'autres encore plus nombreux qui portent à plus de 20 le nombre de ces observations. L'aphasie dans ces cas s'est montrée tant à la suite des néphrites chroniques que des néphrites subaiguës consécutives à la tuberculose, à la puerpéralité, à la grippe à la rougeole à la scarlatine.

L'aphasie urémique se montre ordinairement sous la forme d'aphasie motrice pure, mais on a souvent négligé de soumettre les malades à des épreuves de lecture et d'écriture, quelques-uns ne savaient ni lire ni écrire. Il est probable que l'agraphie complique assez souvent

1. Piberet, *Accidents nerveux au cours du mal de Bright et de l'albuminurie scarlatineuse* (th. de Paris, 1855).
2. M. Fraser, *the Practitioner*, juin-juillet 1882.

l'aphasie motrice, elle est au moins signalée dans les deux observations de Dupré, dans celles de Grenet et Lancereaux. Dans cette dernière la cécité verbale s'ajoute même à l'agraphie. Enfin Finlagson (1) a constaté à la suite de la scarlatine non seulement l'aphasie et la cécité verbale, mais aussi la surdité verbale.

Dans d'autres observations, bien moins nombreuses, l'aphasie motrice fait défaut, il n'existe qu'une cécité verbale, accompagnée peut-être d'un léger degré d'agraphie (Jocqs) (2), ou bien la surdité verbale existe seule (Monod), ou précédée de paraphasie (G. Ballet (3).

L'aphasie urémique est souvent précédée de manifestations retentissantes d'intoxication urinaire, tels que l'ictus apoplectique, les convulsions généralisées ou partielles qu'on observe dans les néphrites subaiguës. Si nous en exceptons le cas récent de Brasch (4), où l'aphasie motrice survint dans les premiers jours d'une scarlatine avant tout autre symptôme, elle apparaît en effet, surtout à une période avancée de ces néphrites en même temps que l'anasarque, la diminution ou la suppression complète de l'urine.

C'est le plus souvent à l'hémiplégie que s'associe l'aphasie urémique, hémiplégie totale ou partielle siégeant ordinairement du côté droit. L'aphasie peut survenir indépendamment de tout désordre moteur des membres et de la face, à cette catégorie de faits appartiennent les trois cas d'aphasie sensorielle indépendante aussi d'aphasie motrice.

De même que les paralysies des membres ou de la face, l'aphasie urémique est transitoire. Chez le jeune malade de Dupré ayant une aphasie motrice complète avec agraphie et monoparésie brachiale, le retour de l'articulation des mots commença 12 heures après le début des accidents et la guérison fut complète en 3 jours. Les 2 malades de Monod guérirent rapidement aussi, l'un en 36 heures, l'autre en 3 jours; celui de Giammattei en 3 ou 4 jours. La durée peut être plus longue : 2 semaines (Brash); 1 mois (cécité verbale de Jocqs) et enfin c'est près de 2 mois que persista l'aphasie motrice observée par MM. Rendu et Bodin.

L'aphasie urémique peut encore être variable. Chez un même sujet (Ballet) la paraphasie dura 24 heures tandis que la surdité verbale persista 4 jours. Le malade de Lancereaux (5) présenta tous les soirs vers la même heure et pendant de longs mois de l'aphasie à un degré variable : il était incapable d'écrire, la lecture des lettres lui était impossible malgré la netteté de sa vision. Certains jours, après un repos suffisant, l'aphasie était peu apparente, elle devenait au contraire absolue s'il se fatiguait à écrire et surtout s'il négligeait de faire usage des diurétiques.

Ce double caractère de brièveté et de variabilité s'applique surtout à l'aphasie des néphrites subaiguës qui guérit le plus souvent. Il s'appliquerait sans doute à l'aphasie des néphrites chroniques si la mort ne limitait leur évolution dans la moitié des cas.

On peut rapprocher de ces désordres du langage certains troubles de la mémoire.

L'amnésie peut en effet, à des degrés divers faire suite aux attaques urémiques (6).

1. Finlagson, Aphasie avec hémiplégie consécutive à la scarlatine (*Ann. d'obstétrique et de pédiâtrie de Berlin*, 1877).
2. Jocqs, Cécité verbale (*France médicale*, 28 avril 1887).
3. G. Ballet, Surdité verbale urémique (*Sem. méd.*, 29 avril 1896).
4. Brash, *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 2, p. 30, 1897.
5. Lancereaux, Troubles nerveux de l'urémie (*Union médicale*, 30 avril 1887, et *Cliniques médicales*, p. 465, 1894).
6. Baillet, Amnésie post-éclamptique (*Bulletin et Mém. de la Soc. obstétrique et gynécologique*, Paris, mars 1894).

VI. Pronostic. — De l'ensemble des observations résulte donc que l'apparition d'une paralysie urémique comporte un pronostic grave. La mort survient dans les 3/5 des cas dans un délai de quelques heures à quelques jours.

Particulièrement fréquente dans la forme hémiplégique qui succède à un ictus apoplectique elle ne suit que dans la moitié des cas l'établissement de la monoplégie et de la paralysie faciale isolées ou associées.

Les paralysies des néphrites chroniques semblent fournir une plus grande mortalité que les paralysies des néphrites subaiguës. Celles de la scarlatine notamment se terminent favorablement dans la majorité des cas.

De même l'aphasie, grave quand elle accompagne l'hémiplégie totale, d'un pronostic plus favorable quand elle s'associe à une paralysie partielle, n'est jamais suivie de terminaison mortelle si elle s'ajoute aux désordres paralytiques de la scarlatine ou survient indépendamment des troubles de la motilité.

On doit demander à la déviation conjuguée de la face et des yeux, plus qu'à l'état des urines, la véritable indication pronostique. Sur 13 observations où elle est signalée, la mort est notée 11 fois.

La restitution intégrale de la motilité n'est pas toujours rapidement complète. Quelques auteurs ont en effet constaté une légère diminution dans la puissance musculaire des membres précédemment atteints.

VI. Diagnostic. — Le diagnostic des paralysies urémiques est d'une difficulté dont témoignent tous les auteurs qui les ont observées, tout au moins pour celles qui surviennent au cours des néphrites chroniques.

Paralysies des néphrites chroniques. — Les symptômes de l'urémie font défaut ou sont si peu manifestes qu'ils n'éveillent pas, l'idée de leur origine rénale.

Si les accidents débutent par un ictus apoplectique avec résolution des membres prédominant d'un côté, paralysie faciale, déviation conjuguée, troubles de la sensibilité, myosis, perte ou diminution des réflexes, paralysie des réservoirs, la confusion avec l'hémorrhagie cérébrale est inévitable. Aucun signe ne permettrait d'établir avec quelque certitude un diagnostic différentiel : l'albumine pouvant exister dans l'hémorrhagie cérébrale, l'élévation de la température rare du reste ne différant pas sensiblement de celle qu'on observe quelquefois après l'hémorrhagie. Les convulsions elle-mêmes ainsi que les contractures précoces ressemblent à celles que déterminent l'hémorrhagie corticale et l'inondation ventriculaire. Seul, et malgré qu'il puisse être noté dans l'hémorrhagie cérébrale, le rhythme respiratoire de Cheyne-Stokes pourrait témoigner en faveur de l'intoxication urémique (M. Rendu).

Quand les troubles moteurs se manifestent sous la forme d'une monoplégie isolée ou associée à l'aphasie, d'une paralysie brachio-curale, on pense, surtout si les convulsions coexistent, à une hémorrhagie méningée à un ramollissement par thrombose et même, quand le début est subit, à une embolie cérébrale.

Certes, dans cette dernière hypothèse interviennent d'autres éléments de confirmation : embolies viscérales, existence d'une cardiopathie révélée par l'auscultation et l'examen général du malade; mais dans une observation de Rendu le début subit, l'association de l'aphasie et d'une monoplégie brachiale droite, la constatation d'un souffle aortique en avaient pendant quelques jours imposé pour une embolie alors que l'évolution des accidents prouva indubitablement leur nature urémique.

Même si les désordres paralytiques apparaissaient chez

un malade atteint depuis longtemps d'une néphrite connue et se manifestaient par une insuffisance rénale légère ou des symptômes d'urémie confirmée, on ne pourrait écarter avec certitude l'hypothèse d'une hémorrhagie, car une telle lésion du rein s'accompagne souvent de lésions des artères cérébrales, d'élévation de la tension artérielle et détermine une hypertrophie ventriculaire qui favorise la rupture des artères du cerveau. Le ramollissement cérébral par thrombose peut lui-même survenir dans de telles conditions et enfin, M. Raymond a prouvé qu'une ancienne lésion du cerveau, cicatrisée, n'ayant laissé nulle trace apparente, peut se renouveler sous sa forme clinique première, sans qu'on puisse incriminer une modification quelconque de ce foyer, cette nouvelle paralysie étant liée directement à l'imperméabilité du rein.

Il faudrait également distinguer les paralysies urémiques de celles des syphilitiques atteints de lésions rénales. Dans ce cas les convulsions (1) ou la paralysie pourraient être attribuées à une syphilis cérébrale qui n'existe pas ou au contraire à la néphrite alors qu'une hémorrhagie cérébrale favorisée par la lésion rénale, une gomme, etc., produiraient réellement tous les accidents.

Il faut encore signaler les paralysies toxiques ou infectieuses transitoires et les paralysies fugaces qui apparaissent au cours des maladies cérébro-spinales. Bien que la connaissance de la maladie causale soit d'un grand secours pour leur diagnostic il peut être embarrassant de se prononcer quand le rein élimine insuffisamment les déchets de l'organisme et que l'urine est albumineuse. Ces organe est souvent atteint dans ces diverses maladies notamment dans l'intoxication par le plomb et la difficulté peut être extrême d'établir le rôle toxique du poison minéral ou des divers poisons retenus dans l'organisme par le défaut de perméabilité du rein, d'autant plus que les saturnins sont sujets à l'hémorrhagie cérébrale.

Le diagnostic de ces paralysies urémiques ne peut donc souvent qu'être soupçonné. Seules l'évolution ordinairement rapide, la marche irrégulière l'absence de lésions dégénératives peuvent confirmer, en général, l'absence de lésions organiques et donner leur appui à l'hypothèse d'un désordre moteur d'origine rénale quand le sujet n'aura été soumis à aucune intoxication exogène et à aucune maladie infectieuse.

La rareté des urines et leur faible teneur en matières extractives, la présence de l'albumine, la dyspnée toxique, le bruit de galop, l'existence antérieure de désordres convulsifs ou moteurs fugaces du même côté et surtout du côté opposé, le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, serviront de base au diagnostic.

Tous les cas où l'on a pratiqué l'examen du sang ont fourni la preuve de l'accumulation de l'urée dans l'économie. Il serait non moins intéressant de déterminer la valeur toxique du sérum et de la sérosité des œdèmes parallèlement à la diminution de la toxicité urinaire.

Paralysies des néphrites subaiguës. — L'ensemble des manifestations ne permet pas notamment dans la convalescence de la scarlatine, de distraire les paralysies des autres phénomènes concomitants ou qui les ont précédés.

Dans les conditions ordinaires d'ailleurs, l'âge du sujet fait écarter l'hypothèse d'une lésion cérébrale qui constituait tout à l'heure la plus grande difficulté du diagnostic.

La possibilité d'une hémorrhagie cérébrale au cours des convulsions (ou d'une embolie d'origine cardiaque) apporte une moindre valeur au diagnostic pathogénique des paralysies éclamptiques et il est certain que dans bien des cas de telles paralysies ont été attribuées à une rupture artérielle. L'erreur inverse est possible et doit être évitée.

Les paralysies des tuberculeux atteints de néphrite diffuse prêtent elles-mêmes à confusion. La tuberculose méningée peut apparaître chez ces malades et provoquer par la localisation des tubercules ou des granulations, des convulsions répétées ou une paralysie avec aphasie qu'on peut confondre avec une manifestation de l'urémie (Dunin, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 134, 136, 1889). D'autre fois, au contraire, on soupçonne une méningite tuberculeuse secondaire alors que l'autopsie faite avec le plus grand soin démontre l'absence des lésions soupçonnées pendant la vie et l'existence de lésions rénales capables seules d'expliquer les accidents.

Faire le diagnostic de la paralysie urémique c'est faire en même temps celui de l'aphasie. Quand l'aphasie existe sous la forme motrice ou sous la forme sensorielle, indépendamment de tout désordre moteur des membres et de la face, elle sera rattachée à sa véritable origine par l'examen des urines d'une part et l'examen éliminatoire successif de toutes les autres causes qui la produisent, lésions organiques du cerveau, migraine ophthalmique, maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde, variole), intoxications exogènes (tabac, santonine), intoxications endogènes (goutte, diabète) et enfin l'hystérie, dont l'aphasie le plus souvent motrice s'accompagne ordinairement d'aphonie.

VIII. Traitement. — Le traitement des paralysies urémiques est celui de l'urémie en général. Une saignée généreuse nous paraît indiquée d'emblée avant l'administration des *diurétiques* et du régime lacté.

1. Lorsque ce sont les convulsions qui attirent l'attention, lorsque surtout elles revêtent le type de l'épilepsie Bravais-jacksonienne, l'erreur de diagnostic pourrait même conduire jusqu'à l'intervention chirurgicale. Dans leur *Traité de chirurgie cérébrale* (p. 541), MM. Broca et Maubrac insistent, en effet, sur la possibilité de cette erreur et citent l'observation de Cotterill qui, chez une femme de 20 ans, atteinte depuis 6 semaines d'otorrhée et entrée à l'hôpital avec céphalée, vomissements, vertiges, convulsions, névrite optique, pratiqua, après examen de Byron-Bramwell, une trépanation, fit plusieurs ponctions du lobe temporo-sphénoïdal, sans résultat ; la guérison survint ; les troubles disparurent, et, à part la céphalée, n'avaient pas reparu au bout de plusieurs mois ; la malade avait dans ses urines une abondante quantité d'albumine et le diagnostic d'urémie avait été discuté et rejeté avant l'opération (Byron-Bramwell, *Edimb. med. Journ.*, juin 1894, t. XXXIX, p. 1084).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Sureau (Edmond). *De l'hypotonie musculaire dans le tabès (sa fréquence).*

M. Giraud (Claude-Marie-François-Frédéric). *Relation d'une épidémie de typhus exanthématique.* N° 308. (Impr. d'Arcueil.)

M. Iehl (Joseph). *De la dermofibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée.* N° 301. (H. Jouve.)

M. Galliot (Albert). *La technique de l'épreuve de Widal et la séro-réaction retardée.* N° 312. (H. Jouve.)

M. Dufour (Paul). *Hématémèses infectieuses.* N° 248. (H. Jouve.)

M. J.-B. Baillière (Georges). *Les maladies évitables.* N° 151. (J.-B. Baillière.)

M. Savoire (Camille). *Étude sur les alcaloïdes d'origine microbienne.* N° 204. (Soc. d'Ed. scient.)

M. Cololian (P.). *Les alcooliques persécutés.* N° 150. (Ollier-Henry.)

Chez les tabétiques ataxiques l'hypotonie musculaire est la règle, M. Sureau retrace l'histoire de ce symptôme encore peu connu, étudié par Frenkel et consistant en une flaccidité particulière des muscles permettant de provoquer des attitudes absolument anormales. L'hypotonie porte particulièrement sur les membres inférieurs; elle est plus fréquente dans les muscles extenseurs et fléchisseurs de la jambe que dans les autres groupes musculaires. Elle frappe assez souvent (dans la moitié des cas) les muscles de la masse sacro-lombaire et des gouttières vertébrales. Les muscles antagonistes semblent être frappés d'hypotonie dans des proportions analogues.

Celle-ci paraît en général plus marquée dans les muscles du côté gauche que dans ceux du côté droit.

Il existe un rapport incontestable entre le degré de l'hypotomie et le degré de l'incoordination motrice.

Dans la maladie de Friedreich, l'hypotonie existe, mais à un degré moindre que dans le tabès. La constatation de l'hypotonie musculaire est susceptible de donner des indications importantes pour le traitement des troubles moteurs du tabès.

Du 29 juin au 29 juillet 1893, 27 cas de typhus exanthématique ont été constatés à l'hôpital de Reims.

18 font l'objet du travail de M. Giraud.

Cette maladie, importée par des vagabonds, se rattache vraisemblablement à l'épidémie bretonne.

La transmission du typhus a paru se faire soit par contact direct, soit par objets contaminés, soit par tierce personne. L'air semble avoir joué un rôle dans quelques cas.

Les symptômes observés : céphalalgie, courbature, constipation, éruption avec transformation pétéchiale, défervescence brusque dès le second septenaire, prédominance des symptômes nerveux, etc., confirment le diagnostic contrôlé, d'ailleurs 3 fois par l'absence de lésions spécifiques à l'autopsie.

Les complications observées ont été de l'otite, des troubles de l'intelligence, de la rétention d'urine, de l'asthénie cardiaque, de la myocardite et enfin une hémorrhagie intestinale.

La maladie s'est terminée 4 fois par la mort, 23 fois par la guérison. La santé est redevenue parfaite après le typhus.

Le traitement employé a été symptomatique. L'influence des bains froids sur l'évolution du typhus a été plutôt favorable.

Les noms de dermofibromatose pigmentaire et de neurofibromatose pigmentaire doivent être considérés comme désignant deux formes particulières d'une même maladie et ne différant entre elles que par la localisation qui entraîne des symptômes spéciaux. Entre ces formes extrêmes, il y a les formes mixtes, qui présentent à la fois la symptomatologie de la neuro- et de la dermofibromatose. Un symptôme commun à toutes les formes, la cachexie, se manifeste à un moment donné dans toutes ces formes, et doit être considéré comme le symptôme dominant au point de vue de la gravité de l'affection. Aussi M. Iehl trouve-t-il que les noms employés pour désigner l'affection sont insuffisants, puisqu'ils ne tiennent pas compte d'un symptôme essentiel, la cachexie, qu'on trouve presque toujours à un moment donné.

Pour lui les manifestations symptomatiques, aussi bien que les conditions étiologiques de la maladie, permettent d'admettre l'hypothèse d'un germe infectieux comme agent de cette affection.

M. Galliot insiste sur la nécessité. quand on pratique le sérodiagnostic de Widal, d'observer rigoureusement la technique opératoire, car l'inobservance d'une ou plusieurs des précautions à prendre pendant l'épreuve de la séro-réaction a pu conduire à des conclusions erronées et, particulièrement, faire admettre à tort certains cas de séro-agglutination retardée ou négative, alors que la réaction était sans doute passée inaperçue au début de l'affection, par suite d'une faute opératoire ou du nombre trop restreint des examens du sérum en analyse.

D'autre part une infection typhique légère ou anormale peut ne pas avoir été reconnue dans le passé d'un malade présentant des symptômes suspects : par exception, le séro-diagnostic porte injustement le poids d'une ancienne erreur de diagnostic commise par la clinique.

Cependant, dans quelques cas de fièvre typhoïde, où la compétence des opérateurs exclut toute idée d'insuffisance soit dans l'examen bactériologique, soit dans l'examen clinique, la séro-réaction a été retardée par exception pour n'apparaître qu'à la fin de la maladie. Mais ces cas ne constituent qu'une infime minorité; et en attendant qu'une étude plus approfondie du phénomène d'agglutination vienne en fournir l'explication, il n'y a lieu d'en tenir compte que pour observer dans les recherches les plus minutieuses précautions.

L'infection purulente, les septicémies d'origine chirurgicale, certaines infections sanguines encore mal connues cliniquement peuvent donner naissance à des localisations gastriques, et on peut noter dans ces cas l'existence d'hématémèses consécutives; ce sont ces hématémèses qu'étudie M. Dufour. Les lésions de la muqueuse stomacale sont d'étendue et de profondeur variables. Elles sont constituées :

a) Dans leur forme la plus discrète par des ecchymoses sous-muqueuses d'étendue variable, par des érosions plus ou moins punctiformes. Ces lésions ne s'accompagnent jamais d'hémorrhagies suffisamment abondantes pour constituer par elles seules un symptôme alarmant.

b) Dans leur expression la plus complète par l'ulcère perforant véritable.

c) Enfin dans une dernière forme par une lésion toute spéciale qui n'est pas l'ulcus vrai, qui n'est pas non plus l'érosion punctiforme, par l'exulceratio simplex (Dieulafoy). C'est alors qu'on observe ces hémorrhagies extrêmement abondantes et répétées, qui, à elles seules, peuvent entraîner la mort en quelques heures.

Ces lésions reconnaissent pour cause originelle, ou bien une localisation immédiate de l'agent infectant lui-même dans les artères, les veines, ou dans de petits abcès miliaires développés au sein de la muqueuse, ou bien une action locale spéciale des toxines sécrétées par cet agent. Secondairement peuvent intervenir d'autres agents qui exercent leur action propre sur la lésion initiale et lui font perdre ses caractères primitifs.

L'hématémèse se présente avec ses caractères ordinaires, variant suivant son abondance, sa fréquence, etc. Elle peut se montrer à tous les stades d'évolution de la maladie générale dont elle dépend, soit au cours de cette maladie, soit comme symptôme initial, soit comme symptôme tardif. Dans ces cas il peut être difficile de la rattacher à sa cause véritable.

On peut voir la guérison complète et de l'état infectieux et de la lésion locale ou bien elle persiste avec les symptômes de l'ulcus rotundum longtemps après la guérison de la maladie qui l'a engendrée. Les malades peuvent aussi succomber, les uns par hémorrhagie, les autres par le fait de l'infection initiale. Le traitement à employer dans ces cas doit s'adresser d'abord à l'état infectieux. Il doit aussi s'adresser à la lésion gastrique, restera médical, dans la plupart des cas, tant que le malade ne sera pas menacé de mourir presque uniquement d'hémorrhagie; mais l'intervention chirurgicale s'impose lorsque surviennent des hématémèses copieuses et répétées, qui mettent à elles seules en danger la vie d'un sujet dont l'état général est satisfaisant.

Les maladies évitables, c'est-à-dire celles que nous pouvons sinon supprimer, du moins rendre plus rares et plus bénignes par des mesures hygiéniques, font l'objet de la thèse de M. Baillière. Il y étudie les divers moyens que l'hygiène possède pour triomphe du terrain, prévenir l'envahissement de l'organisme par les germes infectieux, empêcher la transmission des maladies par l'air, par l'eau, par le sol, par les aliments, étudie la législation sanitaire actuelle et les modifications qu'elle devrait subir et conclut en montrant que l'extension des mesures sanitaires, de la prophylaxie par la désinfection et l'isolement élargira de plus en plus le cercle des maladies évitables.

M. Savoire résume dans sa thèse les caractères et les propriétés des alcaloïdes d'origine microbienne en insistant plus spécialement sur les ptomaïnes du sarcome et de la tuberculose sur lesquelles il a fait des recherches personnelles. Enfin il cherche à établir dans le cours de son travail que les alcaloïdes

dits d'origine microbienne sont des produits de la cellule malade qui constituent un mode de défense de l'organisme contre l'infection.

Le délire de persécution d'origine alcoolique étudié par M. Cololian s'observe chez deux catégories d'individus : chez les dégénérés héréditaires et chez les non-héréditaires : les alcooliques chroniques.

Chez les dégénérés, c'est la prédisposition héréditaire qui est la cause originelle du délire. Il existe un terrain morbide que l'alcool cultive volontiers et à la faveur duquel apparaissent des idées de persécution.

Chez les sujets paraissant indemnes de toute hérédité, l'alcool à lui seul produit lentement et progressivement une prédisposition qui les place dans les mêmes conditions d'infériorité et de vulnérabilité psychique que les héréditaires. Parfois, l'intoxication alcoolique ne fait que révéler une prédisposition latente masquée par des conditions biologiques normales (Joffroy). Mais l'alcoolique chronique peut avoir, à la suite d'un accès subaigu, des idées de persécution et plus tard même du délire systématisé (Magnan).

Au point de vue clinique, ces malades diffèrent.

a) Chez le dégénéré héréditaire, les troubles psychiques ouvrent la scène, les symptômes somatiques d'alcoolisme n'arrivent qu'en second lieu.

b) Chez les alcooliques chroniques, au contraire, au début et pendant des années, on constate des symptômes somatiques d'alcoolisme chronique (pituites, pyrosis, anorexie, crampes, etc.) et à la longue seulement apparaissent les troubles mentaux (changement de caractère, idées de persécution, etc.).

Dans l'un et l'autre cas, quand le délire est constitué, la symptomatologie ne présente que des différences peu sensibles ; dans les 2 cas on rencontre des idées morbides de jalousie, de persécution, des hallucinations multiples, des troubles de la sensibilité générale, etc. Parmi les hallucinations, celle de l'ouïe prédominent dans le délire de persécution alcoolique.

Les idées de persécution du début, avec les abus d'alcoolisme, se systématisent aussi bien chez les dégénérés héréditaires que chez les alcooliques chroniques sans prédisposition apparente. Le délire de persécution alcoolique se termine en général par la démence.

Ces malades (les dégénérés beaucoup plus) sont enclins à l'homicide. Ils agissent souvent sous l'empire d'une hallucination; d'autres fois ils sont dirigés par l'idée de persécution seulement, sans hallucination; parfois ils frappent après une attaque ou un vertige.

Le délire de persécution alcoolique ne doit pas être confondu avec le délire alcoolique proprement dit, avec les délires de persécution systématisés (délirants chroniques, dégénérés, etc.).

Le pronostic est en général défavorable, étant donné que ces malades, les héréditaires par leur penchant morbide et les alcooliques chroniques par l'affaiblissement de leur volonté, reviennent le plus souvent à leur faute et récidivent. A chaque rechute les idées de persécution réapparaissent de plus en plus actives et systématisées.

Le traitement est hygiénique et moral; il faut interdire aux malades toutes boissons alcooliques et fermentées et entreprendre le traitement psychique.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Mort subite par hypertrophie du thymus, par O. Clessin (*München. med. Woch.*, 15 mars 1898, p. 331). — Dans ces dernières années, on a attaché une assez grande importance à l'hypertrophie du thymus dans ses rapports avec certains phénomènes morbides, en particulier avec la mort subite. L'hyperplasie du thymus fut la seule altération constatée dans certains cas de mort subite chez des enfants. On admit que cette hyperplasie aiguë pouvait déterminer une compression des voies aériennes, ainsi que du nerf phrénique et pneumogastrique ou avec Pott de l'artère pulmonaire. En fait, certains auteurs ont pu démontrer soit par l'observation clinique, soit directement à la compression de la trachée.

Le cas rapporte par le Dr O. Clessin en est un nouvel exemple. Il s'agit d'un enfant de 2 mois, paraissant né de parents sains. Toujours bien portant, il avait été couché comme à l'ordinaire vers 10 heures du soir et le lendemain matin fut trouvé mort.

L'autopsie put établir l'existence d'une compression bronchique due à l'hypertrophie du thymus.

Contribution à l'emploi de la cocaïne en solution concentrée, par J. Berdach (*Wiener klin. Woch.*, 1898, p. 17). — Répondant à un article de L. Epstein qui recommandait récemment l'emploi de la cocaïne en solution concentrée à 10 p. 100 dans les badigeonnages de la gorge lorsqu'on veut pratiquer l'œsophagoscopie, l'auteur revendique la priorité de cette méthode à laquelle il a eu recours depuis 1894.

Affection bilatérale des annexes de l'utérus, simulant l'appendicite, par Louis Frank (*Medicine*, Detroit, mars 1898, p. 199). — Une jeune femme mariée présentait des symptômes typiques d'appendicite : douleur dans l'abdomen au point de Mc Burney, fièvre, vomissements, tuméfaction dans la région iliaque. A 3 ou 4 accès antérieurs, différents médecins appelés posèrent tous le diagnostic d'appendicite. Après l'avoir examinée le Dr Frank trouva dans le côté droit une masse facilement mobile entre les doigts et pour cette raison fit une laparotomie médiane.

Il trouva l'utérus parfaitement mobile, et à droite une salpingo-ovarite, à gauche une tumeur kystique avec hydrosalpinx. L'appendice n'était pas en question. Les suites immédiates furent bonnes.

CHIRURGIE

Diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections de l'utérus et des annexes, par Eug. Smith (*Med. and Surg. Reporter*, 12 mars 1898, n° 5).— Dans le diagnostic de l'appendicite, 3 groupes de symptômes sont suffisants : le début brusque de la douleur abdominale avec nausées et sensibilité à la pression dans le 1/4 inférieur du côté droit de l'abdomen surtout au point de Mc. Burney. En second lieu il faut mentionner la rigidité d'origine réflexe des muscles abdominaux. Enfin le 3e signe est l'accélération de la respiration pouvant atteindre de 30 à 40 inspirations à la minute et présentant surtout le type costal. A tout cela il faut ajouter parfois la notion de crises antérieures analogues et la sensation à la palpation d'une tuméfaction douloureuse au niveau de l'appendice.

Les maladies utéro-ovariennes qui peuvent être confondues avec l'appendicite sont la dysménorrhée, la salpingite aiguë ou suppurée, l'ovarite, la grossesse extra-utérine, le phlegmon du ligament large ou la pelvipéritonite.

La dysménorrhée chez les femmes nerveuses s'accompagne souvent de troubles gastriques avec paroxysmes douloureux, résistance des parois abdominales et douleur au niveau des ovaires à la pression. Le pouls et la température restent normales et ne donnent pas la réaction inflammatoire de l'appendicite et la douleur siège plus près du ligament de Poupart que du point de Mc. Burney.

Dans les affections inflammatoires des trompes et de l'ovaire, le toucher vaginal fournit des symptômes différentiels de premier ordre. C'est également par le toucher vaginal que se fera le diagnostic de l'appendicite et du phlegmon large ou de la grossesse extra-utérine.

Perforation instrumentale de l'utérus, par E. Rosenfeld (*Cent. f. Gynäk.*, 19 mars 1898, p. 278). — Il s'agit d'une femme de 32 ans ayant eu 3 accouchements, 2 fausses couches, la dernière il y a 1 an 1/2. Depuis de longues années, elle avait une déchirure du périnée et un prolapsus utérin.

Le 2 décembre 1897, le Dr Prochownick, en l'examinant avec une sonde ordinaire, un peu recourbée, pénétra dans l'utérus rétrofléchi jusqu'à 7-8 centimètres. Tout à coup sans effort elle pénétra brusquement jusqu'à 15 centimètres.

La sonde fut alors retirée prudemment. Le jour suivant, en pratiquant le curetage, la curette s'enfonça de la même façon jusqu'à 16 centimètres. Comme la veille, l'instrument fut retiré avec précaution et le curetage terminé heureusement.

Tumeur fantôme chez une petite fille de 12 ans, par E. Walker (*New York medical Journal*, 1898, 12 mars, p. 360). — Le 30 juillet 1897, l'auteur fut appelé auprès d'une jeune fille délicate, ayant à peine 12 ans. Antécédents héréditaires névropathiques. L'enfant avait toujours été bien portante, et n'était pas encore réglée. Elle présentait à ce moment des troubles digestifs peu importants; à différentes autres reprises, l'auteur fut appelé et ne constata rien d'anormal. Mais en septembre 1897, lors d'un examen, il constata dans le petit bassin une tumeur ayant la situation et la forme d'un utérus gravide de 4 mois.

L'examen permit d'exclure la gravidité aussi bien qu'une rétention intra-utérine de flux menstruel; en très peu de temps d'ailleurs la tumeur disparut. Il s'agissait en réalité d'une tumeur fantôme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 Juin 1898.

De la prophylaxie de la tuberculose.

M. Grancher au nom de la commission, après examen des différentes propositions faites au cours de la discussion, soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions générales suivantes :

Destruction du bacille tuberculeux. — 1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890, qui visent trois mesures de prophylaxie :

a) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau.

b) Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c) Faire bouillir le lait, quelle que soit sa provenance, avant de le boire.

Elle recommande, en outre, la désinfection du domicile après la mort et même après un court séjour d'un tuberculeux, et aussi la désinfection des linges, literie, etc.

2° En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est ouverte; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état fermé, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'armée, l'Académie demande que la réforme temporaire soit appliquée aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

a) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b) Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c) Améliorations du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite.

d) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

Maintien et accroissance des forces de l'organisme. — 1° Assurer, par des visites suffisantes, l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes : augmentation du volume d'air dévolu à chaque homme; aération continue des chambrées, isolement des infirmeries et des réfectoires, etc.

2° Fortifier la résistance des hommes par une résistance suffisante, en augmentant le taux de la ration alimentaire;

3° Profiter autant que possible des saisons e tdes moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les changements de garnison, les manœuvres, marches de nuit, etc.

Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite « Commission de la prophylaxie de la tuberculose », qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement de cette maladie.

(Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.)

Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale (psychose polynévritique).

M. G. Ballet. — J'ai eu l'occasion, récemment, d'observer et de suivre deux malades atteintes de confusion mentale. Il s'agit de deux femmes âgées l'une de 30 ans, l'autre de 32. Toutes les deux avaient des habitudes alcooliques avérées, toutes les deux présentaient aux sommets des poumons des symptômes de tuberculose et avaient un foie très gros. Chez la première il y avait des signes très accusés de polynévrite des membres inférieurs, chez toutes deux un état psychique qui reproduisait celui de la confusion mentale.

Ces deux malades ont succombé et j'ai pu faire l'examen microscopique de leurs organes. Chez l'une et chez l'autre il y avait des cavernules aux sommets des poumons, une hypertrophie considérable du foie avec lésions de dégénérescence graisseuse très accusées chez la première malade, moins prononcées chez la seconde et une cirrhose au début. Enfin, dans un cas, les nerfs des membres inférieurs présentaient des lésions de polynévrite très étendues et très diffuses, tandis que dans l'autre on ne trouvait que quelques rares tubes altérés.

L'intérêt de ces observations réside surtout dans les résultats de l'examen de l'écorce cérébrale. J'ai déjà communiqué ailleurs ceux qui se rapportent à la première malade; les lésions cellulaires de l'écorce que j'ai rencontrées chez la seconde étant à peu près identiques, je n'y reviendrai pas.

Il est, à la vérité, difficile d'affirmer que ces lésions soient primitives; il pourrait se faire qu'elles fussent secondaires et consécutives à une destruction du cylindraxe par le poison émané de la cellule. L'analogie qu'elles présentent avec les lésions de réaction secondaire qu'on observe à la suite de la section expérimentale ou de l'altération pathologique des nerfs périphériques, l'absence des lésions vasculaires ou névrogliques autorisent cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, contrairement à ce qui a été vu jusqu'à ce jour, chez des malades présentant la symptomatologie de la confusion mentale ou de la psychose polynévritique on rencontre des lésions des cellules de l'écorce, assez grossières lorsqu'on les étudie par la méthode de Nissl, pour que leur réalité et leur signification ne puissent être mises en doute.

Quant au poison auquel il faut rapporter ces lésions et les symptômes mentaux par lesquels elles se sont traduites, il est difficile, dans les cas que nous avons observés, de le déterminer avec certitude. On pourrait invoquer une infection, la bacillose, une auto-intoxication, résultant des lésions du foie, une intoxi-

cation d'origine externe, l'alcoolisme. Tout autorise à penser que le principal, sinon l'unique rôle dans la détermination des lésions doit être attribué à cette dernière.

MÉDECINE PRATIQUE

A propos du régime sec.

M. Fiessinger, dans les intéressants feuillets thérapeutiques qu'il donne à *la Médecine moderne*, ne perd pas une occasion de dénoncer le *régime sec* dans la dilatation de l'estomac comme coupable des plus grands méfaits. La gravelle en serait la conséquence la plus ordinaire et la plus bénigne, l'insuffisance rénale ou hépatique, le terme obligé. De nombreuses stations d'eaux minérales devraient un essor inattendu aux médecins qui ont suivi sur ce point les errements de l'école du professeur Bouchard.

Je crois qu'il y a là une confusion. Lorsqu'on limite à un verre, par exemple, ou même à un demi-verre la quantité de boisson à prendre au cours du repas, qu'on supprime les potages et les sauces, on n'entend pas priver ses malades de la ration utile de liquide qu'ils doivent absorber dans les 24 heures. Seulement on la leur donne à d'autres moments, où l'on pense, je crois, avec quelque raison, qu'elle ne sera pas un obstacle à leur digestion. Pour ma part, voici des années que je prescris ainsi le régime sec :

A 7 heures du matin, un verre d'eau de Vittel, d'Evian ou de thé léger froid.

A 8 heures, deux œufs brouillés, une biscotte sans boire.

A 10 heures et 11 heures, un verre d'eau d'Evian, Vittel ou de toute autre source faiblement minéralisée, ou encore de thé léger froid.

A midi, déjeuner suivant les indications du *régime sec* le plus rigoureux : *un seul verre* de boisson (250 grammes).

A 4 heures et à 5 heures un verre d'eau minérale ou de thé léger froid.

A 7 heures, dîner. Régime sec. Un seul verre de boisson.

En se couchant, une infusion chaude. Jamais de boissons gazeuses.

Ce régime est très bien toléré par les malades, améliore et guérit leurs dyspepsies, efface leur ventre sans dommage, leur permet le travail ou les affaires presque immédiatement après les repas et ne leur donne ni gravelle, ni insuffisance rénale. Que M. Fiessinger en essaye et il sera convaincu.

G. Maurange.

Sur l'action comparée de l'antipyrine et de la lactophénine chez l'enfant,

D'après M. le Dr Pasquale Fazio (de Naples) (1).

L'intolérance que présentent les enfants pour certains antithermiques est d'une grande utilité pratique à connaître.

L'action de l'antipyrine a déjà été bien souvent étudiée et les opinions ne sont pas semblables suivant les auteurs.

Le nombre des spécialistes qui ont expérimenté la lactophénine est beaucoup plus restreint et seul Strauss en a recommandé l'emploi chez l'enfant comme étant un antipyrétique sûr, bien toléré et sans inconvénient.

1. *La Pediatra*, 1898, p. 137.

M. le Dr Pasquale Fazio, de Naples, à son tour, a entrepris l'étude comparée de ces deux médicaments et on peut résumer ainsi qu'il suit les résultats de ses recherches.

L'antipyrine aussi bien que la lactophénine administrées à un enfant apyrétique produisent un certain abaissement de température qui peut être assez marqué (1 degré et 2 dixièmes pour l'antipyrine, 1 degré et 9 dixièmes pour la lactophénine).

Cette dernière amène l'hypothermie à une dose moyenne, d'une façon plus sûre et plus rapide. Avec l'antipyrine il faut une dose plus élevée et l'hypothermie n'est pas aussi constante, lorsqu'il s'agit de combattre l'élévation de la température. Quoiqu'il en soit, que l'hypothermie soit produite par l'antipyrine ou par la lactophénine, elle dure pendant 6 heures. En continuant l'administration du médicament, la température peut remonter, mais sans frisson ni autres inconvénients.

L'abaissement de température est d'ailleurs suivi d'une modification semblable du pouls et de la respiration.

Lorsqu'on obtient avec l'antipyrine un degré marqué d'hypothermie, on observe toujours en même temps des troubles du côté du système circulatoire, de la respiration, de l'appareil sensoriel ou du système nerveux se traduisant par la tendance au collapsus. La lactophénine peut donner lieu à des troubles semblables, mais à un degré moindre et à une dose supérieure à celle qui suffit à produire ces désordres avec l'antipyrine.

Habituellement les symptômes qui marquent l'intolérance du médicament sont une dépression générale, la faiblesse et la petitesse du pouls qui est fréquent; l'affaiblissement du tonus cardiaque, la fréquence de la respiration, la pâleur du visage, les sueurs profuses, la tendance à la somnolence, l'obscurité sensorielle, l'apathie, la mydriase et l'inappétence.

En tout cas il n'y a pas de phénomène d'intolérance du côté du tube digestif, ni nausées ni vomissements; on n'observe pas davantage de manifestations cutanées. Du côté du rein, une seule fois, M. Fazio a noté la présence d'un peu d'albumine, avec une dose élevée de lactophénine. Dans quelques cas, la lactophénine a déterminé une hémoglobinurie passagère (12 heures environ).

La dose maxima de lactophénine doit être de 10 à 40 centigrammes, dans le premier mois et la première année de la vie, 80 centigr.; après cette époque, rarement 1 gramme.

D'une manière générale, on peut dire que l'antipyrine est préférable comme analgésique et comme anesthénique; la lactophénine convient mieux comme antipyrétique.

Sur certains enfants ayant du catarrhe bronchique, l'antipyrine aussi bien que la lactophénine semble avoir une action bienfaisante sur la toux. Au cas de diarrhée, l'antipyrine essayée suivant la méthode de Saint-Philippe (50 centim. cubes en 20 grammes d'eau ou de sirop) n'a pas eu la moindre action sur le nombre des selles.

Bref, pour résumer toutes ces recherches on peut dire que ni l'un ni l'autre de ces médicaments n'est exempt d'inconvénients, et que, dans la pratique infantile, il vaut mieux les éviter.

Cependant lorsque dans des conditions spéciales on croit leur emploi indiqué, il faudra agir prudemment, à doses fractionnées, en se souvenant que l'abaissement de température obtenu n'est pas sans danger : l'antipyrine déprime fortement le système nerveux et l'appareil cardio-vasculaire; quant à la lactophénine elle a une action délétère sur les globules rouges qu'elle détruit en mettant l'hémoglobine en liberté.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité des médecins. — Opérations faites dans les hôpitaux sans l'assentiment des intéressés. — Nécrologies.

Les journaux de Bordeaux nous avaient fait connaître il y a quelques semaines un fait qui intéresse la respon-

sabilité médicale mais qui, devant être apprécié par les tribunaux, ne nous paraissait pas pouvoir être divulgué avant qu'intervînt un jugement motivé.

Un de nos plus distingués confrères avait été sollicité de délivrer un certificat constatant que le sieur X... était apte à pratiquer la circoncision. Après lui avoir montré sur le cadavre comment il devait procéder, il l'avait autorisé à faire, dans son service d'hôpital, une opération de ce genre sur un enfant qui n'était pas israélite et dont les parents n'avaient pas demandé la circoncision. De là protestation d'autant plus vive que l'opération paraissait avoir été mal faite, interpellation au Conseil municipal, etc.

Le tribunal civil de Bordeaux, appelé à statuer dans cette affaire, a nommé des experts chargés de déclarer si la circoncision avait été mal faite et si cette opération avait eu des conséquences dommageables pour l'enfant qui l'avait subie et, il a laissé entendre qu'en cas d'affirmative non seulement l'opérateur, mais encore le Dr X..., dans le service duquel l'opération avait été faite, et l'Administration des hôpitaux de Bordeaux seraient déclarés solidairement responsables.

Voici à ce point de vue les considérants du jugement qui intéressent le corps médical.

... Attendu, d'un autre côté, que le Dr X... a également commis une faute en confiant, dans un service où il était maître, l'opération dont il s'agit à ... ; que vainement il se prévaut de ce qu'elle aurait été faite sous sa surveillance; de ce qu'il aurait, depuis plusieurs mois, préparé ... à la faire en lui en faisant pratiquer d'autres sur le cadavre; de ce qu'elle aurait été le moyen tout indiqué d'apprécier définitivement l'aptitude de ... aux fonctions de Mohel; et de ce que, ayant mission, de par la loi même, de certifier cette aptitude, il aurait eu virtuellement qualité pour user du procédé le plus apte à la lui faire reconnaître; que, en effet, d'une part, sa surveillance et la préparation antérieurement par lui donnée ne peuvent constituer des éléments à sa décharge si, en fait, l'opération ayant été mal faite et ayant eu des conséquences dommageables, surveillance et préparation ont été sans efficacité; d'autre part, si un sentiment d'ailleurs louable le portait à se faire le certificateur de la capacité de ... et si un scrupule, fort honorable aussi, l'empêchait d'attester cette capacité sans s'en être dûment assuré, rien ne l'autorisait à enfreindre à cet effet la loi qui donne aux médecins seuls le droit d'exercer la médecine et qui, en leur conférant ainsi un monopole, ne leur permet ni de l'aliéner, ni de le déléguer.

Attendu, en troisième lieu, que le Dr X..., bien que ses éminents services soient au-dessus de toute comparaison avec son émolument, est à l'administration des hôpitaux de Bordeaux ce qu'un préposé est à un commettant et que ce rapport, pour être pris au sens le plus élevé de ses deux termes, n'en ouvre pas moins la nécessité juridique de déclarer ladite administration responsable de la faute dudit docteur...

Nous avons supprimé ce qui concerne le sieur X..., l'opérateur que l'on accuse d'avoir agi avec maladresse; il est évident qu'il n'avait pas le droit de *s'exercer* dans un hôpital et sur des enfants n'appartenant pas au culte israélite.

Mais il importe de retenir de ce jugement que la loi qui autorise cependant la pratique de la circoncision pour les Israélites, sans exiger de ceux qui opèrent aucune garantie d'expérience ou de savoir, défend à ces opérateurs de faire, dans les hôpitaux, ce que font les étudiants en médecine, les stagiaires ou les externes.

Il importe surtout de ne pas oublier que le médecin d'hôpital n'a pas le droit de laisser opérer, fût-ce devant lui et sous sa direction, une personne non qualifiée pour faire cette opération, enfin que l'Administration des hôpitaux est responsable de toutes les fautes commises par les médecins qu'elle a choisis.

A maintes reprises nous avons prémuni nos confrères contre le danger des poursuites auxquelles ils s'exposeraient en pratiquant des opérations sans l'assentiment préalable des malades.

Dans les hôpitaux d'enfants l'assentiment des parents est toujours nécessaire lorsqu'il s'agit d'une opération quelque peu grave. Elle paraît indispensable lorsque cette opération, si minime qu'elle puisse être, ne doit pas être faite par le chef de service, mais bien par un de ses aides.

***

Ces derniers jours ont été attristés par des deuils cruels pour le corps médical. M. le Dr Genouville a été brusquement enlevé à l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Pendant de longues années il s'était dévoué à l'Association des médecins de la Seine dont il a été un des bienfaiteurs, dont il a géré la fortune avec une conscience, un zèle, une activité dont sauraient témoigner ceux qui, aux réunions mensuelles de la Commission administrative, ont pu apprécier son dévouement.

M. le Dr Hugot (de Laon) a été un des bienfaiteurs de l'Association générale. Président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, il fut en même temps chirurgien des hôpitaux, professeur du cours départemental d'accouchements, médecin du collège, des épidémies, du chemin de fer du Nord, etc. Une longue et cruelle maladie l'avait, depuis plusieurs années, contraint à résigner toutes ses fonctions officielles. Il n'a gardé que celles de président de la Société locale et de membre du Conseil général de l'Association des médecins de France qui perd en lui un de ses plus dévoués collaborateurs.

Médecin de la Salpêtrière, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine et président de la Société de médecine de Paris, M. le Dr Auguste Voisin a attaché son nom à une série de travaux d'un grand intérêt pratique. Comme me l'écrivait, le lendemain de sa mort, un de ses anciens collaborateurs le Dr Burlureaux, « il avait une foi robuste dans la thérapeutique; il croyait fermement à la curabilité de la folie, de l'épilepsie voire même de la paralysie générale ». S'il a fouillé l'anatomie pathologique c'est pour démontrer que la folie est souvent en rapport avec un processus congestif curable par une médication antiphlogistique et révulsive. C'est lui qui a vulgarisé en France l'emploi du bromure dans l'épilepsie en précisant ses indications, ses doses et les accidents qui doivent en faire cesser l'emploi. C'est lui qui, dès 1874, bien avant que la sérothérapie fût connue, traitait les anémies avec délire par les injections sous-cutanées de sang de mouton défibriné. C'est lui enfin qui proposa et fit guérir par une craniectomie une aliénée atteinte de céphalée rebelle. En ce temps où le scepticisme thérapeutique semble gagner non seulement les aliénistes mais un si grand nombre de médecins, l'exemple de Voisin doit être cité et ses succès dans le traitement des maladies mentales et nerveuses hautement proclamés par les élèves qui ont applaudi ses leçons.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Vésicatoire,

Par M. le Dr Feltz,
Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Depuis plusieurs mois j'avais pris des notes sur chaque vésicatoire que je faisais appliquer tant en ville qu'à mon service d'hôpital. J'ai fait un examen minutieux de l'urine avant et après l'application du vésicatoire, j'ai interrogé le malade sur le résultat obtenu par cette application pour me rendre compte de l'effet thérapeutique, et j'ai surveillé les complications pouvant être attribuées au vésicatoire.

Pour arriver à me faire une conviction, je me proposais de continuer mon expérimentation sur 150 ou 200 vésicatoires. Mais comme cette question est encore à l'ordre du jour, il me semble utile de publier dès maintenant, les résultats obtenus chez soixante malades après l'application du vésicatoire. Celui-ci n'a jamais dépassé la dimension de 10/10 centim.; il a toujours été pansé à la vaseline boriquée étendue sur du papier brouillard, lui-même recouvert d'une épaisse couche de coton hydrophile bien fixé par un bandage.

4 fois, l'examen de l'urine a révélé une quantité plus ou moins grande d'albumine : chez une femme de 56 ans atteinte de pneumonie; chez une femme de 68 ans atteinte de congestion pulmonaire; chez un garçon de 7 ans atteint de pneumonie; chez un homme de 52 ans atteint de congestion pulmonaire. Dans ces cas je n'ai pas appliqué de vésicatoire. Chez le garçon de 7 ans et la femme de 56 ans, l'albumine a disparu; chez les deux autres malades, elle a persisté jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Chez les malades suivants, le vésicatoire a été appliqué malgré la présence d'albumine dans les urines :

Femme de 62 ans, pneumonie; peu d'albumine dans l'urine; cette quantité n'augmente pas après le vésicatoire et disparaît avec la convalescence.

Homme de 60 ans, congestion pulmonaire double; peu d'albumine. Malgré mon avis, application d'un grand vésicatoire. Le lendemain 2 gr. 50 d'albumine et aggravation des symptômes généraux qui ne cèdent qu'au régime lacté. Trois semaines après, les urines renferment encore une gramme d'albumine.

Homme de 56 ans, pneumonie du sommet droit; albumine 0,80. Le malade réclamant un vésicatoire, je cède à son désir. Le lendemain, albumine : 1,25, le surdemain, 4,50. Six jours plus tard, 1,00, huit jours après 0,20.

Homme de 60 ans, tuberculose du poumon droit avec état congestif des deux poumons. Pas d'albumine. Après l'application d'un vésicatoire, 0,75 d'albumine. L'oppression a diminué, mais l'état général est devenu plus mauvais, et le malade a succombé à la tuberculose au bout de trois semaines. — Homme de 47 ans, symptômes de néphrite sans albuminurie. Oppression assez vive. Ce malade réclamant un vésicatoire, je le lui accorde. Le lendemain albumine : 2,00. Sous l'influence du régime lacté celle-ci se réduit à 0,40 à la sortie du malade de l'hôpital, au bout de 5 semaines.

Dans tous les autres cas, il n'y avait pas d'albumine dans l'urine ni avant ni après l'application du vésicatoire.

Je n'ai observé qu'une seule fois un commencement de complication due au vésicatoire. Celui-ci avait déterminé chez une jeune fille de 10 ans très lymphatique un commencement d'ulcération qui a aussitôt cédé à un pansement avec la gaze iodoformée.

Dans 8 cas d'affections pulmonaires aiguës, le vésicatoire a calmé ou enlevé un point de côté, que les ventouses ou les cataplasmes sinapisés n'avaient pas soulagé. Dans 2 périhépatites, soulagement marqué.

Dans une hémoptysie, l'hémorrhagie s'est arrêtée après le vésicatoire; les ventouses n'avaient produit aucun effet.

Dans une autre hémoptysie, l'effet du vésicatoire a été nul.

Dans une sciatique où les bains, les douches de vapeur, le siphonnage avaient échoué, un vésicatoire a amené un soulagement immédiat et considérable.

Dans deux sciatiques ce soulagement s'est produit, mais moins marqué.

Dans toutes les affections pulmonaires aiguës avec point de côté, ce point a disparu ou diminué d'intensité après le vésicatoire. Celui-ci n'a produit aucun effet dans les affections cardiaques avec dyspnée, et chez les tuberculeux avec fièvre.

Ces observations démontrent qu'il est très imprudent d'appliquer un vésicatoire sans s'être assuré préalablement que l'urine du malade ne renferme pas d'albumine. Celle-ci a été trouvée 9 fois sur 60. Dans les 5 cas où un vésicatoire a été appliqué, 4 fois l'état général du malade s'est aggravé; dans les 4 autres où l'on s'est abstenu, il n'y a au moins pas eu d'aggravation.

51 fois, il n'y avait pas d'albumine dans l'urine avant

l'application du vésicatoire, et jamais celui-ci n'en a déterminé l'apparition.

En résumé, chez des malades au-dessous de 55 ans, qui n'ont pas d'albumine dans l'urine ni symptômes de néphrites, le vésicatoire donne souvent de meilleurs résultats que tout autre agent thérapeutique, et dans ces cas, je l'appliquerai avec moins de crainte que je ne l'ai fait jusqu'à présent, tout en en limitant l'emploi autant que possible.

Le vésicatoire a fait trop de bien pour en dire du mal et trop de mal pour en dire du bien. — Avec de l'attention et de la prudence, la deuxième formule pourra être supprimée.

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Tenu à Gand du 18 au 20 juin.

Résection temporaire de la mâchoire par le procédé de Kocher.

M. Lavisé (Bruxelles) présente un jeune malade qu'il a opéré pour polype naso-pharyngien par le procédé de Kocher : cette tumeur pesait plus de 100 grammes et envoyait des prolongements dans l'orbite droit et la fosse nasale du même côté. Avant l'opération, qui date de 3 semaines un spécialiste avait incisé un prolongement nasal de la tumeur; à la suite de cette opération, des symptômes d'infection locale apparurent, qui se terminèrent par un phlegmon de l'orbite droit, incisé par M. Coppez. La déformation du nez et la déviation de l'œil droit en dehors que le polype avait provoquées n'ont naturellement pas complètement pas disparu à la suite de l'opération.

Le procédé de Kocher, d'après M. Lavisé, présente un grand inconvénient : c'est l'hémorrhagie considérable, qui ne laisse pas d'être très gênante. Au cours de l'opération, M. Lavisé a été amené par les circonstances à apporter une modification de détail à la technique de Kocher : le voile du palais ne fut pas incisé dans toute son étendue et la luette resta donc intacte : cette modification lui semble être très avantageuse et lui a permis de faire la suture du voile du palais à l'aide d'un seul point. Un seul point de suture métallique sous l'épine nasale a suffi pour réunir en avant les deux maxillaires et rendre au massif supérieur une grande solidité. L'opération dura 35 minutes. Le malade — qui, à son entrée à l'hôpital, était du reste dans un état assez précaire — était très affaibli, mais des injections de caféine et de sérum artificiel eurent raison de son état inquiétant. Actuellement le malade est guéri et la déformation du chef de l'opération est presque nulle.

M. Depage (Bruxelles) a fait deux fois la résection temporaire du maxillaire supérieur: une fois pour polype naso-pharyngien, une autre fois pour sarcome de la base du crâne.

Il a aussi eu à lutter contre une hémorrhagie considérable, même dans la seconde opération, malgré la ligature préventive des deux carotides externes. Il considère le procédé de Kocher comme le meilleur pour les sarcomes de la base du crâne. Quant à la modification apportée à la technique par M. Lavisé, il la croit excellente, car l'uranoplastie a toujours été un des temps les plus difficiles de l'opération.

M. Lavisé croit qu'il y a des méthodes opératoires moins graves que celle qu'il a employée et qui sont tout aussi bonnes; ainsi, on pourrait, par exemple, réduire le degré d'avulsion des mâchoires supérieures; mais dans son cas, le volume de la tumeur réclamait l'abandon de tout procédé d'épargne.

M. Debaisieux (Louvain) s'élève contre la tendance générale actuelle des chirurgiens à créer des voies artificielles pour l'enlèvement des tumeurs. Pourquoi ne pas faire une tentative par les voies naturelles pour des polypes de petit volume? Il a pu, en 5 ou 10 minutes, enlever des polypes du naso-pharynx en détachant, à l'aide de la rugine introduite dans le nez, le prolongement nasal et en complétant son opération par la voie buccale.

Trois cas d'obstruction intestinale.

M. Dandois (Louvain) a observé trois fois des symptômes d'occlusion intestinale due à des causes d'ordre peu fréquent.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune personne portant une hernie crurale réductible, qui un jour s'étrangla en donnant tous les symptômes classiques de l'étranglement, sauf les vomissements fécaloïdes. Le médecin traitant, après administration d'un purgatif, avait obtenu des selles abondantes. L'incision démontra la présence, dans le sac herniaire, d'un appendice perforé, coudé et étranglé.

Le deuxième cas concerne un homme d'âge mûr qui ne s'était jamais plaint d'aucun trouble, mais qui s'amaigrissait depuis quelque temps. Tout à coup il fut pris d'une douleur aiguë, subite, avec symptômes d'étranglement. La laparotomie démontra la présence d'un cancer annulaire de l'intestin grêle, haut de 6 à 7 centimètres; un pépin d'orange engagé par la pointe avait pénétré de 2 centimètres dans la filière formée par l'anneau néoplasique et avait obturé la lumière intestinale.

Le troisième cas se rapporte à une jeune dame qui ressentait des douleurs assez fréquentes dans la fosse iliaque droite; à un moment donné, ces douleurs devinrent plus violentes et furent accompagnées de phénomènes d'étranglement. L'incision permit de constater la présence du diverticule de Meckel, qui avait contracté des adhérences par son pédicule. Une anse intestinale, passant sous ces adhérences, était venue s'y étrangler. Les adhérences furent détachées et le diverticule en partie réséqué.

M. Jacobs (Bruxelles) croit que les hernies appendiculaires ne sont pas très rares. Il en a observé lui-même deux cas avec symptômes d'étranglement. Dans l'un des cas, l'appendice était perforé.

Traitement des infections par le sérum antistreptococcique.

M. Debersacques (Gand) a eu l'occasion d'employer plusieurs fois le sérum antistreptococcique contre les infections.

Dans un cas, il s'agissait d'un phlegmon de la région sterno-cléido-mastoïdienne gauche, qui, après ouverture, fut bientôt entouré d'une zone érysipélateuse. L'affection se compliqua d'une pleurésie. 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique injectés au creux épigastrique amenèrent bientôt une guérison complète.

Un homme atteint d'érysipèle facial avec propagation au cuir chevelu fut traité par l'injection de 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique distribués en une vingtaine de points autour de la zone érysipélateuse. On injecta encore 15, puis 10 centimètres cubes, à quelques jours d'intervalle. La guérison survint rapidement. L'auteur insiste sur son mode d'injection tout autour des plaques infectées.

Chez un homme atteint d'érysipèle de la jambe, il fit ses injections à la partie distale du membre. Un autre malade, atteint d'ostéo-périostite de la jambe, reçut également en amont de la lésion 75, puis 50, puis 25 centimètres cubes de sérum antistreptococcique à quelques jours d'intervalle. La guérison fut rapide.

M. Debersacques croit donc que ces injections sont un mode de traitement précieux, mais il n'ose étendre ses conclusions à la péritonite infectieuse, dont il n'a pas suffisamment l'expérience.

Du traitement de la suppuration du rein.

M. Verhoogen a traité 18 cas de suppuration rénale qui se répartissent comme suit :

6 cas de tuberculose unilatérale du rein; 3 traités par la néphrotomie, furent mortels; 3 traités par la néphrectomie, furent suivis de guérison.

2 cas de pyonéphrose calculeuse furent traités l'un par la néphrectomie, l'autre par la néphrotomie; tous deux furent suivis de guérison.

Dans 7 cas de pyonéphrose infectieuse simple, il fit une fois la néphrectomie et six fois la néphrotomie; il compta sept succès.

Un cas de cancer du bassinet traité par la néphrectomie succomba.

2 cas de périnéphrite guérirent.

M. Verhoogen considère la tuberculose rénale comme étant d'origine circulatoire, souvent unilatérale et localisée à droite; la cystite n'est qu'une cause prédisposante. Il est utile, dans les cas de tuberculose rénale, avant de pratiquer la néphrectomie, qui sera le procédé de choix, de faire la cystoscopie combinée au cathétérisme des uretères. On analyse au point de vue du chiffre de l'urée l'urine recueillie directement. Si l'un des reins fonctionne bien, la suppléance s'établit très vite après la néphrectomie. Il est évident qu'une contre-indication absolue à cette opération sera l'insuffisance de l'autre rein ou l'état trop précaire de l'organisme.

Dans les pyonéphroses calculeuses, il est également nécessaire de s'assurer de l'état de l'autre rein. Il y aurait avantage à faire une néphrotomie suivie de néphrectomie secondaire, si le besoin s'en faisait sentir.

Dans les pyonéphroses simples, M. Verhoogen a trouvé dans tous les cas des staphylocoques, dans un cas le streptocoque et le colibacille, dans 4 cas le staphylocoque et le colibacille. L'opération de choix est ici le drainage et secondairement la néphrectomie.

M. Verhoogen emploie l'incision cutanée habituelle, sauf pour les grosses tumeurs, où il incise suivant une ligne parallèle au muscle droit, en dehors de celui-ci, sur laquelle il mène une incision perpendiculaire, dirigée en arrière. Il a eu l'occasion de faire deux fois l'incision horizontale de Péan. Il n'a pas eu lieu de s'en féliciter et la considère comme un mauvais procédé.

Deux observations de fistules intestinales traitées par l'exclusion de l'intestin.

M. Lavisé rappelle d'abord l'historique de cette opération qui consiste comme on sait, à supprimer du grand courant intestinal une anse dont on ne peut faire la résection, qu'on ligature ou non, et à terminer par l'entéro-anastomose des deux bouts afférent et efférent.

Dans un cas traité par M. Lavisé, il s'agissait d'un homme souffrant d'un anus cæcal à la suite d'une pérityphlite tuberculeuse. L'entérorraphie fut pratiquée sans résultat et, deux ans après, le malade se représenta avec 4 à 5 fistules ulcérées dans la région du cæcum; l'état général était des plus précaires. M. Lavisé pratiqua l'exclusion intestinal et l'entéro-anastomose iléo-colique à l'aide du bouton de Murphy : l'individu mourut au bout de 6 mois de péritonite tuberculeuse.

Le second cas concerne une femme qui souffrait d'un anus vaginal consécutif à une extirpation des annexes par le vagin. Une première tentative de fermeture de la fistule vaginale ayant échoué, on pratiqua la laparotomie, et, la masse des adhérences empêchant toute autre intervention, on fit l'exclusion de l'S iliaque et l'entéro-anastomose par suture. La guérison fut complète et actuellement il ne s'écoule plus par le vagin qu'un peu de sécrétion intestinale qui se perd dans les sécrétions vaginales. Peut-être y aurait-il lieu, en se basant sur ce fait, de pratiquer l'exclusion intestinale en abouchant systématiquement la fistule de décharge dans une des cavités naturelles du corps.

Un cas d'abcès du cerveau traité par la trépanation.

M. Lavisé a eu à traiter un infirmier qui, à la suite d'une influenza compliquée d'otite moyenne aiguë à droite, avait présenté des symptômes de céphalalgie à droite, de parésie du membre supérieur gauche, de somnolence, de fièvre, de vomissements, en un mot, tous les symptômes caractéristiques d'un abcès cérébral. M. Lavisé fit la trépanation à la région du lobe temporal. Une incision mit à jour une collection de pus qui fut évacuée; il y en avait environ une cuiller à soupe. Tous les phénomènes s'amendèrent rapidement, pour se reproduire bientôt. Une ouverture de la plaie ne fit rien découvrir de suspect, mais les symptômes s'aggravant de plus en plus, une troisième opération, fut décidée; l'exploration ne faisant pas découvrir de pus, on se borna à la résection de la portion de cerveau qui faisait hernie dans la plaie. La mort du sujet survint bientôt après; à l'autopsie, on trouva un vaste abcès du lobe sphénoïdal et une méningite suppurée de la base du crâne.

M. Debaisieux a observé un cas analogue à la suite d'une pharyngite phlegmoneuse. Après une large trépanation, suivie de 4 ou 5 ponctions exploratrices négatives, on arriva enfin sur une collection contenant un demi-verre à vin de pus. La plaie fut drainée et le malade allait bien depuis quelque temps, quand tout à coup les phénomènes s'aggravèrent. La mort survint au bout de 6 jours.

M. Debaisieux considère comme très graves les interventions pour abcès cérébraux, car ils ont peu de tendance à se cicatriser; souvent la matière cérébrale, transformée en une bouillie molle, s'écoule par le drain, et la mort survient presque toujours.

M. Depage a observé un abcès du cerveau survenu à la suite d'une opération d'Estlander pour pleurésie purulente. Le diagnostic fut confirmé par la ponction à l'aide de l'appareil de Horsley. Ici aussi, la mort suivit l'intervention.

M. Lavisé fait remarquer que dans le cas dont il a relaté l'observation, on peut presque considérer l'intervention comme suivie de succès, car le malade a succombé, non pas à l'abcès opéré, qui était en voie de guérison, mais à la présence d'un abcès du lobe sphénoïdal que personne ne pouvait prévoir.

M. Dandois a eu aussi à traiter deux cas malheureux d'abcès cérébraux. Il croit que ces cas suivis de mort proviennent de ce qu'on a affaire le plus souvent à de la suppuration diffuse.

M. Dandois a eu l'occasion de pratiquer une opération de Schede chez un individu qui mourut 5 jours après, avec des symptômes cérébraux aigus.

M. Depage, d'après ses recherches bibliographiques, a pu constater que les abcès cérébraux suivaient fréquemment les opérations sur la poitrine. En outre, il a remarqué que les suppurations cérébrales consécutives à des lésions de l'oreille étaient les moins graves.

Opothérapie ovarienne.

M. Jacobs donne les résultats d'une expérience de deux années, durant lesquelles il a traité par l'opothérapie ovarienne 244 femmes ayant subi des mutilations plus ou moins graves des organes génitaux.

Sur ses 244 cas, M. Jacobs a obtenu 19 insuccès complets (la thérapeutique échoua presque toujours chez les tuberculeuses); 61 améliorations (malades perdues de vue); 48 guérisons passagères (malades qui, étant très améliorées par le traitement, abandonnent celui-ci trop tôt et le reprennent avec un égal succès quand les troubles reparaissent); 116 guérisons complètes.

Il va de soi que la médication doit être continuée pendant quelque temps encore après que les symptômes ont disparu.

Ostéomes traumatiques.

M. Depage montre diverses radiographies se rapportant à deux cas de lésions articulaires ou osseuses du membre supérieur. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une luxation du coude, vit se développer, en avant de l'articulation, une tumeur osseuse qui en vint à supprimer presque totalement les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. Cette tumeur fut enlevée et l'impotence fonctionnelle du bras disparut. La tumeur était extra-articulaire.

Les deux autres radiographies ont trait à une fracture complète de l'humérus avec détachement d'un fragment osseux; la photographie permet de voir le lieu d'implantation primitif du fragment. Actuellement, le patient est guéri, mais ce fragment forme une véritable tumeur à la partie interne du bras.

Le premier cas est intéressant par son importance clinique : sans la radiographie, il eût été difficile d'établir un diagnostic exact. Le second cas éclaire la pathogénie du premier. C'est la démonstration expérimentale de la théorie qui expliquait la formation de ces ostéophytes traumatiques par la prolifération d'un lambeau périosté arraché à l'os.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 Juin 1898.

Résistance du corps humain dans la période d'état variable du courant galvanique.

M. Dubois (de Berne) a montré précédemment que de minimes résistances rhéostatiques entravent l'action physiologi-d'une fermeture de courant beaucoup plus que la résistance considérable du corps humain, et il a attribué cette abolition de l'effet physiologique à la prolongation de la durée de la période d'état variable. Depuis lors, voulant déterminer, par de nouvelles expériences, la valeur relative de cette période, dans diverses conditions de résistance, de self-induction et de capacité du circuit, il a constaté les faits suivants : 1° les résistances, dont le coefficient de self-induction et la capacité sont négligeables, ralentissent le flux en raison directe de leur résistance ohmique; 2° les solénoïdes opposent à l'établissement du courant une résistance beaucoup plus grande que leur résistance ohmique; 3° l'insertion d'un condensateur de capacité convenable aux bornes de la résistance annule l'effet aussi bien de la résistance ohmique que de la self-induction; 4° la résistance du corps représente, en période d'état variable, une résistance beaucoup plus faible que sa résistance ohmique. Sa capacité annule sa résistance; 5° cette résistance du corps, pour la période d'état variable, reste fixe pour les mêmes points d'application des électrodes, en dépit des grandes variations de la résistance chimique; 6° cette résistance croît avec la longueur du segment du corps interposé et dépend aussi de la surface des électrodes; 7° le corps est un condensateur à diélectrique liquide, d'une capacité d'environ 0,165 microfarad.

Le palmaire cutané et son évolution.

M. A. Cannieu a rencontré, dans le cours de ses dissections, trois fois des particularités intéressantes présentées par le palmaire cutané et qui montraient bien que l'on ne doit pas considérer ce muscle comme un peaucier véritable. Les recherches histologiques et embryologiques de M. Cannieu et viennent confirmer cette idée. En effet, aussi bien chez l'adulte que chez l'embryon, les fibres du palmaire cutané prennent leur insertion d'une façon tout autre que les véritables peauciers. Tandis que ces derniers s'insèrent par de petits tendons à la partie supérieure du derme ou même sur les assises inférieures de l'épiderme, M. Cannieu n'a jamais observé pareilles insertions pour le palmaire cutané : les faisceaux musculaires de ce muscle se terminent par de petits tendons qui vont se perdre non loin de la face profonde du derme.

Nouveaux gaz de l'air atmosphérique.

MM. W. Ramsay et **M. W. Travers** envoient une note sur l'existence de deux nouveaux gaz dans l'argon retiré de l'air. L'un de ces éléments, qu'ils désignent sous le nom de *néon*, est doué d'un spectre formé d'un grand nombre de raies très fortes dans le rouge orangé et le jaune et de quelques lignes dans le violet foncé. L'autre, pour lequel les auteurs proposent le nom de *métargon*, possède un spectre absolument différent de celui de l'argon ; parmi les lignes nombreuses qu'il fournit, il en est une verte qui occupe une position non encore reconnue et une jaune qui ne coïncide ni avec celle de l'hélium ni avec celle du krypton.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er Juillet 1898.

Cancer fruste de la vessie.

M. Morestin montre une vessie dont la paroi est infiltrée par un néoplasme, trouvée à l'autopsie d'un homme de 35 ans, diagnostiquée tumeur solide de la région hypogastrique. La tumeur a considérablement épaissi la paroi vésicale; elle ne végète pas dans la cavité de la vessie. Les urines, claires longtemps, ne devinrent troubles que dans les derniers jours; on note une pyélonéphrite double et une méningite suppurée qui a entraîné la mort.

M. Brault a observé, il y a 3 mois, un cancer latent de la vessie. Comme dans le cas actuel, il n'y eut jamais d'hématurie. Ces observations sont rares et feront le sujet d'une thèse prochaine.

MM. de Gennes et **Griffon** montrent les pièces provenant d'un homme qui offrait tous les accidents du mal de Bright, jusqu'aux urines pâles et abondantes dont on recueillait, chaque jour, 5 à 6 litres. Jamais il n'y eut d'hématurie ni de pyurie. L'embonpoint était conservé; il n'était pas question de cancer, ni de lésion vésicale quelconque.

L'autopsie a révélé un cancer latent de la vessie, avec compression des uretères au point de débouchement dans la cavité vésicale, dilatation très marquée des uretères, des bassinets et des calices; pas de sclérose rénale à la coupe, pas de bosselures de la surface du rein.

Le cancer, carcinome alvéolaire au microscope, apparaît à l'œil nu sous la forme de végétations multiples, disséminées surtout dans la région du col, non ulcérées. Quelques gros ganglions du petit bassin sont cancéreux à la coupe et sur les préparations.

Le rétrécissement de l'extrémité inférieure des uretères a donc amené, en amont, une dilatation généralisée et une hypersécrétion urinaire; c'est ce caractère des urines qui avait suscité le diagnostic de mal de Bright, lequel se trouvait confirmé par l'examen du malade.

M. Cornil se souvient d'un cas de cancer de la vessie, où l'on ne voyait que de petites végétations à la surface de la muqueuse; à la coupe, elles étaient cancéreuse, mais reposaient sur une base saine; à la partie profonde, des vaisseaux étaient remplis de cellules cancéreuses.

Kyste hydatique du foie, simulant une vésicule biliaire.

M. Jacomet apporte un kyste hydatique en forme de poire, attaché par son pédicule à la face inférieure du lobule de Spiegel, flottant dans la cavité abdominale, et donnant cliniquement la sensation d'une vésicule dilatée. Le malade a été opéré avec succès par M. Schwartz, qui a mis deux pinces à demeure au niveau de la section du pédicule.

Grossesse tubaire à deux poches.

MM. Chaput et **A. Guillemot** présentent une pièce de grossesse tubaire opérée par hystérectomie vaginale. La trompe est divisée en deux poches, l'une pour le placenta, l'autre pour le fœtus, communiquant par un étroit canal qui livre passage au cordon.

Multiplicité des bacilles dans l'épiploïte tuberculeuse.

MM. Brault et **Potier** présentent les préparations de 2 cas de tuberculose de l'épiploon, où l'on voit une quantité prodigieuse de bacilles de Koch, formant des groupes déjà visibles à un faible grossissement. C'est presque une culture pure de bacilles. Anatomiquement, on note de l'infiltration cellulaire et de la caséification, mais pas de nodules tuberculeux ni de cellules géantes.

Epithéliome végétant à cellules pavimenteuses, observé au niveau du sein.

MM. Cornil et **R. Marie** apportent les coupes d'une tumeur du sein enlevée par M. Segond. A un examen superficiel, on pouvait croire à un épithélioma pavimenteux tubulé ou lobulé, mais, à un fort grossissement, on voit des capillaires ou des travées conjonctives pénétrer dans les îlots épithéliomateux, de sorte qu'il s'agit, en réalité, d'un type néoplasique spécial et

non décrit; épithélioma végétant ou papillaire à cellules pavimenteuses, lequel est à distinguer des épithéliomes cylindriques ordinaires du sein.

M. Cornil a retrouvé la même disposition dans un cas présenté en 1888 à la Société; M. Marie a, de son côté, observé une structure analogue dans une tumeur du sein enlevée par M. Polaillon, de sorte qu'on peut, avec ces trois observations, considérer comme spécial le type d'épithélioma décrit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Juillet 1898.

Bacille pyocyanique polychrome.

MM. Chardin et **de Nittis.** — On connait déjà l'échantillon de bacille noir qu'on avait avec peine ramené au type normal du pyocyanique, et à la fabrication des pigments normaux.

Aujourd'hui, sur un milieu gélosé spécial, nous obtenons de ce bacille dans un seul tube, le pigment noir en haut, le vert dans l'épaisseur avec du jaune, et à la surface libre, vers le bas du tube, une belle couleur bleue.

Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate.

MM. J. Albarran et **N. Hallé.** — L'hypertrophie de la prostate, lésion sénile bénigne et fréquente, est bien définie cliniquement, encore mal connue au point de vue anatomo-pathologique, ignorée dans sa nature et sa cause.

Le cancer de la prostate, lésion maligne et rare, semble en être complètement distinct.

L'étude histologique de 86 prostates hypertrophiées nous a conduit aux conclusions suivantes :

1° La lésion primitive et essentielle de l'hypertrophie prostatique est une lésion glandulaire. Les lobules glandulaires altérés, hypertrophiés, dilatés, proliférés, forment la majeure partie du tissu pathologique; les lésions du stroma fibro-musculaire sont secondaires, partielles, rarement prédominantes.

2° Dans plus de 1/10 des cas (12 sur 86), bien que les allures cliniques de la maladie et les lésions macroscopiques soient restées celles de l'hypertrophie sénile bénigne, la prostate présente, à l'examen histologique, des lésions épithéliales néoplasiques bien nettes, avec des caractères évidents de malignité. Au milieu des lobules simplement adénomateux, on rencontre des lobules d'épithélioma adénoïde, des infiltrations épithéliales diffuses du stroma, des îlots de cancer alvéolaire.

Toutes les formes histologiques des néoplasies épithéliales glandulaires peuvent donc exister dans la prostate hypertrophiée; elles conduisent, par des degrés intermédiaires de malignité, de l'adénome simple au cancer.

Les faits cliniques viennent appuyer ces conclusions histologiques.

Le développement du cancer de la prostate est souvent précédé par une longue période d'hypertrophie simple.

Dans un cas, deux ans après une prostatectomie du lobe moyen, pour une hypertrophie glandulaire simple, nous avons vu la maladie récidiver sous la forme de cancer typique.

Sur un procédé permettant de déterminer l'état fonctionnel du foie.

MM. Royer et **Garnier.** — Le procédé que proposent les auteurs consiste à introduire dans l'intestin une quantité déterminée d'hydrogène sulfuré et à rechercher l'apparition du gaz dans l'air expiré au moyen d'un papier réactif à l'acétate de plomb. Cette méthode est basée sur ce fait qu'il faut introduire par la veine porte une quantité 5 fois plus grande de gaz que dans les veines périphériques pour avoir la réaction caractéristique. Le foie arrête donc de notables quantités d'hydrogène sulfuré; d'autre part, quand la cellule hépatique est troublée dans ses fonctions, comme cela arrive dans l'intoxication phosphorée expérimentale, la dose nécessaire est moitié moindre; et cela quand l'animal ne présente pas encore aucun trouble appréciable.

Pour avoir des résultats comparables, les auteurs préparent le gaz de la manière suivante : on introduit dans un flacon pouvant fermer hermétiquement 1 gramme de monosulfure de sodium, et 200 centim. cubes d'eau contenant 0 gr. 07 d'acide chlorhydrique. On a ainsi une solution d'hydrogène sulfuré légèrement alcaline grâce à l'excès de sel sodique.

Avec cette solution il faut, chez des lapins de 2 kilog. environ, pour avoir la réaction caractéristique, 4 à 5 centim. cubes en injections sous-cutanées, et 9 à 10 centim. cubes en injection intra-rectale. Chez des lapins phosphorés il suffit d'introduire dans le rectum des doses moitié moindres.

C'est donc là une méthode facile à employer en pathologie expérimentale pour déterminer l'état du foie et tout porte à croire qu'elle pourra être utilisée de même en clinique.

Troubles fonctionnels du labyrinthe : un cas d'abolition de l'organe kinéto-percepteur et un cas d'abolition de l'organe statique.

M. Egger. — L'hypothèse de l'existence d'un organe statique servant à la perception des changements de position de la tête vis-à-vis de la verticale et à la perception du mouvement progressif, a surgi au moment où les expériences de Mach, Breuer et Delage ont montré que les canaux semi-circulaires ne peuvent transmettre que les mouvements angulaires. La destruction des otocystes sur les animaux inférieurs a permis à Delage de constater l'existence réelle d'un organe statique, mais l'expérimentation échoua en s'adressant aux mammifères.

Dans deux cas de lésion labyrinthique bilatérale que je viens d'observer, l'analyse de la statique et du dynamisme a fourni des résultats qui plaident en faveur de la présence de l'organe statique dans le labyrinthe de l'homme.

Dans le premier fait il s'agit d'une tabétique à localisation bulbaire, complètement sourde et qui ne présente aucune des manifestations du signe de Romberg. Sa démarche est aussi normale lorsqu'elle a les yeux fermés que lorsqu'ils sont ouverts. Soumise, au moyen de l'appareil de centrifugation, aux rotations les plus diverses, cette malade n'a aucune perception d'un mouvement angulaire quelconque. Une ophthalmoplégie complète a remplacé les compensations oculaires.

Le second cas se rapporte à un homme devenu complètement sourd et n'offrant ni troubles des diverses sensibilités, ni absence de réflexes. Chez lui, le signe de Romberg existe dans toutes des modalités et à un tel degré que le malade éprouve une très grande peine à se tenir debout ou à marcher en ligne droite. Soumis à la centrifugation, il se rend parfaitement compte de tous les mouvements angulaires; ses yeux ont conservé la compensation nystagmique.

Chez le premier sujet nous avons affaire à une lésion de l'organe kinéto-percepteur, des canaux semi-circulaires, avec conservation de l'organe statique; le second offre une altération de l'organe statique avec conservation de l'appareil kinéto-percepteur.

Toxicité du sérum sanguin des épileptiques.

MM. Mairet et **Vires.** — Il nous paraît résulter d'expériences récentes, que le sérum sanguin de l'épileptique au cours des périodes inter-paroxystiques, est moins toxique que celui de l'homme sain. Le coefficient toxique du sérum de l'homme sain, nécessaire pour tuer 1 kilog. d'animal par injection veineuse, est d'environ 15 centim. cubes; le coefficient toxique moyen du sérum de l'épileptique, dans les périodes inter-paroxystiques, est d'environ 18 centim. cubes. En second lieu, il n'y a pas balancement, chez ces épileptiques, entre la toxicité de l'urine et celle du sérum; urine et sérum sanguin sont hypotoxiques.

Du phénomène des orteils.

M. Babinski. — Il y a déjà plus de 2 ans, j'ai fait connaître une modification dans la forme du réflexe cutané plantaire, consistant en ce que l'excitation de la plante du pied, au lieu de produire, comme à l'état normal, chez l'adulte, une flexion des orteils sur le métatarse, a pour résultat une extension des orteils.

Ce trouble, que j'ai désigné sous la dénomination de phéno-

mène des orteils, paraît être, ainsi que je l'ai soutenu, sous la dépendance d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal, qu'il s'agisse d'une affection cérébrale ou d'une affection spinale.

Je l'ai constaté dans des cas d'hémiplégie organique, quelle qu'en soit la cause, dans des cas de méningo-encéphalite diffuse, d'épilepsie partielle, de méningite cérébro-spinale, d'empoisonnement par la strychnine, de paraplégie spinale spasmodique, quelle qu'en soit la nature, de méningo-myélite, de myélite transverse, de mal de Pott, de sclérose en plaques, de syringomyélie, de sclérose latérale amyotrophique, de maladie de Friedreich.

Ce phénomène a un lien avec l'exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale, qui sont souvent sous la dépendance d'une lésion du système pyramidal, mais ce lien n'est pas indissoluble. Le signe des orteils peut, en effet, faire défaut dans un membre atteint de paralysie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde du pied, tandis qu'inversement on peut observer très nettement le signe des orteils dans des cas où, malgré l'existence d'une lésion du système pyramidal, les réflexes tendineux sont normaux, au-dessous de la normale, ou abolis, soit parce que cette lésion est de fraîche date, soit parce qu'elle s'associe à des altérations des racines postérieures, dans le tabès combiné à une lésion du faisceau pyramidal, dans la maladie de Friedreich. C'est sur ce dernier point que j'attire aujourd'hui particulièrement l'attention de la Société; il me paraît présenter de l'importance, tant au point de vue du mécanisme des réflexes, qu'au point de vue clinique. Le phénomène des orteils peut, en effet, être le premier et le seul signe révélateur d'une perturbation dans le système pyramidal.

Valeur d'un sérum antistreptococcique obtenu avec du streptocoque d'érysipèle.

M. Jules Courmont. — J'ai démontré antérieurement que le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque pyogène de l'homme.

J'ai alors immunisé un âne en lui inoculant des cultures de deux échantillons de streptocoques de l'érysipèle de l'homme. J'ai obtenu ainsi un sérum qui immunisait bien le lapin contre ces deux streptocoques.

J'ai alors isolé 11 streptocoques d'érysipèles ou de lésions suppurées humaines et j'ai essayé le sérum de l'âne.

Sept streptocoques (5 d'érysipèle, 2 de pus) ont été influencés par le sérum; les lapins immunisés survivaient aux témoins. Quatre (3 d'érysipèle, 1 de pus) ont été, au contraire, favorisés par le sérum; les lapins immunisés mouraient avant les témoins.

Même, en vaccinant un âne avec deux échantillons de streptocoques, on n'obtient pas un sérum immunisant contre tous les streptocoques pyogènes. Le streptocoque n'est pas une espèce assez différenciée pour qu'un sérum antistreptococcique puisse être obtenue. Il faut, momentanément au moins, y renoncer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 Juin 1898.

De l'extirpation des cancers du rectum par voie abdomino-périnéale.

M. Quénu revient sur la question de l'extirpation du cancer du rectum pour faire la part plus large à la voie abdomino-périnéale et abandonner définitivement la voie sacrée. Actuellement M. Quénu estime qu'à tous les cas qui échappent à la voie périnéale convient la voie abdomino-périnéale, et à son sens l'opération périnéale convient essentiellement aux cancers dont la limite supérieure ne s'étend pas à plus de 8 ou 10 centimètres de l'anus, à ceux, par conséquent, dont on peut accrocher avec le doigt le rebord induré le plus élevé, si, toutefois, l'atrésie n'est pas telle qu'elle empêche le doigt de passer. Pour les autres, il incline à conseiller l'extirpation abdomino-périnéale.

Le pronostic opératoire de l'extirpation abdomino-périnéale est naturellement subordonné à la technique; il faut que celle-ci soit assez parfaite pour réaliser absolument deux conditions essentielles :

1° L'asepsie pendant et après l'opération;

2° L'économie du sang.

L'asepsie opératoire est possible à la condition de se conformer strictement aux règles indiquées déjà par M. Quénu; l'asepsie post-opératoire résulte de la méthode même, à la condition de ne pas instituer, à côté de la plaie, un anus fessier, mais de se résoudre délibérément à l'anus iliaque définitif.

La seconde condition, l'économie du sang, n'est pas moins importante.

Pour obtenir une hémostase préalable complète, il est de toute nécessité de pratiquer, comme l'a fait pour la première fois David Giordano, la ligature des artères iliaques internes; cette ligature est facile, n'expose à aucun inconvénient; elle réalise une hémostase admirable, puisqu'elle a permis à M. Quénu d'extirper 24 centimètres d'intestin, sans faire une seule ligature : seules, deux ou trois veines ont nécessité une forcipressure de quelques minutes; et on peut évaluer, au maximum, à 30 ou 40 grammes la quantité du sang veineux perdue au cours de l'opération.

Telles sont les deux idées directrices : l'asepsie réalisable et l'hémostase parfaite. L'opération elle-même comprend les temps suivants :

1er *temps :* Ouverture médiane du ventre et ligature des deux artères hypogastriques.

2e *temps :* Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche.

3e *temps :* Amorce de la libération rectale.

4e *temps :* Extirpation périnéale.

Les suites opératoires ont été, chez la dernière malade, de M. Quénu d'une simplicité inespérée : aucune dépression de l'état général, aucune altération dans le faciès, conservation des forces, à tel point que jamais la malade n'a eu besoin de secours ni d'aide pour se tourner sur le côté ou sur le dos au moment des pansements.

Traitement des suppurations pelviennes par la colpotomie.

M. Lucas-Championnière pose en principe que l'incision doit se faire à l'endroit où se porte le pus. Dans le temps, il a même essayé d'ouvrir les collections pelviennes par la fosse iliaque. Il n'a pas conservé ce mode thérapeutique, qui ne saurait être regardé comme un traitement de choix.

Quant au procédé de Laroyenne, qui n'est autre que celui qu'employait Gallard, c'est pour M. Championnière un procédé aveugle, déplorable au point de vue opératoire, pitoyable dans ses résultats, qu'il condamne sans restriction.

Il lui préfère de beaucoup la laparotomie, parce qu'elle permet une ablation complète et que ses résultats immédiats et éloignés sont excellents. Il ne draine jamais, qu'il y ait eu irruption ou non de pus dans le ventre, persuadé que le drainage est toujours plus nuisible qu'utile.

Ce n'est, en résumé, que dans quelques cas, où la marche même de la suppuration force pour ainsi dire l'incision vaginale au point culminant de la collection, que M. Championnière a recours à cette dernière. Et alors, il estime même que cette simple incision est préférable à l'hystérectomie, l'ablation de l'utérus pouvant ouvrir directement dans le péritoine des collections septiques et déterminer une mort rapide.

M. Reynier a eu aussi souvent recours à l'opération de Récamier, pour les suppurations du petit bassin, opération dont Laroyenne s'est fait l'apôtre. Les résultats n'ont pas été conformes à son attente, et cette intervention est restée inefficace dans la majorité des cas.

Il a fait 56 incisions du cul-de-sac vaginal : 20 de ses malades ont quitté le service, paraissant guéries, mais 36 n'ont retiré aucun bénéfice de cette intervention : 7 d'entre elles ont même subi une laparotomie secondaire, 14 une hystérectomie secondaire, 3 une hystérectomie, puis une laparotomie secondaire. Ce ne sont pas là des succès aussi beaux que ceux que promettaient les promoteurs de l'intervention, et M. Reynier regarde celle-ci comme inefficace dans la majorité des cas. Au point de vue de la technique opératoire, il repousse l'emploi

du trocart qui, dans un cas, lui a donné une perforation de l'uretère.

Il incise le vagin en arrière, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, décolle avec le doigt, atteint la tumeur que la main d'un aide repoussera au besoin, la ponctionne avec une longue pince à forcipressure et écarte les mors de cette dernière pour bien vider la collection.

M. Michaux a fait 30 fois l'incision du cul-de-sac postérieur qu'il a pratiquée comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Il trouve à cette opération deux grandes indications :

1° Chez des femmes jeunes, de 18 à 22 ans, comme opération conservatrice pour l'évacuation des poches dues, la plupart du temps, à une infection gonococcique récente ;

2° Chez des femmes épuisées, fébricitantes, comme opération d'attente, d'urgence.

Malgré tout le soin que M. Michaux a mis dans le traitement consécutif de ses opérées, et bien qu'il ne se soit pas borné à faire une incision simple, et qu'il ait cherché à bien ouvrir toutes les poches, à bien assurer le drainage, il n'est pas satisfait des résultats qu'il a obtenus ; 12 fois sur ses 30 malades il a dû, en effet, recourir à une hystérectomie vaginale secondaire, et ses autres malades n'ont pas obtenu de guérison parfaite. Aussi ne fait-il presque plus d'incision du cul-de-sac postérieur.

Carcinome du sein inopérable pansé au carbure de calcium.

M. Guinard montre une malade atteinte d'un carcinome inopérable qui nécessitait jusqu'à 10 pansements par jour, tant l'exhalation était fétide et abondante. Des pansements au carbure de calcium ont été pratiqués et actuellement, avec un pansement fait tous les 5 ou 6 jours, il n'y a plus ni odeur, ni hémorrhagie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er Juillet 1898.

Ulcérations gastro-intestinales d'origine inconnue.

MM. Le Gendre et **Le Roy** communiquent l'observation d'un homme entré à l'hôpital avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Cependant le sérodiagnostic, répété par 3 fois, fut négatif. En présence de cette constatation, on abandonna le premier diagnostic pour adopter celui de granulie. Puis survint une hématémèse, et 4 jours après, le malade mourait.

A l'autopsie, on trouva tous les organes exsangues. Des ulcérations extrêmement nombreuses criblent la muqueuse intestinale ; elles atteignaient leur maximum de fréquence au niveau du duodénum, diminuaient de nombre en allant vers le gros intestin ; quelques-unes siégeaient sur la muqueuse stomacale. Ces ulcérations étaient chancriformes, et se trouvaient soit sur les plaques de Peyer, soit surtout en dehors de ces dernières ; les ganglions lymphatiques du mésentère étaient normaux.

M. Netter fait remarquer que l'absence de séroréaction positive ne permet pas d'éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde. Dans un cas récemment observé, il a pu constater que ce signe pouvait n'apparaître que très tard pendant la rechute.

Quant aux lésions rencontrées dans le cas de M. Le Gendre, quelque anormales qu'elles soient, elles ressemblent encore aux lésions typhiques. Il croirait donc volontiers que le malade de M. Le Gendre était atteint de fièvre typhoïde.

M. Chauffard trouve que les différences entre ces lésions et celles de la fièvre typhoïde sont considérables. Dans la fièvre typhoïde, les ulcérations sont ascendantes, vont en se raréfiant au fur et à mesure que l'on s'approche de l'estomac. Ici, au contraire, les plus nombreuses siègent au niveau du duodénum.

Dans la fièvre typhoïde, les lésions escharotiques, d'aspect jaunâtre, ne se rencontrent que dans l'intestin ; les lésions stomacales, lorsqu'elles existent, sont différentes. Ici, même aspect chancriforme dans l'estomac et dans l'intestin.

Enfin, fait important, dans le cas de M. Le Gendre, pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Pour toutes ces raisons, M. Chauffard élimine la fièvre typhoïde et accepte une mycose intestinale. Du reste, la question doit rester en suspens jusqu'à ce que l'examen bactériologique vienne la trancher.

Onychomycose trichophytique.

MM. Edgard Hirtz et **Jacquet** ont observé un homme saturnin, hystérique, neurasthénique, présentant des lésions unguéales importantes des deux mains et des deux pieds. Ses ongles sont épaissis, striés longitudinalement, ont perdu leur transparence, sont d'un blanc jaunâtre mat. Leur bord libre est usé inégalement. L'épaississement de l'ongle est dû à l'augmentation et à l'altération des couches profondes qui apparaissent filamenteuses, friables, comparables à des brins d'amiante, mais d'un ton mat et non brillant.

Aux mains comme aux pieds, il y a infiltration trichophytique, mais peu abondante, pauvre, et l'on est en droit de se demander si, cette végétation mycosique suffit à expliquer des lésions aussi importantes, et s'il ne faut pas supposer qu'elle s'est greffée simplement sur des parties trophiquement altérées en modifiant plus ou moins la qualité du trouble trophique.

D'ailleurs, des lésions nerveuses peuvent simuler la trichophytie. Chez un second malade, saturnin, alcoolique, nous avons constaté une névrite légère des membres inférieurs. Chez ce malade, les ongles présentent l'aspect typique des ongles blancs, amiantacés, et en moelle de jonc, et cependant l'examen histologique et l'examen bactériologique furent négatifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 10 Juin 1898.

Hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins.

M. Villar a montré les pièces provenant d'une malade à laquelle il a fait l'hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. Il s'agissait d'un cas d'utérus fibromateux de petites dimensions renfermant en outre trois tumeurs encapsulées, dont deux du volume d'une grosse noisette et l'autre du volume d'une mandarine.

Après avoir détaché la muqueuse vaginale et repoussé la vessie et le rectum, M. Villar incisa le col sur sa face antérieure et commença aussitôt le morcellement, se tenant toujours sur la ligne médiane ou à peu près, abaissant à mesure les parties à sectionner, à morceler. Lorsqu'il rencontra les fibromes encapsulés, il se contenta de les faire sauter avec un ténaculum. Enfin, lorsque l'utérus fut suffisamment réduit de volume, il attira le tout à l'extérieur, et plaça deux pinces à droite et à gauche sur chaque ligament large.

La technique de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des fibromes a donc été bien simplifiée et cette opération est devenue une des plus intéressantes de la pratique gynécologique. Sans vouloir mettre ici en parallèle l'hystérectomie vaginale avec l'hystérectomie abdominale totale qui est d'ailleurs une excellente opération, M. Villar rappelle que la première est moins grave et qu'elle ne laisse aucune cicatrice. Elle ne mérite donc pas le dédain que professent pour elle certains chirurgiens.

M. Villar ajoute, en terminant, que son opérée va très bien (quatrième jour) et qu'elle peut être considérée comme hors de danger.

M. Davezac demande pourquoi, après avoir enlevé les fibromes, M. Villar a fait l'ablation de l'utérus.

M. Villar répond que le morcellement des fibromes avait occasionné l'ouverture de l'utérus. Il fut ainsi amené à pratiquer l'hystérectomie totale. Il n'aurait pas toutefois fait cette opération et aurait au contraire fait la suture de l'utérus si sa malade avait été plus jeune qu'elle n'était.

M. Rivière. — Y avait-il des indications majeures qui rendaient nécessaire l'intervention chirurgicale de M. Villar ?

M. Villar. — La malade avait, en même temps que des douleurs très vives, des métrorrhagies fort abondantes. De plus, elle avait un teint cachectique très prononcé. Son état général était, en somme assez mauvais. C'est pour ces raisons que M. Villar se décida à une opération, sûr qu'il était d'ailleurs que celle-ci serait bénigne et ne présenterait aucun danger pour la malade.

Accidents survenus au cours du IXe Lendit régional.

M. Tissié. — Le IXe lendit régional, organisé par la Ligue girondine de l'Education physique les 28, 29, 30, 31 mai et 1er juin pour les élèves adolescents des treize lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux, vient de se clôturer après cinq jours de tenue pendant lesquels 188 jeunes gens, dont l'âge variait entre 16 et 19 ans, ont pris part à quinze épreuves de concours de jeux de plein air, d'exercices sportif et de mouvements d'assouplissement de plain-pied.

Tous ces lendistes étaient logés au petit lycée de Bordeaux-Talence, et, selon une règle établie d'un commun accord, depuis dix ans, entre l'Université et la Ligue girondine, aucun d'entre eux n'a pu quitter le petit lycée pour aller prendre ses repas au dehors ou coucher chez ses parents.

Une même hygiène préside donc tous les ans à de telles rencontres, ce qui explique l'absence totale d'accidents sérieux qui surviendraient très certainement si toute liberté était laissée aux lendistes.

Dès les débuts de l'œuvre, la Ligue girondine s'est préoccupée avant tout de l'état sanitaire des jeunes gens qu'elle invite à prendre part à des concours. Elle n'acepte que ceux qui ont été examinés au préalable par le médecin de chaque établissement.

Le rapport sanitaire fourni par l'infirmier des Ambulances urbaines, qui a suivi les lendistes sur tous les lieux pendant les 5 jours d'épreuves et qui a également couché au petit lycée de Talence, a noté au total :

Quatre épistaxis, 2 entorses, un effort musculaire, 1 contusion, 1 indisposition subite, 1 enrouement, 1 colique, soit 11 cas divers et très bénins sur 188 lendistes ayant pris part à 15 épreuves de concours pendant 2 jours 1/2, une promenade, excursion d'un jour et une demi-journée pour la distribution des prix.

L'enquête officielle et médicale ouverte après le lendit, auprès des confrères les médecins des établissements scolaires de l'Académie de Bordeaux se résume en ces mots : « Rien à signaler. Tous les lendistes ont repris leur études. L'état général est aussi satisfaisant que possible. Pas de symptômes de fatigue ou de surmenage. »

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 23 Mai 1898.

Œdème aigu « a frigore » du larynx chez un malade atteint d'épithélioma du côté gauche de cet organe.

M. Brindel présente un malade âgé de 57 ans, entré à l'hôpital, le 19 mai courant, pour des phénomènes aigus d'asphyxie, survenus assez brusquement à la suite de quelques libations faites dans la soirée.

Au moment de son admission, le malade était fortement congestionné; il respirait bruyamment et avec difficulté; toutefois l'interne de garde, tout en prescrivant une surveillance assidue auprès du patient, pensa qu'une trachéotomie pouvait être différée de quelques heures.

Le lendemain l'examen laryngoscopique montra : 1° une épiglotte normale; 2° une infiltration œdémateuse aiguë (vessie de poisson) des deux aryténoïdes, mais principalement de l'aryténoïde gauche et du repli ary-épiglottique du même côté; 3° une infiltration œdémateuse de la bande ventriculaire gauche, laquelle se confond avec l'aryténoïde; 4° une immobilisation absolue des deux cordes vocales œdémateuses et rouges, et des deux aryténoïdes; 5° enfin, une fente glottique très étroite dans laquelle est attirée, au moment de l'inspiration, une petite portion de la surface aryténoïdienne œdématiée gauche.

En présence de ces divers symptômes, on crut se trouver en face d'une laryngite œdémateuse aiguë simple avec paralysie des dilatateurs. Néanmoins, en raison de l'immobilité des cordes vocales et du rétrécissement glottique considérable, on pensa qu'une trachéotomie s'imposait.

La trachéotomie fut faite à la faveur de l'anesthésie cocaïnique (injection hypodermique de 2 centigrammes). Aucun incident. Les suites de l'opération furent normales. A peine survint-il, autour de la plaie, une légère tuméfaction due au milieu défavorable qu'offre l'hôpital aux trachéotomisés.

Ce matin, 23 mai, l'œdème aigu de l'aryténoïde du côté droit a disparu; la corde vocale droite s'écarte presque normalement de la ligne médiane. Il persiste une immobilisation de tout le côté gauche du larynx, de l'infiltration de l'aryténoïde de ce côté, et on aperçoit nettement une tumeur épithéliomateuse occupant la bande ventriculaire et la corde vocale.

La diffusion de la lésion rend inutile toute tentative d'opération radicale, thyrotomie par exemple.

En résumé, voilà un malade atteint d'un épithélioma inopérable du larynx, dont le mal ne s'était dévoilé jusqu'ici que par une légère dysphagie et un peu d'enrouement, le tout datant d'un mois à peine. Il a suffi d'une poussée inflammatoire aiguë, *a frigore* probablement, pour amener une dyspnée immédiate et interne, et mettre les jours du malade en danger. Les urines du malade, examinées avec soin, ne renferment pas trace d'albumine.

Cette observation montre bien l'intérêt qu'il y a à examiner, avant de pratiquer la décanulation, le larynx des malades qu'on trachéotomise d'urgence pour asphyxie imminente. On évitera ainsi bien des mécomptes et on ne s'exposera pas à devoir recommencer une opération pour une affection qu'on croyait à tout jamais disparue, comme l'eût été, dans ce cas, une simple laryngite œdémateuse aiguë.

Observations histologiques du bulbe d'un fœtus de six mois de vie intra-utérine.

M. Cannieu a continué, sur un fœtus de 6 mois ses recherches sur la voûte du quatrième ventricule. Sur les coupes en série dont il présente un certain nombre il a observé l'absence du trou de Magendie. Ce fait vient fournir une preuve contre l'assertion de Schwalbe et Quincke, qui prétendent que le trou de Magendie apparaît chez les embryons humains très jeunes. Il se pourrait, toutefois, qu'il s'agisse, en la circonstance, d'une sorte d'anomalie d'un fœtus chez lequel l'orifice en question, qui n'existe pas encore, aurait pu se produire s'il avait évolué plus longtemps. M. Cannieu fait remarquer cependant que le sujet avait été apporté dans des conditions particulières de bonne conservation. L'encéphale était très bien conservé; les coupes nous ont démontré d'autre part que les éléments médullaires et bulbaires se trouvaient en parfait état. Cela étant, une autre hypothèse peut se présenter à l'esprit; et l'on comprend très bien que si le trou de Magendie n'existe point sur le bulbe étudié, c'est qu'on a observé un individu mort depuis peu (3 ou 4 heures au plus).

Cette dernière interprétation, bien qu'elle repose sur un fait unique, semble devoir être admise de préférence à la précédente, si l'on tient compte de nos recherches antérieures d'anatomie et d'histologie comparées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance des 9 Mars et 27 Avril 1898.

Fracture de la jambe par rotation.

M. Heydenreich communique l'observation d'un homme âgé de 56 ans, qui en marchant avec des sabots, est tombé seu-

lement de sa hauteur et s'est fait une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe droite. Deux jours plus tard, il s'établit une plaque sphacélée, ouvrant l'articulation tibio-tarsienne, et déterminant une arthrite suppurée, une ostéomyélite, et une véritable dislocation du membre. L'amputation s'imposait, et fut pratiquée sur la jambe, bien que la région fût déjà intéressée par le gonflement dur de la lésion. La guérison se fit dans de bonnes condictions.

A l'autopsie de la jambe, on constata, outre l'ostéomyélite, un type de fracture non décrit; sur le tibia, le trait de fracture est rigoureusement vertical, détachant complètement la malléole interne en ouvrant en plein l'articulation; du côté du péroné, le fragment inférieur, brisé verticalement, haut de 7 cent. 1/2, ouvre également l'articulation.

Ce mode de fracture ne peut s'expliquer que par rotation en dehors, hypothèse appuyée par la tendance très légèrement spiralée du trait de fracture tibial.

Crises épileptiformes traitées par la craniotomie sans lésion.

M. Gross présente un cocher, âgé de 32 ans, alcoolique, atteint de syphilis il y a 6 ans, qui entra à la clinique de M. Spillmann pour des crises épileptiformes répétées, plus diffuses que l'épilepsie jacksonnienne pure. Ni l'examen clinique du crâne, ni l'examen radiographique ne montrèrent de lésions. Le traitement spécifique resta sans effet.

Le 27 janvier on pratiqua la craniotomie; on ne trouva aucune lésion et on referma la plaie. Suites opératoires des plus simples. Pendant 3 semaines, l'état fut excellent; le malade se lève depuis 3 semaines, il a repris ses habitudes alcooliques, et il va moins bien, bien que n'ayant pas encore eu de crise nouvelle depuis l'opération.

Il y a 2 ans, M. Gross trépana aussi un jacksonien à crises fréquentes sans trouver de lésion; il referma, et, depuis cette époque, l'opéré n'a plus présenté aucune crise.

Contusion de l'abdomen avec rupture du rein et péritonite sans perforation.

M. Heydenreich rapporte l'observation d'un enfant de 16 ans qui tomba sur le ventre, à 8 heures du matin. Immédiatement après, le malade ne présenta pas d'accidents graves mais bientôt survinrent des hématuries abondantes, sans autre signe de contusion rénale, et en outre une douleur fixe à la partie antérieure de l'abdomen. A 6 heures du soir la température était normale, le pouls à 70; pas de vomissements. La douleur était fixe, légèrement irradiée. Le lendemain matin, hématuries; la douleur abdominale persiste; la température est normale, le pouls un peu irrégulier, oscillant entre 94 et 104; très léger ballonnement du ventre. M. Heydenreich, pensant que la contusion rénale indubitable pouvait rendre compte des autres accidents, temporise encore; à 5 heures, la douleur est plus forte, le pouls à 120; ballonnement de la région stomacale.

Laparotomie, incision verticale en face le point douloureux. Sur le cæcum est une vaste plaque ecchymotique, sans perforation ni sphacèle; dans le péritoine, léger épanchement sanguinolent, légèrement teinté. Péritonite (34 heures après l'accident).

Immédiatement après l'opération, la douleur cessa; mais deux vomissements porracés survinrent le lendemain, la température arriva à 39°; le pouls à 150, et l'enfant succomba.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine un liquide sanglant, nettement purulent; pas trace de perforation intestinale. Ecchymose sur toute la longueur du côlon ascendant; la paroi intestinale, sans trace de sphacèle, avait toute sa force de résistance.

Le rein droit est littéralement coupé en deux, et, entre ses deux fragments, était un vaste hématome; ce rein mesurait en hauteur deux centimètres de plus que l'autre. Epanchement dans la capsule graisseuse; péritoine intact à ce niveau.

Dans ce cas, la péritonite ne peut être expliquée que par la migration des colibacilles à travers la paroi simplement ecchymosée de l'intestin.

M. Gross a observé dans son service une lésion absolument analogue. Un jeune homme de 25 ans est envoyé avec le diagnostic de hernie étranglée par le médecin qui avait pratiqué le taxis d'une façon prudente; avant de se décider à venir, le malade va trouver une sage-femme, qui fait de nouvelles tentatives de taxis pendant quatre heures; dans le train, souffrant énormément, il presse très énergiquement sur la hernie et la fait disparaître.

A son arrivée au service, il était en très mauvais état; prostration, pouls misérable; sang dans les selles. Une intervention était impossible. Le lendemain, il n'y avait plus de pouls, melæna, et le malade s'éteignit.

A l'autopsie, on ne trouva pas d'étranglement herniaire, mais, sur une longueur de 50 centimètres, il existait une congestion très intense, et, au-dessous, sur 25 centimètres, une véritable ecchymose. Rien dans le péritoine; pas trace de sphacèle ni de perforation.

Ictère grave chez l'enfant.

M. Haushalter présente le foie d'un garçon de 7 ans, mort d'ictère grave : cet ictère avait commencé, il y a une quinzaine de jours, comme un ictère infectieux léger; l'enfant entra à l'hôpital le 23 avril avec des symptômes nerveux graves, alternatives d'agitation et de torpeur, et du purpura; il succomba le 25 dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva dans l'intestin une tuméfaction, avec congestion des plaques de Peyer et des follicules; la rate était très volumineuse.

Le foie montre les lésions de l'atrophie aiguë; il est petit, flasque, ratatiné; sa surface présente des alternatives de plaques jaune foncé et de plaques blanches; à la coupe, le tissu, très mou, offre une teinte d'un jaune vert intense. Des cultures faites avec la rate ont donné le staphylocoque en culture pure.

Myopathie.

M. Haushalter montre un garçon présentant les symptômes de l'amyotrophie myopathique progressive; par la distribution de l'atrophie, ce cas se rattache au type décrit par Erb, sous le nom de forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive; cependant, une attitude spéciale de la bouche, la difficulté de souffler indiquent, depuis quelque temps, chez cet enfant, une participation de l'orbiculaire des lèvres, de telle sorte que l'on pourrait considérer ce cas comme une transition entre le type Erb et le type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine, si l'on ne savait actuellement, que tous les types différenciés autrefois se fondent, par une série de termes intermédiaires, en un seul processus, qui est la myopathie primitive progressive.

Depuis un an, l'affection progresse chez cet enfant d'une façon très marquée; il est difficile d'assigner, dans ce cas comme dans tous les autres cas du même genre, un début à la maladie; tout ce que l'on peut dire, c'est que depuis l'âge de 18 mois, la démarche de l'enfant a été maladroite et un peu dandinante, ce qui paraît bien démontrer, une fois de plus, que la myopathie progressive est une affection congénitale, dont les symptômes nets peuvent n'apparaître, d'une façon très visible, que dans la seconde enfance ou dans l'adolescence. Ce cas de myopathie est isolé dans la famille.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 Juin 1898.

Gastrostomie d'après la méthode de Witzel.

M. Hadra a présenté un malade qui a subi la gastrostomie par le procédé de Witzel pour un rétrécissement cancéreux infranchissable de l'œsophage. L'opération a consisté à pratiquer

une incision transversale au-dessous du rebord costal gauche; on divisa ensuite les muscles droit et transverse de l'abdomen parallèlement à leurs fibres on ouvrit ensuite la cavité péritonéale et on attira l'estomac au dehors. Cela fait, on forma sur l'estomac un pli dirigé obliquement de droite à gauche et de haut en bas, on pratiqua sur ce pli une incision par laquelle on introduisit un drain, et on sutura les bords de cette incision à la paroi abdominale. La fistule ainsi formée communique avec la cavité gastrique de la même façon que l'urethère s'abouche avec la vessie, c'est-à-dire qu'elle ne laisse pas échapper la moindre goutte du contenu stomacal.

M. Ewald confirme les bons résultats de la méthode de Witzel, à laquelle depuis trois ans et demi on a recours presque exclusivement à l'hôpital Augusta, lorsqu'il s'agit de pratiquer la gastrostomie.

Filaria medinensis.

M. Senator fils a présenté une négresse, entrée à l'hôpital pour une variole légère et chez laquelle on trouva au niveau de la malléole droite une petite plaie d'où est sortie une filaire de Médine. Pour extraire le parasite M. Senator eut recours au procédé employé par les nègres qui ont constaté que le parasite sort spontanément de la plaie malléolaire quand le sujet qui en est porteur prend des bains froids répétés. M. Senator fit donc prendre à sa malade, matin et soir, un pédiluve froid d'une durée de plusieurs heures, et après chaque bain il a pu constater que le ver sortait de 1 centimètre à 1 centim. 1/2. Pour qu'il ne rentre pas de nouveau dans le corps, les nègres le fixent au moyen d'un fil; c'est aussi à ce moyen que M. Senator eut recours. La filaire atteignant une longueur de 40 à 80 centimètres, ce procédé d'extraction est loin d'être rapide : c'est à peine si dans l'espace d'une huitaine de jours M. Senator est arrivé à en enrouler dix à douze centimètres.

Contractions rhythmique du voile du palais.

M. Bernhardt a présenté une femme, chez laquelle on observe 100 à 120 contractions rhythmiques, par minute, du voile du palais, de la base de la langue et du muscle peaucier du cou; elles sont accompagnées d'un bruit analogue à celui que donnent deux bouts d'ongles appliqués l'un sur l'autre avec une certaine pression et qu'on écarte brusquement.

Ces contractions coexistent quelquefois avec celles du muscle tenseur du tympan, mais ici rien de pareil n'a été noté. Erb et Oppenheim les ont également observées dans des cas de tic convulsif avec participation du nerf facial; toutefois, il est loin d'être prouvé que ce nerf soit pour quelque chose dans l'innervation du voile du palais.

La malade n'est pas hystérique et son affection a résisté à tous les traitements.

Des lésions de la moelle et du sang consécutives à l'anémie pernicieuse.

M. Moxter a montré des photographies et des préparations microscopiques qui prouvent que les lésions médullaires chez les sujets morts d'anémie pernicieuse sont toujours identiques; il en est de même des altérations du sang.

Chez trois malades, les accidents nerveux se déclarèrent en même temps qu'apparurent les altérations du sang; chez un quatrième, les mêmes accidents survinrent dès le début de l'affection; chez un autre, trois mois seulement après l'apparition des altérations du sang.

A l'autopsie, on trouva les lésions bien connues de l'anémie pernicieuse, mais chez quatre des malades on constata, en outre, une gastro-entérite interstitielle.

Les photographies de la moelle épinière montrent qu'il s'agit surtout de lésions en foyers disséminés dans les cordons postérieurs. Une dégénérescence de ces mêmes cordons, dégénérescence symétrique dans la région cervicale, asymétrie dans la partie inférieure de la moelle.

On n'a pu déceler l'existence d'aucune lésion au niveau des cellules ganglionnaires des cornes antérieures. Dans les substances grise et blanche il y avait de petits foyers hémorrhagiques composés exclusivement d'érythrocytes récents.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 Juin 1898.

Rupture de l'intestin.

M. Grewe a communiqué l'observation d'un malade qui après avoir reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen est entré à l'hôpital en présentant, comme symptôme saillant, du ténesme rectal. La laparotomie faite cinq heures après l'accident montra l'existence d'une rupture de l'intestin avec péritonite au début. Suture de l'intestin. Suites opératoires simples. Guérison.

Au cours de l'opération M. Grewe a été frappé de trouver une contracture très accusée de l'intestin, laquelle contracture expliquait le ténesme rectal dont se plaignait le malade.

M. Grewe voit dans cette contracture une sorte de défense providentielle de l'intestin contre l'issue des matières dans la cavité abdominale. Il faut donc la respecter et renoncer à l'opium qu'on donne en pareil cas.

Occlusion de l'intestin par torsion du cæcum.

M. Weinreich a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 42 ans qui était entrée à l'hôpital avec tous les symptômes d'occlusion intestinale datant de 10 jours. La situation ne paraissant pas grave on n'intervient pas, mais le lendemain les symptômes s'étant aggravés, on fit la laparotomie.

A l'ouverture de la cavité abdominale, qui contenait une petite quantité de liquide séreux, on constata que l'intestin grêle était très distendu tandis que l'S iliaque et la moitié gauche du côlon gauche étaient affaissés. Le cæcum se trouvait à sa place normale. Mais tout près de la colonne vertébrale on sentit une sorte de corde tendue qui fut reconnue pour le mésentère de l'intestin grêle. C'est autour de cette corde que sont venus s'enrouler le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse; les mésos de toutes ces parties avaient une longueur démesurée.

Il a suffi de détordre le gros intestin pour remettre les choses en place. La malade guérit.

Cancer de la glande mammaire.

M. Rotter opère depuis 1890 le cancer du sein en enlevant en même temps les pectoraux. Dans 40 cas opérés de cette façon il a examiné les pièces pour voir s'il ne se trouvait pas sous les pectoraux des noyaux métastatiques.

Dans un tiers des cas ces noyaux existaient effectivement au niveau de petits ganglions qui se trouvent sous les muscles. Or dans tous ces cas le cancer n'était pas très avancé et dans 10 cas le néoplasme était séparé du muscle par une couche épaisse de tissu adipeux qui semblait tout à fait saine.

On peut donc admettre que les métastases sous-pectorales sont aussi précoces que les métastases axillaires. Il s'ensuit que l'ablation des pectoraux s'impose au même titre que le curage de l'aisselle.

Sigmoïdo-rectostomie pour rétrécissement du rectum.

M. Rotter a fait dans trois cas de rétrécissement du rectum la sigmoïdo-rectostomie, opération préconisée par Bucklin et qui consiste à aboucher l'S iliaque avec la partie du rectum sous-jacente au rétrécissement.

Un des malades opérés par M. Rotter a succombé à la péritonite. Chez un autre auquel on avait déjà fait la colostomie et dont les ulcérations étaient cicatrisées, le résultat a été satisfaisant. Le troisième, dont les ulcérations n'étaient pas encore cicatrisées, a retiré jusqu'à présent peu de bénéfices de cette opération.

MM. Hahn, Körte et **Lindner** pensent que cette opération ne doit pas trouver souvent son indication, puisque dans

la grande majorité des cas les ulcérations descendent jusqu'à l'anus. En second lieu on peut craindre la propagation des ulcérations à l'S iliaque abouché.

M. Rotter estime que l'opération peut se faire chaque fois qu'il existe encore 5 ou 6 cas de rectum sain au-dessus de l'anus, ce qui d'après les statistiques est la règle dans la moitié des cas.

Polypose du rectum et adénomes malins.

M. Rotter a observé trois cas de polypose du rectum ayant présenté quelques particularités cliniques.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 32 ans qui présentait au niveau de l'anus plusieurs polypes sortant de l'anus. Ceux-ci furent enlevés, mais au bout de quelque temps d'autres parurent à leur place. Comme le malade avait une sécrétion rectale abondante et se plaignait de ténesme rectal, M. Rotter fit une laparotomie exploratrice qui lui permit de constater que tout le gros intestin à partir du cæcum était rempli de petites tumeurs polypeuses. Dans ces conditions M. Rotter aboucha la portion terminale de l'iléon avec la partie inférieure du rectum préalablement débarrassée de polypes. Après une amélioration passagère, le malade succomba au marasme.

Le deuxième malade, qui présentait exactement les mêmes symptômes que le malade précédent, est encore en traitement.

Dans le troisième cas opéré par M. Retter il s'agit d'une femme de 31 ans venue à l'hôpital pour consulter pour un prolapsus du rectum datant de 9 mois et accompagné de diarrhée et de sécrétions profuses. A l'examen on constata que le prétendu prolapsus était formé par des polypes et que dans le rectum se trouvait une tumeur irrégulière dont la limite supérieure ne pouvait être atteinte par le doigt.

M. Rotter enleva alors les polypes et fit la laparotomie qui lui permit de constater que la tumeur sentie par le toucher rectal arrivait jusqu'au tiers supérieur du rectum. Il l'enleva ainsi que plusieurs polypes qui se trouvaient dans l'S iliaque. Trois mois après, la tumeur se reproduisit, et, comme elle paraissait inopérable, M. Rotter l'enleva avec la curette. Dans la suite, la tumeur se reproduisant toujours, plusieurs autres curetages furent faits, si bien que la malade quitta l'hôpital avec sa tumeur, dont l'examen montra qu'il s'agissait d'adéno-carcinome.

Trois mois plus tard la malade revient à l'hôpital, et à l'examen on constata que la tumeur avait complètement disparu. Elle ne s'est pas reproduite depuis, et aujourd'hui, deux mois après la première opération, la malade va aussi bien que possible.

M. Lindner a fait, dans un cas de polypose rectale, l'extirpation du rectum et établi un anus sacré. Le malade a guéri.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 13 juin 1898.

Paralysie de l'hypoglosse d'origine traumatique.

M. Brasch a présenté un maçon de 54 ans qui en tombant dans une cave s'est cogné le côté droit de la nuque contre une pierre. Il resta une demi-heure sans connaissance et vint à l'hôpital en perdant du sang par le nez, la bouche et les oreilles. Pendant 2 jours il resta sans parler et ne pouvait remuer sa langue.

Après l'examen du malade, on se rattacha au diagnostic de contusion de la moelle épinière. Le malade quitta l'hôpital au bout de 8 jours, mais lorsqu'il revint 3 semaines après on trouva une paralysie de l'hypoglosse avec contractions fibrillaires et atrophie unilatérale. Aujourd'hui encore le malade présente des contractions fibrillaires plus marquées à droite qu'à gauche. La moitié droite de la langue est plus chargée que la moitié gauche. La tête est inclinée à droite et un peu tournée à gauche. L'excitabilité électrique du trapèze droit est diminuée. Il existe en outre des troubles de l'olfaction et de la gustation : tous les aliments ont pour le malade une saveur sucrée.

On aurait pu penser dans ce cas à une paralysie d'origine centrale, mais les caractères de l'atrophie et l'unilatéralité des symptômes plaident en faveur d'une lésion périphérique qui doit probablement siéger au niveau du trou condyloïdien.

M. Kron a observé un cas de paralysie de l'hypoglosse survenue à la suite de l'ablation d'un gros paquet ganglionnaire du côté gauche du cou. Les symptômes qu'on trouvait chez ce malade étaient les suivants :

Lorsque le malade tire la langue, celle-ci est déviée à gauche; la moitié gauche de l'organe est considérablement atrophiée et présente des contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence. Quand le malade parle, seule la moitié droite de la langue est animée de mouvements; à l'état de repos la langue paraît normale. Il existe en outre une paralysie des muscles de la langue et du larynx qui sont innervés par la branche descendante de l'hypoglosse.

Chez ce malade on trouvait encore une paralysie totale de la branche externe du nerf spinal. Le sterno-mastoïdien et le trapèze gauche étaient paralysés, considérablement atrophiés et présentaient la réaction de dégénérescence. La tête était un peu inclinée à droite, le côté gauche du cou et de la nuque aplati; la clavicule était presque verticale l'épaule abaissée et dirigée en avant. Le bord interne de l'omoplate était de 4 centimètres plus éloigné de la colonne vertébrale que celui de l'omoplate droite.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 16 Juin 1898.

Sérothérapie de la diphthérie.

M. Kassowitz dit qu'il ne conteste pas que dans beaucoup de villes la mortalité absolue par diphthérie eût diminué depuis l'emploi du sérum, mais il a fait observer que les défenseurs du sérum passaient sous silence ce fait important, à savoir que dans plusieurs autres villes la mortalité était restée stationnaire ou avait même augmenté depuis l'introduction de la sérothérapie. Rien ne prouve, d'autre part, que la diminution de la mortalité absolue soit le fait du sérum. L'examen des tracés graphiques de la mortalité absolue par diphthérie dans les vingt-cinq dernières années montre qu'on a déjà observé a d'autres époques des abaissements de la mortalité plus considérables que celui que l'on constate actuellement.

M. Paltauf fait valoir qu'à Vienne et dans l'Autriche méridionale la mortalité avait beaucoup diminué depuis l'introduction du sérum et que cette diminution était aussi prononcée dans les villes que dans les campagnes. Or, tout le monde sait que l'emploi du sérum, presque général en ville, est plus rare à la campagne et doit en tout cas y avoir lieu plus tardivement. Si donc la mortalité a diminué à la campagne dans les mêmes proportions qu'en ville, c'est que cette diminution d'est pas attribuable au sérum.

Quant à l'immunisation, elle a complètement échoué. Les partisans les plus convaincus du sérum reconnaissent eux-mêmes qu'on ne doit pas l'employer dans un but prophylactique. Du reste, on n'ignore pas que les enfants qui ont subi une atteinte de diphthérie, loin d'être immunisés contre cette maladie, ont à cet égard une prédisposition effrayante, et on trouve dans la littérature de nombreux cas de récidives suivies de mort, malgré l'emploi du sérum. Quelques-uns de ces enfants traités à l'hôpital pour une première diphthérie en ont contracté une seconde avant leur sortie et, bien qu'ils aient reçu du sérum dès le début de la maladie, plusieurs ont succombé. Ainsi donc, le sérum non seulement ne confère aucune immunité, mais même son efficacité thérapeutique est loin d'être constante.

Une autre question très importante se pose encore, c'est celle de la prétendue innocuité du sérum. Abstraction faite des petits inconvénients signalés par presque tous les auteurs, on a observé des accidents très graves à la suite de l'emploi du sérum. C'est ainsi que M. Kretz, partisan de la sérothérapie, a relaté les observations de deux enfants hydrocéphales, qui sont

morts à la suite d'injections de sérum. M. Baginsky a également publié un cas d'urémie (anurie complète et convulsions) chez un enfant auquel on avait injecté du sérum antidiphthérique.

On prétend généralement que, sous l'influence du sérum, les cas légers ne s'aggravent pas. Mais avant l'introduction de la sérothérapie il était également assez rare de voir un cas d'apparence bénigne revêtir tout à coup des allures graves.

M. Kassowitz déclare en terminant que le bacille de Löffler a été rencontré avec toute sa virulence dans 15 p. 100 des cas de scarlatine qu'a observés Franz. Heubner a trouvé ce même microbe chez 25 p. 100 des individus bien portants, et Variot chez 40 p. 100. D'autre part, le bacille de Löffler fait défaut dans environ 25 p. 100 des cas de diphthérie vraie. Ce microorganisme n'est donc pas l'agent spécifique de la diphthérie.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 3 Juin 1898.

Néphroptose traumatique.

M. Depage communique l'observation d'une jeune fille qui en plaçant une botte de foin sur une charrette, éprouva brusquement une violente douleur. Au moment de l'accident, la jeune fille portait un corset. Ces douleurs persistèrent, et lorsque, le mois dernier, M. Depage vit la malade pour la première fois, il trouva une rétroversion utérine très accentuée et une ptose rénale du côté droit. En même temps existait un œdème considérable du membre inférieur droit.

M. Depage voulut pratiquer l'opération d'Alexander, mais il constata que les ligaments ronds avaient disparu et il se vit forcé de suturer la matrice à la paroi abdominale en appliquant ses fils au niveau de l'origine des trompes.

Il fit ensuite une incision lombaire pour procéder à la néphropexie et constata que le rein ectopié était également atteint d'hydronéphrose. Il incisa la poche, qui donna issue à 2 litres de liquide et à six petits calculs à facettes. Il referma la cavité et fixa le rein aussi haut qu'il le pût.

L'opération fut suivie de la disparition de l'œdème, mais il se produisit de la pyurie. La plaie fut ouverte à nouveau et le rein est actuellement soumis au drainage.

Il est évident que la rétroversion utérine et la néphroptose sont directement imputables au traumatisme. La lithiase et l'hydronéphrose sont consécutives, mais il est impossible d'établir quelle a été la première en date.

M. Pechère demande comment M. Depage explique la genèse d'un œdème limité au côté malade?

M. Depage croit que cet œdème unilatéral a évidemment pour cause la compression exercée par la tumeur liquide : aussitôt après la première opération, l'œdème a disparu pour se reproduire dès que le liquide se reformait dans le bassinet.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 6 Mai 1898.

Polype naso-pharyngien.

M. Lavisé présente un malade auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien volumineux, par la résection temporaire des deux maxillaires supérieurs suivant le procédé de Kocher. Ce procédé donne un accès très large dans les fosses nasales et la cavité pharyngienne, permettant toutes manœuvres chirurgicales dans ces régions; il assure une restauration facile et solide du squelette de la face; enfin il laisse après lui une difformité à peine visible : une cicatrice verticale de la lèvre supérieure, comme on peut le constater chez l'opéré. L'hémorrhagie est très abondante : peut-être la ligature préventive des deux carotides externes serait-elle utile. Pour prévenir l'invasion des voies respiratoires par le sang, M. Lavisé avait pratiqué la trachéotomie avec canule-tampon de Trendelenburg.

Les sels de chaux dans la pathogénie du rachitisme.

M. Albert Delcourt donne le résultat de ses expériences faites au laboratoire de thérapeutique, en vue de créer du rachitisme expérimental.

M. Delcourt donne à un jeune lapin de 6 semaines une nourriture contenant une quantité de chaux connue, additionnée de quelques centimètres cubes d'acide lactique. Les analyses des fèces et des urines de l'animal en expérience, faites chaque jour, ont démontré que :

1° L'acide lactique introduit dans le tube digestif d'un lapin augmente l'élimination de la chaux;

2° Le poids de l'animal varie avec la quantité de chaux éliminée. Quand le lapin en expérience élimine plus de chaux qu'il n'en reçoit, il perd du poids; le contraire a lieu quand il élimine journellement moins de chaux que celle contenue dans sa nourriture; au bout de deux mois, l'animal mourut ne pesant que 720 grammes; le lapin de contrôle pesait 2 200 grammes.

3° La quantité de chaux contenue dans les os du lapin soumis à l'alimentation lactique est inférieure à celle contenue dans les mêmes os d'un animal normal du même âge (animal contrôle de la même nichée).

4° Tandis que les os du lapin normal contrôle sont durs, résistants et lourds, les os du lapin soumis à l'action de l'acide lactique sont légers, friables et se laissent facilement sectionner au moyen d'un couteau.

M. Delcourt montre ensuite les coupes microscopiques des os du lapin soumis à l'action de l'acide lactique. On constate que le cartilage d'ossification est arrêté dans son développement et n'a pas donné naissance à du tissu osseux. On n'y trouve ni les lésions caractéristiques du rachitisme (hypertrophie du cartilage avec déviation de l'ossification), ni les lésions de l'ostéo-malacie. C'est un véritable arrêt de développement.

La conclusion de ces recherches, intéressantes au plus haut point, est que le défaut de sels calcaires et l'acide lactique ne suffisent pas pour créer, chez le lapin, un état pathologique semblable au rachitisme.

Kyste séreux congénital du cou.

M. Van Engelen a opéré un homme de 35 ans pour une tumeur du volume d'une orange et située à la région antérieure du cou. Datant de la naissance, elle avait dans ces derniers temps beaucoup augmenté de volume; c'était un kyste multiloculaire, s'étendant de l'os hyoïde à la fourchette sternale, en plongeant un peu dans le médiastin; il était sous-jacent aux muscles et adhérait profondément à la jugulaire interne.

Ces kystes sont rares et peuvent parfois atteindre un volume considérable; ce sont des tumeurs dissécantes, s'infiltrant même parfois à l'intérieur des muscles, dont elles déterminent une vraie dégénérescence kystique. Une particularité anatomique souvent notée est leur adhérence fréquente aux gros vaisseaux profonds. Ces kystes sont généralement multiloculaires, à contenu citrin, sanguinolent parfois; leur structure les a fait considérer comme des tumeurs d'origine lymphoïde. Le diagnostic s'appuie surtout sur leur caractère congénital, et le seul traitement en est l'extirpation.

Rupture de l'urèthre.

M. Van Engelen est intervenu au quatrième jour d'un accident de ce genre, alors que la vessie, malgré des tentatives répétées de cathétérisme, était énormément distendue, le périnée ecchymotique, infiltré, et la fièvre nettement établie. La ponction vésicale, faite au trocart ordinaire que remplaça aussitôt une sonde de Nélaton, permit tout d'abord une dérivation du cours des urines et une irrigation antiseptique de la vessie. Puis une incision périnéale révéla une rupture totale de l'urèthre, dont le bout postérieur fut facilement trouvé; une sonde anglaise se laissa placer très aisément dans les deux tronçons du canal divisé, et les tissus furent suturés à la soie n° 1. Le dixième jour, la sonde est enlevée et la guérison parfaite.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les paralysies urémiques

(Pathogénie et nature)

D'après M. le Dr Baillet (1).

Pathogénie. — Les accidents consécutifs à la rétention des substances éliminées normalement par le rein sont connus depuis longtemps.

Entrevu par Morgagni, signalé par Monneret, par Frerichs, comme cause des paralysies urémiques, l'œdème cérébral, ainsi que l'anémie qui en résulte, était considéré par Traube comme un procédé pathogénique univoque déterminant toutes les manifestations nerveuses de l'urémie.

Mais à cette interprétation, corroborée par Jaccoud, Rosenstein, etc., Charcot présentait dès 1875 de graves objections. A propos des attaques apoplectiformes et épileptiformes observées au cours des affections cérébro-spinales il écrivait : « Il s'agit d'altérations permanentes, à évolution lentement progressive, elles ne sauraient par conséquent, sans le secours d'autres lésions, expliquer le développement des accidents qui se produisent le plus souvent brusquement et peuvent disparaître sans laisser de trace. »

Pour lui, l'absence de lésions propres est, anatomiquement parlant, un trait commun à ces attaques, quelle que soit la forme qu'elles affectent et la maladie à laquelle elles se rattachent.

La théorie de l'œdème cérébral résista cependant à cette rude attaque. D'ailleurs Carpentier publiait, 5 ans après, la première observation précise d'hémiplégie urémique, et constatait à l'autopsie un œdème cérébral prédominant très nettement sur l'hémisphère opposé.

Paetsh (2) adopte cette théorie pour expliquer deux cas d'urémie accompagnés d'accidents convulsifs qui furent suivis d'une hémiplégie droite et d'un état comateux.

Puis ce sont Leichstenstern et Jackel (1), M. Raymond, MM. Chantemesse et Tenneson, qui font de la présence de l'œdème cérébral une condition nécessaire à la production de ces paralysies. Une seule différence sépare ces derniers auteurs; les malades du professeur Raymond — des vieillards — présentaient, outre l'œdème, de l'athérome des artères cérébrales qui déterminait des troubles circulatoires et la localisation des désordres paralytiques. Dans deux cas la localisation semblait dépendre d'anciennes lésions en foyer cicatrisées depuis longtemps et remises en évidence par l'œdème. Sans nier la valeur d'une altération préalable des vaisseaux, MM. Chantemesse et Tenneson font remarquer que 3 de leurs malades âgés de moins de 35 ans n'en présentaient nulle trace et qu'en l'absence de ces lésions des modifications partielles de la circulation pouvaient déterminer la congestion ou l'œdème, modifications analogues du reste à celles qui produisent l'œdème isolé des paupières, les foyers errants de congestion pulmonaire. La température élevée de leurs malades, la localisation des paralysies, parfois l'absence du coma, tout cela leur semble contraire aux effets habituels des substances toxiques de l'urine.

En 1886, Dewèvre, puis Florand et Canniot publient des faits semblant confirmer définitivement la théorie pathogénique de l'œdème cérébral quand Lancereaux puis Chauffard soutinrent, à l'aide d'observations cliniques et de constatations nécropsiques précises la simple contingence de l'œdème et des paralysies. Ils n'avaient trouvé ni l'œdème cérébral, ni la lésion des artères. A vrai dire, il ne s'agissait pas dans la publication de Chauffard de paralysie mais bien d'épilepsie partielle; cependant les convulsions et les paralysies n'étant que les deux termes d'une exaltation ou d'une dépression nerveuse centrale de commune origine l'examen nécroscopique conservait toute sa valeur. Level publie dans sa thèse un nouveau cas d'hémiplégie urémique sans œdème ni lésion encéphalique d'aucune sorte, et résume tous les arguments que les partisans de l'intoxication opposent à la théorie mécanique : la diffusion habituelle de l'œdème, qui s'accorde mal avec la limitation du trouble moteur, la différence d'action inexplicable de l'œdème suivant qu'il est d'origine urémique ou d'origine cardiaque. Ne devrait-on pas, comme l'a dit Chauffard, étendre la pathogénie mécanique aux paralysies sensitives et sensorielles de l'urémie et dans ce cas l'amaurose urémique qui est un phénomène si fréquent et si transitoire ne devrait-elle pas, suivant la remarque de Litten coïncider avec une tuméfaction œdémateuse de la papille trahissant l'augmentation de la pression intra-crânienne? Depuis 1888 les faits se sont accumulés, apportant tour à tour leur confirmation à l'une et à l'autre interprétation pathogénique. D'autre part, de nombreux exemples de paralysies transitoires (hémiplégie, aphasie) ont été décrits, soit au cours des maladies infectieuses, soit au cours d'intoxications de sources très diverses, diabète, goutte, saturnisme, hydrargyrisme, sulfure de carbone, tabac, etc., et peuvent jeter quelque lumière sur les paralysies urémiques.

Nous examinerons successivement :

A. Les observations de paralysies urémiques confirmées par l'autopsie.

1. Voir *Gazette*, 3 juillet 1898.
2. Paetsch, *Zeitschr. für klin. Med.*, 1881.

1. Jackel, Berlin, 1884.

B. Les faits expérimentaux.

Anatomie pathologique. — A. *Paralysies urémiques confirmées par l'autopsie.* — Pratiquée 35 fois sur 39 cas mortels, l'autopsie a permis de contrôler le diagnostic clinique, et d'attribuer les paralysies à la lésion rénale.

Sur ces cas, il en est 29 dans lesquels il n'existait aucune lésion en foyer.

Dans 4 autres il existait une lésion en foyer.

1re Série. — *Paralysie sans lésions macroscopiques.* — Après la lésion *constante* du rein, la constatation la plus fréquente est celle de l'œdème cérébral qui est notée 20 fois. Exceptionnellement limité ou prédominant sur une moitié du cerveau, cet œdème, ordinairement diffus, est infiltré dans la substance cérébrale et sourd à la surface de section. Il peut être abondant et certaines relations nécropsiques le qualifient de considérable; il existe alors une dilatation ventriculaire appréciable. L'hydropisie sous-arachnoïdienne ou l'infiltration des mailles de la pie-mère peuvent remplacer l'œdème de la substance cérébrale. Mais dans la grande majorité des cas le liquide séro-citrin s'écoule à l'incision de la dure-mère; il infiltre la pie-mère aussi bien que la substance des hémisphères. Souvent l'œdème s'accompagne d'anémie cérébrale marquée; toutefois cette anémie peut se montrer en l'absence de tout œdème et de toute lésion des vaisseaux (Lancereaux). L'infiltration œdémateuse fait défaut dans les autres cas.

Enfin il faut signaler la fréquence chez le vieillard des lésions d'athéromasie cérébrale (Raymond). Mais il n'existe aucune relation constante entre l'athérome des artères cérébrales et l'œdème.

2e Série. — *Paralysies avec lésions macroscopiques.* — Ici encore la lésion rénale est *constante* et l'œdème fréquent, mais non constant.

Dans le cas d'Allemand, sur la première temporale gauche, au commencement et sur la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius, on observait une plaque de ramollissement jaune occupant la couche grise corticale. Cette lésion corticale gauche ne peut évidemment expliquer l'apparition de l'hémiplégie gauche. Dans une observation de Raymond on trouvait une cicatrice d'un ancien foyer hémorrhagique de la grosseur d'une lentille, situé à la partie supérieure et interne du noyau lenticulaire droit. La capsule interne était respectée. Pas de dégénérescence secondaire. Cette lésion, ayant déterminé autrefois une légère attaque d'hémiplégie gauche qui disparut sans laisser de trace, n'ayant subi aucune modification récente était incapable de provoquer à elle seule l'hémiplégie gauche qui survint 2 jours avant la mort.

Dans un second cas de Raymond sur l'hémisphère gauche on trouve la trace d'un foyer de ramollissement ancien siégeant à la partie moyenne de la circonvolution pariétale supérieure et atteignant la partie postéro-supérieure du pli courbe. Hémiplégie droite que ne peut expliquer la lésion corticale de la circonvolution pariétale supérieure.

Dans l'observation de Baillet, pas d'œdème, pas d'athérome, pas de foyer d'hémorrhagie. Rien à signaler, sauf une petite plaque de ramollissement jaune de la pointe du lobe occipital.

Ici donc, comme dans la première série, les désordres moteurs doivent donc être rapportés à la seule lésion qui ne fait jamais défaut : la lésion du rein.

Mais comment agit cette lésion rénale, constante, fondamentale, indiscutée non plus que les rapports de cause à effet qui l'unissent aux troubles moteurs? A ne considérer que les relations d'autopsie il paraît impossible de mettre en doute l'importance de l'œdème. Car bien qu'inconstant, il existe dans les 2/3 des cas et serait plus fréquemment constaté si les paralysies des néphrites subaiguës étaient souvent suivies de mort. Il ne peut jouer un rôle purement mécanique : l'œdème cérébral des cardiaques valvulaires asystoliques si fréquemment observé ne produit pas de troubles moteurs. Si MM. Achard et L. Lévi ont publié (1) deux cas de paralysies transitoires de la face et des membres chez des cardiaques, indépendantes d'une grosse lésion cérébrale, ils mettent néanmoins les phénomènes paralytiques sous la dépendance de troubles circulatoires et de troubles toxiques d'origine hépatique.

Dans les affections valvulaires, M. Huchard n'a jamais observé de désordres paralytiques sans lésions cérébrales.

Le peu d'examens cliniques pratiqués du liquide de l'œdème montrent qu'il ne diffère pas sensiblement du liquide céphalo-rachidien normal. Il ne renferme pas une trop grande proportion d'urée et il n'est pas possible de lui attribuer d'après cette analyse un rôle quelconque. L'œdème n'exerce donc pas d'action chimique :

Bien que dans aucune observation il ne soit fait mention de la toxicité expérimentale de la sérosité œdémateuse il semble que le liquide de l'œdème cérébral doive contenir au même titre que le sérum des poisons nombreux et se comporter vis-à-vis des cellules cérébrales comme le sang lui-même.

B. — *Étude expérimentale.* — Les expériences instituées par M. le professeur Raymond et le Dr Arthaud ont eu pour but de contrôler cette hypothèse que les paralysies localisées de l'urémie sont provoquées par des modifications vasculaires locales. De ces modifications vasculaires résulterait une anémie cérébrale qui s'ajoutant à l'anémie préexistante, dont M. Cuffer a montré l'existence chez les vieux brightiques, déterminerait dans les membres correspondants le désordre paralytique. Sur 2 lapins adultes, après excision du ganglion cervical supérieur d'un côté, et ligature des deux hiles du rein cinq jours après quand les vaisseaux de l'oreille, d'abord dilatés, ont repris leurs mouvements rythmiques, on voit survenir 4 jours plus tard des convulsions limitées à la moitié du corps opposée au ganglion excisé, elles durent de quelques minutes à une heure et les lapins meurent dans le coma.

Chez le premier lapin on trouve une quantité assez notable de liquide dans les ventricules et peut-être un peu d'œdème, mais très léger, et en tout cas s'étendant uniformément aux deux hémisphères.

Chez le second lapin le cerveau et ses membranes n'offrent rien de particulier. Un peu de liquide dans les ventricules. Il y a dans ces cas analogie nette, à part le phénomène apoplectique du début et l'absence de paralysie, entre l'expérimentation et la clinique : « En opérant, dit Raymond, la suppression de la sécrétion rénale à un moment où les vaisseaux commencent à reprendre leur tonicité, mais sont encore sous l'influence des lésions consécutives à la section vaso-motrice, il est certain que s'il vient se surajouter une cause dyscrasique générale à la moins grande résistance des vaisseaux d'un hémisphère, l'œdème sera plus prononcé d'un côté, la gêne circulatoire y sera plus apparente et cet hémisphère ressentira le premier les effets de l'intoxication urémique. » Il semble qu'il faille supprimer la prédominance de l'œdème d'un côté car la dyssymétrie de l'œdème a fait défaut et ajouter que l'intoxication a fait sentir ses effets

1. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 octobre 1897.

principalement sur le domaine irrigué par les vaisseaux lésés à la suite de l'arrachement du ganglion cervical supérieur. Les deux autres expériences destinées à démontrer le rôle des troubles de la circulation cérébrale dans la réapparition des vieilles paralysies d'origine corticale sont moins concluantes. En raison de l'absence de lésions expérimentales du rein et de rétention de produits toxiques elles ne peuvent s'appliquer aux observations citées de paralysies avec lésions en foyer.

NATURE DES PARALYSIES URÉMIQUES. — Semblables aux troubles moteurs d'origine urémique, des désordres moteurs et convulsifs s'observent dans l'empoisonnement par le plomb, le mercure, l'alcool, le sulfure et l'oxyde de carbone, etc.; des troubles de la sensibilité leur sont souvent adjoints, pareils à ceux de l'hystérie, justiciables des mêmes moyens thérapeutiques et susceptibles de transfert. L'aphasie transitoire peut exister simultanément dans l'intoxication par le tabac et la santonine. Précédées ou non de convulsions ou de contractures, que ces parésies dépendent d'un état nerveux créé de toutes pièces par le poison ou qu'au contraire celui-ci n'ait fait que réveiller une disposition latente, il n'en est pas moins admis aujourd'hui qu'elles sont de véritables paralysies (hystérie toxique). L'aphasie tabagique fait peut-être exception, elle serait attribuable à un spasme des artères cérébrales analogue au spasme des artères coronaires des fumeurs qui produit l'angine de poitrine tabagique. L'hémiplégie et l'aphasie transitoires, accompagnées d'hémianesthésie sont aussi connues dans la goutte et le diabète (Leudet, Marchal de Calvi, Andral) et diffèrent complètement des troubles nerveux permanentes dus à une lésion cérébrale (1).

Les paralysies passagères des maladies infectieuses (Macario (2), Lépine) (3)rencontrées dans la fièvre typhoïde (Schneider (4), Garlick (5), Landouzy, Murchison), dans la rougeole (Schwarz), l'aphasie transitoire de la variole (Hanot, Brouardel), de l'accès palustre (Grasset), ont pour type les paralysies transitoires de la pneumonie (Boulloche) (6). Pour cet auteur un certain nombre au moins de ces paralysies pneumoniques sont de nature hystérique. Par leur origine toxique, par leur subite apparition, leur subite apparition, leur courte durée, par la coexistence si fréquente des troubles de la sensibilité et surtout par l'absence de lésions macroscopiques, certaines paralysies urémiques ressemblent singulièrement à ces paralysies hystériques, toxiques ou infectieuses.

Par l'existence à peu près constante des convulsions, les paralysies des néphrites subaiguës se rapprochent également des paralysies transitoires des épileptiques consécutives principalement à l'épilepsie partielle.

Les faits cliniques mettent d'autre part en évidence la susceptibilité de l'écorce cérébrale vis-à-vis des poisons urémiques, et récemment Donetti (7) confirmait expérimentalement l'existence de lésions cellulaires qui leur seraient propres et présentent leur maximum dans la substance grise (atrophie variqueuse des prolongements des cellules et de la névroglie).

Ces lésions cellulaires encore mal connues expliquent sans doute la durée anormale de certaines paralysies urémiques et la lenteur exceptionnelle de la restitution intégrale. Elles expliqueraient aussi l'apparition des paralysies récurrentielles si celles-ci étaient définitivemontrées, des paralysies périphériques.

La démonstration de ces lésions vient à l'appui de cette hypothèse formulée par Pick (1) à propos de l'un des cas d'hémianopsie qu'il a observés. Cet auteur, ayant constaté en même temps un foyer de ramollissement du lobe occipital, se demande avec juste raison si, comme la glycérine, l'oxyde de carbone, la toluylendiamine, les poisons urémiques ne sont pas susceptibles de déterminer des coagulations vasculaires.

Mais comment une intoxication urémique diffuse produit-elle des symptômes localisés, tels que les paralysies et les convulsions?

Il semble que différentes causes interviennent dans la localisation de ces paralysies, la susceptibilité spéciale de l'écorce aux poisons de l'urémie, les modifications circulatoires déterminées par l'athérome ou bien par l'action directe des poisons sur les artères cérébrales, l'œdème partiel, enfin la prédisposition individuelle, native ou acquise, des zones psycho-motrices.

1. DROUINEAU, Hémiplégies diabétiques (*Gaz. des hôpit.*, 17 avril 1897).
2. MACARIO, *Gaz. méd.*, Paris, 1857 et 1858.
3. LÉPINE, *De l'hémiplégie pneumonique* (th. de Paris, 1870).
4. SCHNEIDER, *Paralys. consécut. aux maladies aiguës* (th. de Paris, 1877).
5. GARLICK, *in* thèse HULSMEYER, Wurtzbourg, 1885,
6. BOULLOCHE, *Des paralysies pneumoniques* (th. de Paris, 1892).
7. DONETTI, Urémie expérimentale (*Soc. de biol.*, mai 1897).

1. PICK, Hémianopsie dans l'urémie (*Deutsch. Archiv. f. klin. Med*, LVI, 1 et 2, et *Sem. méd.*, p. 112, 1896).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants.

Diagnostic et traitement par l'électricité.

Par le Dr MALLY.

OBSERVATION. — C. L..., 46 ans, entre à l'hôpital Bichat, service de M. le professeur Terrier, pour y être opérée d'une tumeur siégeant au niveau du creux poplité de la jambe droite.

La malade, blanchisseuse de son état, d'aspect assez satisfaisant, prétend avoir été chétive toute sa vie. Elle a marché à 4 ans, a parlé très tard, vers le même âge, réglée à 16 ans, toujours régulièrement, n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche. Ses antécédents personnels se réduisent à quelques érysipèles de la face; elle a des bronchites tous les hivers.

Au mois de juillet 1897, elle commence à souffrir de la jambe droite, elle ressent des fourmillements, des engourdissements, il y a un peu d'œdème le soir. Au mois de septembre les symptômes précédents s'accentuent, et la malade perçoit au toucher une grosseur au niveau du creux poplité; à partir de ce moment son travail lui devient impossible et la malade entre à l'hôpital le 6 janvier 1898.

Le 28 janvier M. Fredet, interne du service, pratique l'ablation de la tumeur. L'incision conduit sur une masse située au-dessous de l'aponévrose, en contact avec le nerf sciatique poplité externe en dehors et une grosse veine en dedans.

Cette masse, de la grosseur d'une mandarine, paraît formée par la coalescence de quelques ganglions lymphatiques, elle est extirpée à la curette, la peau est suturée sur un gros drain.

Au cours de l'opération, le saphène péronier a été découvert et récliné, puis le sciatique poplité interne également; ces deux nerfs présentaient un aspect normal. A un moment donné, probablement sous l'influence d'une traction exagérée, on a noté une secousse dans le pied.

Le lendemain 22 janvier, la malade se plaint de douleurs vives au niveau de la face dorsale du pied, on constate une parésie très marquée des extenseurs, parésie qui va en augmen-

tant les jours suivants. La plaie opératoire guérit sans incidents, le drain est retiré au bout de dix jours, la réunion est parfaite dans la superficie et dans la profondeur, la cicatrice n'est pas douloureuse.

Le 8 février nous examinons la malade et nous constatons les faits suivants : la paralysie des muscles innervés par le tibial antérieur est complète (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, pédieux et péroniers), la réaction de dégénérescence est complète, les muscles désignés présentent un certain degré d'atrophie, l'attitude du pied représente le le pied bot paralytique classsique chute de la pointe du pied (équin valgus). La marche s'accomplit en steppant sans raideur et sans spasme.

Les troubles de la sensibilité sont très peu marqués : la malade perçoit la piqûre d'une épingle par toute la jambe, un peu moins sur le dos du pied qu'ailleurs, cette dernière région est toujours le siège de douleurs assez vives comparées par la malade à une sensation de brûlure, plus intense la nuit que le jour.

Jusqu'ici, les symptômes décrits sont ordinaires, mais l'examen des réflexes nous réserve un état de choses assez exceptionnel. En effet, les réflexes rotuliens sont très exagérés à droite et à gauche, ils sont plus vifs à droite du côté malade; le pied droit présente la trépidation épileptoïde très manifeste, le pied gauche également, quoique à un degré moindre.

Enfin le triceps crural droit présente un certain degré d'émaciation, l'excitabilité mécanique de ce muscle est conservée, son excitabilité électrique diminuée.

Nous avons institué le traitement suivant : pinceau faradique sur la cuisse et la jambe pendant 10 minutes, et faradisation localisée du triceps crural. Aucune application locale sur les muscles qui présentent la réaction de dégénérescence.

L'évolution de ces divers symptômes fut la suivante : les douleurs furent amendées assez rapidement, mais la marche les provoque et les exagère toujours; la trépidation épileptoïde des pieds disparut au pied gauche au bout d'un mois environ, puis au pied droit vers la fin du mois suivant (mars).

Les réflexes rotuliens sont actuellement normaux à gauche, ils sont encore exagérés à droite.

L'excitabilité électrique du triceps droit est redevenue normale, ce muscle présente encore un certain degré d'atrophie.

La paralysie du nerf tibial a évolué dans un laps de temps de 6 mois environ de la façon la plus classique, c'est-à-dire que les mouvements volontaires ont commencé à réapparaître avant le retour de l'excitabilité faradique des muscles, l'excitabilité galvanique exagérée avec inversion polaire dans le courant du 1er et 2e mois était tombée ensuite au-dessous de la normale, mais n'avait pas disparu pour les muscles. Le nerf était inexcitable aux deux courants dès le début.

Cette observation nous paraît présenter un certain intérêt à plusieurs points de vue : avant toute chose, on remarquera que les conditions du traumatisme, point de départ des accidents, présentent un caractère de précision presque expérimentale.

Un premier point à remarquer nous paraît être celui-ci : l'état de vulnérabilité que peut présenter le système nerveux chez certains malades : il est évident que la traction exercée sur le nerf saphène externe n'a été ni exagérée, ni surtout comparable aux élongations de nerfs que l'on exécute couramment en chirurgie, élongations qui sont rarement suivies d'accidents paralytiques graves. Les causes de cette vulnérabilité du système nerveux, central ou périphérique sont évidemment multiples et sont encore très peu définies :

Notre malade, outre son état général peu satisfaisant, exerce la profession de blanchisseuse; l'intoxication lente par l'oxyde de carbone est très fréquente en pareil cas; elle présentait assez nettement quelques-uns des principaux symptômes de cette intoxication; nous avons relevé chez elle un état émotif très accentué, un certain degré d'obnubilation intellectuelle avec tendance à la mélancolie, un léger tremblement des doigts, et surtout elle est sujette à certains accidents nerveux qui se caractérisent ainsi :

A propos de contrariétés la malade a très facilement des attaques de nerfs; même sans aucune cause directe, elle tombe sans connaissance soit chez elle, soit dans la rue, cette perte de connaissance est précédée d'un léger aura. Dehors, elle tombe généralement sur un banc sans pousser de cris et sans se débattre, elle ressent un engourdissement général puis perd complètement connaissance pendant un quart d'heure, elle a, en revenant à elle, de l'écume à la bouche, mais elle ne se mord pas la langue et n'a pas de miction involontaire; elle se réveille très fatiguée. Ces crises ont été plus ou moins fréquentes à différentes époques de sa vie; l'année dernière elles étaient rares. Le sommeil est très léger, elle se réveille souvent, mais se rendort assez facilement.

Les quelques considérations qui précèdent peuvent jusqu'à un certain point nous expliquer, après coup, la vulnérabilité exceptionnelle du système nerveux chez cette malade; d'autres considérations peuvent encore être invoquées :

A propos des paralysies post-chloroformiques, on a pensé que l'emploi des anesthésiques jouait un certain rôle dans la pathogénie des névrites chirurgicales.

Au dernier congrès de chirurgie, M. Schwartz a montré que la preuve d'une telle action était impossible à établir, et l'hypothèse qui attribue aux anesthésiques une certaine action qui, jointe au traumatisme ou choc opératoire augmenterait la vulnérabilité du système nerveux, reste à l'état de spéculation pure; il est néanmoins vrai que les paralysies consécutives aux injections sous-cutanées d'éther, et les psychoses post-opératoires elles-mêmes sont des faits qui prêtent à la discussion, et que sur ce point la question reste ouverte.

Les autres considérations que l'on invoque d'habitude en pareil cas sont tout aussi peu précises : c'est ainsi que les intoxications diverses qui mettent l'organisme en général en état de réceptivité morbide peuvent être invoquées pour expliquer la vulnérabilité nerveuse.

Les malades affaiblis par un long séjour au lit sont souvent frappés de paralysie en s'appuyant sur une béquille dès les premiers pas qu'ils font. Dans deux cas de paralysie radiculaire consécutives à une luxation de l'épaule rapportés récemment par M. le Dr Duplay, l'auteur signale comme causes prédisposantes dans l'un l'hérédité, et une paralysie radiale *a frigore* dans l'autre cas; il insiste en outre sur l'impossibilité anatomique d'une compression directe du plexus brachial par la tête humérale luxée.

Du reste la nature même des lésions du nerf reste tout aussi indéterminée. Le traumatisme agit-il en provoquant la rupture des tubes nerveux (élongation) ou leur écrasement (compression) ou bien encore en provoquant une hémorrhagie intra-parenchymateuse (névrites apoplectiformes)? Toutes questions auxquelles la réponse ne peut être faite pour le moment; et cependant les accidents consécutifs à ces traumatismes d'apparence insignifiante peuvent avoir l'importance et la gravité de ceux qui accompagnent les sections complètes du tronc nerveux.

En somme, les conditions pathologiques qui font que certains individus jouissant d'une santé satisfaisante en apparence sont sujets à de graves lésions organiques du système nerveux, à propos d'un traumatisme inoffensif nous demeurent encore parfaitement inconnues, et actuellement aucun signe clinique ne permet au chirurgien de prévoir ces accidents avant d'entreprendre une intervention.

Un second point également digne d'intérêt est celui-ci :

Cette malade a présenté en même temps deux sortes d'accidents nerveux qui sont de nature bien différente : 1° une paralysie par névrite de cause externe, paralysie bien déterminée, très banale et qui ne présente absolument rien de particulier; nous ferons observer seulement que l'exploration électrique est des plus précieuses en pareil cas; ce mode d'investigation peut donner dès le début une indication précise sur le degré de gravité de la paralysie. On sait en effet que ces sortes de paralysie par traumatisme des nerfs peuvent affecter une marche des plus irrégulières, quelques-unes guérissent en 3 semaines, d'autres durent des années et peuvent rester incurables. Il est bon de faire remarquer ici que l'exploration électrique, peut dès la fin de la première semaine, faire prévoir si la paralysie sera bénigne, de gravité moyenne ou très grave. Selon que l'excitabilité neuromusculaire sera conservée, ou que la réaction de dégénérescence se montre d'emblée on pourra conclure avec certitude que la paralysie guérira dans un laps de temps de 3 à 6 semaines dans le premier cas et dans le second aura une durée qui ne sera pas inférieure à 6 mois au moins et peut-être demeurera incurable selon l'évolution ultérieure; enfin la réaction partielle de dégénérescence indiquera des cas intermédiaires de gravité moyenne.

De plus l'exploration électrique nous renseignant assez exactement sur le degré d'altération des fibres nerveuses, et sur l'état anatomique du cylindraxe, va nous permettre d'instituer un traitement vraiment rationnel de ces paralysies.

A la première catégorie, en effet, la guérison spontanée ayant lieu dans un très court espace de temps il sera à peine nécessaire d'instituer un traitement actif, quelques mesures hygiéniques, quelques séances d'électrisation, que l'on pourra se dispenser du reste, d'imposer aux malades nécessiteux ou très occupés, hâteront peut-être de quelques jours le retour complet des fonctions.

Les paralysies de gravité moyenne demandent à être surveillées d'un peu plus près, les imprudences telles que l'exposition au froid, à la fatigue, aux traumatismes, pourraient aggraver le pronostic; de même si le malade présente dans sa santé générale des tares diatésiques ou dans ses habitudes des pratiques contraires à l'hygiène, on s'empressera de remédier à ces indications dans la mesure du possible. Comme traitement local, l'électrisation est évidemment le procédé de choix, il ne presente aucune difficulté, et tous les procédés qui mettent en jeu l'excitabilité neuro-musculaire (faradisation localisée, électrisation statique avec étincelles, galvanisation stabile) en sollicitant la contraction des muscles paralysés seront très utiles et assez efficaces; chaque séance sera suivie d'un léger progrès dans le sens des mouvements volontaires, et dans ces conditions le succès est certain.

Lorsque la réaction de dégénérescence complète se montre dès le début, les conditions sont toutes différentes; en effet dans ce cas on est certain que les tubes nerveux (fibre à myéline et cylindraxe) sont détruits par le processus du retour des éléments anatomiques à l'état embryonnaire. Or nous ne connaissons aucun procédé d'électrisation qui puisse influencer en bien ce processus de dégénération, ni hâter en aucune façon la régénération des tubes nerveux.

La conception ancienne qui prétendait assimiler l'excitation galvanique à l'influx nerveux et substituer celle-ci à celui-là pour empêcher la dégénérescence de la fibre musculaire et l'atrophie ne résiste pas à un examen sérieux, et en tout cas est contraire à l'expérimentation clinique journalière; le mieux en pareil cas est évidemment l'abstention de toute tentative locale; nous allons montrer du reste que les interventions de cette nature peuvent être nettement contre-indiquées.

Dans un autre ordre d'idées, la réaction de dégénérescence peut dans les névrites de cause externe donner lieu à une indication très précise qui est de tenter une intervention chirurgicale si on a une raison quelconque de penser à la compression du nerf malade par une tumeur, une exostose ou simplement du tissu fibreux de cicatrice

La réaction de dégénérescence permet d'affirmer que l'intervention est entièrement légitime, et que l'opération ne peut en aucune façon aggraver le pronostic d'une lésion déjà accomplie; au contraire elle ne peut qu'augmenter les chances de réparation spontanée et même rendre cette réparation possible si cette intervention permet de libérer le nerf d'une cause de compression ou d'altération permanente; dans le cas où l'intervention serait restée purement exploratrice on est encore en droit d'affirmer que le pronostic n'en subit aucune aggravation; tel ne serait pas le cas si la réaction de dégénérescence partielle avant l'intervention devenait complète immédiatement après.

En dehors de la névrite traumatique que nous venons d'analyser. La malade a présenté des accidents spasmodiques qui sont de nature réflexe. — Nous rappelons que ces derniers phénomènes consistent en : parésie et amyotrophie du triceps crural droit avec exagération inégale des réflexes (plus accentuée du côté malade que du côté sain, et trépidation épileptoïde des deux pieds, plus marquée également à droite qu'à gauche).

Ces accidents ont évolué vers la guérison beaucoup plus rapidement que la névrite, la rétrocession des phénomènes spasmodiques a été plus lente du côté malade que du côté sain. Ces accidents sont identiques comme nature et comme mécanisme aux amyotrophies réflexes de cause articulaire. Ici le point de depart est évidemment le traumatisme direct du tronc nerveux, l'articulation du genou n'ayant présenté ni douleur ni signes d'épanchement à aucun moment de l'évolution de la maladie; ces phénomènes réflexes, dont le siège est les cellules grises des cornes antérieures de la moelle, ont été rarement signalés, nous pensons qu'ils ne sont pas exceptionnels et qu'ils se manifestent au contraire souvent à la suite des traumatismes nerveux. La raison est probablement qu'ils sont ordinairement de peu d'importance, qu'ils guérissent spontanément et que pour attirer l'attention il est nécessaire que le malade chez qui on les observe présente une sorte de prédisposition, auquel cas les symptômes peuvent présentent une certaine confusion. — Nous rappellerons cependant que grâce aux nouvelles méthodes d'examen histologique, on a pu déceler récemment des altérations des cellules des cornes antérieures consécutivement à la section des nerfs chez les animaux.

D'après MM. Ballet et Marinesco (*Soc. de biologie*, 9 mars 1897), lorsqu'on sectionne un nerf on observe d'abord dans la cellule, centre d'origine, des lésions de réaction (tuméfaction de la cellule, chromatolyse centrale, projection du noyau à la périphérie) auxquelles succède après une vingtaine de jours la phase de réparation, etc.

Enfin nous connaissons plusieurs cas où nous avons été témoin de véritables paralysies réflexes dans le territoire d'un nerf voisin à la suite d'intervention chirurgicale sur un tronc nerveux (avivement et suture).

Ces phénomènes ne nous paraissent donc pas excep-

tionnels; nous avons tenu à les rapporter ici en détail parce que notre observation présente un caractère de précision pour ainsi dire expérimentale, et aussi pour montrer que l'indication thérapeutique peut être très variable dans le cas de paralysie périphérique. Pour nous en tenir au cas que nous rapportons, nous voyons maintenant qu'il était absolument contre-indiqué d'électriser brutalement les muscles paralysés sous peine de s'exposer à exagérer les phénomènes spasmodiques, concomitants; au contraire certains procédés de révulsion cutanée tels que le pinceau faradique ou la friction statique ont pour effet d'atténuer la réflectivité médullaire ainsi qu'on le voit journellement chez les neurasthéniques et chez les arthritiques qui présentent de l'exagération des réflexes rotuliens (1).

En tous cas le traitement que nous avons institué chez cette malade et que nous suivons toujours en pareil cas, nous a paru donner des résultats satisfaisants tels qu'on en peut attendre d'un traitement dans ces conditions. Il nous paraît satisfaire à la véritable indication de thérapeutique localisée. Il est évident que les indications d'ordre général auxquelles nous faisions allusion plus haut doivent être remplies très soigneusement.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Schmitt (Charles). *Essai sur les matières colorantes de l'urine normale.* N° 335. (Carré et Naud.)

M. Guillemare (Gaston). *Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë.* N° 340. (H. Jouve.)

M. Jeulain (Émile). *De la chlorose thyroïdienne.* N° 355. (Imp. Malverge.)

M. Charbonnel (J.). *Les champignons, leurs rapports avec l'hygiène et la médecine légale.* N° 328. (Bordier et Michalon.)

M. Kirkoff (Nicolas). *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.* N° 337. (H. Jouve.)

M. Périgaud (A.) *Etude de diverses affections principalement aux points de vue de l'anatomie comparée et de l'embryologie.* N° 341. (Bordier et Michalon.)

M. Liautaud (Julien). *Du délire des actes dans la paralysie générale.* N° 352. (H. Jouve.)

M. Pissavy (Alexis.) *Contribution à l'étude des néphrites consécutives à la tuberculose.* N° 268. (Imp. Plon-Nourrit.)

M. Gauthier (Ernest). *Des mouvements automatiques rhythmiques.* N° 359. (Bordier et Michalon.)

M. Foix (Jean). *Des paralysies post-typhiques.* N° 284. (H. Jouve.)

M. Quivy (Georges). *Du xanthome des glycosuriques.* N° 302. (H. Jouve.)

Les principales matières colorantes de l'urine normale sont, d'après M. Schmitt : 1° l'urochrome, pigment jaune auquel l'urine récemment émise doit sa coloration jaune ambrée et qui donne par oxydation une matière colorante rouge, l'uroérythrine, et une matière colorante noire, l'uromélanine. 2° L'uroérythrine, dérivé de l'urochrome, caractérisée par sa faible solubilité dans l'éther et par l'action qu'exercent sur lui les réducteurs qui régénèrent le pigment jaune et les oxydants qui le transforment en uromélanine. 3° L'indirubine produit le dédoublement d'un chromogène probablement dérivé de l'indol, présentant la particularité de se décolorer aussi bien par les oxydants que par les réducteurs. 4° Enfin l'uromélanine, dernier terme de l'oxydation de l'urochrome et de l'uroérythrine, ayant une fonction acide et formant des sels insolubles dans l'alcool et doués d'un grand pouvoir colorant.

La péritonite tuberculeuse aiguë dans ses manifestations cliniques peut, ainsi que le montre M. Guillemare, simuler une foule d'autres affections : appendicite, péritonite aiguë non tuberculeuse, occlusion intestinale, etc., et devenir par cela même d'un diagnostic fort difficile. La laparotomie seule dans ces cas indique la nature de la maladie et devient en même temps que le plus sûr moyen de diagnostic le meilleur mode de traitement. Même dans les cas où le diagnostic est ferme, l'intervention ne peut être que profitable au malade, car les statistiques nous enseignent que la guérison spontanée est un fait exceptionnel et que le pronostic est presque toujours fatal.

Etudiant la forme spéciale de chlorose individualisée par Capitan sous le nom de chlorose thyroïdienne, M. Jeulain fait relever les cas observés par lui de l'hypothyroïdation, car chez les myxœdémateux comme chez les chlorotiques se retrouvent la pâleur, la bouffissure et l'état d'apathie cérébrale, et conclut que parmi les chloroses par auto-intoxication, il en est une que l'observation clinique et thérapeutique semble permettre de rattacher à une auto-intoxication thyroïdienne. Cliniquement, elle se caractérise par les symptômes généraux des chloroses, auxquels se joignent des œdèmes analogues à ceux du myxœdème, de l'hypertrophie du corps thyroïde et des signes de la maladie de Basedow fruste. Thérapeutiquement, elle disparaît sous l'influence du traitement par l'iodothyrine.

Les médecins, conclut M. Charbonnel auraient un avantage énorme à connaître les champignons de leur pays, tant au point de vue de l'alimentation qu'au point de vue des soins à donner à leurs malades dans les cas d'empoisonnement, et lorsqu'ils seront appelés comme experts. Trop négligés dans l'alimentation, mis au rang de condiments accessoires, les champignons, pour des estomacs sains, sont aptes à tenir une place honorable dans la ration alimentaire.

Les divers poisons des champignons semblent être produits par des matières albuminoïdes en décomposition, ou par des produits de décomposition de ces matières. Le traitement des empoisonnements produits par les champignons, qui revêtent les formes les plus variées est à l'heure actuelle purement symptomatique, il faut toujours ménager la force de résistance de l'organisme du malade.

Le médecin légiste, devant peu compter sur l'analyse chimique pour se faire une opinion ferme, devra s'attacher spécialement dans les cas d'intoxication à la détermination botanique des éléments contenus dans l'intestin du cadavre.

Reprenant l'étude des rapports de l'hystérie avec la syphilis, M. Kirkoff montre qu'il existe des cas nets où la diathèse syphilitique se superpose, s'associe à la diathèse névropathique; si la névrose préexistante, éteinte ou calmée, peut être reveillée ou simplement stimulée par la syphilis, dans d'autres cas elle peut être créée de toutes pièces par la syphilis, plus souvent à sa période secondaire, plus rarement à sa période tertiaire, chez des sujets même n'ayant aucune prédisposition.

L'hystérie syphilitique présente quelques particularités (localisations spéciales des troubles sensitifs et moteurs) qui portent avec elles le cachet même de l'infection qui les a produites. Le traitement spécifique, loin d'aggraver ces phénomènes, a le plus souvent une action modificatrice et curative favorable sur eux.

Dans l'étude de beaucoup de maladies humaines, on ne saurait jamais trop, quand c'est possible, se reporter à des états analogues — *mais normaux* — dans la série animale, pour avoir une notion plus exacte des causes.

M. Périgaud étudie à ce point de vue les lithiases urinaire biliaire et intestinale, de même étant donnée, pour être à même

1. Vigouroux, *Traité de thérapeutique* de Manquat, Paris, 1897, 2e volume, p. 800.

de prévoir toutes ces manifestations, il est souvent utile et parfois indispensable, d'avoir recours à l'embryologie et à l'histologie, et l'auteur se base sur des exemples tirés de la pathologie de l'œil et de celle de l'oreille.

Les paralysies générales qui évoluent sans délire sont exceptionnelles.

M. Liautaud divise en 4 classes principales les actions du paralytique général.

a) Actes instinctifs. Ils sont dus à la satisfaction d'un besoin organique normal ou augmenté.

b) Actes impulsifs ne s'observant qu'au début de la maladie. Ce sont des actes spontanés irrésistibles et conscients dans lesquels la volonté intervient inutilement pour s'opposer à l'exécution de l'acte.

c) Actes automatiques dans lesquels l'inconscience est absolue.

d) Actes déductifs assez rares. Ils sont le résultat, la déduction logique des idées fausses du malade.

Au début de la maladie, à la période de dynamie, on observe de l'exaltation qui peut porter sur une ou sur plusieurs ou sur la totalité des fonctions intellectuelle, affective, locomotrice, génésique, etc.

A la période d'état, les actes présentent un caractère d'absurdité tel que le diagnostic peut être fait sur ce seul caractère. De tous ces actes le plus fréquent est le vol. L'homicide et le suicide sont rares dans la forme expansive de la maladie; ils se rencontrent surtout dans les formes dépressives accompagnées d'idées de persécution ou d'hypochondrie.

Les néphrites consécutives à la tuberculose ne résultent pas seulement de l'action du poison tuberculeux sur les parties nobles du rein : les toxines sécrétées par les microbes d'infections secondaires, ou ces microbes eux-mêmes, contribuent pour une large part à créer les altérations rénales. C'est la conclusion que M. Pissavy, tire de son intéressante étude. Ces néphrites peuvent rester latentes durant la vie ou se traduire par les symptômes ordinaires des néphrites chroniques. Elles entraînent rarement l'urémie, mais lorsque l'urémie apparaît, elle est rapidement mortelle.

Les lésions que l'on observe sont ordinairement légères dans les néphrites latentes et dans les néphrites confirmées sans urémie. Elles consistent le plus souvent en une altération superficielle des épithéliums sécréteurs avec conservation de la partie de ces épithéliums adjacente à la paroi des tubuli. On observe en même temps un peu de sclérose intertubulaire et périvasculaire, et en certains points des traces d'inflammation ou de sclérose glomérulaires. Dans les néphrites qui se terminent par urémie, les lésions sont plus accentuées, tant au niveau des glomérules que sur les tubes contournés. Les épithéliums sécréteurs en particulier sont détruits dans toute leur épaisseur sur un grand nombre de points. On peut se demander dès lors si la partie basale des cellules, dont la structure finement striée paraît indiquer une fonction spéciale, ne joue pas un rôle prépondérant dans la dépuration urinaire.

S'il en est ainsi, on comprend que sa destruction, jointe aux autres lésions du rein, expose grandement le malade à l'insuffisance urinaire, d'autant plus que chez les tuberculeux les autres émonctoires, tels que les glandes intestinales, les glandes sudoripares et le foie, n'exercent aucun rôle compensateur. Les lésions hépatiques et intestinales paraissent bien plutôt susceptibles de précipiter l'apparition de l'insuffisance du rein, en imposant à cet organe un travail excessif.

Les mouvements automatiques rhythmiques étudiés par M. Gauthier sont des mouvements simples ou complexes, isolés ou en séries rhythmiques, ne paraissant déterminés par aucun stimulant, ni par la volonté mais cessant en se modifiant sous son influence; ils ne se produisent jamais en même temps que les mouvements volontaires. Ils n'ont leur origine ni dans la substance grise corticale, ni dans la moelle. Leur centre de production est probablement dans les corps opto-striés ou plutôt dans la protubérance, ou dans le bulbe. Les mouvements automatiques sont probablement dus à un défaut d'inhibition, soit des couches corticales du cerveau, soit des corps opto-striés.

Les accidents paralytiques d'origine typhique, sans être très fréquents, sont loin d'être tout à fait exceptionnels. La dothiénentérie, comme toute maladie aiguë, peut provoquer des accidents paralytiques, et cela à toutes les périodes de son évolution :

a) Période d'invasion;

b) Période d'état;

c) Période de convalescence.

Les paralysies qui surviennent au cours de la convalescence sont de beaucoup les plus fréquentes et M. Foix en rapporte une observation inédite due à son maître M. Galliard.

Les formes cliniques que ces paralysies peuvent revêtir sont par ordre de fréquence : *a*) La forme paraplégique; *b*) La forme hémiplégique; *c*) La forme aphasique chez les enfants de préférence; *d*) La forme monoplégique; *e*) La paralysie d'un seul nerf.

Au sujet de cette dernière il faut noter que la dothiénentérie affecte une certaine prédilection à frapper le cubital (Pitres et Vaillard, Baudry).

On trouve en outre des troubles de la sensibilité subjective et objective, les premiers consistant dans des engourdissements, des fourmillements, des douleurs spontanées, paroxystiques dans la région touchée; les seconds intéressant les différentes sensibilités tactile, thermiques et à la douleur et pouvant aller de la simple diminution à la disparition complète.

Les sphincters sont assez souvent touchés.

L'atrophie musculaire est un phénomène constant dans la névrite périphérique d'origine typhique.

Contemporaine de la paralysie elle a une marche progressive, et est assez souvent incurable.

Les paralysies typhiques sont tantôt sous la dépendance de lésions du système nerveux cérébro-spinal; dans d'autres cas elles sont sous la dépendance de lésions du système nerveux périphérique.

Dans les cas de paralysies d'origine centrale on trouve des congestions passives de la moelle (Jaccoud), des infiltrations œdémateuses de la moelle et des méninges spinales (Landouzy).

Dans les cas de paralysies d'origine périphérique, on trouve les lésions de la névrite parenchymateuse (Pitres et Vaillard).

On ne peut pas chercher la cause de ces lésions ailleurs que dans les toxines du bacille d'Eberth. Peut-être même le bacille devrait-il être lui-même mis en cause.

Si la paraplégie peut dans certains cas être imputable à une lésion médullaire, elle peut dans d'autres cas ressortir de la polynévrite.

M. Quivy, dans sa thèse, tout en étudiant la forme vulgaire, la forme élastique du xanthome, s'attache surtout au xanthome des glycosuriques dont d'après lui les caractères ne sont pas constants; aussi paraît-il difficile d'en faire une espèce absolument distincte et pour lui les trois xanthomes plan, multiple et diabétique rentrent dans un même groupe.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Béranger (Adrien). *Considérations psychologiques sur l'agonie avec quelques applications médico-légales.* N° 87.

M. Metzquer (Antoine). *Considérations sur la nature et la marche de la rigidité cadavérique.* N° 50.

M. François (Jean-Jules). *Quelques considérations sur l'état d'intégrité des valvules sigmoïdes dans l'aortite chronique.* N° 96.

M. Neumann (André). *De l'influence de la tension gazeuse sur les microbes et en particulier sur le bacille de la diphthérie.* N° 79.

M. Béranger distingue 2 variétés d'agonies : une agonie physique, c'est-à-dire celle qui précède l'anéantissement de l'être par une maladie; et une agonie morale, c'est-à-dire l'état qui précède l'attente d'une mort imminente et accidentelle, ces deux agonies sont marquées par des modifications dans l'état mental chez les sujets qui les éprouvent. L'agonie morale est accompagnée d'une réminiscence panoramique ou successive des événements antérieurs, réminiscence plus ou moins accusée

suivant l'âge ou le degré de développement de la personnalité du sujet. Elle est suivie, d'après l'auteur, d'un sentiment de terreur auquel succède un sentiment de béatitude et d'anesthésie générale.

L'agonie physique est également accompagnée de réminiscences, mais de réminiscences partielles ayant une nature morbide et participant des caractères du délire. Elle comporte également un sentiment de béatitude.

L'agonie qui a pour point de départ le cerveau est caractérisée par la perte immédiate et sans rémission des facultés intellectuelles. Celle qui a pour point de départ le cœur est caractérisée par un délire qui ne comporte pas la suppression entière des facultés intellectuelles, mais des oscillations de l'intelligence et des intervalles lucides.

Celle qui a pour point de départ les poumons comporte généralement la conservation de l'intelligence, quelquefois la surexcitation de cette dernière et les phénomènes de l'extase. Dans le suicide, le sujet qui va se suicider peut être considéré comme un agonisant moral dont il n'y a pas lieu de soupçonner l'insanité d'esprit dans la plupart des cas.

Si l'agonisant est interdit, ses actes et déclarations ne sont pas valables, d'après l'article 489 du Code civil, bien qu'il ait pu présenter des intervalles lucides.

S'il s'agit d'un agonisant ordinaire qui présente des intervalles lucides, il y aura lieu de tenir compte de ses actes et déclarations comme étant en accord avec l'article 900 du Code civil qui dispose que pour faire un testament entre vifs ou une donation, il faut être sain d'esprit.

On peut rappeler temporairement à la vie et à la raison les agonisants par des moyens artificiels, tels que des injections d'éther, d'ammoniaque ou d'eau salée.

La rigidité suit une marche constante : débutant à la mâchoire, envahissant le cou, n'apparaissant qu'en dernier lieu aux membres où elle n'affecte aucun ordre spécial. Or, les opinions admises jusqu'à ce jour pour expliquer cette marche déterminée paraissent peu satisfaisantes à M. Metzquer. D'après lui, la rigidité doit être regardée comme une contraction musculaire prolongée, due à la mise en jeu de l'excitabilité du muscle et des terminaisons nerveuses, par les produits de déchet accumulés dans le muscle après la mort.

Ces produits de déchet ne sont pas constitués par l'acide lactique; peut-être s'agit-il de produits d'oxydation incomplète. La rigidité étant une contraction d'origine nerveuse et musculaire, plus l'irritabilité du muscle et des terminaisons nerveuses sera grande, plus précoce sera l'apparition de la raideur. Or, ne pourrait-on pas supposer que, grâce à leur proximité des centres, les neurones périphériques de la mâchoire et de la nuque sont plutôt soustraits à l'influence modératrice des neurones centraux, acquièrent par ce fait une grande excitabilité et donnent lieu à une rigidité précoce? C'est, d'ailleurs, l'auteur l'avoue lui-même, une pure hypothèse, qu'il est bien difficile, à l'heure actuelle, d'affirmer ou d'infirmer par l'expérimentation.

L'action des antagonistes et des leviers osseux au contraire est plus certaine. Elle oblige les muscles à entrer en rigidité dans la position où la mort les a laissés. Elle retarde dans une large mesure la manifestation extérieure de la rigidité. Ce retard est surtout marqué aux membres où les deux facteurs précédents ont leur plus grand développement.

Si dans certains cas la rigidité affecte une allure spéciale, une précocité extraordinaire, cela tient à la quantité considérable de déchets qui viennent exciter la fibre musculaire.

Dans un grand nombre de cas d'aortite chronique, les valvules sigmoïdes ont conservé macroscopiquement et microscopiquement (bord libre, bord adhérent, faces, ligne de renforcement), leur structure histologique normale; elles peuvent donc, d'après M. François, être considérées comme constituant le *locus majoris resistentiæ* de l'arbre aortique.

Dans l'aortite chronique, lorsque les valvules semi-lunaires sont altérées, leurs lésions sont toujours bien moindres que celles de l'aorte. Le rétrécissement aortique consécutif à l'artério-sclérose n'est pas fréquent. L'insuffisance aortique relative, sans lésions valvulaires, n'est pas très exceptionnelle par l'auteur.

L'intégrité absolue ou longtemps maintenue des sigmoïdes paraît tenir à leur structure spéciale et à leur absence de vaisseaux.

De ses recherches faites dans le laboratoire de M. Arloing, M. Neumann conclut que l'air comprimé à une tension voisine de cinq atmosphères retarde la prolifération d'une culture de diphthérie. Une atmosphère d'oxygène pur arrête tout développement et tue la semence, dès que sa tension atteint deux atmosphères et demie. Les bacilles évoluant sous l'influence de l'air comprimé subissent les modifications morphologiques produites par d'autres conditions dysgénésiques.

Les bacilles adultes placés dans l'oxygène pur subissent aussi les mêmes transformations et ne tardent pas à périr.

Le premier effet d'une atmosphère d'air comprimé sur la virulence d'une culture est de l'exalter; lorsque son action est plus prolongée, elle l'atténue. Une culture de diphthérie végétant dans une atmosphère d'air comprimé semble sécréter une quantité moins grande de toxine ou une toxine atténuée dans ses propriétés.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Rapports de la migraine et de l'épilepsie, par Rachford (de Ohio) (*the American Journal of med. sciences*, 1898, t. I, p. 436). — On sait que la plupart des neurologistes ont remarqué que la migraine et l'épilepsie étaient fréquemment associées, se retrouvant souvent alternativement dans les antécédents héréditaires du malade.

M. le Dr Rachford, dans une étude comparative de ces deux affections a cherché la raison et la nature de ces rapports.

Depuis 1894, il a été amené à considérer la migraine vraie comme une affection d'origine toxique agissant par action réflexe sur les centres nerveux. Il a vu que, au moment des accès de migraine, les urines des malades présentaient toujours un excès de paraxanthine, c'est-à-dire de la plus toxique des leucomaïnes du groupe de l'acide urique et il en arrive à cette conclusion que la paraxanthine est un facteur important de la migraine vraie.

Les recherches analogues entreprises pour l'épilepsie lui ont montré que dans un certain nombre de cas on trouvait toujours chez les épileptiques au moment de leurs crises un excès de paraxanthine dans leurs urines. Il y aurait donc lieu de distinguer à côté de l'épilepsie classique, du grand mal, une autre forme d'épilepsie toxique due à la présence de la paraxanthine dans le sang.

Cette épilepsie débute dès l'âge adulte chez des malades qui dans leur enfance ont eu des accès de migraine. Plus fréquente chez la femme, elle se montre surtout au moment des règles. Il est remarquable encore que cette forme d'épilepsie peut coexister avec une bonne intelligence et que souvent elle est associée à l'artério-sclérose. Enfin le point le plus important c'est que l'on peut espérer davantage du traitement, ce qui fait qu'il est important de faire un diagnostic précoce.

Valeur thérapeutique du suc rénal en injections, par Alberto Mori (de Pérouse) (*la Clinica medica italiana*, n° 2, février 1898, p. 127). — L'auteur a voulu essayer si l'extrait aqueux glycériné du rein, suivant la formule de Brown-Séquard, pouvait remplacer la sécrétion interne de cet organe quand il venait à manquer par suite de maladie ou d'ablation unilatérale.

Des injections de suc rénal de 5 cent. cubes, à des lapins, ne produisirent aucun effet ni sur la qualité ni sur la quantité de l'urine sécrétée. Une plus forte quantité produisit de l'albuminurie et de l'hémoglobinurie, sans influer d'une manière évidente sur la quantité de l'urée. Pensant alors que ces faits pouvaient être attribués, plutôt qu'à l'extrait rénal, à la glycérine qui ser-

vait de véhicule, il injecta un mélange de glycérine et d'eau dans la même proportion que ces deux éléments se trouvaient dans l'eau : le résultat fut le même qu'en injectant le suc rénal.

Dans une autre série d'expériences pour voir si le suc rénal avait une action heureuse sur l'hypertrophie compensatrice d'un rein après ablation de l'autre, l'auteur constata, aussi bien chez les lapins injectés que sur les lapins non injectés, de l'hypertrophie compensatrice.

De l'ascite dans les cas de péricardite adhésive (pseudo-cirrhose du foie d'origine péricardique de Pick), par Padella (*la Clinica medica*, février 1898, p. 90). — L'auteur rapporte un nouveau cas de péricardite adhésive simulant la cirrhose du foie. Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. A l'occasion de ce cas l'auteur fait une revue générale de cette affection connue par les travaux de Pick, Rosenbach, Schupfer Weiss et Heidemann.

Un cas de septicémie d'origine inconnue (Ein Fall von kryptogenetischer Sepsis), par F. Spaet (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 597). — Le cas rapporté est celui d'un homme de 53 ans, de bonne constitution, ayant eu, quelques années auparavant, une pleuro-pneumonie avec ictère. Dans ces derniers temps, il fut pris d'ictère puis subitement, pendant la nuit, de violentes coliques et de vomissements.

Le lendemain, à l'examen, le ventre fut trouvé souple, insensible à la pression, et rien d'anormal ne fut trouvé ni du côté des reins, ni de la vésicule biliaire, ni de l'intestin. Une hernie que portait le malade était parfaitement réductible. Vers le soir le malade eut un violent frisson et de la céphalée, la température monta à 40° et, au bout d'une 1/2 heure, tous ces symptômes disparurent après une sudation abondante et sans antipyrétique, la température redevint normale. Le lendemain soir même crise pyrétique, même terminaison. Rien d'anormal ne fut constaté dans les poumons, le cœur, la rate, pas plus que dans les autres organes. Un léger ictère seul persistait. Le 3e jour le malade eut en outre des douleurs articulaires. Enfin, les jours suivants, la fièvre persista autour de 39°, l'ictère augmenta, le foie devint plus gros et tensible; en même temps il y avait de la constipation, l'appétit était nul et on trouvait à l'auscultation du cœur un souffle péricardique. La mort survint le 6e jour avec des symptômes de paralysie du cœur.

A l'autopsie on ne trouva aucun organe plus spécialement malade. Chacun avait participé au processus morbide caractérisé surtout par l'hypertrophie des organes glandulaires avec hyperémie aiguë sans foyers purulents nulle part. Il s'agissait donc ici d'une septicémie [à laquelle le Dr Spaet donne le nom de crypto-génétique en raison de sa nature indéterminée.

Sur quelques troubles dans le territoire du moteur oculaire à la suite de la rougeole (Ueber einige Störungen im Oculomotoriusgebiet nach Masern), par Dreisch (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 627). — Les affections oculaires sont assez fréquentes, soit au cours, soit à la suite de la rougeole. Le Dr Dreisch, au cours de l'épidémie de 1897 à Munich, a pu observer 3 cas de paralysie dans le territoire de l'oculo-moteur. Dans ces cas la guérison survint très rapidement.

Les cas de paralysie à la suite de la rougeole sont tout à fait exceptionnels. Il est probable qu'il faut ici invoquer la même pathogénie que pour les paralysies diphthériques et, bien que le microorganisme de la rougeole ne soit pas encore connu, on peut penser que ces paralysies sont dues aux toxines sécrétées par le microbe. Dans ces 3 cas, l'exanthème ne dura que très peu de temps. On pourrait donc admettre qu'il y a eu, par suite, une élimination insuffisante du virus qui, retenu en quantité anormale dans l'organisme, serait susceptible de provoquer des complications analogues à celles de la toxine diphthérique.

Embolie gazeuse dans un cas de placenta praevia (Ein Fall von Luftembolie bei Placenta praevia), par F. Zorn (*Münchener med. Woch.*, 3 mai 1898, p. 567). — Les cas d'embolie gazeuse dans le placenta praevia sont rares. On en compte 5 dans la littérature médicale auxquels il faut ajouter le suivant :

Il s'agit d'une femme de 36 ans, vigoureuse, enceinte pour la 12e fois. La veille encore de l'accident elle s'occupait des soins de son ménage. Pendant la nuit, à 4 heures du matin, elle fut prise d'une violente hémorrhagie par les voies génitales. Le Dr Zorn appelé constata les signes d'une hémorrhagie interne et trouva le vagin rempli de caillots sanguins. Le col était dilaté de la grandeur à peu près de la paume de la main, le placenta était tout contre l'orifice interne et sur ce dernier on sentait ballotter le crâne de l'enfant. A l'aide d'un confrère appelé, le Dr Zorn pratiqua sous chloroforme la délivrance et à la suite la malade parut être mieux. Dans l'après-midi, vers 1 heure, c'est-à-dire 3 heures après l'accouchement, la malade devint tout à coup inquiète, agitée, cherchant à s'asseoir et présentant les signes d'une angoisse extrême. Ces phénomènes allèrent en augmentant, la respiration devint difficile et, malgré les soins apportés, la mort survint en 1/2 heure.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain.

Rien d'anormal du côté des organes génitaux mais à l'ouverture du ventricule droit du cœur s'échappèrent de nombreuses vésicules d'air. Les vaisseaux du foie contenaient également un sang mêlé d'air.

Il n'est donc pas douteux que dans ce cas la mort puisse être attribuée à une embolie gazeuse.

CHIRURGIE

Un cas de doigt à ressort, par J. B. Nichols (*Medical News*, 19 mars 1898, p. 367). — N. P..., 44 ans, soldat à l'armée des Etats-Unis de 1880 à 1895. Réformé à cause de sa vue en 1895. En 1889 attaque de rhumatisme; depuis 1890 affaiblissement progressif de la vue, l'état général restant d'ailleurs bon.

En 1895, à la suite d'une chute, il se fit une luxation du pouce. La main resta dans un appareil pendant 2 semaines et quand on retira l'appareil on constata l'existence d'un doigt à ressort sur le médius, sans que rien d'anormal n'ait été noté auparavant sur ce doigt. Le doigt affecté ne présentait aucune espèce d'altération susceptible d'expliquer cette nouvelle condition.

Chancre de l'œsophage, par Wesley, G. Bailey (*Medical News*, 19 mars 1898, p. 367). — H..., 30 ans, se plaignant d'ulcération de l'arrière-bouche. A l'examen on constatait une tuméfaction considérable du pharynx à droite. La dysphagie est extrêmement marquée. Les ganglions de la région sont augmentés de volume. Près l'épiglotte, à l'orifice supérieur de l'œsophage, on pouvait voir une ulcération ayant les caractères d'une lésion syphilitique.

Les accidents secondaires vinrent ultérieurement confirmer le diagnostic. Quant au mode de pénétration du virus syphilitique, l'auteur a pu établir qu'il avait été introduit par l'usage de tabac à chiquer contaminé par un des camarades du malade.

De la gastroplégie et de la gastro-entéroplégie, surtout à la suite des laparotomies (Ueber die Gastroplegie und Gastro-Enteroplegie, insbesondere nach Laparotomien), par Grundzach (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften*, 1898, p. 320). — A la suite d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine, on vit survenir, pendant 3 jours, des troubles digestifs graves, caractérisés par une distension brusque et marquée de l'estomac, arrêt de la résorption intestinale et de l'activité motrice du tractus digestif. L'examen chimique du contenu stomacal montra une absence d'HCl. D'après Grundzach, il s'agit d'une paralysie motrice, sécrétrice et résorptive, à laquelle on peut donner le nom de gastro-entéroplégie.

On peut voir des accidents analogues à la suite des traumatismes abdominaux et parfois cela peut donner lieu à de fausses interprétations, cet état pouvant parfois simuler la péritonite.

Un cas de rupture de l'utérus au cours de l'extirpation manuelle du placenta, par Dietel, de Leipzig (*Centralbl. für Gynäk.*, n° 15, 1898, p. 387). — Le Dr Dietel a rapporté à la Société d'obstétrique de Leipzig le fait suivant :

Il y a quelques semaines était amenée vers midi à l'hôpital

une femme, avec une courte note d'un médecin disant qu'il s'agissait probablement d'une rupture utérine au cours d'une délivrance artificielle. La malade était extrêmement anémiée avec un pouls petit et fréquent. En découvrant la malade pour examiner le ventre, une grande quantité de sang liquide, noirâtre s'écoula par le vagin. La personne qui l'amenait apprit que la nuit dernière, vers 1 heure, la malade avait accouché spontanément d'un enfant mort. La sage-femme, ne pouvant amener le délivre, fit appeler vers 3 heures le médecin qui essaya d'abord mais en vain la manœuvre d'expression de Credé. Il expliqua alors aux parents que le chloroforme étant nécessaire pour une intervention plus complexe, il avait besoin d'un confrère. Celui-ci vint à 4 h. 1/2 et pratiqua l'extirpation manuelle du placenta. L'opération dura plus d'une 1/2 heure et présenta de nombreuses difficultés. Le placenta ne put être amené que par morceaux. A la suite de l'opération, en raison de la quantité de sang perdue, la malade reçut plusieurs injections de camphre. Vers 6 heures la malade ayant à peu près sa connaissance, les médecins la laissèrent mais à 9 heures ils revinrent et conseillèrent son transport immédiat à l'hôpital.

En l'examinant, le Dr Dietel parvint directement au travers d'une solution de continuité sur le promontoire. La laparotomie fut pratiquée séance tenante et permit de constater une forte déchirure du ligament large droit. L'intestin grêle était séparé du mésentère sur une grande étendue. Les sutures furent placées sur ces différents points et les vaisseaux liés.

La mort survint quelques heures après l'opération.

A l'autopsie on constata qu'une bonne partie du placenta était encore adhérente au fond de l'utérus. Il est vraisemblable que le médecin avait dû déchirer le cordon et détacher en partie le placenta et que, se frayant alors un chemin à droite de l'orifice interne, il avait dû, au travers d'une solution de continuité de l'utérus, se faire un chemin dans le ligament large droit. Le ligament rond avait été déchiré et c'est probablement ce ligament qui fut pris pour le cordon, tandis que le mésentère fut pris pour le placenta.

Ligature de l'artère humérale au pli du coude. Troubles paralytiques consécutifs, par Mally (*Revue de psychiatrie*, mars 1898, n° 3). — Il s'agit d'un malade de 24 ans chez lequel une plaie de l'artère humérale par coup de couteau entraîna la ligature de ce vaisseau.

Il s'ensuivit une paralysie de tout l'avant-bras. L'exploration électrique montra que le nerf médian n'avait pas été touché.

La guérison eut lieu au bout de 2 mois.

L'auteur en conclut que le trouble circulatoire résultant de la ligature de l'artère (le pouls avait disparu dans la radiale et la cubitale) a pu causer la paralysie par ischémie des troncs nerveux médian, radial, et cubital.

Les expériences récentes de Ballet et Dutil (congrès de Moscou, 1897) sur la moelle semblent confirmer cette théorie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 Juin 1898.

Pathogénie et traitement du strabisme fonctionnel dit concomitant.

M. Panas. — Le strabisme fonctionnel est dû à une simple incoordination de la convergence des globes oculaires, laquelle se compose de deux parties : l'une *positive* ou de convergence proprement dite, l'autre *négative* ou de divergence.

On sait également que, dans l'une comme dans l'autre de ces deux composantes troublées, les muscles et les nerfs n'entrent pour rien, ainsi que le prouvent la cessation du strabisme pendant le sommeil naturel ou chloroformique et sa guérison spontanée chez beaucoup de sujets par le seul fait de la croissance.

Ce qu'il n'est pas moins important à savoir, c'est que le strabisme concomitant ne saurait jamais être cantonné sur un seul œil et que les deux yeux sont toujours déviés, quoique d'une façon inégale.

Une autre erreur, qu'il est bon aussi de dissiper, c'est de croire que le strabisme, purement fonctionnel au début, ne tarde pas à se compliquer par la suite d'une rétraction des muscles et de leur appareil aponévrotique. En réalité, cette rétraction n'a jamais existé.

La nature purement fonctionnelle du strabisme étant établie, il y a lieu de rechercher si l'incoordination des muscles oculaires est d'ordre central ou périphérique, on ne saurait, d'après moi, rattacher le strabisme à un trouble nerveux central que dans un très petit nombre de cas; le plus souvent, il s'agit d'un trouble périphérique.

De cette pathogénie du strabisme découle le traitement chirurgical qu'il convient d'opposer à cette difformité.

On sait que l'opération du strabisme comprend deux méthodes : 1° la ténotomie, autrement dit le recul du tendon des muscles déviateurs; 2° l'avancement des muscles antagonistes.

L'une a pour but d'affaiblir les muscles trop forts, l'autre de fortifier les muscles trop faibles.

De ces deux méthodes, c'est à la première que je donne la préférence, à cause de sa simplicité et des résultats qu'elle fournit, et je n'ai eu recours à la seconde que si la correction obtenue avec la ténotomie n'est pas tout à fait suffisante. D'après ce que j'ai dit tantôt sur la bilatéralité du strabisme, il est bien évident que la ténotomie doit être pratiquée non pas sur un seul œil, comme on le fait encore généralement, mais sur les deux yeux.

Je fais cette double opération en une seule séance, sous le chloroforme, et, dans les cas de déviation très prononcée des globes oculaires, je pratique après la section des muscles leur élongation, de façon à en diminuer encore la résistance, en suivant le mode opératoire que j'ai indiqué autrefois.

La méthode que je viens d'exposer a été appliquée par moi sur 220 sujets comprenant 210 strabismes convergents et 10 divergents.

Parmi les premiers, nous comptons 180 redressements complets et immédiats et 30 redressements incomplets.

Sur les 10 strabiques divergents, le recul des droits externes a suffi dans 8 cas, relativement légers, tandis que dans les 2 autres nous avons obtenu le redressement complet en pratiquant dans une même séance la ténotomie des droits externes et l'avancement capsulaire des droits internes.

Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes.

M. Th. Anger. — Depuis 30 ans je traite les tumeurs érectiles par des injections interstitielles de liquide à base de perchlorure de fer. La préparation dont je me sers habituellement est composée de 60 grammes d'eau, 15 grammes de chlorure de sodium et 25 grammes de perchlorure de fer liquide à 30°. Outre son pouvoir coagulant, cette solution a l'avantage de ne pas être douloureuse. J'en injecte de 2 à 10 gouttes dans les petits angiomes, et de 20 à 40 gouttes en différents points dans les angiomes plus volumineux.

Pour les petites tumeurs, je me sers d'une seringue de Pravaz ordinaire; pour les grosses, j'emploie une seringue munie de deux aiguilles emboîtées l'une dans l'autre : l'aiguille extérieure est enfoncée dans la tumeur jusqu'à ce que le sang vienne sourdre à son orifice; on est alors certain d'avoir pénétré dans une grosse veine ou dans un lac sanguin. L'aiguille intérieure, adaptée à la seringue, est ensuite introduite dans la précédente et l'injection commence. Elle doit se faire très lentement, sans à-coup. L'injection une fois terminée, on retire la double aiguille, et il suffit de maintenir le doigt ou un petit tampon sur la piqûre pendant quelques minutes pour arrêter le suintement sanguin.

Dans les angiomes d'un certain volume on répétera l'injection en plusieurs points, au niveau des zones les plus saillantes, en suivant la même technique. Une précaution indispensable, c'est de circonscrire soigneusement l'angiome pendant toute la durée de l'opération par une compression périphérique, de façon à empêcher le passage du sang et le reflux du liquide coagulant

dans le courant circulatoire. Cet isolement de la tumeur est facile à réaliser au moyen d'un anneau qu'on ne doit retirer que 15 minutes environ après l'injection, alors que le caillot est devenu bien appréciable au doigt.

Si l'injection a été bien faite, la tumeur augmente d'abord de volume et ce n'est qu'au bout de 2 ou 3 jours que la régression commence, mais elle est toujours très lente et demande souvent plusieurs mois pour se compléter.

Au bout de 3 à 6 mois, si l'angiome n'a pas disparu, je renouvelle l'injection et je la répète autant de fois qu'il est nécessaire.

M. Savoire lit une note dans laquelle il insiste sur les bons effets, dans la tuberculose pulmonaire, de la créosote, administrée aux doses de 6 à 10 grammes par jour, dans un liquide huileux ou dans du lait, et prise de préférence au milieu des repas.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la gale,

D'après M. le Dr Gaucher.

La gale est une affection souvent méconnue, surtout dans la clientèle de la ville, où elle est cependant plus fréquente qu'on ne le pense. Il suffit pour s'en convaincre de lire l'intéressante leçon que M. Gaucher a consacré à l'étude de cette maladie parasitaire dans le *Journal de médecine interne*, d'où nous extrayons la partie relative au traitement.

Il se résume en deux opérations : la première est une friction énergique au savon noir pour ouvrir les sillons, détruire les souterrains, mettre l'acare à nu, la deuxième est l'application d'une pommade parasiticide, le plus souvent à base de soufre.

En Belgique on se sert beaucoup de la lotion de Tleminks avec laquelle on badigeonne le malade. C'est de l'eau tenant en suspension de la chaux vive et du soufre :

Chaux vive.	500 gr.
Fleur de soufre.	250 gr.
Eau.	2500 gr.

En Angleterre, en Allemagne, en Autriche, on emploie la pommade de Wilkinson qui est un mélange de soufre, de cade, de savon noir et de craie incorporés à l'axonge. On supprime ainsi la friction préalable en réunissant dans une même pommade, le savon décapeur et le soufre tueur.

Soufre	ââ 180 gr.
Huile de cade	
Savon noir.	ââ 500 gr.
Axonge	
Craie.	120 gr.

La préparation la plus usitée en France et à l'étranger est la pommade sulfo-alcaline d'Helmerich :

Soufre.	2 parties.
Carbonate de potasse. . . .	1 partie.
Axonge (ou vaseline). . . .	8 parties.

Cette pommade est très irritante, Hardy l'a remplacée par la suivante :

Soufre.	2 parties.
Carbonate de potasse. . . .	1 partie.
Axonge (ou vaseline) . . .	12 parties.

qui est suffisante et efficace, comme le prouvent les guérisons journalières des malades de l'hôpital Saint-Louis.

Chacun d'eux est couvert des pieds à la tête de savon mou de potasse et vigoureusement frictionné; puis prend un bain chaud de une heure dans lequel il se frotte encore. L'eau chaude ramollit l'épiderme; le savon décape. Quand la frotte a été suffisamment vigoureuse, prolongée, le malade s'essuie et alors, des pieds à la tête, on l'enduit, toujours par frictions, de la pommade de Hardy. Puis il remet sa chemise, ses vêtements contaminés et il s'en va. Théoriquement, au bout de quelques heures, il est guéri. Mais on préfère — parce que la guérison est plus sûre et plus complète — le laisser couvert de sa pommade, pendant 24 heures. C'est donc seulement le lendemain de la frotte, qu'il revient à l'hôpital où il prend un bain simple, pendant que l'on passe ses habits à l'étuve. Et il s'en va guéri. Telle est la technique vulgaire du moyen le plus simple, le plus efficace pour traiter la gale.

C'est le plus commode à Paris, où il suffit d'envoyer tout malade à Saint-Louis, même les gens du monde, car il y existe un service payant.

Quand la maladie est récente, peu étendue, que ses victimes sont ennuyées de venir à l'hôpital pour se faire traiter, on peut conseiller des pommades plus agréables, moins irritantes. Les deux plus connues sont celle de Bourguignon et celle de Fournier, toutes deux à base de soufre.

La pommade de Bourguignon se compose de :

Essence de lavande.	ââ 2 gr.
Essence de canelle	
Essence de girofle	
Essence de menthe.	
Gomme adragante	4 gr.
Carbonate de potasse	30 gr.
Fleur de soufre	90 gr.
Glycérine.	180 gr.

Voici la fromule de M. Fournier :

Glycérine	200 gr.
Gomme adragante.	1 gr.
Soufre	100 gr.
Carbonate de soude.	50 gr.
Essences multiples, au goût du malade.	

M. Fournier conseille la technique suivante :

Friction au savon ordinaire ou de toilette et bain, friction avec la pommade et le lendemain, bain.

Si la gale est récente, minime, on peut se contenter de la friction au savon ordinaire; mais il ne faut pas s'y fier.

Bien que ces pommades au soufre soient moins irritantes que celle de Hardy, il est des cas où elles le sont encore trop.

Pour les jeunes enfants, pour les gens atteints de maladies aiguës et couchés dans leur lit, pour les cachectiques, les albuminuriques, les cardiaques, les personnes souffrant de bronchite chronique, les femmes enceintes ; lorsqu'il existe l'impetigo, de l'echtyma, des ulcérations de la peau, on ne peut appliquer le traitement classique. Pour ces cas, on a imaginé différents moyens dont le but est de dispenser de la friction préalable. Voici les principaux :

L'odeur du pétrole chasserait le parasite. On a recommandé spécialement chez l'enfant les frictions au pétrole faites 3 ou 4 jours de suite, avant la nuit et suivie d'un bain le lendemain matin. Ce badigeonnage est dangereux : dans un cas le pétrole a pris feu, l'enfant a été brûlé.

La pommade de Kaposi au naphtol est peu irritante, mais est encore un peu douloureuse.

Naphtol β.	5 ou 10 grammes.
Alcool	q. s.
Eau	100 grammes.

Un moyen de choix, pour les enfants et les femmes grosses, c'est l'onction et la friction avec la composition suivante :

Huile d'olive.	ââ parties égales.
Onguent styrax. . . .	

On a proposé le baume du Pérou qui sans savon noir ni bain, en frictions prolongées, guérit la gale. La dose pour un adulte est de 60 grammes, elle est de 30, 40 pour un enfant, suivant sa grandeur. Le soir, en se couchant, le malade se frotte pendant 20 minutes sur tout le corps avec ce baume non irritant et d'agréable odeur. Il remet sa même chemise et se couche dans ses draps de galeux. Le lendemain matin, il prend un bain. Il est guéri ou, s'il ne l'est pas, il renouvellera bien aisément sa première opération.

Mais guérir le mal ne suffit pas, il faut après avoir tué l'acare

sur le corps, le tuer dans les vêtements. Donc, à la lessive tout ce qui se lave, à la désinfection par l'étuve tout ce qui ne se lave pas. Ne pas oublier que pour tuer l'acare, une température de 120° est absolument nécessaire. A la campagne, les fours seront utilisées en guise d'étuve.

La gale est guérie, les vêtements sont débarrassés, il faut encore calmer l'irritation qu'à subie, par suite du traitement, cette peau déjà si éprouvée. Ici se place l'indication des bains d'amidon, des onctions à la vaseline; s'il y a du prurit, recourir en outre à la médication interne, aux antispasmodiques, à l'extrait de valériane de préférence, sans négliger les bains tièdes prolongés, les lotions chloralées chaudes, l'usage de la pommade mentholée à 1 p. 100.

Et il reste à faire le diagnostic de la guérison qui est ordinairement définitive après le traitement. Si le prurit persiste, et bien que dans la majorité des cas ce soit chez des sujets nerveux ou ayant la phobie de la maladie dont ils viennent d'être atteint, il faut se mettre à la recherche de sillons ou de papules *récentes*. Ceci est une condition essentielle pour affirmer la récidive. Si les lésions ne sont pas *indiscutablement* récentes, il suffit de soigner les démangeaisons. Enfin si un doute subsiste, ne pas hésiter à faire suivre une deuxième fois un traitement antipsorique.

G. M.

Emploi thérapeutique du sable chaud,

D'après M. le Dr E. Grawitz (de Charlottenbourg) (1).

L'action bienfaisante du sable chaud sur le revêtement cutané est bien connue et sous le nom de *Psammismus* on en trouve l'emploi recommandé dans les écrits de Pline, de Celse et d'Hérodote.

Dans les pays chauds on pourrait presque dire que l'usage des bains de sable chaud est vieux comme le monde; dans les pays froids, leur emploi est de date récente.

Sturm à Köstritz et Flemming à Blasewitz, il y a 60 ans, introduisant la pratique de ces bains, en posèrent dès l'abord les indications que les auteurs qui suivirent ont à peine modifiées. M. le Dr Grawitz a essayé à différentes reprises d'attirer l'attention sur l'efficacité de ce mode de traitement dont il expose ainsi la technique et les indications.

Au point de vue de l'installation des établissements de bains de sable chaud il faut autant que possible que les malades soient exposés en plein air, garantis des intempéries par une véranda ouverte. L'établissement doit être spacieux et bien aéré car le point principal c'est que le malade soit complètement entouré de sable chaud, mais qu'il ait le visage en plein air et libre. Un appareil de douches ou de bains chauds doit être annexé à l'établissement pour assurer la propreté du corps à la sortie du bain de sable.

Les bains peuvent être complets ou partiels suivant les cas.

Les baignoires sont des caisses en bois de 2 mètres de long, de 50 centim. de larg. et de 40 à 50 centim. de haut.

Le sable employé sera le sable de mer ou le sable de fleuve. On le chauffe à l'aide du gaz.

Dans les maisons particulières on peut réduire l'installation à une simple caisse de bois et le sable est chauffé sur le feu dans un récipient de métal.

Pour que l'usage du bain soit utile, il faut que le malade en soit complètement recouvert, d'une épaisseur de quelques pouces. La tête repose sur un coussin et une couverture est placée sur le sable pour empêcher toute perte de chaleur.

La température du bain est pour la première fois de 35° Réaumur mais plus tard il faut aller jusqu'à 40°-55° R. suivant la sensibilité du sujet.

Il est difficile de donner une limite fixe pour la durée du bain : cela dépend de la facilité avec laquelle le malade le supporte. En général une demi-heure suffit pour commencer et plus tard on peut aller jusqu'à 1 heure.

Après le bain, une douche chaude est donnée au malade. On peut donner parfois des bains de sable artificiel ainsi qu'il suit :

1. *Zeitschrift. f. diätet. und physik. Therapie*, n° 1, 1898, p. 47.

Sur un lit ordinaire on met un drap, par-dessus une couche de sable épaisse de trois pouces et chauffé à 65° centigrades. Par-dessus on met un autre drap, et le malade vêtu d'une chemise est mis dans cette sorte de couverture dont on l'entoure complètement en laissant la tête libre.

De la même façon on peut appliquer des bains partiels.

L'action de la chaleur élevée qu'on peut ainsi obtenir par les bains de sable détermine une vaso-dilatation cutanée qui entraine une sudation abondante, mais le point important est le peu d'action de ces bains sur l'état général.

Les principales indications des bains de sable chaud sont les suivantes :

En premier lieu, ils conviennent dans toutes les affections hydropiques, chez les cardiaques en particulier : ceci tient à ce faible retentissement de ces bains sur l'état général, ce qui permet d'obtenir sans inconvénients une sudation abondante.

Dans le mal de Bright, les bains de sable chaud continués des mois et des semaines ont de très grands avantages.

Ils conviennent tout particulièrement pour la résorption des exsudats pleuraux ou articulaires.

Dans l'arthrite déformante chronique leur emploi est suivi d'une grande amélioration.

Il en est de même des affections névralgiques, le rhumatisme musculaire aigu ou chronique, la sciatique, où ils rendent de grands services.

Enfin Ritter a mentionné leur influence bienfaisante sur la scrofulose, et Cordes a pu obtenir par ce traitement la guérison d'un cas de psoriasis.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une petite révolution.

Une affiche blanche nous a appris la semaine dernière que, sous la direction de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, MM. Savariaud et Gosset, prosecteurs, allaient ouvrir à l'École pratique un cours payant de médecine opératoire.

Ce fait mérite d'être souligné : le Conseil de la Faculté a admis le principe d'un cours rétribué directement par les élèves, et si je suis bien renseigné, c'est à peine s'il y a eu opposition. Cela démontre que depuis vingt ans on a fait du chemin! Il aurait fait beau, quand j'ai commencé mes études, solliciter une semblable autorisation! Depuis, l'idée a peu à peu pris corps; officieusement on a laissé certains laboratoires ouvrir des cours pratiques rémunérés, se créer de la sorte certaines ressources utiles.

Aujourd'hui, on a fait un pas de plus dans la voie qui nous a toujours semblé être la bonne. Espérons que dans quelques années on aura multiplié les applications du principe et que, en dehors des cours et conférences officiels, chacun des agrégés pourra, si bon lui semble, ouvrir un cours payant, à nombre limité d'auditeurs, sur les matières où il a acquis une compétence spéciale.

Une objection surgit sans doute immédiatement : ces professeurs ne pourront pas faire passer des examens aux élèves, trop intimement connus, qui les rétribuent directement. On pourrait répondre que, même suspects de vénalité, ils tomberaient difficilement au-dessous de la veulerie des examinateurs actuels, *quorum pars*... Mais mieux vaut considérer l'objection comme valable et souhaiter que nous nous acheminions vers la séparation du corps examinant et du corps enseignant.

A. Broca.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Guérison de l'exstrophie de la vessie par la cystocolostomie,

Communication à l'*Académie de médecine*

Par M. le Dr Tuffier.

L'exstrophie de la vessie constitue l'une des infirmités les plus dégoûtantes et les plus rebelles que nous ayons à traiter. Les différents procédés chirurgicaux employés n'arrivent qu'à des résultats déplorables, les meilleures autoplasties ne sont que des cache-misères qui laissent persister l'incontinence de l'urine, et nécessitent le port d'appareils. Chercher un sphincter capable de maintenir l'urine tel m'a toujours paru être la pierre d'achopement dans la thérapeutique de cette affection. Il y a quelques temps j'avais déjà essayé de substituer l'intestin à la vessie, et le sphincter anal au sphincter vésical.

De nombreux faits cliniques publiés prouvent la tolérance remarquable de l'intestin pour l'urine, en anastomosant le rectum et la vessie. Depuis cette époque Maydl (1) a pratiqué cette opération, et a été suivi. Moi-même, le 12 février 1898, j'ai eu l'occasion de traiter avec succès le malade que je vous présente.

C'est un jeune homme de 15 ans qui avait déjà subi plusieurs tentatives d'autoplastie sans résultat. Son état général était bon et son âge permettait d'expérer que la disparition de son infirmité lui causerait une longue survie.

Les reins étaient indemnes.

Voici succinctement les différents temps de l'opération pratiquée.

1° Dissection de l'exstrophie et extirpation de toute la surface muqueuse en conservant le *trigone vésical et environ 1 centimètre de la paroi vésicale*. Cette dissection est particulièrement délicate à la partie supérieure où le péritoine serait facilement ouvert. Les uretères sont cathétérisés au moyen de deux sondes rigides faciles à sentir, puis le trigone et les uretères sont mobilisés soigneusement dans la hauteur de 3 à 4 centimètres. Cela fait, tout ce champ opératoire, qui est toujours infecté, est isolé et placé dans des compresses aseptiques.

2° La cavité péritonéale est ouverte dans l'étendue de 4 centimètres, aussi bas que possible; l'S iliaque est attiré en un point tel que son abaissement s'exerce avec une très faible traction, une partie de sa surface est herniée à travers l'orifice péritonéal qui est cousu exactement autour de la portion herniée, et au milieu de cette hernie devenue extrapéritonéale, l'intestin est ouvert longitudinalement dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, comme s'il s'agissait de faire un anus contre nature sus-pubien.

3° Le trigone vésical est alors cousu aux bords de l'incision intestinale, c'est une véritable pièce vésicale que nous mettons à l'intestin, une première suture muco-muqueuse vésico-intestinale, un second plan comprenant la musculeuse de la vessie et la séro-musculeuse intestinale assurent (2) l'affrontement parfait des surfaces. La soie ou le catgut peuvent être employés.

4° Les plans cutanés et aponévrotiques sont suturés au-dessus comme dans la laparotomie avec drainage.

Dans les jours suivants il se fit d'abord une fistule à travers laquelle s'écoula un peu d'urine et de matières stercorales. Cette fistule se ferma spontanément. Aujourd'hui, 4 mois après l'opération le résultat opératoire est le suivant : l'abdomen est fermé, à la place de l'ancienne vessie existe un profond ombilic cutané. L'écoulement de l'urine se fait entièrement par l'intestin. Il n'existe ni douleur abdominale, ni aucun signe d'inflammation intestinale, ni de prurit anal. Ce malade, opéré depuis 3 mois 1/2, va de 5 à 6 fois à la selle en 24 heures, sans souffrance, et sans gêne. Son état général est excellent, et les reins ne paraissent être le siège d'aucun accident quelconque. Si on compare cette situation, parfaitement compatible avec la vie commune, à l'état vraiment lamentable dans lequel sont généralement ces malades, on ne peut que conclure à l'excellence de cette méthode toutes les fois qu'elle sera applicable.

1. Maydl, *Wien. med. Woch.*, 4 juillet 1896. — Voir Tuffier et Dujarier, *Revue de chirurgie*, avril 1898, p. 288; — Tuffier, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 696.

2. Les sondes uretérales très longues passées par la plaie et ressortant par l'anus seraient d'utiles adjuvants.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 Juin 1898.

Une méthode de mensuration de l'aire du cœur par la radiographie.

MM. G. Variot et **G. Chicotot.** — Il est difficile de mesurer l'aire du cœur sur la paroi antérieure du thorax par la percussion ou par la phonendoscopie. On peut utiliser l'ombre radioscopique du cœur sur l'écran fluorescent. On trace, avec un crayon, l'image radioscopique sur un papier-calque superposé à l'écran; mais cette image ne représente pas la grandeur réelle de l'aire du cœur : elle est plus ou moins agrandie, suivant la distance de la source lumineuse à l'écran et suivant la distance du cœur à l'écran récepteur.

Voici par quel dispositif et par quel procédé on obtient l'aire réelle du cœur, en corrigeant l'ombre radioscopique enregistrée sur le papier calque.

Les recherches, faites à Trousseau, n'ont porté jusqu'ici que sur des enfants :

1° L'enfant étant debout, on applique la région antérieure du thorax contre l'écran placé à poste fixe; le tube de Crookes est disposé à distance convenable pour avoir une image aussi nette que possible; puis on trace au crayon sur le papier calque les contours de l'image;

2° On mesure avec une règle graduée la distance qui sépare l'anode, c'est-à-dire la source lumineuse, de l'écran;

3° On détermine, d'après une table dressée d'avance, la distance qui sépare les points les plus saillants des bords du cœur, tangents aux rayons X, de la peau du thorax en avant, c'est-à-dire de l'écran contre lequel elle est appuyée.

Cette table de correction a été établie empiriquement par des mesures faites sur les cadavres d'enfants de divers âges.

Il est possible de faire mécaniquement les corrections avec un instrument imaginé par M. Chicotot. Il consiste dans une règle H, graduée en millimètres, sur laquelle glissent, à angle droit, deux autres règles parallèles également graduées T, X.

Pour faire une correction, on mesurera avec la règle parallèle inférieure T, sur la règle axiale H, une distance égale à celle de la source lumineuse à l'écran, puis on amènera l'autre règle parallèle X au-dessus de la première, à la distance même du cœur à la surface du thorax. En rabattant de l'extrémité de la règle H un ruban R, on marque sur la règle inférieure T une longueur égale au diamètre de l'image radioscopique apparente; du même coup, on lira sur la règle parallèle X la correction et le diamètre réel du cœur.

Il sera aisé de corriger ainsi un nombre indéfini de diamètres de l'image radioscopique apparente et de trouver une série de points permettant de tracer le contour réel du cœur, en agissant comme pour le tracé d'une ellipse.

Contribution à la recherche du manganèse dans les minéraux, les végétaux et les animaux.

M. P. Pichard. — Le manganèse paraît universellement répandu dans les sels végétaux, dans le règne végétal et dans le régime animal.

Les sables marins provenant de roches silicatées en renferment notablement : les algues de mer, fucus vésiculeux, laminaires, en contiennent beaucoup. L'auteur l'a décelé dans un grand nombre de familles végétales terrestres. Les champignons hyménomycètes à chapeau viennent au premier rang par leur richesse.

Le manganèse paraît se concentrer dans les parties de la plante en activité végétative, dans les feuilles, les jeunes pousses. En très faible quantité dans l'écorce du Pin maritime et celle de l'Orme, il abonde cependant dans les feuilles et les jeunes pousses de ces mêmes arbres.

Les graines des plantes phanérogames (froment, orge, maïs, avoine, haricot, sarrasin, chènevis, café, figue, prune, raisin, pomme), ou encore des bourgeons charnus comme la pomme de terre, en sont surtout chargés.

Ce fait, rapproché de la présence, en quantité considérable, du manganèse dans les hyménomycètes, à développement si rapide, attire l'attention sur le rôle physiologique que peut remplir le manganèse, surtout au début de la vie de la plante, germination et premier développement.

Dans les animaux, le manganèse est en proportion bien moindre que dans les végétaux. On le rencontre dans la plupart des espèces animales (zoophytes, acéphales, gastéropodes, poissons, mammifères).

Dans l'œuf, le jaune en renferme beaucoup plus que le blanc, et l'œuf en contient plus que la chair et le squelette, analogie rappelant le fait signalé à propos des graines.

Les parties cornées et les téguments en renferment notablement.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 Juillet 1898.

De l'augmentation de poids qui, chez le nouveau-né, peut indiquer une mort prochaine.

M. G. Durante présente les pièces d'un enfant mort à l'âge de 3 mois dans le service de M. Porak, à la Maternité.

Cet enfant, dont la courbe avait toujours été satisfaisante, a présenté, à partir du 29 juin, une augmentation brusque de poids de 125 grammes en 6 jours. A ce moment, apparition de quelques râles et état général peu satisfaisant. Mort, le 6 juillet, après une diminution de poids insignifiante.

A l'autopsie, tuberculose pulmonaire à forme granulique dans les deux poumons, et caverne du volume d'une grosse noix dans le sommet gauche. Quelques tubercules dans le foie; ganglions bronchiques caséeux.

L'intérêt de cette observation siège non pas dans la tuberculose que l'on ne peut guère considérer comme congénitale, mais dans l'augmentation considérable de poids qu'a présenté l'enfant dans la dernière semaine de sa vie, au moment précis où le bacille se généralisait.

Cette augmentation de poids, précédant de peu la mort, n'est pas exceptionnelle chez le jeune enfant.

M. Durante apporte l'observation de 8 autres enfants, présentant cette même anomalie du poids, plus ou moins marquée dans les derniers jours de la vie.

Quoique cette augmentation de poids terminale puisse s'observer dans des circonstances très diverses, elle paraît être surtout fréquente chez les enfants succombant à une insuffisance hépatique, par stase ou par dégénérescence graisseuse.

En résumé, si la courbe du poids doit être examinée régulièrement chez les nouveau-nés pour se rendre compte de leurs progrès, il faut savoir également qu'une élévation même rapide du poids n'est pas toujours un symptôme favorable et peut, parfois, précéder de peu une mort plus ou moins rapide.

M. Brault fait remarquer, à propos de dégénérescence graisseuse du foie, qu'on a beaucoup trop étendu le cadre de ces dégénérescences, et qu'il s'agit, le plus souvent, de simple surcharge graisseuse. La dégénérescence fait défaut, car le noyau de la cellule hépatique se colore bien et le protoplasma n'est pas morcelé.

Dans une autopsie de pneumonique alcoolique, il a trouvé les cellules hépatiques présentant à la fois des globules graisseux et du glycogène; la présence de ce dernier élément permet de dire que la cellule fonctionnait, qu'il n'y avait pas de dégénérescence, qu'il s'agissait, par conséquent, de surcharge graisseuse.

Tumeur du cervelet.

MM. Rabé et **A. Martin** présentent une tumeur du pédoncule cérébelleux moyen du côté droit, refoulant en arrière l'hémisphère correspondant du cervelet, comprimant en avant la

moitié droite de la protubérance et du bulbe. Les symptômes du côté des nerfs de la base du crâne, les phénomènes de titubation, de douleur occipitale, les vertiges, avaient permis de faire le diagnostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 Juillet 1898.

Sur une septicémie du cobaye.

M. Phisalix. — Depuis plusieurs années, au laboratoire de M. Chauveau, j'ai eu l'occasion d'observer une maladie infectieuse qui fait périr un grand nombre de cobayes. Elle se manifeste par une inflammation des voies respiratoires accompagnée de fièvre intense, d'un abaissement graduel de la température jusqu'à la mort qui arrive en 4 à 5 jours. A l'autopsie, on trouve des lésions dans différents viscères et dans les séreuses.

Cette infection est occasionnée par un très petit bacille à ma connaissance non encore décrit, qui se cultive également bien dans l'air et dans le vide; il pousse difficilement sur gélatine où il forme de toutes petites colonies translucides toujours isolées et à peine visibles à l'œil nu, il ne prolifère pas sur pomme de terre, ne donne pas de spores et ne résiste pas à une température de 58° à 60° pendant 1/4 d'heure. Inoculé au cobaye, il reproduit la maladie aux doses minimes de 0 c.c. 06 à 0 c.c. 12 de culture récente. Il n'a pas d'effet appréciable sur le rat et la grenouille. Il est très pathogène pour le lapin, la souris, le pigeon. Chez le chien, en injection intra-veineuse, il détermine une méningo-encéphalo-myélite avec des symptômes et des lésions caractéristiques qui feront l'objet d'une prochaine note.

De l'élimination du bleu de méthylène chez une femme atteinte de folie à double forme.

M. Dufour. — Chez une aliénée du service de M. Joffroy, présentant alternativement des accès de dépression et d'excitation, j'ai pu me rendre compte qu'aux périodes de dépression correspondait une diminution de la sécrétion et des produits solubles de l'urine et aux périodes d'excitation une augmentation du taux de l'urine et de ses produits solubles. J'ai recherché ensuite comment s'effectuait l'élimination du bleu de méthylène administré en injection sous-cutanée à la dose de 0 gr. 05 aux mêmes périodes. Il résulte de mes expériences que cette élimination se fait toujours d'une façon identique et dans le même laps de temps, que la malade soit déprimée ou excitée. Ces faits prouvent qu'il n'y a aucun parallélisme dans les états psychiques entre l'élimination du bleu de méthylène et celle des produits solubles de l'urine.

Sur l'état du moteur oculaire commun dans certains cas d'hémiplégie d'origine cérébrale.

M. Mirallié a recherché la cause de la diminution de la fente palpébrale dans l'hémiplégie de cause cérébrale. Il admet qu'elle est due non pas, comme l'ont avancé quelques auteurs, à une diminution de tonicité de l'orbiculaire de la paupière, mais bien à un affaiblissement des fonctions du moteur oculaire commun.

Bacille d'Achalme dans le liquide pleural.

M. Carrière (de Lille) a trouvé le bacille d'Achalme-Thiroloix dans le liquide d'un épanchement pleural survenu chez un sujet atteint de rhumatisme articulaire subaigu.

Il a vérifié et constaté la justesse des caractères biologiques et morphologiques indiqués par MM. Achalme et Thiroloix.

Chlorose d'origine thyroïdienne.

M. Camus cite à l'appui de l'existence d'une chlorose d'origine thyroïdienne, soutenue par M. Capitan, le cas d'une femme de 22 ans atteinte depuis l'âge de 18 ans d'une chlorose qui a résisté jusqu'alors à tous les traitements. Ayant trouvé chez cette malade une hypertrophie du corps thyroïde, M. Camus soumit la malade au traitement thyroïdien qui amena la guérison dans l'espace de quelques semaines.

De l'orientation auditive.

M. Egger. — Nous avons pu examiner dans le service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière un cas offrant, par une dissociation fonctionnelle excessivement rare, un sujet d'étude classique pour la question si controversée de l'orientation auditive. Il s'agit d'une femme chez laquelle une tumeur a détruit les deux grosses racines spinales descendantes de la Ve paire. La tête est absolument anesthésique, de même que les 2 pavillons des oreilles et les 2 conduits auditifs externes. Les tympans ont conservé de la sensibilité. Soumise à la centrifugation, la malade n'a aucune perception des mouvements translatoires, ayant lieu vers le côté gauche; elle croit rester en place. En conservant à la source sonore toujours la même position et en faisant passer la malade sur l'appareil de centrifugation à travers tous les points cardinaux de l'horizon on voir que l'oreille gauche ne distingue aucune direction sonore, tandis que la droite différencie parfaitement bien toutes les incidences.

Ce cas prouve : 1° que l'appareil semi-circulaire possède, outre la fonction de la perception des mouvements translatoires angulaires, encore la faculté de discerner la direction du son;

2° Que l'orientation auditive se fait indépendamment et sans le concours de l'orientation subjective dans l'espace; car la malade, ayant perdu la perception des mouvements angulaires vers la gauche et restant sans connaissance des changements de position de son corps vis-à-vis de l'horizon, a parfaitement bien localisé la direction des sons avec son oreille droite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Juin 1898.

Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur.

M. Schwartz a eu recours à l'incision vaginale pour des abcès du cul-de-sac de Douglas, ou pour des collections purulentes siégeant assez haut, mais encore abordables par le vagin. Il a eu des guérisons et des insuccès. L'opération n'est pas toujours bénigne, et des accidents sérieux peuvent se produire. Ainsi chez une malade, une hémorrhagie assez vive se produisit; chez un autre, après l'incision d'une poche, une seconde se développa, et une nouvelle colpotomie, faite par un autre chirurgien, fut suivie de mort dans les 24 heures. Récemment, enfin, au cours d'une colpotomie, M. Schwartz ouvrit successivement deux poches, puis mit un drain et fit un lavage : le liquide ne ressortit pas. Immédiatement, et pratiqua la laparotomie et trouva ce drain libre dans le ventre.

Au point de vue des effets lointains, l'incision vaginale ne réussit pas toujours. Comme exemple, M. Schwartz cite le cas d'une femme à laquelle il a fait la colpotomie, il y a 7 ans pour une annexite droite suppurée; cette malade a eu, il y a 2 ans, un accès de péritonite grave, et on a dû la réopérer récemment.

En somme, M. Schwartz n'est pas chaud partisan de la colpotomie, et, à moins de cas exceptionnels de collections suppurées pointant dans le vagin, il préfère encore avoir recours à la laparotomie.

M. Bazy réserve l'incision vaginale aux collections uniques, limitées au cul-de-sac postérieur ou aux lésions récentes aiguës. Dans les autres cas, mieux vaut avoir recours à une intervention plus complète, telle que la laparotomie ou l'hystérectomie. Pour sa part, il reste partisan de la laparotomie qui permet de mieux voir, de mieux se rendre compte des lésions.

Traitement de l'appendicite.

M. Poirier a eu l'occasion d'intervenir au 6e jour d'une appendicite compliquée de péritonite généralisée; malgré l'ab-

sence de toute espérance, et sur la demande de la famille, il a opéré. La péritonite était suppurée et généralisée, l'appendice gangrené. Après résection de celui-ci, il a lavé et drainé la cavité péritonéale.

Le malade, que M. Poirier croyait voir succomber dans la journée, survivait encore le lendemain; il lui injecta 1500 gr. de sérum. Le mieux alla s'accentuant, et, le 7e jour, la guérison était assurée, lorsque, au cours d'un pansement, une hémorrhagie se fit, ayant pour point de départ la veine circonflexe iliaque, et emporta le malade dans la journée avant que M. Poirier ait pu être avisé.

M. Poirier estime qu'en matière d'appendicite, il faut toujours et tout de suite opérer, que l'appendice doit toujours être cherché et enlevé. Pour l'atteindre, M. Poirier conseille d'aller à la recherche de cet organe en pratiquant le décollement sous-péritonéal dans la fosse iliaque, comme pour la ligature de l'iliaque externe. Par ce mode de recherche on peut palper toute la région entre la main sous-péritonéale et la main abdominale, et sentir ainsi l'appendice. La collection trouvée, si elle existe, on l'ouvre d'arrière en avant.

M. Reclus estime que la recherche de l'appendice doit autant que possible être faite, mais qu'il ne faut pas s'y acharner. Il a laissé l'appendice dans les deux tiers des cas et il n'a pas de récidive.

Quant à la question de l'opportunité de l'intervention, M. Reclus estime qu'il est préférable, dans la très grande majorité des cas, d'attendre la cessation des accidents aigus pour intervenir à froid : c'est le meilleur moyen de ne pas inoculer le péritoine.

M. Brun pense, pour ce qui est de la recherche de l'appendice dans les abcès péri-appendiculaires, qu'il faut la pratiquer le plus souvent possible, la résection de l'appendice mettant seule à l'abri d'une récidive. M. Reclus a dit, il est vrai, que sur les nombreux malades qu'il avait opérés par simple ouverture du foyer, aucun n'avait eu de crise nouvelle. M. Brun en revanche, cite dans sa pratique personnelle trois exemples d'enfants qui, opérés dans ces mêmes conditions, ont dû plus tard subir l'appendicectomie, deux pour fistule persistante, un pour réapparition de plusieurs crises inquiétantes. Il croit donc la recherche de l'appendice utile et il la pratique toujours lorsqu'il est appelé à intervenir dans les premiers jours qui suivent la formation de l'abcès. Il n'a, à la suite de cette pratique, jamais observé d'accidents et n'a en particulier, jamais vu se produire l'inoculation péritonéale.

Il est, par contre, des cas toutefois, où M. Brun limite son intervention à la seule ouverture du foyer purulent; c'est lorsqu'il se trouve tardivement en présence d'appendicites à forme lente, à marche insidieuse, où on est exposé à rencontrer de petits foyers multiples isolés, limités par des anses intestinales altérées et ramollies. Il s'abstient, dans ces cas, de toute recherche appendiculaire, craignant alors moins l'infection péritonéale généralisée, que les ruptures intestinales et les fistules pyostercorales consécutives.

Pour ce qui est de savoir si toute appendicite diagnostiquée doit être immédiatement opérée, M. Poirier ne partage nullement l'opinion formulée par M. Poirier. Là encore tout dépend de l'âge de l'appendicite. Si l'on est appelé au début, dans les 4 ou 5 premiers jours, il faut commencer par insinuer le traitement médical (repos absolu, diète, glace sur le ventre, morphine), et, dans la très grande majorité des cas, on voit les accidents s'amender; on peut alors pratiquer plus tard la résection à froid. Le traitement médical est si souvent efficace que, depuis qu'il est pratiqué de bonne heure, le nombre des appendicites qu'on est obligé d'opérer d'urgence, a considérablement diminué. Les enfants, envoyés plus tôt par les médecins de la ville, ont presque toujours leur crise aiguë jugulée et subissent, 3 semaines ou 1 mois après, la résection appendiculaire qui, jusqu'à présent s'est toujours montrée sans danger. M. Brun croit toutefois, qu'il ne convient pas de prolonger outre mesure l'épreuve du traitement médical, et, lorsqu'après 24 heures ou 48 heures de ce traitement, on ne voit survenir aucune modification dans la température, il faut intervenir sans hésiter.

Il est, enfin, une catégorie de cas où l'opération, aussi prompte que possible, s'impose, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite septique. Dans ces cas, qu'on arrive assez aisément à distinguer à la rapidité et à la faiblesse du pouls, au faciès spécial, au peu de réaction douloureuse du côté du ventre, on n'obtiendra de guérison qu'à la condition d'opérer à une période aussi rapprochée que possible du début des accidents. M. Brun a ainsi, dans des cas en apparence désespérés, obtenu 4 guérisons qu'il n'a dues qu'à la promptitude de son intervention.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Gérard-Marchant montre un malade auquel il a extirpé le ganglion de Gasser pour une névralgie rebelle des téguments, par le procédé de M. Quénu. Le résultat thérapeutique obtenu est parfait et le malade n'est nullement défiguré.

Suture artérielle.

M. Gérard-Marchant montre un malade auquel il a pratiqué, pour un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude, d'origine récente et consécutif à une plaie, la suture de l'humérale. La guérison est complète.

Extirpation des deux sympathiques cervicaux pour goitre exophthalmique.

M. Schwartz montre une malade à laquelle il a pratiqué successivement l'extirpation du sympathique cervical gauche, puis droit.

L'opération a été laborieuse, les ganglions nerveux étant dans une atmosphère celluleuse indurée. Le résultat thérapeutique est excellent.

M. Gérard-Marchant ajoute qu'il en est à sa 11e opération de ce genre et que l'amélioration est la règle après un temps plus ou moins long.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Juillet 1898.

Dangers du phénol chez l'enfant.

M. Comby rapporte l'observation d'une enfant de cinq ans, entrée dans son service pour une hématurie abondante; cette hématurie persista pendant quinze jours, elle ne s'accompagna d'aucun symptôme; l'enfant resta apyrétique.

La cause de cette hématurie fut facile à trouver : l'enfant était atteinte d'otorrhée, et, depuis dix jours, elle était soumise au traitement comprenant les injections chaudes dans l'oreille, six fois par jour, avec une solution phéniquée à 15 p. 1000. Après la dernière injection du soir, on mettait dans l'oreille 5 gouttes de glycérine phéniquée à 5 p. 100. Enfin l'enfant prenait encore des bains d'oreille avec l'eau phéniquée ci-dessus.

Cette ordonnance a été exécutée soigneusement pendant dix jours. Deux jours après la cessation des pansements phéniqués, l'enfant urina du sang pur, puis un liquide noir, analogue à du café.

Il est évident que l'hématurie dont cette enfant a été atteinte, et qui a été guérie, ne peut être attribuée à une autre cause que l'intoxication phéniquée.

Érysipèle de la face produit par inoculation du pus d'une pleurésie purulente à streptocoques.

M. Ménétrier rapporte l'observation d'un médecin qui, pendant qu'il faisait le pansement d'un malade, opéré quelques jours auparavant d'un empyème pour pleurésie purulente à streptocoques, s'inocula en se grattant avec l'ongle au niveau du conduit auditif droit. Dès le lendemain soir, un érysipèle débuta; il dura une vingtaine de jours, puis guérit sans traitement spécial.

Les examens bactériologiques du liquide pleural démontrèrent que les streptocoques qui y étaient contenus possédaient une très faible virulence.

M. Netter fait remarquer que cette dernière constatation confirme les expériences faites au laboratoire de Koch; pour produire l'érysipèle chez l'homme, il faut inoculer des streptocoques d'une virulence très atténuée.

M. Jacquet fait remarquer que les pansements à l'alcool, pur ou additionné d'acide borique, donnent de très bons résultats dans les dermatites aiguës, et particulièrement, dans l'érysipèle.

M. Florand cite un nouvel exemple du polymorphisme des affections que peuvent déterminer la pénétration dans nos tissus de streptocoques de même race : deux enfants atteints d'angines bénignes contaminent leur mère, chez qui l'infection se manifesta sous la forme d'un érysipèle grave.

Œdème névropathique de la jambe ayant succédé à une intoxication légère par l'oxyde de carbone.

M. Mathieu. — Les troubles nerveux qui succèdent à l'intoxication par l'oxyde de carbone sont mal connus; aussi est-il bon d'accumuler les faits qui peuvent servir à l'étude. En voici un : après deux tentatives de suicide par l'oxyde de carbone, un jeune homme présenta des troubles de la circulation dans le membre inférieur droit : œdème dur, tout particulier, présentant les caractères de l'œdème névropathique. Le diagnostic n'offrait aucune difficulté; l'observation n'est intéressante que par les circonstances étiologiques spéciales.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 Juillet 1898.

Cancroïde traité par l'arsenic.

M. Danlos a montré un malade atteint d'un cancroïde de la face et traité par les applications locales d'arsenic. Mais avant d'appliquer chez lui la méthode de Czerny, M. Danlos a fait d'abord l'ablation des surfaces malades. On peut voir que le cancroïde présente ici une région qui est guérie et l'autre qui ne l'est pas. Il s'est fait à la surface une épidermisation sous laquelle il y a encore des nodules épithéliomateux.

M. E. Besnier fait observer qu'il s'agit ici d'épithéliome bénin qui, ne s'étendant pas en profondeur, est plus facile à modifier et accessible même aux traitements locaux, autres que ceux employés par M. Danlos. Mais il faut bien savoir aussi que ces cas sont susceptibles de récidiver au bout d'un certain temps.

M. Brocq a eu l'occasion de donner ses soins à un malade atteint d'un immense épithéliome, que les chirurgiens refusaient d'opérer. M. Brocq fit des cautérisations au chlorate de potasse accompagnées de pansements à l'aristol, et obtint une cicatrisation merveilleuse. Le traitement par l'arsenic n'est pas nouveau. Il y a longtemps, en effet, qu'on employait avec succès en France, la destruction par les pâtes arsenicales.

Lupus de la face traité par des injections de calomel.

M. Du Castel présente deux malades atteintes de lupus tuberculeux de la face, et traitées depuis six mois par des injections de calomel suivant la méthode d'Asselbergs, de Bruxelles. Il s'est fait, à la suite des injections, des poussées congestives très nettes de la région malade. Les résultats avantageux ont été très peu marqués. M. Du Castel conclut, avec M. Asselbergs, que le traitement du lupus par les injections de calomel peut constituer un traitement adjuvant du lupus mais ne doit pas en constituer un traitement exclusif.

M. Boocq a vu chez une malade de son service, sous l'influence des injections de calomel, diminuer la masse de l'infiltrat lupique. Chez un autre, atteint d'un lupus rebelle, le même traitement a donné d'abord une première amélioration, puis les lésions sont restées stationnaires et on a dû ensuite attaquer les tubercules lupiques par les cautérisations. Mais, dans ce cas, il existait une cicatrice colossale du pharynx, de sorte qu'il y avait peut-être là coïncidence de syphilis.

M. Gaucher a observé à l'hôpital Saint-Antoine une femme qui se présentait comme atteinte d'un lupus diagnostiqué par M. Vidal et scarifié par M. Quinquaud. La lésion, qui siégeait au nez, ressemblait à du lupus sur certains points, à des syphilides sur d'autres. Dans le doute, M. Gaucher fit des injections de préparations mercurielles solubles et obtint une amélioration considérable. La malade avoua alors qu'en dehors des médecins désignés plus haut, elle en avait consulté un autre du même hôpital qui lui avait donné un traitement spécifique, suivi aussi d'amélioration; d'ailleurs, ajoutait-elle, elle avait eu, vers l'âge de 15 ans, une affection analogue, dont elle ignorait la nature, mais qui avait été guérie par un traitement interne sur lequel elle ne pouvait donner aucun renseignement. M. Gaucher croit donc qu'il s'agissait de syphilis, et que, d'une façon générale, les lupus guéris par des injections mercurielles, sont des erreurs de diagnostic.

M. Moty croit, pour en avoir observé dans sa propre famille, que les lupus sont susceptibles d'être guéris d'une façon définitive par les injections de naphthol camphré.

M. A. Fournier fait faire dans son service des injections de calomel aux lupiques et il incline à conclure qu'il y a des cas où l'on n'obtient rien, tandis que dans d'autres cela fait réellement très bien, soit d'une façon provisoire, soit d'une façon définitive. Comment expliquer cette différence? Assurément il doit y avoir des erreurs de diagnostic, cela est fort possible, vu que rien n'est si difficile à diagnostiquer. Mais aussi il croit à l'association possible des deux maladies, et le lupus né sur un bon terrain doit différer de celui qui est né sur un terrain spécifique.

Un fait indéniable, c'est que l'injection de calomel agit sur le cancroïde. M. Fournier a vu le traitement antisyphilitique donner souvent une amélioration considérable de l'épithélioma lingual, mais c'était une amélioration passagère; au bout de 15 jours ou quelques semaines elle s'arrête, et 6 mois après le malade est mort.

Syphilides développées sur des points de vaccination.

M. A. Fournier a observé en ville un homme de 33 ans, marié, ancien syphilitique mais jouissant d'une excellente santé et ayant eu il y a trois ans des syphilides tuberculeuses, qui se fait vacciner au bras droit par trois piqûres, sans résultat; on recommence cinq piqûres à gauche, rien ne se produit.

Sept mois se passent sans aucun accident, mais au bout de ce délai apparaissent trois boutons qui persistent au niveau des piqûres du bras droit. Sept mois plus tard cinq boutons se montrent au niveau des piqûres du bras gauche, analogues aux précédents. M. Fournier constate alors sur le bras droit trois admirables tubercules syphilitiques et cinq sur le bras gauche siégeant absolument au niveau des points de vaccination. Voici donc des syphilides développées sur des vaccines, à une échéance d'environ sept mois pour les unes, de quatorze mois pour les autres.

Cas de vitiligo aigu, lié au développement d'une névrite périphérique.

M. Emery montre un malade, qui, après avoir exercé les plus diverses professions, travaille depuis deux ans chez un fabricant de cycles qui l'emploie exclusivement au dégraissage des pièces — opération pratiquée à l'aide de l'essence de pétrole dont le malade respire incessament les vapeurs et qui imprègne constamment ses membres et ses bras.

Depuis cette époque, ce malade a présenté des troubles nerveux qui, s'aggravant graduellement, l'ont conduit à l'hôpital.

A son entrée, on constate tous les signes d'une névrite phériphérique localisée à ses deux membres supérieurs, plus particulièrement à son bras droit. Les troubles sensitifs sont peu accentués — mais la perte de la fonction musculaire est presque complète — la paralysie porte plus particulièrement sur les les extenseurs de la main.

Au moment où apparurent les premiers phénomènes douloureux du membre supérieur, le malade souffrit également de violentes névralgies faciales. Les premiers accidents remontent

exactement à l'époque à laquelle le malade subit les premières intoxications professionnelles par l'essence de pétrole. Il y a deux mois environ, au moment même où les accidents nerveux prenaient brusquement un grand caractère d'acuité, apparurent sur l'emplacement des muscles paralysés des bras et sur les régions névralgiques de la face, de fortes taches de vitiligo dont l'évolution fut extrêmement rapide et que l'on constate à l'heure actuelle avec tous les caractères habituels de cette affection cutanée. Il est curieux de relever dans cette observation non seulement l'existence d'un vitiligo aigu, lié manifestement à des phénomènes névritiques, mais encore une cause singulière et encore fort peu connue de névrites périphériques.

Lymphangite tuberculeuse à marche rapide.

MM. F. Balzer et **Leroy** présentent une malade de 23 ans, sans antécédents héréditaires, qui, à l'âge de 15 ans, eut une ostéo-périostite tuberculeuse du médius droit ; quelques semaines après survint une première poussée de lymphangite tuberculeuse dont les éléments ulcérés occupèrent la face dorsale de la main et le bord interne du bras et de l'avant-bras droits où ils laissèrent à leur suite des cicatrices blanchâtres lisses et légèrement déprimées, encore très visibles aujourd'hui. L'ensemble de ces accidents dura environ deux mois.

Trois ans après le médius gauche fut atteint à son tour d'ostéo,périostite ; la fistule profonde qu'il présente actuellement en reste le vestige.

Il y a deux mois, la malade fut atteinte d'une deuxième poussée de lymphangite tuberculeuse pour laquelle elle entra à l'hôpital. Cette fois la poussée a suivi le bord externe du membre supérieur droit; elle présente quatre foyers superposés suivant le trajet des lymphatiques de la région.

Ces foyers sont séparés par des intervalles de peau saine, au-dessous de laquelle la palpation fait percevoir par place et très imparfaitement quelques cordons indurés. Trois autres éléments aberrants siègent au-dessous de l'épitrochlée droite, dans l'aisselle droite et sur la face dorsale de la main gauche.

Les éléments débutent par de petites nodosités d'abord sous-cutanées; puis la peau qui les recouvre rougit et s'indure; la tumeur grandit, se ramollit et s'ouvre en laissant échapper du pus; le pourtour de l'orifice ainsi formé s'agrandit, ses bords s'amincissent et se décollent; la peau du voisinage s'infiltre et prend une teinte violacée. Actuellement le fond des ulcérations est sanieux et bourgeonnant.

Les foyers inflammatoires présentent une forme irrégulièrement arrondie et les dimensions d'une pièce de deux francs environ. L'ulcération n'en occupe que le centre; le pourtour est formé par une peau infiltrée; amincie, décollée dont la face interne lisse qui semble recouverte par l'épiderme n'a aucune tendance à se recoller au fond bourgeonnant de l'ulcère. Tous les éléments quoique contemporains ne sont pas au même stade, les plus rapprochés de la main étant les plus avancés.

L'ulcération s'est produite d'une façon générale 5 à 6 semaines après l'apparition des tumeurs.

Les ganglions du coude ne sont pas perceptibles; ceux de l'aisselle droite sont engorgés.

L'état général est resté bon, le malade tousse, crache un peu, tous les hivers; l'auscultation ne révèle aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

L'examen clinique ne laisse aucun doute sur la nature des lésions : à la suite de l'ostéo-périostite tuberculeuse des doigts s'est développée en deux poussées successives une lymphangite avec un foyer tuberculeux s'échelonnant sur toute la hauteur du membre supérieur droit. Toute cette évolution suppurative se fait à froid comme l'ont toujours remarqué les auteurs qui ont le mieux étudié la question ces dernières années (Hallopeau, Gaucher, Lejars, Goupil, etc.).

Ces gommes tuberculeuses d'origine lymphangitique représentent de véritables abcès froids (Lannelongue). Elles en offrent bien les allures dans l'évolution et dans l'organisation de leurs parois.

Il faut remarquer la rapidité avec laquelle se sont produites les deux poussées de lymphangite, la première ayant évolué en deux mois, au dire du malade; la seconde, datant maintenant de deux mois, ayant cessé de progresser.

Nous penserions volontiers que les infections secondaires ont dû favoriser ce développement rapide. Mais pour créer des lésions dont l'évolution clinique reste aussi identique à elle-même et sans mélange avec les autres formes de tuberculose cutanée, il faut que l'agent pathogène de la tuberculose puisse vivre indéfiniment dans un état spécial d'atténuation qui ne se modifie que très difficilement.

L'identité d'évolution nous paraît avoir été la même dans l'os, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Traitement : excision des bords décollés de l'ulcère, curetage de son fond bourgeonnant, pansement à l'iodoforme, après anesthésie locale préalable.

Troisième note sur un cas de séborrhéide.

M. Hallopeau. — Il s'agit actuellement d'une coloration érythémateuse en traînées avec desquamation furfuracée et lésions typiques de séborrhée au cuir chevelu : aucune étiquette connue n'étant applicable à ces faits, l'auteur propose, comme B. Brocq, la dénomination de séborrhéides; on distinguerait ainsi des séborrhéides pityriasiques, érythémato-squameuses, marginées, eczémateuses, psoriasiformes et suppuratives de diverses formes.

La communication de M. Hallopeau est très intéressante. Il est évident qu'il y a là une dermatose vraie et que ces faits doivent servir de nucléole à un groupe dermatologique nouveau.

Dermatite herpétiforme insolite.

M. Brocq a présenté un malade âgé de 71 ans, atteint, depuis le mois de décembre 1896 d'une affection cutanée prurigineuse, caractérisée par des plaques érythémateuses circonscrites sur lesquelles se forment des vésicules et des bulles transparentes qui subissent peu à peu la transformation purulente ou se dessèchent en croûtes. Ces lésions se reforment incessamment en certains points, creux axillaires, plis inguinaux, région présternale, cuisse droite, cuir chevelu, parties latérales des joues. En ces points, mais surtout au niveau des joues, les téguments ont fini par s'altérer et par prendre un aspect parfaitement cicatriciel : les bulbes pileux y sont détruits, et on trouve çà et là de nombreux kystes épidermiques disséminés à la surface de ces plaques lisses et blanchâtres.

Le malade est traité depuis 4 mois par les bains statiques secs et les effluves électriques : son état s'est amélioré. M. Brocq croit qu'il s'agit d'une dermatite herpétiforme à allures un peu insolites.

Psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse.

MM. Hallopeau et **Ernest Gasne.** — La persistance d'achromies à la suite du psoriasis a déjà été signalée en 1892 par l'un des auteurs : elle s'est produite dans les deux cas chez de jeunes sujets. La distribution suivant des sphères de distribution nerveuse a été également observée antérieurement, notamment par Thibierge; elle n'est pas une démonstration de la théorie tropho-névrotique du psoriasis; par son évolution excentrique, son inoculabilité, sa guérison par les antiseptiques, cette éruption se classe comme parasitaire : la localisation nerveuse peut s'expliquer par un trouble d'origine embryonnaire transformant une région en un terrain favorable au développement du contage.

Maladie de Paget.

MM. Grisel et **Salmon.** — L'ulcération du mamelon était indépendante de la tumeur du sein, squirrhe avec cellules épithéliales pavimenteuses. Ganglions épithéliomateux dans l'aisselle.

L'observation clinique et l'anatomie pathologique démontrent que l'ulcération du mamelon est en rapport avec la néoplasie profonde du sein. Il y a donc deux phases très nettes dans la maladie de Paget : une ulcération superficielle spécifique précancéreuse, et une tumeur maligne du sein consécutive, qui reproduit le type épithélial superficiel. Cette observation dé-

montre la production du cancer en deux temps, et la relation qui unit la lésion cutanée et la tumeur profonde.

Névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications.

MM. L. Jacquet et **Mesnard**. — La méthode des scarifications linéaires est insuffisamment vulgarisée encore dans le traitement des dermatoses prurigineuses locales. En outre, on recule devant son emploi en certaines régions qui en bénéficieraient fort bien : telles la rainure préputiale, le gland et le fourreau de la verge, probablement aussi la région vulvaire. Voici un exemple saisissant à l'appui des réflexions qui précèdent.

M. X..., âgé d'environ 40 ans, nerveux par hérédité, névrosé par l'absinthe et le surmenage intellectuel, voit apparaître, il y a 5 ans, une tache rouge au méat, en continuité avec la muqueuse uréthrale. Puis successivement une série de taches analogues paraissent à la surface de l'organe, avec tendance extensive et finalement confluence.

M. X... éprouvait alors, surtout la nuit et après le coït, des cuissons fort pénibles; il consulta plusieurs médecins et employa de nombreux remèdes, dont quelques-uns amenèrent une aggravation. Aussi, 2 ans plus tard, la rainure préputiale était envahie, puis en dernier lieu, le fourreau de la verge presque en son entier. L'organe à ce moment est rouge, légèrement squameux mais sans épaississement notable du tégument sauf à l'extrémité du prépuce, au frein surtout.

Les crises de prurit devinrent intolérables, surtout la nuit : après elles la verge est légèrement tuméfiée, plus rouge, son épiderme apparaît craquelé et suintant : le malade évite le coït provocateur du prurit.

Dans ces conditions, nous instituons le traitement suivant : application pendant la nuit de cataplasmes de fécule de pomme de terre, souples et froids, qu'on change le plus possible; scarifications superficielles du gland, de la rainure balano-préputiale (le prépuce étant au préalable rétracté sur la verge) et enfin du fourreau. Les scarifications sont renouvelées deux ou trois fois par semaine en moyenne, les cataplasmes sont soigneusement appliqués dans l'intervalle, la nuit, et quand c'est possible, le jour, après les séances. Régularisation du régime, absolue sobriété; alimentation à dominante végétarienne, exercice modéré au grand air, douches tièdes.

L'amélioration s'est montrée d'emblée, et s'est accentuée graduellement jusqu'à la guérison absolue, aujourd'hui acquise. Il y a eu de très légères récidives après un mois d'essai de suspension du traitement : elles ont été tôt conjurées par la reprise des scarifications. Il a été fait en tout une vingtaine de séances et, à la date actuelle, elles sont suspendues depuis plusieurs mois.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux qu'a publiés récemment l'un de nous dans le traitement des eczémas et des psoriasis localisés.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 Juillet 1898.

De l'ablation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome malin.

M. Abadie présente un malade qui l'a consulté pour un glaucome hémorrhagique malin de l'œil gauche, alors qu'il avait déjà été énucléé de l'œil droit pour des accidents de même nature. Il s'agit d'un de ces cas vis-à-vis desquels on est désarmé et contre lesquels toutes les ressources sont impuissantes. Le malade, après 17 heures de douleurs intolérables, réclamait instamment l'énucléation de cet œil gauche, comme cela avait été fait pour l'œil droit. Il lui a fait l'ablation du ganglion cervical supérieur gauche et, le soir même, les douleurs avaient cessé. Voici 15 jours que cette intervention a été faite; les phénomènes intérieurs ont sensiblement rétrocédé et l'améliorationtion va en progressant.

Il est donc permis de penser que, dans des cas de ce genre, où l'on n'avait jusqu'ici, comme ressource suprême, que l'énucléation, l'ablation du ganglion cervical supérieur peut rendre de services. Ce cas confirme la théorie du glaucome que M. Abadie déjà exposée, à savoir que le glaucome n'est pas une affection vasculaire, mais qu'il provient d'une excitation des vaso-dilatateurs de l'œil, excitation qui, alors, va jusqu'à la rupture.

M. Valude, qui connaît ce malade, ayant eu à le soigner et à l'énucléer il y a 4 ans, a observé chez lui des rémissions du genre de celle qui se produit en ce moment sur son œil gauche lesquelles rémissions se sont manifestées pour ainsi dire spontanément, et une fois après l'application de cataplasmes laudanisés. Ces rémissions, spontanées ou coïncidant avec une médication banale, ne permettent pas de conclure ni pour ni contre l'opération dont parle M. Abadie, surtout qu'elle est encore très récente.

M. Despagnet a observé une malade atteinte de glaucome hémorrhagique ayant nécessité l'énucléation. Elle est morte ensuite d'une hémorrhagie cérébrale, ayant fait dans le cerveau ce qu'elle avait d'abord fait dans l'œil; ce qui prouve bien l'origine vasculaire des affections glaucomateuses.

A propos du protargol.

M. Valude n'a pas obtenu avec le protargol de meilleurs résultats qu'avec le nitrate d'argent dans les ophthalmies purulentes. Par contre, dans la conjonctive printanière, où l'on se trouve souvent désarmé et où les récidives annuelles sont la règle il a obtenu d'excellents résultats avec le protargol, notamment dans deux cas, où la guérison a été obtenue en quelques jours. En dehors du catarrhe printanier, M. Despagnet donne incontestablement la préférence au nitrate d'argent.

M. Valude a soumis au protargol une quinzaine de patients environ, les uns atteints d'ophthalmie purulente sérieuse, les autres avec de l'ophthalmie catarrhale simple, d'autres enfin, des enfants, présentant des ophthalmies phlycténulaires avec sécrétion abondante.

Dans tous cas simples, conjonctivites catarrhales, catarrhe des opthalmies phlycténulaires, le protargol a parfaitement réussi ; ce succès, joint au peu de douleur qu'il provoque, en fait un agent très recommandable dans ces cas *simples*.

Mais dans les ophthalmies sérieuses, le protargol a été manifestement insuffisant, inférieur de beaucoup aux autres moyens et notamment au nitrate d'argent.

M. Abadie estime que le nitrate d'argent est le vrai spécifique de l'ophthalmie purulente, vraie et grave.

Traitement de la conjonctivite granuleuse par le brossage.

M. Lekah (d'Alexandrie) apporte à la Société la relation de 250 cas d'ophthalmies granuleuses soignées en Egypte par le brossage avec un succès complet et sans récidive depuis 4 ans, sauf dans 2 cas.

Ce procédé est supérieur aux autres. Dans les cas simples, M. Lekah emploie les traitements ordinaires : nitrate d'argent, sulfate de cuivre. Avant de pratiquer l'opération du brossage, il soumet les malades pendant quelques jours à un traitement antiseptique.

M. Parent estime que le brossage enlève tout l'épithélium, même là où il n'y a pas de granulations. Cette méthode n'est pas indiquée dans les cas moyens, et il lui préfère le procédé du piquetage de Pils et les scarifications, lorsque les granulations sont très abondantes et boursouflées. L'excision du cul-de-sac, suivant le procédé de M. Galezowski, est une des meilleures méthodes, qui enlève les parties granuleuses sans léser la muqueuse.

M. Abadie préconise le brossage qu'il a expérimenté en Egypte et en Orient. Il y a quelquefois des rechutes légères, mais qui cèdent à des lavages antiseptiques, sans qu'il besoin de pratiquer de nouvelles scarifications. Pour quelques malades, un seul brossage ne suffit pas et il faut en pratiquer un deuxième plus léger, à 1 ou 2 mois d'intervalle.

L'excision du cul-de-sac était un acheminement vers cette méthode. Mais avec ce procédé, on respecte le tissu sous-jacent, tandis qu'avec les scarifications et le brossage, on laisse la muqueuse et on attaque le tissu lymphoïde qui est le véritable lieu d'élection des granulations.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 Juin 1898.

Alopécie due à l'acétate de thallium.

M. W. Dubreuilh communique l'observation d'une femme de 39 ans qui depuis 15 mois avait des transpirations abondantes survenues sans cause connue. Ces sueurs sont plus abondantes la nuit ainsi qu'au moment des époques, lorsqu'il y a du brouillard. La malade a des bouffées de chaleur suivies de transpiration. Les émotions, une surprise provoquent la sueur qui est répartie également sur tous les points du corps; le dos est le point où la sueur est le plus abondante.

Malgré ces phénomènes, l'état général est bon; il n'y a pas eu de perte de l'appétit, jamais de toux ni d'hémoptysie, pas le moindre amaigrissement.

Les traitements les plus variés ont été employés pour combattre ces sueurs, mais sans résultat. Le 17 mai 1898, on administre de l'acétate de thallium à la dose de 10 centigrammes par jour, en deux fois. Ce traitement est continué pendant 4 jours.

Trois jours après, en se peignant, la malade arrache sans efforts des mèches de cheveux. Ceux-ci viennent à la moindre traction, et la malade a perdu une forte partie de ses cheveux autrefois très abondants.

Bien que le traitement ait été suspendu depuis 17 jours et qu'il n'ait été pris que 45 centigrammes d'acétate de thallium, la chute des cheveux continue. Une traction très modérée arrache des pinceaux de cheveux qui viennent dans toute leur longueur avec un bulbe atrophié, à peine visible. Les poils du reste du corps tombent également; les sourcils tombent, mais moins que les autres poils. Les moustaches tombent également.

On ne voit rien à la surface du cuir chevelu. Pas de rougeur. Pas de démangeaisons. Pas de modifications du côté des ongles.

M. Mongour. — On a observé, à la suite d'ingestion de ce médicament, des troubles toxiques généraux qui le font condamner absolument.

Hématome de la région olécranienne.

M. Mongie communique l'observation d'un homme de 68 ans, ayant toujours été bien portant, sauf quelques bronchites et une broncho-pneumonie l'hiver dernier. Cet homme présente sur la peau du dos des nævi multiples et des taches pigmentaires.

Il y a environ 1 mois, ayant fait un voyage en chemin de fer, il resta appuyé sur le coude droit. Le lendemain, il constata une ecchymose étendue au niveau de l'articulation et une tumeur au niveau de la région olécranienne.

A l'examen on trouve une tumeur du volume d'une grosse noix, régulièrement arrondie, siégeant au niveau de la région olécranienne, adhérente en certains points à la peau, mais mobile sur les parties profondes. Elle est indolore, molle dans son ensemble, présentant une fausse fluctuation, opaque, irréductible, indépendante de l'articulation et n'en gênant pas les mouvements.

C'est probablement un hématome, car la ponction exploratrice a donné du sang noir.

M. Villar trouve que le fait rapporté par M. Mongie est d'autant plus rare et intéressant qu'il s'agit plutôt d'un hématome développé dans la bourse séreuse rétro-olécranienne. Etant données les ponctions antérieures, il n'y a qu'un traitement à recommander : l'extirpation de la tumeur.

M. Laubie a observé un hématome semblable dans la bourse séreuse prérotulienne. Au bout d'un mois, il se produisit de la suppuration. Il y a donc bénéfice à intervenir le plus tôt possible.

Anévrysme artérioso-veineux de l'artère radiale et de la veine céphalique du pouce.

MM. Rothamel et **Laborie** présentent un garçon de 20 ans, qui 5 jours auparavant, a laissé tomber d'une hauteur de 50 centimètres environ un canif dont la pointe est venue s'enfoncer dans le premier espace intermétacarpien, au niveau du tiers supérieur du second métacarpien, point où la veine céphalique croise l'artère radiale. Aussitôt, d'après les dires du malade, jaillirent deux jets de sang assez forts qui s'arrêtèrent après compression du poignet au moyen d'une bande élastique. Quelques instants après, à l'hôpital Saint-André, cette bande est enlevée sans donner lieu à aucune hémorrhagie. On lave la plaie dont les bords sont suturés.

Six jours après, le malade constate au niveau du point blessé la présence d'une tumeur animée de battements qu'il vient montrer aussitôt. On trouve alors à l'examen les symptômes suivants :

Au niveau de la région déjà indiquée, on voit une voussure assez notable, une véritable tumeur, douée de mouvements d'expansion. La palpation permet d'y percevoir, outre des battements, un thrill absolument remarquable par sa netteté et son intensité.

A l'auscultation, on entend un souffle continu avec renforcement.

Le diagnostic n'est pas douteux : il s'agit d'un anévrysme artérioso-veineux développé, selon toute vraisemblance, aux dépens de la veine céphalique du pouce et de l'artère radiale.

Le malade a été opéré le lendemain. Après ouverture de la poche constituée par la prolifération des tissus voisins plutôt que par les tissus propres de l'artère et de la veine, les deux bouts de la veine et de l'artère sont liés; la plaie est refermée. Guérison sans complications.

Squirrhe du pylore et rein flottant.

M. Laubie présente les pièces provenant d'une femme envoyée à l'hôpital par son médecin avec le diagnostic de rein flottant. Elle se plaint de douleurs de la région épigastrique apparues il y a 4 ans et s'accompagnant de vomissements bilieux et alimentaires. Elle dit avoir également maigri et perdu ses forces, et depuis le début de son affection elle est devenue très nerveuse.

La maladie actuelle paraît avoir débuté il y a 4 ans à la suite d'une fausse couche. Elle ressentit alors des douleurs qui, parties de la région ombilicale, s'irradiaient dans les lombes. Presque continues, elles présentaient de temps en temps des exacerbations très intenses. Elles s'accompagnaient de vomissements alimentaires suivant immédiatement l'ingestion, parfois de vomissements bilieux. Jamais elle n'eut ni stomatorrhagies, ni d'hématémèses.

Actuellement les douleurs sont surtout prononcées à gauche. La malade est toujours très constipée et n'a pas de selles sans lavements. Elle a peu d'appétit, ne vomit pas, mais a souvent des nausées. Elle urine sans difficulté et a expulsé 200 grammes d'urine dans la dernière miction.

Les parois abdominales sont extrêmement souples, l'amaigrissement est d'ailleurs extrême. La loge rénale droite est libre, et l'on sent au-dessous des fausses côtes droites une tumeur lisse rappelant la forme du rein et qui peut d'ailleurs être repoussée dans la loge rénale.

En dedans du rein mobile droit se trouve une tumeur facilement explorable, ayant le volume d'une petite pomme, dure, résistante, très mobile; elle fuit sous le doigt et disparaît parfois, surtout dans une forte inspiration, derrière les fausses côtes du côté gauche.

Rien de particulier du côté des autres appareils.

Ces renseignements, complétés par l'étude du chimisme stomacal, firent porter le diagnostic de squirrhe du pylore coexistant avec une ptose rénale chez une hystérique. L'intervention, pylorectomie ou gastro-entérostomie simple, est décidée.

La laparotomie montra que la tumeur siégeait bien au niveau du pylore; elle fut circonscrite entre deux pinces de Richelot caoutchoutées, et on procéda aux sutures gastrique et duodénale. Les sutures muco-muqueuse et séro-séreuse furent faites à la soie. L'anse intestinale initiale du jéjunum fut ensuite anastomosée à travers le mésocôlon transverse avec la paroi postérieure de l'estomac avec un tube de M. le Dr Dubourg n° 6, sur lequel fut fait le double plan de sutures. L'opération avait duré 2 heures 1/2 pansement compris. Mort avec des symptômes de péritonite au 7e jour.

La portion d'estomac et du duodénum réséquée contenait la tumeur dans sa totalité Elle mesure 9 centimètres. Sur le bord

M. Mongour ne croit pas que l'examen du suc gastrique ait une valeur décisive pour établir le diagnostic de néoplasme stomacal. L'hypochlorhydrie est aussi fréquente chez les dilatés que chez les malades atteints d'ulcère stomacal. En outre des examens faits à des époques différentes donnent pour les mêmes malades des résultats contradictoires. Il estime donc qu'il ne faut pas donner au chimisme stomacal une valeur décisive et guider sur les résultats qu'il fournit une décision opératoire.

M. Arnozan ne partage point entièrement l'avis de M. Mongour, et pense que l'examen du suc gastrique est important. On doit le répéter plusieurs fois, et alors il peut donner des renseignements utiles. En outre, la présence de débris d'aliments pris la veille mérite qu'on y prête attention. Dire que l'examen du suc gastrique est tout serait exagéré; dire qu'il n'apprend rien l'est également.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances des 29 Juin et 6 Juillet 1898.

Torticolis spasmodique.

M. Nové-Josserand présente un malade qu'il a opéré d'un torticolis spasmodique rebelle par le procédé de Kocher. Le spasme portait surtout sur les muscles de la nuque du côté gauche. L'amélioration fut d'abord insignifiante, puis elle devint de plus en plus marquée. Actuellement, 15 mois se sont écoulés depuis l'intervention; les mouvements spasmodiques ont complètement disparu, et, malgré des sections multiples et profondes, le malade peut exécuter tous les mouvements du cou.

Hypertrophies localisées dans l'hémiathétose.

M. Lannois présente une série de photographies de malades de son service atteints d'hémiathétose, et chez lesquels on observe des hypertrophies remarquables du membre supérieur et du sein, du côté malade.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances des 27 Juin et 4 Juillet 1898.

Obstruction intestinale congénitale.

M. Thévenet présente des pièces anatomiques provenant d'un nouveau-né, qui a pu vivre 15 jours, bien que l'intestin grêle fut congénitalement oblitéré, à 50 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale. L'intestin était très dilaté en amont du rétrécissement. Dès la naissance, l'enfant s'était mis à vomir du méconium, mais de moins en moins, et du 8e jour au 15e, il n'avait plus rien rejeté.

Luxation de la colonne vertébrale. Compression médullaire.

M. Pauly présente un vieillard de 71 ans, du service de M. Lépine. En enlevant ses chaussures, étant assis sur une chaise, il est tombé en avant, et n'a pu se relever. Le lendemain, on l'a transporté à l'Hôtel-Dieu, où on a constaté une impotence fonctionnelle des 4 membres, plus complète aux mains et à droite. La tête était baissée et immobilisée. Au niveau de la 5e cervicale, la nuque était douloureuse, et l'on pouvait sentir une dépression ; à la même hauteur, on trouvait dans le pharynx une saillie correspondante.

La réduction de la luxation a été faite par M. Jaboulay. Elle a amené la cessation des accidents paralytiques, et la guérison complète en 2 jours.

Ce cas semble être un exemple de luxation de la colonne en avant par contraction musculaire, le malade ayant très probablement fait, pendant sa chute, un mouvement violent d'extension de la tête.

Suture de la rotule.

M. Viannay présente un malade auquel M. Vallas a pratiqué la suture de la rotule, à la suite d'une fracture par cause directe remontant à un an. Malgré les traitements antérieurs, le malade avait conservé un écartement de 3 travers de doigt entre les deux fragments, et une impotence fonctionnelle à peu près absolue.

M. Vallas isola la rotule du tissu fibreux qui l'entourait, il mobilisa et avisa les fragments, puis les réunit par une série de points périostiques, sans suture de l'os lui-même, mais en comprenant avec grand soin les ailerons de la rotule.

Le résultat fut très satisfaisant, et bien que les fragments fussent encore un peu mobiles l'un sur l'autre, le malade put marcher sans difficulté.

Corps étranger articulaire.

M. Viannay présente présente un corps étranger du volume d'un petit œuf, extrait par M. Vallas d'un genou, où il était situé, vers le condyle externe. Il s'agissait d'une formation cartilagineuse, infiltrée de sels calcaires.

Paralysie du muscle ciliaire d'origine asthénopique.

M. Jacqueau rapporte l'observation d'un malade de 62 ans, qui fut pris subitement d'une amblyopie très accentuée à la suite d'un travail particulièrement pénible. Le fond d'œil était sain, mais il y avait une hypermétropie de 4 dioptries 1/2 de chaque côté. Jusqu'au moment de l'amblyopie subite, il avait eu une acuité à peu près normale, donc une accommodation beaucoup plus forte que la normale à cet âge. Il se produisit à un moment donné une rupture brusque de la contraction accommodative, une détente subite du muscle ciliaire qui, ne pouvant suffire au surmenage, cessa tout à coup de fonctionner.

Après quelques jours de port constant de verres correcteurs de l'hypermétropie, le malade guérit, et put de nouveau se servir de son accommodation.

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Sarcome tuberculeux de l'oreille.

M. Gaudier a présenté une fongosité du volume d'une petite mandarine développée au niveau de l'oreille sur une plaie opératoire. Il s'agissait d'une enfant à antécédents tuberculeux. opérée pour mastoïdite survenue au cours d'une otite moyenne purulente aiguë. La mastoïde fut ouverte et traitée par le procédé de Stocke. Tout allait bien quand se fit brusquement, dans la plaie, une explosion de fongosités tuberculeuses contre lesquelles on fut à peu près désarmé. Ni la curette, ni les caustiques n'empêchèrent la reproduction de ces masses qui prirent en quelques jours des développements considérables. L'allure de ces masses, leur aspect clinique vient à l'appui du terme sarcome tuberculeux qu'on avait donné à ces fongosités exubérantes. Le bacille tuberculeux y a été constaté à l'état de pureté. C'est un bel exemple d'infection secondaire.

Tumeur du pharynx nasal.

M. Gaudier a montré une tumeur volumineuse du pharynx nasal. Cette tumeur, implantée sur l'apophyse basilaire au moyen d'un pédicule assez étroit, descendait en arrière du palais jusqu'à la base de la langue, refoulant fortement la luette en avant. Elle était mobile en battant de cloche. Elle envoyait des prolongements dans chaque narine. Les dimensions étaient de 8 centimètres de longueur sur 4 centim. 5 de largeur maximum. De coloration blanchâtre, elle n'avait donné lieu qu'à des hémorrhagies insignifiantes, gênant surtout la respiration, l'alimentation (amaigrissement considérable). Elle fut enlevée par la voie buccale, sans mutilation, au moyen de la curette de Doyen.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 27 Juin 1898.

Des nerfs cardiaques.

M. von Leyden fait une communication sur les nerfs cardiaques. Il a rappelé qu'à la suite de la découverte de Weber sur les effets cardiaques de l'excitation du pneumogastrique, on admit l'existence de nerfs d'arrêt c'est-à-dire de nerfs dont l'excitation suspend les contractions du muscle cardiaque au lieu de les accélérer. Il fut admis ensuite que les petits ganglions nerveux situés entre l'aorte et la veine cave ainsi que dans les parois des oreillettes étaient autant de centres qui présidaient aux fonctions du cœur.

En 1863, von Bezold montra l'existence d'un système excito-moteur du cœur, c'est-à-dire de nerfs soi-disant accélérateurs. Quelques années plus tard, Ludwig et de Cyon décrivirent une petite branche nerveuse se rendant du pneumogastrique au sympathique et dont l'excitation fait diminuer notablement les contractions du cœur, d'où le nom de nerf *dépresseur* sous lequel elle est généralement connue. D'après ces auteurs, cette action dépressive sur l'énergie cardiaque s'exercerait, d'ailleurs, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs; en effet, quand on sectionne le nerf de Cyon-Ludwig, les gros vaisseaux du cœur se dilatent, et par suite il se produit un affaiblissement des contractions de cet organe.

Après avoir été longtemps admise, cette théorie des mouvements cardiaques fut ébranlée par les travaux de Wooldridge d'abord, de Tigerstedt et d'Engelmann ensuite. Ces auteurs constatèrent, en répétant les expériences de Stannius, que le cœur — contrairement à ce qu'avait trouvé ce dernier physiologiste — continuait à battre d'une façon rhythmique, malgré les ligatures qu'on y appliquait en divers points. Or, le rhythme des contractions cardiaques implique l'existence d'un centre de coordination. On arriva ainsi peu à peu à admettre que les contractions du cœur s'effectuaient indépendamment des nerfs. En effet, en employant même les courants électriques les plus forts on ne réussit jamais à produire une contraction tétanique du muscle cardiaque, on n'obtient que des secousses cloniques, ce qui prouve bien que le muscle cardiaque ne se comporte pas comme les autres muscles de l'économie. Ces expériences décidèrent Krehl, Romberg, His, Engelmann et d'autres, à admettre l'existence d'une sorte d'automatisme des fonctions du cœur. On a fait remarquer que ces fonctions s'effectuent chez l'embryon avant qu'on constate chez lui aucune trace de filets nerveux. His montra de son côté qu'il n'y a dans le cœur que des nerfs sensitifs et pas de nerfs moteurs.

Toutes ces considérations plaident en faveur d'une action automatique du cœur, qui s'exercerait sans le concours d'aucun nerf et dont le principe résiderait dans le muscle cardiaque lui-même. Ce qui vient encore à l'appui de cette théorie, c'est la disposition des fibres musculaires par leur propriété de s'anastomoser entre elles. C'est grâce à ces anastomoses que nous pouvons comprendre le caractère rhythmique des contractions cardiaques. D'autre part, Engelmann a montré que l'on pouvait inciser le cœur sur les points les plus différents, sans que cet organe perde le pouvoir de se contracter, preuve que ces contractions se produisent sans l'intervention des nerfs.

S'il n'est pas absolument démontré anatomiquement que les ganglions et les nerfs du cœur sont purement sensitifs, il faut bien reconnaître que rien non plus ne prouve le contraire. Aussi, malgré ses imperfections, la théorie de l'automatisme du cœur est-elle celle qui jusqu'à présent, rend le mieux compte de la généralité des faits.

M. A. Fränkel fait remarquer qu'on comprend difficilement, en admettant la théorie d'Engelmann, que l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique sectionné puisse produire un ralentissement des battements du cœur, car si tous les nerfs de cet organe sont d'ordre sensitif, il est évident que leurs excitations ne peuvent se transmettre que dans le sens centripète.

M. Schwartz cite une expérience de Munk et de Hecker qui montre toute l'importance des ganglions cardiaques pour le fonctionnement du cœur. Après avoir coupé les grands sinus veineux du cœur, ces auteurs excitent le muscle cardiaque au niveau de la cloison auriculo-ventriculaire et constatent alors que ces excitations ne sont pas suivies de contractions rythmiques. Au contraire, en sectionnant les sinus latéralement, le cœur continue à battre, mais il s'arrête tout d'un coup, si l'on pratique deux petites excisions à la partie inférieure de la cloison intraventriculaire. Cette expérience démontre clairement que le cœur est pourvu d'un système nerveux tout à fait indépendant.

M. Benda fait observer qu'on a découvert dans ces derniers temps l'existence dans le muscle cardiaque de filets nerveux qui semblent être des filets moteurs plutôt que des filets sensitifs. Il suffirait, du reste, d'une seule anastomose entre les ganglions et les nerfs du cœur pour qu'on pût considérer ces nerfs comme à la fois moteurs et sensitifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 juin 1898.

Un cas de lèpre par contagion.

M. Lassar a présenté un malade, atteint de la forme maculo-anesthésique de la lèpre. Cet homme, qui habite dans la province de Posnanie, a séjourné longtemps en Birmanie, où il logeait chez un meunier, dont la femme, qui avait eu pour grand'mère une lépreuse, était atteinte de lèpre. Ce malade présente tous les attributs du faciès léonin et l'examen bactériologique a permis de constater chez lui l'existence du bacille de la lèpre.

D'après Koch, les sécrétions nasales des lépreux seraient le principal agent de transmission de l'affection; ce fait est important à connaître au point de vue de la prophylaxie. D'une façon générale, la contagion est beaucoup plus à redouter de la part des sujets atteints d'ulcérations lépreuses que de celle des lépreux dont les lésions ne sont pas encore ouvertes.

M. Blaschko fait remarquer que chez le malade de M. Lassar, malgré l'état avancé de sa lèpre, les sourcils sont fort bien conservés; cette particularité est intéressante à noter, quelques auteurs ayant affirmé que la perte des sourcils était un signe certain de lèpre.

De l'atrophie tabétique du nerf optique.

M. Oppenheim, revenant sur la communication de M. Silex, soutient avec ce dernier que l'atrophie tabétique des nerfs optiques ne doit pas être traitée par la médication spécifique. Il pense, du reste, qu'il y a lieu de distinguer les altérations tabétiques d'avec les lésions syphilitiques de la moelle. L'atrophie vraie des nerfs optiques est bien rarement d'origine syphilitique.

M. Bernhardt dit avoir constaté l'atrophie des nerfs optiques chez 13,5 p. 100 des tabétiques qu'il a observés.

Des besoins alimentaires des obèses.

M. F. Hirschfeld n'accepte pas l'opinion des auteurs qui admettent l'existence d'une obésité constitutionnelle. A son avis, l'obésité est toujours intimement liée à une alimentation surabondante. Une série de recherches sur les échanges organiques chez des sujets normaux et chez des obèses lui ont fait notamment constater que si ces échanges sont, peut-être, un peu moins considérables chez les derniers, cela tient surtout au peu d'activité de ces sujets, car, comme l'ont montré les expériences récentes de MM. Zuntz et Schumburg, un travail musculaire énergique donne lieu à une dépense de forces en partie inutile: en d'autres termes, les personnes à mouvements lents usent leurs matériaux organiques d'une façon plus économique que les sujets actifs.

M. Hirschfeld a constaté chez un détenu dans une maison de

correction une augmentation de poids de 27 kilog. 500 grammes en l'espace de trois ans; toutefois, l'exemple de cet homme est peu fait pour prouver l'existence d'une prédisposition constitutionnelle à l'obésité, car, loin de se contenter de la ration ordinaire (1 litre 1/2 de bouillie pour le déjeuner, 3/4 de litre pour le dîner, 550 grammes de pain par jour, et de temps en temps un peu de viande) qui dépasse même les besoins de beaucoup de prisonniers, ce détenu consommait encore 200 grammes de graisse par semaine et 300 grammes de saucisson par mois.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 Mai 1898.

Tabès et traumatisme.

M. Trömmer a communiqué 3 cas de tabès dans lesquels l'affection semble s'être développée à la suite d'un traumatisme.

Dans le premier cas il s'agit d'un ouvrier de 42 ans ordinairement bien portant et pas trop buveur, qui en 1894 reçut sur la jambe un tronc d'arbre.

Il fut soigné pour une contusion du pied, et lorsqu'il quitta l'hôpital, des symptômes du tabès se manifestèrent et restèrent dans la suite plus accusés du côté contusionné.

La seconde observation se rapporte à un homme de 40 ans qui en tombant d'une voiture se contusionna les jambes. Peu de temps après, il fut pris de douleurs fulgurantes, d'incertitude de la marche, de diplopie, de troubles vésicaux, etc. Aujourd'hui il présente au complet le tableau de l'ataxie locomotrice.

Dans le troisième cas les symptômes du tabès apparurent à la suite d'une fracture du radius.

Comme chez aucun de ces malades on ne trouve les causes étiologiques du tabès (alcoolisme, syphilis, refroidissement, etc.), M. Trömmer pense que chez eux on ne peut incriminer que le traumatisme.

Étiologie des paralysies infantiles d'origine cérébrale.

M. König, qui a étudié au point de vue étiologique 70 cas de paralysie infantile cérébrale, est arrivé à la conclusion qu'en fait de facteurs étiologiques nous ne connaissons d'une façon précise que trois, à savoir la naissance à l'état d'asphyxie, le traumatisme de la tête et les maladies infectieuses. Toutes les autres causes qui ont été incriminées (alcoolisme et syphilis des parents, tares héréditaires, impressions psychiques vives de la mère pendant la grossesse, etc.), ne sont que des causes occasionnelles qui toutefois, dans quelques cas exceptionnels, peuvent intervenir à titre de véritables facteurs étiologiques. Les paralysies cérébrales d'origine traumatique doivent, jusqu'à nouvel ordre être placées à part.

M. Kalischer attire l'attention sur ce fait qu'un grand nombre de ces malades sont nés à 7 mois. Chez eux la syphilis ne peut être incriminée parce que d'abord ils n'en présentent pas les stigmates et qu'en second lieu chez les enfants nés avant terme, mais non à 7 mois, la paralysie cérébrale n'est pas aussi fréquente.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 9 Mai 1898.

Obstruction calculeuse du cholédoque.

M. Rose a présenté une femme qui était sujette depuis 7 ans à des coliques hépatiques et qui est entrée à l'hôpital pour un ictère datant de 6 mois.

L'obstruction calculeuse du cholédoque paraissant certaine, M. Rose fit la laparotomie au moyen d'une incision transverse allant du muscle droit jusqu'à la région lombaire, retira de la vésicule 21 calculs. Explorant alors le cholédoque, il y trouva un calcul qui a pu être repoussé dans la vésicule et retiré. Drainage de la plaie et guérison sans complications.

Dans un autre cas opéré par M. Rose, il s'agit d'une femme de 47 ans, prise depuis quelques jours de fièvre avec vomissements, de cyanose. Elle avait un petit goître qui ne paraissait pas pouvoir être incriminé et une hernie ombilicale douloureuse. Le rectum contenait des matières fécales.

M. Rose fit tout d'abord la kélotomie, et trouva que le sac contenait seulement de l'épiploon. Soupçonnant alors l'existence d'une lithiase biliaire, M. Rose fit une seconde incision perpendiculaire à la première et, après avoir traversé des adhérences multiples, arriva sur la vésicule distendue de laquelle il retira 72 calculs dont quelques-uns furent ramenés du cholédoque et du cystique.

Ne pensant pas que la malade puisse supporter l'affaiblissement qui devait supporter en cas de drainage et de déperdition de la bile, M. Rose sutura la vésicule et la replaça dans l'abdomen. Les douleurs et la fièvre disparurent et tout alla bien pendant deux jours lorsque la malade fut reprise de fièvre et de cyanose et succomba au 5ᵉ jour.

A l'autopsie on trouva une dilatation des bronches avec bronchiolite suppurée. Dans le cholédoque, derrière l'ampoule de Vater, se trouvaient 2 calculs; 7 autres étaient solidement enclavés dans l'hépatique; leurs forme et configuration devaient faire supposer qu'ils s'étaient formés dans le canal hépatique.

Hallux valgus.

M. Henbach, qui a examiné un grand nombre de pièces, soutient que les modifications osseuses qui se produisent dans l'hallux valgus sont secondaires à la déviation de l'orteil produite par la pression de la chaussure ou à la rétraction de la capsule survenant consécutivement à la polyarthrite. L'état du cartilage et la localisation de l'hypertrophie osseuse montrent que l'hallux valgus n'a rien à faire avec l'arthrite déformante.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séances du 28 Juin 1898.

Traitement de l'hydropisie brightique.

M. W. Ewart fait connaître une méthode de traitement du mal de Bright chronique, qui a surtout pour but de combattre les œdèmes et qui donnerait des résultats particulièrement favorables à la période où la néphrite n'est pas encore compliquée de lésions interstitielles et représente, pour ainsi dire, un simple catarrhe épithélial invétéré.

L'œdème brightique, tout en étant un moyen de défense de l'organisme contre l'auto-intoxication, exerce cependant à la longue une influence nocive en comprimant les tissus, en entravant la circulation de la lymphe et les échanges intra-organiques. La néphrite épithéliale chronique devient ainsi en quelque sorte une maladie du système lymphatique et c'est à ce point de vue qu'il importe, d'après M. Ewart, de se placer lorsqu'il s'agit de traiter cette affection.

Le traitement habituel de l'hydropisie brightique par le repos dans le décubitus horizontal n'aurait pour effet que d'affaiblir davantage le malade. La véritable indication consisterait à débarrasser le patient de l'œdème et à assurer l'écoulement de la sérosité au moyen du drainage.

Dans ce but, M. Ewart fait coucher le malade sur un plan incliné qui s'obtient en relevant la tête du lit de 15 centimètres environ. Pour empêcher le patient de glisser, il faut avoir soin de fournir un point d'appui à ses pieds. Il suffit de maintenir le sujet dans cette position pendant 1 ou 2 jours pour que le liquide hydropique, obéissant à la loi de la pesanteur, quitte la face et le tronc et s'accumule au niveau des membres inférieurs. On procède alors à son évacuation au moyen de simples mouchetures ou, ce qui est préférable, à l'aide des tubes de Sou-

they. Ces derniers présentent l'avantage de laisser la peau à sec, surtout si l'on adapte à chacun de ces drains un tube en caoutchouc de petit calibre terminé par une poche servant de réceptacle. On enroule le tube autour de la jambe de façon que le patient puisse, au besoin, se lever et marcher. A mesure que l'œdème des jambes diminue, on voit augmenter la sécrétion urinaire, en même temps que disparaissent l'ascite et l'hydrothorax. A ce moment, il est bon de faire asseoir le malade dans son lit, afin de favoriser l'écoulement ultérieur de la sérosité. Plus tard, on aura recours dans le même but au massage et aux mouvements d'abord passifs et, ensuite, actifs. Par l'ensemble de ces moyens, on parvient à transformer rapidement l'hydropisie brightique généralisée même la plus grave en une simple albuminurie chronique, dont le traitement constitue une question à part. Pour compenser les pertes subies par l'organisme en substances minérales et albumineuses contenues dans la sérosité hydropique, M. Ewart prescrit à ses malades de l'hypophosphite de chaux et de soude, du fer et un régime alimentaire reconstituant.

M. W. H. Dickinson estime que dans la plupart des cas de gros rein blanc, il existe des lésions interstitielles diffuses et pas seulement des altérations épithéliales. Par la paracentèse abdominale et, au besoin, par la thoracentèse, on parvient à diminuer l'œdème des jambes, en faisant cesser la compression que l'épanchement exerce sur la veine cave et les autres gros vaisseaux veineux. Mais M. Dickinson ne pense pas que le drainage de la sérosité des jambes puisse à lui seul faire diminuer les épanchements dans les grandes cavités séreuses. Il ne faut pas oublier que l'hydropisie rénale peut disparaître d'elle-même, sous l'influence de l'hypertrophie du cœur qui se produit à un moment donné.

M. Ewart, en réponse à cette objection, relate 2 observations dans lesquelles le drainage dont il s'agit a amené la disparition ou tout au moins la diminution des épanchements péritonéal et pleural. Il admet parfaitement que dans les cas de gros rein blanc, il y a néphrite mixte, à la fois interstitielle et épithéliale, mais le traitement qu'il préconise a précisément pour but d'éviter la production des lésions interstitielles.

M. Norman Moore fait ressortir que le sexe exerce une influence importante sur l'évolution du mal de Bright chronique. Chez les femmes atteintes de cette affection, la survie est généralement 3 fois plus longue que chez les hommes, particularité que l'orateur attribue à ce qu'elles sont moins sujettes que les hommes au surmenage physique, ce qui l'amène à conclure que le repos ne peut avoir qu'une influence favorable sur la marche du mal de Bright chronique.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 Juin 1898.

De l'action de la pulpe splénique sur le bacille de la fièvre typhoïde.

M. Verriest fait un rapport sur les recherches de **M. A. Mills** (de Bruxelles), faites pour résoudre la question de savoir si l'antitoxine typhique dérive des éléments de la pulpe splénique comme l'antitoxine tétanique dérive des éléments du système nerveux, et, dans l'affirmative, pour essayer d'obtenir une atténuation du pouvoir virulent du bacille typhique par le contact plus ou moins prolongé de ce bacille avec les éléments du parenchyme splénique.

M. Mills s'est proposé surtout d'élucider les points suivants : 1° Quelle est l'action exercée par le contact de la pulpe splénique sur le bacille de la fièvre typhoïde? 2° Cette action varie-t-elle avec l'espèce animale à laquelle appartient la rate mise en expérience? 3° Est-elle fonction du protoplasma cellulaire lui-même ou du liquide qui baigne la cellule splénique et, enfin, cette action peut-elle être rapprochée de celle des ferments non figurés?

Les résultats auxquels est arrivé l'auteur et qui sont diamétralement opposés à ceux que l'hypothèse de Wassermann devait faire supposer, peuvent être résumés ainsi :

La pulpe splénique *fraîche* et *aseptique* mise en contact avec un bacille typhique de virulence faible, exalte, aussi bien *immédiatement* qu'*à la longue*, le pouvoir pathogène de ce bacille au point d'amener la mort des cobayes en douze heures.

A la longue, la *toxicité* de la culture s'accroît plus que la *virulence*.

L'augmentation de puissance *toxique* ainsi obtenue se fait dans des proportions telles qu'elle dépasse en rapidité celle de l'immunisation. Des cobayes immunisés contre des doses fortes de cultures pures sont tués par des doses faibles de mélanges spléno-typhiques datant de douze heures.

La virulence obtenue se conserve un certain temps dans les cultures subséquentes.

L'augmentation du pouvoir nocif est due à la fois à l'exaltation de la virulence de la bactérie et à la mise en liberté des toxines, comme semblent le démontrer aussi les expériences de Chantemesse.

L'injection de pulpe splénique pure ne produit chez les cobayes qu'un simple amaigrissement, ce résultat restant, d'ailleurs, toujours le même, quelle soit la provenance des pulpes spléniques.

L'action exercée par la pulpe splénique sur le bacille de la fièvre typhoïde est due au protoplasma des cellules et non au liquide intercellulaire qui les baigne et dont les effets sont nuls ou à peu près, comme cela résulte également des recherches de Chantemesse.

La pulpe splénique se comporte comme un ferment non figuré, lequel ne se bornerait pas seulement à mettre les toxines en liberté, mais agirait encore sur elles de façon à les rendre plus actives.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 3 Juin 1898.

Résection totale de la clavicule.

M. Crickx présente une malade atteinte de lésions tuberculeuses multiples : vaste ulcère de la région cervicale latérale droite, adénites suppurées disséminées du cou, une poche fluctuante au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Il fit l'ablation des bords de l'ulcère jusqu'en peau saine, racla énergiquement toute la plaie qui fut largement thermocautérisée, cureta soigneusement les fistules adénitiques et finit par la résection sous-périostée de la clavicule dans sa totalité. L'os contenait un volumineux séquestre central.

Actuellement, trois mois environ après l'opération, l'état général de la malade s'est considérablement amélioré, l'ulcère est presque complètement cicatrisé, les fistules sont taries et la clavicule s'est reconstituée, sauf dans sa partie moyenne, formée de tissu fibreux. Tous les mouvements du bras sont possibles et n'ont jamais été abolis; deux jours après la résection, la malade les exécutait sans difficulté.

De la péricardite infantile.

M. Nauwelaers rapporte le cas d'un enfant de 10 ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie gauche, donnant de la matité jusqu'au-dessus de la clavicule et provoquant une dyspnée intense; la région précordiale offrait une voussure manifeste. Après deux paracentèses pleurales faites à cinq jours d'intervalle et ayant ramené chacune 600 à 700 grammes de liquide séreux, on pratiqua la paracentèse du péricarde, qui donna environ 600 centim. cubes de liquide. La reproduction rapide de l'exsudat pleural, avec orthopnée intense, nécessita cinq nouvelles thoracentèses et une seconde ponction péricardique; les deux dernières ponctions ramenèrent du liquide purulent où l'on trouva des diplocoques de Talamon-Fränkel et des diplobacilles de Friedländer. On se décida à faire la thoracotomie suivie du lavage de la plèvre, mais l'enfant ne survécut que quelques jours à l'opération.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Six cas de neurofibromatose

(Neurofibromatose médullaire et périphérique),

Par MM. P. Spillmann,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Nancy,

Et G. Etienne,

Professeur agrégé.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer plusieurs cas de neurofibromatose. Nous rapportons leurs observations cliniques, en nous contentant d'insister sur l'hérédité directe de cette affection, et surtout sur les accidents médullaires graves qui ont frappé notre premier malade.

Observations I, II et III. — Ch..., âgé de 37 ans, cultivateur, entre le 15 mars 1897 à la clinique médicale.

Il est marié et père de deux enfants en bonne santé. Il n'a jamais été malade, n'aurait pas fait d'abus d'alcool et nie toute infection syphilitique. Depuis quelque temps il aurait eu des contrariétés dans la gestion de ses affaires.

Le malade fait remonter le début de ses accidents au mois de juin 1896; à cette époque, il tomba d'une voiture de foin et ressentit une douleur lancinante dans le membre inférieur gauche. Il y a lieu de faire des réserves sur les rapports de cause à effet de cette chute qui paraît avoir seulement déterminé l'extension forcée du sciatique, probablement par effort pour reprendre l'équilibre. Un peu plus tard, le malade fit une chute qu'il attribue à la faiblesse qu'il éprouvait dans les membres inférieurs; à ce moment, la marche commence à devenir difficile; douleurs en ceinture.

État actuel. — Homme d'un tempéramment nerveux, robuste et fortement constitué.

Sur toute la surface du corps, on constate la présence de nodosités dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette ou d'une noix, dures, mobiles, non adhérentes à la peau. On voit en outre un certain nombre de tâches pigmentaires, très légèrement saillantes, surtout nombreuses à gauche vers la ligne axillaire postérieure; à droite est un semis de petites tâches très faiblement pigmentées et quelques molluscums. Les

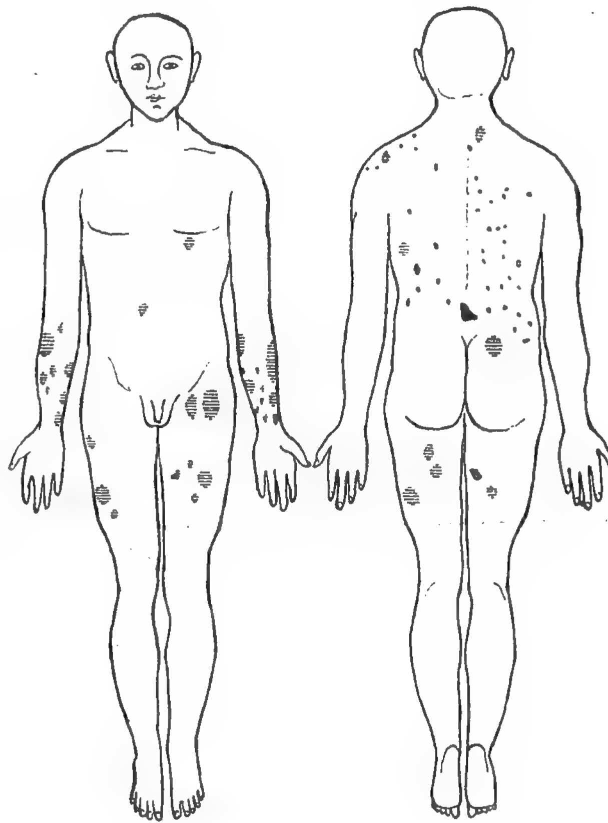


Fig. 1. Fig. 2.

Les hachures horizontales indiquent les fibromes.
Les points noirs indiquent les taches pigmentaires.

figures 1 et 2 rendent bien compte de la disposition topographique de ces lésions.

Elles paraissent exister depuis 10 ou 11 ans, sans que le malade se soit aperçu de modifications dans leur aspect depuis cette époque.

Pas d'atrophie des membres inférieurs.

Le malade soulève bien la jambe au-dessus du plan du lit; mais, avant d'atteindre le but, la jambe présente quelques oscillations latérales: il y a un peu d'incoordination.

La marche est pénible, spasmodique; il y a de la contracture; grande difficulté pour marcher et surtout pour descendre les escaliers.

Le malade ne peut se tenir debout les yeux étant fermés, ni se tenir à cloche-pied sans perdre l'équilibre.

Fourmillements dans tout les membres inférieurs. La sensibilité à la douleur est diminuée au niveau des membres inférieurs, le malade perçoit à peine le passage d'une épingle traversant la peau. A la partie inférieure du thorax, la sensibilité est également diminuée ; elle est normale au-dessus. — Pas de dissociation des sensibilités.

Les réflexes patellaires augmentés des deux côtés; tremblements épileptoïdes des deux pieds; le réflexe crémastérien est conservé.

Les papilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Les sens spéciaux sont intacts.

Cauchemars, insomnie.

Pas de troubles du côté du sphincter anal; l'urine s'écoule plus lentement que normalement, son l'écoulement continuant un peu après la fin de la miction.

Rien à signaler vers les organes.

20 mars. — Une séance de suspension de 30 secondes paraît augmenter les accidents. Enveloppements froids; dès le premier, le sommeil revient et les nuits suivantes sont bonnes.

2 avril. — Le malade accuse une notable amélioration de la marche et demande bientôt de sortir.

Il rentre le 31 mai.

Depuis le moment de sa sortie, la faiblesse des jambes a augmenté tous les jours, et à sa rentrée, le malade ne peut marcher; il s'affaisse sur ses jambes, sans pouvoir mettre un pied devant

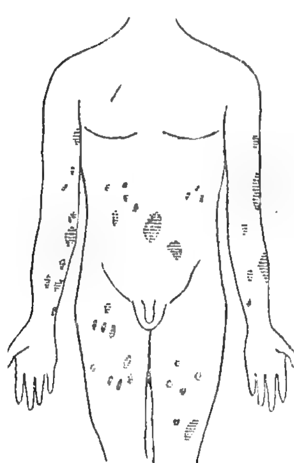


Fig. 3.

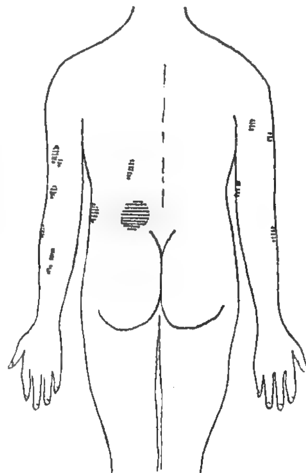


Fig. 4.

l'autre; il ne peut élever le pied au-dessus du plan du lit, et lorsqu'on l'a soulevé, il le laisse retomber lourdement; la résistance aux mouvements passifs est notablement diminuée.

Tous les réflexes sont très augmentés.

La sensibilité à la piqûre est abolie dans tous les membres inférieurs jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic; pas de dissociation des sensibilités. Sensation de fourmillements dans les membres inférieurs et, en ceinture, à la région abdominale.

Vision normale; les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation; pas de nystagmus.

Pas de tremblement de la langue.

Quand le malade est couché, la miction est presque impossible: pour uriner le malade est forcé de se lever.

En juin, les mictions et les selles sont devenues involontaires.

L'étude des réactions électriques, pratiquée par M. le professeur Guilloz, les a montrées normales pour les nerfs pour les muscles.

Pas de troubles intellectuels marqués, à part un certain degré d'inertie depuis quelque temps.

La mère de Ch... présente des tumeurs analogues; elle ne connaît par l'époque de leur apparition, ne s'étant aperçu de leur présence qu'en entendant parler de celles de son fils. Elles sont absolument indolores. Sur les deux avant-bras, réparties symétriquement sur le bord radial ou à la face postérieure, on constate l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs fibreuses; la peau recouvrant plusieurs d'entre elles présente en fin lacis de dilatations vasculaires. Pas de tumeurs en d'autres régions.

Quelques nævi pigmentaires et quelques petits molluscums.

Migraines fréquentes.

Pas de troubles psychiques.

Le grand-père maternel aurait été atteint de tumeurs identiques, siégeant sur les avant-bras, et n'ayant jamais donné naissance à aucun trouble.

Obs. IV et V. — Col..., 36 ans, ouvrier typographe.

Le malade se plaint de lassitude dans les jambes depuis 3 ans, de douleurs dans le bras gauche.

Le malade est porteur d'un nombre considérable de tumeurs neurofibromateuses, de la présence desquelles il s'est aperçu à l'âge de 25 ans, après son service militaire.

Ces tumeurs, constituées par des masses pour la plupart isolées, quelques-unes confluentes, ont un volume variant de celui d'une lentille à celui d'une noix, et, au palper, présentent une forme aplatie, largement étalée, de consistance pseudo-cartilagineuse.

Les figures n°s 3 et 4 en indiquent, avec la répartition, les dimensions relatives.

Les tumeurs du groupe sous-costal droit sont le siège de douleurs parfois intolérables, forçant le malade à suspendre son travail.

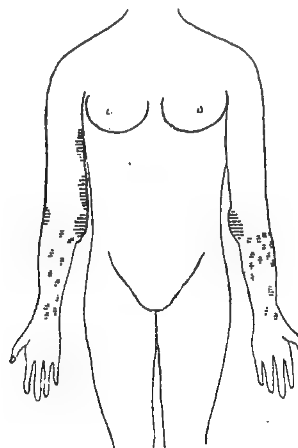


Fig. 5.

Les réflexes des genoux sont légèrement augmentés; le phénomène du pied se manifeste par quelques trépidations.

Les sensibilités sont normales.

Le malade a été atteint de rhumatismes articulaires à 11 ans; il est marié et père de deux enfants âgés de 3 et de 5 ans et ne présentant rien d'anormal.

Son père est mort à 63 ans, à la suite d'une affection intestinale.

La mère de Col..., âgée de 64 ans, est très nerveuse, et a eu d'assez fréquentes crises de nerfs depuis la ménopause; tic de la mâchoire.

Elle a eu la variole à 40 ans.

Elle s'est toujours connu les tumeurs qu'elle présente sur les poignets, mais ignorait complètement l'existence des autres, qui sont perdues dans une abondante couche de tissu adipeux. Ces tumeurs, dures, fibreuses, varient du volume d'une noisette à celui d'un œuf; elles sont réparties sur la face antérieure des avant-bras et sur la face postérieure des bras et des avant-bras, seule région où il nous a été possible de les rechercher.

A la face interne de chaque bras (fig. 5) existe une sorte de poche adipeuse, molle, pendante, renfermant dans son épaisseur trois ou quatre tumeurs grosses comme des mandarines.

Pas de taches pigmentaires, pas de molluscum.

Les sensibilités sont normales.

La peau est extrêmement sensible et la moindre pression détermine l'apparition de larges ecchymoses.

La mère de cette femme est morte à 30 ans, tuberculeuse; son père a succombé à 66 ans à une maladie de foie; ni l'un ni l'autre, à la connaissance de leur fille, ne portait de tumeurs semblables.

Obs. VI. — M. Maur..., âgé de 30 ans, porte sur la face antérieure du tronc une dizaine de petites tumeurs fibreuses

variant de dimensions entre une lentille et une petite noix, isolées les unes des autres, tumeurs absolument indolores, ne provoquant aucune gêne, et de l'existence desquelles il s'est aperçu en 1890, par hasard.

En 1895, un petit fibrome siégeant à la face antéro-externe de l'avant-bras droit, gros comme une noix, fut enlevé, sans inconvénient pour le malade.

Dans nos cas, nous relevons l'hérédité directe manifeste, puisque nous avons trouvé la neurofibromotose chez un fils, chez sa mère et chez son grand-père maternel et dans un autre groupe, chez un fils et chez sa mère. Cette hérédité déjà signalée dans les cas de Recklinghaussen, Atkinson, Hitchesek, Czerny, Barrot, est un important argument en faveur de la pathogénie par malformation congénitale de l'appareil neuro-cutané pouvant se développer plus ou moins tardivement après la naissance, ainsi que le font les tumeurs ostéogéniques et les kystes dermoïdes.

Mais le point le plus important est constitué par les accidents médullaires de l'observation I, infiniment plus marqués que ceux qui ont été signalés dans les observations antérieurement publiées. Le caractère myélopathique est évident (paraplégie, contracture, incontinence des matières et des urines); or, d'autre part, la diffusion des accidents sensitifs, moteurs, réflexes, sphinctériens, indiquaient des lésions diffuses. Nous avions pensé à l'existence de neurofibromes médullaires, ou seulement intra-rachidiens, se développant progressivement arrivant à comprimer énergiquement la moelle dorsale inférieure et lombaire, ainsi que l'aurait fait le mal de Pott, et ayant déterminé des lésions suffisantes pour entraîner une sclérose descendante du faisceau pyramidal. Cependant, malgré l'hypothèse de Feindel (1) considérant la neurofibromatose comme une maladie de l'ectoderme, donc de la peau et du système nerveux tout entier, l'absence de cas analogues connus laissait dans notre esprit un doute, levé par la publication postérieure de l'autopsie de neurofibromatose centrale de MM. Mossé et Cavalié (2).

Ajoutons que nous ne nions pas les rapports pouvant exister entre la localisation des tumeurs cutanées et les distributions nerveuses; mais dans nos cas, malgré leur symétrie relative, leur disposition topographique est trop vague pour que nous puissions en tenir grand compte.

L'examen anatomo-pathologique des tumeurs n'a pu être fait, l'ablation étant contre-indiquée par les cas de généralisation après d'inutiles tentatives.

1. Feindel, Sur quatre cas de neurofibromatose généralisée (thèse de Paris, 1896).

2. Mossé et Cavalié, Tumeurs multiples de l'encéphale et de la moelle allongée; neurofibromatose centrale (*Congrès français de médecins neurologistes et aliénistes*, Toulouse, 1897).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du tabès,

D'après M. le professeur Erb.

La première question que M. Erb se pose est celle de savoir s'il existe un traitement prophylactique du tabès. Il pense que ce traitement existe, quand on songe que, dans 90 p. 100 des cas au moins, le tabès se développe chez les syphilitiques, c'est-à-dire quand on sait que la syphilis est, dans l'énorme majorité des cas, le premier facteur étiologique du tabès.

La meilleure prophylaxie du tabès consistera donc dans le traitement sérieux, énergique, suffisamment prolongé, de la syphilis dès son début. En second lieu, le syphilitique sera mis en garde contre les dangers du refroidissement, du surmenage physique résultant de l'abus de sport (bicyclette, canotage, chasse, ascension des montagnes, etc.), des excès vénériens, de l'abus d'alcool et de tabac, etc. Si le syphilitique est névropathe ou chargé d'une hérédité nerveuse, on lui conseillera une vie tranquille, on insistera sur la nécessité de prendre tous les ans des vacances qu'il passera dans les montagnes; on donnera des toniques et du bromure chez les nerveux excités.

Le traitement antisyphilitique, vu le rôle étiologique de la syphilis dans le tabès, doit d'après M. Erb, être institué chez presque tous les tabétiques suspects de syphilis. Il conseille par conséquent le traitement spécifique : 1° tout à fait au début du tabès, chez les malades chez lesquels l'infection syphilitique ne date pas de très longtemps; 2° chez les tabétiques qui présentent encore des manifestations syphilitiques du côté de la peau ou des muqueuses, ou du système osseux, et tout particulièrement chez ceux qui offrent des symptômes de syphilis cérébrale ou des méninges; 3° chez les tabétiques dont la syphilis a été insuffisamment traitée. Chez les tabétiques avancés, avec ataxie très accusée, ayant à plusieurs reprises suivi un traitement spécifique, on peut tenter une nouvelle cure quand l'état général est encore satisfaisant. M. Erb a vu quelquefois le traitement spécifique donner chez ces malades de bons résultats.

Le traitement spécifique est contre-indiqué chez les tabétiques avancés, cachectiques, amaigris, dyspeptiques, dont la syphilis ancienne a été sérieusement traitée à plusieurs reprises. Il est également contre-indiqué chez les tabétiques qui montrent une intolérance spéciale pour le mercure et l'iodure de potassium.

La préparation mercurielle à laquelle M. Erb donne la préférence est l'onguent gris en frictions, à la dose de 4 à 6 grammes d'onguent par jour. La cure comprend 30 à 40, quelquefois 50 à 60 frictions; après quoi on octroie au malade un repos de 4 à 12 mois. Pendant cet intervalle, le malade doit suivre un traitement tonique général dont l'efficacité a été préparée pour ainsi dire par le traitement mercuriel précédent. Ce traitement comprend le séjour à la campagne, autant que possible dans les montagnes, ou encore une légère cure thermale; on ordonne aussi des médicaments toniques, de l'électricité, du massage, etc. M. Erb a l'habitude de faire reprendre le traitement mercuriel (25 à 30 frictions) tous les ans ou tous les deux ans, suivant la gravité des cas, et les malades s'en trouvent ordinairement fort bien. Mais, d'une façon générale, il pense que le tabétique syphilitique doit faire ce que les syphiliologues appellent une bonne cure.

L'iodure de potassium a paru à M. Erb agir moins bien que le mercure. Il le considère comme indiqué principalement dans les cas avec symptômes méningo-cérébraux ou avec lésions cérébrales. On peut le donner dans l'intervalle des cures mercurielles, pendant 1 à 3 mois, à la dose de 1 gr. 50 à 4 grammes par jour dans du lait ou de l'eau alcaline. Il est encore très utile chez les tabétiques, avec des accidents syphilitiques tertiaires du côté de la peau, des muqueuses ou des os, en cas de douleurs lancinantes très vives, de névrite périphérique, etc.

Le régime joue, d'après M. Erb un grand rôle dans le traitement du tabès.

Le tabétique doit manger et boire modérément; avoir une nourriture mixte, fortifiante, non échauffante; éviter autant que possible l'alcool et le tabac; travailler modérément et éviter avec autant de soin la fatigue corporelle que l'excitation psychique; à la promenade, à la chasse, dans les montagnes, il faut qu'il s'arrête aussitôt et avant même qu'il se sente fatigué; pas de discussions sur la politique et les questions religieuses, pas de jeux de hasard. Il faut que chaque année il passe 1 où 2 mois à la campagne, dans les montagnes ou dans un pays boisé; s'il peut, il passera l'hiver dans le Midi, car ce dont il a le plus besoin c'est d'air et de soleil. Il peut en somme mener la vie de tout le monde, mais en évitant les excès, de quelque genre qu'ils soient. Dans certains cas à marche particulièrement rapide, notamment dans ceux qui éclatent après un surmenage ou après des excès vénériens, on se trouvera bien de condamner le malade au lit pendant plusieurs mois.

Les médicaments qu'on donne aux tabétiques sont nombreux, mais peu d'entre eux méritent d'être conservés.

Celui qui a donné les meilleurs résultats à M. Erb est le nitrate d'argent, sous forme de pilules de 3 à 5 centigr. Pour avoir des résultats appréciables, on doit le continuer pendant longtemps, avec des intervalles convenables de repos; il faut que le malade prenne au moins 8 à 12 grammes de nitrate d'argent dans l'espace de 2 à 4 ans. La strychnine réussit dans des cas très variés, sans règle bien précise. Elle semble agir principalement chez les tabétiques présentant des accidents vésicaux et de l'impuissance sexuelle. M. Erb emploie la strychnine, soit sous forme d'injections sous-cutanées (2 à 10 milligrammes), soit sous forme de teinture de noix vomique, soit encore l'arsenic ou le vin de condurango, etc.

Les toniques réussissent fort bien chez les tabétiques, et depuis de longues années M. Erb se sert des pilules composées, qui, à sa clinique, sont connues sous le nom de « pilules toniques ». Voici leur formule :

Lactate de fer	3 gr.	à 5 gr.
Extrait aqueux de quinquina	4 gr.	à 5 gr.
Extrait alcoolique de noix vomique	0 gr. 40	à 0 gr. 80
Extrait de gentiane Q. S. pour faire 100 pilules.		

Une à deux pilules 3 fois par jour, après chaque repas. Ces pilules sont indiquées après la cure mercurielle, pendant la période consacrée au traitement tonique. Il a semblé à M. Erb qu'elles améliorent l'état général et exercent même une influence sur l'état psychique du malade.

Les cures thermales qui, d'après M. Erb, agissent bien sur les tabétiques, à la condition expresse de ne pas prendre de bains de vapeur ni de bains chauds (dépassant 26° R) sont celles des eaux chlorurées iodiques riches en CO^2 (Nauheim, Rehme). D'une façon générale, la température du bain doit être moyenne, et la balnéation faite de façon à ce que l'eau ne soit pas agitée. Ces bains sont contre-indiqués chez les tabétiques à système nerveux irritable, ayant de vives douleurs ou présentant de l'hyperesthésie. On peut dire la même chose des eaux ferrugineuses et des eaux indéterminées thermales simples, ces dernières ayant l'inconvénient de la température élevée qu'il faut éviter aux tabétiques. Les eaux sulfureuses, tant vantées, n'ont aucun avantage et doivent être administrées avec les mêmes précautions que les autres thermes : bains dont la température ne dépasse pas 33°C, d'une durée de 8 à 10 minutes, 3 à 4 fois par semaine.

Bien plus utile au tabétique est l'hydrothérapie proprement dite. Il faut éviter toute action brusque, soit comme température, soit comme action mécanique (douches, affusions, etc.). Les bains tièdes ou frais de 16 à 24° R., d'une durée de 2 à 5 minutes, les frictions humides générales ou seulement du dos, les bains de pieds, etc., exercent une action très favorable sur l'état général et la nutrition du tabétique. Les bains de mer sont généralement à éviter; toutefois, sur les plages chaudes avec une eau tranquille, le tabétique peut prendre, tous les 2 ou 3 jours, un bain dont la durée ne doit pas dépasser 1 minute à 1 minute 1/2.

L'électricité qui donne les meilleurs résultats chez les tabétiques est le courant galvanique.

La révulsion sous forme de pointes de feu, de vésicatoires volants, de badigeonnages de teinture d'iode, etc., a été essayée par M. Erb, principalement dans les cas avec douleurs lombaires, sensation de constriction en ceinture, crises gastriques, etc. Les résultats ont été incertains. Si l'on a recours aux pointes de feu le long de la colonne vertébrale, M. Erb conseille d'en mettre tous les 8 jours une trentaine sur une étendue large comme la paume de la main; on peut alors continuer la révulsion pendant des mois et des mois.

Le massage et la gymnastique, surtout le massage, par son action générale sur les échanges interstitiels et son action spéciale sur les muscles donnent quelquefois des résultats très remarquables.

Ces moyens ont, en outre, un effet très spécial sur l'ataxie, qu'ils atténuent considérablement. L'élongation des nerfs, élongation non sanglante, qui ne serait indiquée qu'en cas de douleurs fulgurantes atroces et rebelles, est assez efficace contre l'élément douleur; mais, d'après M. Erb, elle agit surtout par son action sur la colonne vertébrale qui est, dans ces cas, soumise à une extension et à un redressement plus ou moins accusé. Ce serait de la même façon qu'agirait encore la suspension, qui a donné à M. Erb, comme à tout le monde, de nombreux succès et de nombreux échecs. M. Erb la considère comme formellement contre-indiquée chez les tabétiques lourds ou âgés ou présentant des troubles cérébraux ou des troubles cardio-vasculaires. Les cas qui se prêtent particulièrement à ce mode de traitement seraient les tabétiques maigres, les tabétiques avec crises gastriques, troubles vésicaux, troubles sexuels, douleurs fulgurantes, etc.

Tel est l'ensemble des mesures dont dispose le médecin pour répondre à l'*indicatio morbi*. D'après M. Erb, le traitement général du tabétique peut être conduit suivant les trois schémas que voici.

Le traitement symptomatique est dirigé contre les phénomènes toujours pénibles et douloureux qui accompagnent l'évolution du tabès.

Il y a, d'abord, les douleurs fulgurantes, contre lesquelles le médecin aura à lutter à chaque instant, surtout dans le cas de tabès dit douloureux.

D'après M. Erb on doit commencer par les moyens externes, locaux, les plus simples : compresses froides ou chaudes, compresses imbibées de chloroforme ou d'éther, appliquées *loco dolenti*; pulvérisations de chlorure de méthyle, sinapismes; frictions avec du chloroforme, de la vératrine, de l'essence de moutarde; emplâtres opiacés ou belladonés, électricité. On pourra ensuite employer la compression locale, réalisée par l'application de lourdes plaques métalliques, le brossage de la peau, le massage, puis, comme intervention plus générale, la suspension, les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, la teinture d'iode dans le dos, l'élongation des nerfs. On n'oubliera pas non plus, les nervins, la quinine, l'iodure de potassium, les bromures, l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, la salypirine, la lactophénine, qu'il faudra souvent combiner deux par deux ou trois par trois. La dernière ressource sera la morphine.

Le traitement ne varie pas beaucoup en cas de crises gastriques et intestinales : repos absolu, diète rigoureuse, compresses chaudes ou froides, galvanisation ou faradisation de l'épigastre, nervins de la série indiquée plus haut, morphine comme dernier refuge. Les crises laryngées seront combattues par les inhalations de chloroforme ou d'éther, par les badigeonnages de cocaïne, par la galvanisation de la moelle cervicale et du sympathique; contre les crises ano-vésicales ou clitoridiennes, on aura recours aux applications locales et à l'emploi des analgésiques, morphine en dernier lieu.

L'électricité, et principalement le pinceau faradique, réussissent assez souvent dans les anesthésies et les paresthésies. On pourra encore avoir recours aux frictions, au massage, au brossage, etc.

Dans l'atrophie des nerfs optiques, M. Erb croit avoir obtenu quelques résultats passagers par le traitement mercuriel, les injections de strychnine, la teinture d'iode et les pointes de feu derrière les oreilles.

Les paralysies variées qu'on observe dans le tabès, paralysies oculaires, paralysies atrophiques des membres, de la langue, du larynx, des muscles masticateurs, etc., seront traitées d'après les règles ordinaires, par l'électricité et les injections de strychnine.

L'ataxie motrice elle-même, l'incoordination des mouvements, peut, dans certains cas, exiger des soins particuliers. Il y a des cas où, à la suite du surmenage physique, des excès vénériens, l'ataxie prend une marche rapide et s'aggrave presque brusquement. Dans ces cas, M. Erb croit avoir obtenu de bons résultats par le repos au lit pendant plusieurs semaines, puis, par l'usage de la chaise longue où le malade doit passer la plus grande partie de la journée pendant un temps suffisamment long. Pour les cas chroniques, on peut avoir recours à la rééducation progressive des muscles, à l'aide d'une gymnastique appropriée ou à l'aide de la méthode de Fränkel, qui a donné à M. Erb de bons résultats.

En cas de troubles vésicaux, et plus particulièrement en cas de parésie ou de paralysie vésicale, on s'adressera, en premier

lieu, à l'électrisation de la vessie à travers la paroi abdominale, à la strychnine, au seigle ergoté, en dernier lieu au cathétérisme antiseptique qu'il faudra essayer de remplacer par l'expression manuelle de la vessie. Le massage de la vessie à travers la paroi abdominale est tout indiqué. Quelquefois, on se trouvera bien de la suspension.

Le médecin sera encore souvent consulté pour les troubles génitaux. Au début, quand on trouve quelquefois une période passagère d'excitation génitale, celle-ci sera combattue par les bains de siège froids, par une diète appropriée, par les bromures, etc. Plus tard, il sera question de l'impuissance génitale. D'après M. Erb, elle est plutôt salutaire, et il faudra, en somme, la respecter. Dans quelques cas, pourtant, on ne pourra refuser cette satisfaction au malade, et on essaiera de lutter par l'hydrothérapie, l'électricité, la strychnine, les pilules toniques, etc.

Contre la constipation opiniâtre, on mettra en jeu l'ensemble de moyens diététiques et thérapeutiques, usités en pareil cas. M. Erb préfère l'emploi des agents physiques (massage, hydrothérapie, faradisation, etc.) à celui des agents médicamenteux.

Les arthropathies, enfin, seront combattues par l'immobilisation des articulations prises, par les révulsifs, au besoin par des interventions chirurgicales telles que la ponction en cas d'hydarthrose, la résection, etc., toujours par des appareils orthopédiques appropriés (1).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

ANNÉE 1897-98.

M. CAVANIÉ (E.). *Essai sur la pathogénie de la mélanodermie parasitaire.* N° 166. (H. Jouve.)

M. JAISSON (Félix). *Les psychoses puerpérales.* N° 294. (Carré et Naud.)

M. ARGENSON (Gaston). *Recherches sur l'acétonurie.* N° 130. (H. Jouve.)

M. QUENTIN (Louis). *Contribution à l'étude du signe palmoplantaire dans la fièvre typhoïde.* N° 293. (H. Jouve.)

M. RODAT (Henri). *Le diabète hydrurique.* N° 228. (Carré et Naud.)

M. BACHIMONT (Charles). *De l'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus.* N° 252. (Steinheil.)

M. MERCIER (Raoul). *Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles (tubo-utérines).* N° 320. (Carré et Naud.)

M. DELAGE (Léon). *De la chorée gravidique.* N° 211. (Maloine.)

L'hyperpigmentation, conclut M. CAVANIÉ, traduit la souffrance de la cellule du corps muqueux. Elle ne se comprend d'après toutes les données de l'histologie générale que comme symptôme de tare cellulaire.

C'est la signification qu'en clinique on doit lui donner soit dans les mélanodermies accompagnant un mauvais état général, soit dans les pigmentations succédant à des lésions locales de la peau ayant présenté toujours un certain degré de gravité.

M. JAISSON, divise les psychoses puerpérales en quatre grands groupes : 1° les psychoses du début de la grossesse; 2° les psychoses de l'éclampsie; 3° les psychoses de l'infection puerpérale; 4° les psychoses des nourrices.

Les psychoses du début de la grossesse n'affectent pas un type spécial; elles n'évoluent que sur un terrain préparé à l'avance par des antécédents névropathiques héréditaires et personnels. Ces psychoses sans pronostic grave guérissent ordinairement dans un laps de temps variable de quelques jours à quelques mois après l'accouchement. Les psychoses de l'éclampsie peuvent se montrer dès le 7° mois de la grossesse et l'auto-intoxication nous apparaît ici comme un facteur si non exclusif, du moins de premier ordre. Elles revêtent souvent la forme décrite en Allemagne sous le nom de « confusion mentale hallucinatoire à évolution aiguë, » type de l'infection ou de l'auto-intoxication. Le pronostic de ces psychoses est plus réservé que le précédent parce que ce sont des malades qui s'infecteront facilement au moment de l'accouchement : elles évoluent souvent vers la guérison, mais on observe aussi quelquefois le passage à l'état de démence chronique.

Les psychoses de l'infection puerpérale, doivent être bien connues vu la gravité de leur pronostic. L'auteur, avec Pinard, cite aussi comme une des principales causes de l'éclampsie et de l'infection, les mauvaises conditions physiques dans lesquelles la femme peut se trouver à la fin de la grossesse.

Les psychoses des nourrices comme les psychoses de la grossesse peuvent revêtir différentes formes cliniques, contrairement à ce que pensait Régis pour qui la folie de la lactation affectait toujours le type de la mélancolie. Les fatigues et les soucis de l'allaitement paraissent des causes suffisantes pour expliquer les troubles mentaux chez des prédisposées, mais l'allaitement, cause occasionnelle de la psychose, ne détermine pas la forme de cette psychose, forme qui reste subordonnée aux prédispositions individuelles. Le pronostic de ces psychoses est relativement bénin ; dans la grande majorité des cas la guérison survient au bout de quelques mois.

Reprenant l'étude de l'acétonurie M. ARGENSON conclut que la formation de l'acétone est le résultat d'un mode particulier d'hydratation des acides amidés qui prennent naissance dans la désintégration des matières protéiques; que cette hydratation donne de l'ammoniaque et de l'acide β-oxybutyrique dont l'oxydation conduit à l'éther acétylacétique; à son tour et en dernier lieu, la saponification de cet éther donne l'acétone et l'alcool.

Cette manière de voir, explique bien la corrélation constatée entre la production des corps intermédiaires qui des albuminoïdes conduisent à l'acétone et montre comment cette suite de réactions, portant à l'état normal sur une si infime proportion des matériaux qui constituent nos tissus, peut prendre, sous l'influence d'une perturbation générale de la nutrition, une importance considérable et modifier dans une certaine mesure l'ordre et la nature des réactions bio-chimiques qui caractérisent la vie des tissus.

Dans certaines maladies fébriles (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose), les régions palmaire et plantaire peuvent prendre une coloration jaune spéciale. Pendant la convalescence, ces mêmes régions sont le siège d'une desquamation abondante. Ce fait constitue ce que, après M. Filipovicz, M. Quentin appelle le signe palmo-plantaire.

Dans la fièvre typhoïde, ce signe prend, par sa netteté et par sa très grande fréquence, une importance toute spéciale. Sans être pathognomique (l'auteur l'a retrouvé chez quelques malades atteints d'autres affections) il peut contribuer à faciliter le diagnostic de cet maladie.

La pathogénie du signe palmo-palmaire reste obscure. L'auteur croit cependant pouvoir l'expliquer par un trouble de nutrition des tissus épidermiques, trouble dû à l'élimination par la peau des produits toxiques fabriqués par la maladie.

Le diabète hydrurique qu'étudie M. RODAT est une entité morbide nettement définie. Il est essentiellement caractérisé par l'émission exagérée d'urines telles que les analyses qualitative et quantitative ne révèlent rien d'anormal dans leur composition.

Il atteint de préférence les adultes de 20 à 40 ans et les enfants de 5 à 15 ans; il est tout à fait exceptionnel chez le vieillard. Il frappe plus souvent l'homme que la femme.

Il peut reconnaître pour cause une lésion traumatique ou spontanée de l'encéphale. Dans tous les autres cas, il se développe sur un terrain névropathique sous l'influence d'une cause occasionnelle. Chez l'enfant, il est héréditaire.

La polyurie, la polydipsie, et la polyphagie forment la triade symptomatique du diabète hydrurique.

De marche continue ou intermittente, de durée souvent

(1) *Presse médicale*, mai 1896.

longue. Il n'entraîne pas par lui-même une issue fatale; mais il est singulièrement tenace et sujet aux reprises.

Sa cause intime réside dans une altération matérielle ou dynamique d'un point du quatrième ventricule situé un peu au-dessus de l'origine apparente des nerfs de la huitième paire crânienne.

La guérison survient rarement, mais un traitement bien dirigé produit une amélioration notable. L'opium et la valériane sont les médicaments dont l'efficacité est le mieux démontrée.

M. Charles BACHIMONT étudie les indications de l'avortement provoqué et discute d'abord son opportunité dans les cas de rétrécissement soit par rachitisme soit par tumeur du bassin. Même dans les degrés extrêmes d'angustie pelvienne, on n'est plus autorisé aujourd'hui à pratiquer l'avortement provoqué; car l'agrandissement momentané du bassin et l'opération césarienne permettent presque toujours de terminer l'accouchement à terme avec succès pour la mère et l'enfant. Peut-être, dans les cas où la capacité de l'abdomen est tellement réduite que le développement de l'utérus à terme est impossible, serait-on en droit d'interrompre la grossesse dans les premiers mois; mais encore, l'utérus, dans des cas semblables peut passer entre les côtes et le bassin et se développer en tombant sur les genoux.

L'albuminurie gravidique est quelquefois justiciable de l'interruption de la grossesse, mais seulement quand, sous l'influence de régime lacté absolu continué pendant 8 jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas, ou quand les autres symptômes s'aggravent. Ici comme dans les vomissements incoercibles de la grossesse, l'avortement est légitime puisque la continuation de la gestation constitue un danger sérieux pour la mère. Pour la même raison, on pourra avoir recours à cette intervention dans les rétroversions utérines s'accompagnant de phénomènes graves, après avoir essayé inutilement tous les moyens de réduction. Enfin dans certains états graves indépendants de la grossesse, mais exagérés par elle, tels que le cancer de l'utérus, il convient d'être très circonspect; car, en provoquant l'avortement, on ne fait que sacrifier le fœtus sans bénéfice pour la mère.

Les ruptures de l'utérus survenues pendant la grossesse, en dehors de tout traumatisme, sont excessivement rares. M. MERCIER a pu cependant en réunir 28 observations, et c'est en se basant sur ces 28 faits qu'il a fait une description approfondie de la rupture spontanée de l'utérus gravide.

La déchirure siège le plus souvent au fond de l'utérus, au niveau des cornes; elle est répartie parfois sur les parois antéantérieures et postérieures. Elle affecte presque toujours une forme linéaire, exceptionnellement une forme arrondie. Tous les plans superposés sont intéressés, la rupture est par conséquent toujours complète. Les bords en sont dilacérés, et souvent amincis.

Les lésions de voisinage, telles que les altérations annexielles et péritonéales, ont été peu étudiées; cependant dans un cas on a constaté que la trompe était fixée contre la paroi de l'utérus par de vieilles adhérences, et se perdait dans la plaie utérine.

La mort du fœtus est constante, et dans les 2/3 des cas le placenta inséré au niveau même de la solution de continuité.

Au nombre des causes invoquées pour expliquer ces ruptures, on a signalé l'envahissement du tissu utérin par des néoplasmes, tels que fibrome, cancer, infiltration hydatique, etc., qui constituent des altérations de structure. Il est probable que les altérations de structure, qui résultent de l'interposition d'une grossesse ectopique interstitielle jouent un rôle beaucoup plus important dans l'étiologie de ces ruptures.

En effet, dans presque toutes les observations rapportées par M..., on trouve que la rupture siège au niveau des trompes, et que le placenta est inséré au niveau de la rupture.

On peut donc penser qu'il y a eu dans ces cas grossesse tubo-interstitielle, que peu à peu, l'*ostium uterinum* étant dilaté, la grossesse est devenue tubo-utérine; puis quand la limite d'élasticité de ce segment de l'utérus a été atteint (vers la fin de la gestation), la corne s'est rompue et l'œuf a été projeté avec le placenta dans le péritoine.

Cette opinion a été déjà soutenue par Bandl, Kustner, Lewers, etc.; elle est d'ailleurs confirmée par ce fait que des grossesses interstitielles se sont terminées dans l'utérus, et que dans 5 observations de grossesses primitivement tubo-interstitielles et devenues ensuite intra-utérines, l'expulsion du fœtus s'est faite spontanément. Cette opinion répond enfin à la conception de Deézimeris, qui, dès 1839, considérait comme identiques les ruptures de l'utérus et les ruptures des annexes.

Les causes invoquées pour expliquer l'apparition de la chorée chez les femmes enceintes sont insuffisantes, d'après M. DELAGE. La chorée s'observe surtout chez les femmes qui ont présenté cette névrose dans l'enfance. Néanmoins les antécédents choréiques ou la diathèse rhumatismale ne se rencontrent pas d'une manière constante. La chorée paraît probablement due à une intoxication microbienne, ou à une auto-intoxication. Généralement bénigne pour la mère, la chorée a un pronostic fœtal plus sérieux, l'avortement où l'accouchement prématurés sont fréquents.

Elle disparaît généralement pendant les quelques jours qui suivent la délivrance; parfois la guérison survient au cours de la grossesse. Les médicaments qui paraissent le mieux réussir sont le bromure de potassium et le chloral administrés à haute dose.

Quand l'intensité de la maladie compromet les jours de la mère, on ne doit pas hésiter à interrompre la grossesse.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

ANNÉE 1897-98.

M. WINCKLER (Edmond). *Contribution à l'étude de l'osmose clinique*. N° 68.

M. RIVIÈRE (Paul). *Variations électriques et travail mécanique du muscle*. N° 79.

M. PICOT (Victor-Joseph). *Recherches expérimentales sur l'inoculation de microorganismes dans la chambre antérieure de l'œil du lapin*. N° 80.

M. CREIGNON (Jean). *Le bacille de Löffler chez les animaux sains*. N° 59.

M. BRUCKER (Georges-Charles-Adémar). *Du rôle de l'alcalinité du sang en thérapeutique; traitement des suppurations par le bicarbonate de soude*. N° 66.

M. MOYE (Georges-Camille-Marcel). *Les expertises médicales devant les tribunaux civils*. N° 83.

M. BESTION (Louis-Alexandre-Philippe). *Le suc ovarien; effets physiologiques et thérapeutiques*. N° 86.

M. SAUTAREL (Georges-Auguste). *Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale*. N° 62.

M. LEFÈVRE (Camille-Victor). *Relation entre quelques pigments de l'urine, de la bile et du sang*. N° 73.

M. BRIAL (Albert-Alfred-Georges). *De l'action thérapeutique de l'air sur les séreuses*. N° 71.

Les quantités de liquide transportées par osmose électrique à travers un septum poreux de matière inorganique sont proportionnelles à l'intensité du courant utilisé. Ce n'est qu'indirectement, selon M. WINCKLER, qu'agissent le voltage, la densité et la puissance du courant (facteurs modifiant son intensité).

Les quantités de liquide transportées sont inversement proportionnelles à l'épaisseur du diaphragme et en raison directe de sa surface libre.

Ces déductions pourront être utilisée par les médecins électriciens pour en tirer des indications au sujet de la forme, de la surface et de la position des électrodes qu'ils utilisent pour faire pénétrer par voie électrolytique et cataphorétique des médicaments dans l'organisme.

Les expériences de M. RIVIÈRE tendent à démontrer que la différence de potentiel développée au moment de la secousse musculaire entre l'équateur et le tendon de l'organe varie dans le même sens que le travail mécanique; c'est-à-dire que la force électromotrice croît en même temps qu'augmentent les poids soulevés. Cela ne signifie pas que la quantité d'électricité appa-

raissant pendant la contraction s'accroisse de la même manière. Il faut, pour établir cette donnée, connaître la variation de l'intensité électrique en fonction du travail produit. Si l'on peut prouver que le produit I E devient plus grand lorsque les résistances déplacées deviennent elles-mêmes plus grandes (la hauteur du soulèvement restant la même), la théorie du muscle moteur électrique paraîtra fort compromise. Si le tissu musculaire transformait l'énergie électrique en travail, il serait difficile de comprendre pourquoi la quantité d'électricité apparue extérieurement s'accroîtrait en même temps que la charge déplacée.

Il a paru utile à l'auteur de faire intervenir, dans les mesures données ci-dessus, la notion de la puissance mécanique et de la préciser. Elle pourra être utile à connaître pour discuter les transformations énergétiques aboutissant à la production du travail mécanique.

M. Picot a injecté dans la chambre antérieure de l'œil de lapins des cultures de divers microbes. Voici les résultats qu'il a obtenus.

Le staphylocoque doré a déterminé rapidement une irido-cyclite, suivie 12 heures après l'injection d'une choroïdite suppurative. Il y avait des lésions manifestes de la cornée. La membrane de Descemet semble cependant jouer un rôle de protection en s'opposant à la migration des microcoques et en offrant des phénomènes leucocytaires dans les cellules endothéliales de cette membrane. Les mêmes phénomènes existaient dans l'hypopion et dans le corps vitré. Au milieu de cette désorganisation de l'œil, transformé en poche purulente, l'iris offre une intégrité relative. Après 3-4 jours l'animal succombe à l'infection générale par le foie et le rein.

Le streptocoque a produit des lésions comparables aux précédentes et la mort survient en 6 jours par infection générale. Cependant le streptocoque semble être moins englobé par les phagocytes que le staphylocoque.

Les lésions des pneumocoques, voisines aussi des précédentes, en diffèrent par la densité très marquée du réseau fibrineux, par la vitalité des leucocytes qui l'infiltrent et l'évolution plus lente de l'affection expérimentale. L'animal ne succombe qu'après 15 jours.

Le pneumobacille de Friedländer détermine aussi une iridocyclite, un hypopion blanc laiteux abondant et concret. La mort survient en 5-7 jours. L'iris et les procès ciliaires sont congestionnés mais non altérés. Le vitré et les membranes profondes n'offrent pas de modifications. Les ensemencements n'ont permis de retrouver le pneumobacille que dans la chambre antérieure.

Mêmes signes cliniques pour le bacterium coli. La cornée est presque indemne. La rétine est soulevée par place par un exsudat renfermant des bacilles. Le bacille d'Eberth n'a pas amené de lésions locales, mais les animaux sont morts d'infection générale. L'humeur aqueuse, qui à l'état normal ne possède pas de pouvoir agglutinatif, agglutinait dès la 12e heure qui suivait l'injection.

Après inoculation de micrococcus tetragenus il y a une violente poussée d'irido-cyclite, puis la lésion oculaire s'amende et guérit; mais les animaux meurent d'infection générale.

L'irido-cyclite apparaît 2 jours après l'injection de la bactéridie charbonneuse; il se produit de l'œdème de la sclérotique. L'animal meurt en 3-4 jours. Pas d'altération notable de la cornée, mais exsudat dans la chambre antérieure, adhérent à l'iris et contenant de nombreuses bactéridies; celles-ci sont très nombreuses aussi dans le canal de Schlemm; la couche des bâtonnets et des cônes semble très altérée; les bactéridies sont abondantes surtout dans la couche pigmentaire de la rétine.

Le muguet a produit un exsudat blanc laiteux; il s'est peu développé. Les lésions, après quelque temps, se réduisaient à une irido-cyclite légère.

Le streptothrix d'Eppinger a déterminé un pseudo-tubercule, réunissant par une vaste synéchie l'iris à la cornée. Les phénomènes oculaires sont restés limités, sans tendance à la généralisation.

L'aspergillus niger a produit un exsudat blanchâtre qui s'est peu à peu résorbé.

Au 9e jour il y avait un exsudat leucocytaire au milieu duquel on voyait des spores, les unes en germination, les autres englobées par les leucocytes.

Il résulte des recherches de M. Creignon que le bacille de Löffler se rencontre dans les voies digestives supérieures d'animaux sains dans plus de la moitié des cas et dans le mucus anal des volailles, dans les trois quarts des cas.

Dans ses expériences, il a trouvé aussi d'autres microbes : entre autres, le bacillus coli communis.

Les bacilles de Löffler ainsi isolés offrent plusieurs types, comme ceux de la diphthérie de l'homme. Leur virulence est variable; le plus souvent très faible et même nulle.

Le sérum des animaux chez lesquels l'auteur a trouvé des bacilles de Löffler (chevaux, lapins) a un pouvoir immunisant. Il est donc incontestable qu'il y a de nombreuses causes de contagion du bacille de Löffler. Il est impossible de prendre contre elle des mesures prophylactiques radicales. Toutefois, on devra éloigner du contact des animaux toute personne (particulièrement tout enfant) atteint d'angine ou d'affection inflammatoire susceptible de se transformer en diphthérie.

Le sang à l'état physiologique est toujours franchement alcalin. Cette alcalinité, qu'il est facile de doser avec une solution acide titrée, peut être évaluée en bicarbonate de soude. Son degré est variable à l'état physiologique avec le sexe, l'âge, l'origine artérielle ou veineuse du sang examiné et le régime du sujet en expérience.

A l'état pathologique, il y a un abaissement de l'hémo-alcalinité proportionnel au degré d'infection pouvant aller jusqu'à la réaction acide. Cet état est dû non à la fièvre, mais à l'intoxication microbienne.

Sur les animaux en expérience, on constate que la résistance à l'injection de cultures microbiennes est d'autant plus grande que le sang est plus alcalin, ou que l'abaissement de l'alcalinité est empêché par des injections de sérum alcalin.

De ces faits physiologiques, M. Brucker a tiré quelques conclusions thérapeutiques : de même, dit-il, que l'on opposera à l'infection générale une thérapeutique générale représentée par les injections de sérums alcalins, les purgations, les bains, on pourra opposer, à l'infection locale, un traitement alcalin local.

Le pansement alcalin, soit humide, soit sec, a donné de bons résultats à l'auteur. Il supprime rapidement tout travail inflammatoire, diminue la suppuration et hâte la guérison. Il agit moins comme antiseptique qu'en excitant la phagocytose et en plaçant le microbe dans un milieu défavorable à son développement.

M. Moye, docteur en droit, et chargé de conférences à la Faculté de droit de Bordeaux, était plus apte que personne pour rédiger un guide commentant les articles du code de procédure civile applicable aux expertises médico-légales. Évitant les discussions théoriques, l'auteur a indiqué ce qui se fait en réalité, et il a toujours choisi, en présence de plusieurs solutions possibles, la plus simple et la plus conforme aux habitudes du corps médical. Il n'a pas craint de descendre aux détails, de façon à donner à son travail un caractère pratique.

Il étudie successivement les cas où il y a lieu à expertiser; la nomination des experts; l'acceptation ou la récusation des experts; la prestation du serment; les opérations et constatations des experts; la confection et le dépôt du rapport; la responsabilité des experts et enfin les honoraires auxquels ils ont droit.

Le travail de M. Bestion est à la fois expérimental et clinique. Les expériences ont démontré que le suc ovarien glycériné ou aqueux est beaucoup plus toxique pour le mâle que pour la femelle; celle-ci ne succombe, en effet, qu'avec des doses deux fois plus fortes. Cependant, lorsque les femelles sont pleines, elles meurent avec les mêmes doses que les mâles.

Appliquant ces données expérimentales à la clinique, l'auteur a observé que les symptômes pénibles de la ménopause naturelle ont disparu ou se sont amendés par l'ingestion d'extrait d'ovaire sans autre médication; il en a été de même pour les troubles qui suivent la castration ovarienne.

L'organothérapie ovarienne améliore aussi l'aménorrhée, la chlorose et les troubles mentaux connexes des lésions génitales. Cette amélioration n'est pas seulement locale, mais encore générale; dès le début du traitement, l'appétit revient, les

digestions sont plus faciles et l'évacuation intestinale se régularise.

Les diverses préparations d'ovaires ont la même action; cependant l'ovarine, en pilules, semble plus pratique que le suc ovarien, mais, par contre, on est moins sûr de l'asepsie qu'avec les extraits liquides filtrés.

Comme dose, on ne doit pas dépasser 3 centimètres cubes par jour avec le suc ovarien, on commencera par 1 centimètre cube et l'on augmentera la dose tous les 8 jours.

La grossesse est une contre-indication à la médication, puisque, expérimentalement, le suc ovarien a presque toujours amené la mort des femelles pleines.

Il y a deux sortes d'aboulies, nous dit M. SAUTAREL : 1° L'aboulie du vouloir ou aboulie proprement dite, qui est particulière à la mélancolie.

2° L'aboulie du pouvoir ou inhibition, qui se rencontre surtout dans les névroses.

Cette dernière est une obsession-inhibition, comparable, en sens inverse, à l'obsession-impulsion. C'est l'effort anxieux pour accomplir l'acte désiré.

Parmi les formes les plus fréquentes de l'obsession-inhibition, il faut citer l'inhibition vésicale et l'inhibition génitale. Les « rateurs génitaux » peuvent être rangés dans trois catégories. Dans la première, la plus nombreuse, le désir du coït est conservé pour toutes les femmes en général et l'inhibition se produit par timidité, par pudeur, par défiance de ses forces, par superstition (aiguillette), par répulsion pour la femme avec qui l'on cohabite, par remords (repentants génitaux), par préoccupation obscurcissant le champ de l'attention; par le travail intellectuel.

Dans la deuxième forme d'inhibition génitale, le désir est amoindri par l'habitude du coït avec la même femme, mais il est normal pour des femmes nouvelles.

Dans la troisième, au contraire, le désir n'est conservée que pour la femme légitime; le malade ne peut faire des infidélités son épouse. C'est « la fidélité forcée ».

Il importe, tant au point de vue du pronostic que du traitement, de distinguer les obsessions-inhibitions des phénomènes analogues qu'on rencontre dans divers états morbides; telle est l'aboulie des mélancoliques, par exemple.

L'urobiline pure a été obtenue par M. LEFÈVRE en saturant simplement l'urine pathologique de sulfate d'ammoniaque sans acidulation préalable.

L'urobiline normale de Mac Munn était impure et renfermait un pigment rouge dû à l'acidulation de l'urine. Quant à l'urobiline de la bile, elle est souillée de pigments et d'acides biliaires.

L'hydrobilirubine de Maly est identique à l'urobiline, mais renferme un produit d'oxydation de la bilirubine.

La stercorobiline diffère de l'urobiline par l'entraînement d'une matière pigmentaire soluble dans l'alcool, mais peu soluble dans l'eau. Enfin l'hexahydrohématoporphyrine ne semble pas être un pigment particulier, mais donne facilement de l'urobiline renfermant de l'hématoporphyrine ayant pris naissance dans la réaction.

L'auteur propose le nom d'urohématine à cette urobiline artificielle pour rappeler son origine et ses caractères. Il n'y aurait donc, pour lui, qu'une seule urobiline, qu'on peut obtenir à l'état de pureté absolue.

Dans les conditions normales et habituelles, l'urobiline naît par réduction de la bilirubine dans l'intestin sous l'influence de l'hydrogène naissant. Une partie de cette urobiline est résorbée, passe dans le sang puis est éliminée par le rein. Or, l'urine normale renferme en outre le chromogène de l'urobiline; il faut donc admettre que l'urobiline formée a subi un phénomène complémentaire de réduction produisant un chromogène incolore. Disqué a obtenu ce chromogène en réduisant directement l'urobiline.

Une autre partie de l'urobiline est expulsée avec les excréments où elle prédomine comme matière colorante (stercorobiline de Masius et Van Lair).

Un autre source d'urobiline est la matière colorante du sang. L'hématine, dérivée de l'hémoglobine, donne de l'urobiline par simple réduction. Or, l'expérience a prouvé que l'urobiline se produit chez les animaux, même lorsqu'une fistule biliaire détourne de l'intestin la totalité de la bile. D'autre part, toutes les maladies qui déterminent une destruction abondante des hématies augmentent l'urobiline dans l'urine. L'antipyrine et l'acétanilide agissent de même.

L'urobiline peut donc avoir une source autre que l'intestin et naître de la matière colorante du sang, probablement dans l'intimité des tissus.

Les injections d'air dans le péritoine et dans la plèvre n'ont pas donné, d'après M. BRIAL, des succès aussi fréquents qu'on l'a dit. Il a vu employer cette méthode par MM. Picot, Arnozan et Cassaët pour des affections pleurales (pleurésie séreuse ou purulente, pneumothorax) ou péritonéales (péritonite tuberculeuse et ascite par cirrhose alcoolique).

Le gaz employé (air ou oxygène) devra être absolument stérile; on l'injectera avec lenteur et prudence et toujours en quantité moindre que le liquide ou le gaz qu'on aura extrait.

L'injection empêche souvent ou tout au moins retarde la reproduction du liquide.

On ne devra jamais avoir recours à ce traitement pour les méninges, le péricarde, la tunique vaginale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Migraine à forme psychique (Un caso importante di emicrania, forma psichica), par L. BORDONI (*Riforma medica*, 1898, vol. II, n° 25, p. 289, 2 mai). — Une femme de 36 ans subit, il y a 6 ans, l'ovariectomie bilatérale; le soir même de l'opération, elle eut de l'hémianopsie et vit des étincelles passer devant ses yeux. Depuis lors, les accès de migraine se répétèrent; l'attaque s'annonçait par une légère céphalée gauche et un abattement général. Puis la douleur hémicranique gauche devenait d'une grande intensité et s'accompagnait d'hémianopsie bilatérale droite avec scotome central; apparition de raies de feu et d'étincelles, de palpitations, d'un malaise général, de nausées; les hallucinations conscientes ne manquaient jamais dans les paroxysmes; elles étaient visuelles et acoustiques. La malade voyait d'horribles vieilles qui la menaçaient, des chiens faisant mine de se jeter sur elle, des hommes armés de coutelas qui voulaient la dépecer. Elle entendait des voix l'appeler par son nom, l'injurier ou se moquer d'elle. Sa conscience était fort troublée : elle ne prononçait que des mots sans suite. Lorsque, avec grand effort, elle arrivait à suivre une idée, elle ne trouvait pas les mots pour s'exprimer. Elle comprenait difficilement ce qu'on lui disait. Le souvenir de l'accès était assez complètement conservé.

Pendant 3 ans, les accès revinrent périodiquement avec les mêmes caractères et la même intensité. Tous les traitements, y compris le bromure, étaient demeurés inefficaces. C'est alors que l'auteur fit prendre de l'ovaire frais de vache. La fréquence et l'intensité des accès diminuèrent; de plus, ceux-ci furent modifiés dans leur forme. On observa, après les prodromes habituels, des crises convulsives périodiques; puis pendant 3 mois, les convulsions furent remplacées par des crises de douleurs épigastriques; enfin celles-ci alternèrent avec des accès hallucinatoires du premier mode.

Ce cas présente trois particularités intéressantes : 1° le début de l'hémicranie qui fut consécutif à l'extirpation des ovaires; 2° la forme des accès, vraiment psychique à cause du trouble profond de la conscience et de la présence des hallucinations variées; 3° le remplacement des accès psychiques par des crises convulsives et d'autres fois par des paroxysmes de douleurs gastriques. Les unes ou les autres prenaient la place de l'accès de migraine; ils en étaient l'*équivalent*.

Atrophies musculaires et troubles psychiques du tabès (Sulla patogenesi delle atrofie muscolari e dei disturbi

psichici nella tabe dorsale), par R. Colella (*Riforma medica*, 1898, vol. II, n° 26, p. 305, 3 mai. — Dans le tabès dorsalis on observe des lésions multiples tant du côté du système nerveux que pour des organes n'appartenant pas à ce système. Dans ces lésions doivent être recherchées les causes de l'atrophie musculaire et des troubles psychiques des tabétiques de la même façon que l'on procède à la recherche de la pathogénie des autres symptômes de la maladie.

On peut voir, dans le tabès, des paralysies amyotrophiques graves et étendues ne dépendant ni d'une atrophie des cellules des cornes antérieures, ni d'une lésion des nerfs périphériques. Elles doivent être considérées comme la conséquence d'une névrite parenchymateuse profonde, et de foyers de nécrose des racines spinales antérieures.

Dans le tabès il n'est pas rare de constater un état mental particulier caractérisé par un délire de persécution intimement uni à l'évolution anatomique progressive du tabès. Le début se fait par un état lypémaniaque, peu à peu le délire s'organise à mesure que les organes des sens sont attaqués; il s'installe sur des troubles sensoriels vrais. Les fonctions sensorielles altérées fournissent des notions fausses; le délire fait les éléments de sa constitution. Ces idées délirantes s'associent, d'ordinaire, à un état de faiblesse mentale plus ou moins accentuée.

Les troubles psychiques peuvent être attribués : d'abord aux lésions des voies de la sensibilité, nerfs, moelle, tronc cérébral; puis à des lésions corticales occupant des régions où les impressions venues du dehors acquièrent la modalité psychique (circonvolutions pariéto-occipitales), et celles où se fondent et se synthétisent les produits de cette zone sensorielle (circonvolutions frontales). Cette opinion se base sur ce fait que Colella a trouvé dans quelques cas de tabès avec troubles psychiques des altérations complexes de l'écorce (cellulaires névrogliques, vasculaires) prédominant dans la région des circonvolutions pariéto-occipitales.

MÉDECINE

Recherches sur l'anatomie pathologique de l'endocardite rhumatismale, par P. Achalme (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1898, p. 370). — Cette étude a été faite surtout en employant la méthode de coloration des fibres élastiques par l'orcéine. Contrairement à Ziegler, qui faisait de la thrombose le point de départ de l'endocardite rhumatismale, l'auteur pense que les lésions initiales siègent dans l'épaisseur de la valvule. La première phase de la lésion consiste dans un œdème interstitiel de la valvule, accompagné d'une transformation d'un très grand nombre de cellules conjonctives en cellules d'Ehrlich; au niveau de ces altérations se trouve en abondance le bacille spécial découvert par l'auteur. A cette période œdémateuse fait suite une phase proliférative ; le bacille disparaît, mais la valvule s'infiltre de cellules mononucléées des vaisseaux nouveaux se forment et le bourgeonnement du tissu valvulaire provoque la formation des végétations. Enfin le tissu néoformé se transforme en tissu cicatriciel, dont la rétention a pour effet de déformer la valvule et de compromettre sa nutrition en supprimant presque complètement la circulation lymphatique si active à l'état normal d'où l'infiltration calcaire.

En regard de cette évolution des lésions, il est facile de mettre l'évolution des signes physiques propres à l'endocardite rhumatismale. L'infiltration œdémateuse du début rend bien compte de l'assourdissement des bruits du cœur qui est le premier signe appréciable. A la période proliférative, les valvules augmentent d'épaisseur et diminuant d'élasticité, le bruit redevient claqué et l'apparition des végétations donne lieu à des souffles.

Rôle de la rate dans les infections, par J. Courmont et Duffau (*Archiv. de méd. expérim.*, mai 1898, p. 431). — Les expériences rapportées dans ce travail tendent à expliquer les résultats contradictoires obtenus par les divers auteurs. La splénectomie agit différemment suivant la nature de l'infection et l'ancienneté de l'opération. Chez le lapin, la splénectomie diminue la résistance au bacille pyocyanique. L'animal récemment splénectomisé devient plus sensible au staphylocoque et plus résistant au streptocoque de Marmorek; c'est l'inverse quand la splénectomie est ancienne. La splénectomie récente augmente la résistance aux toxines du staphylocoque; c'est le contraire si la splénectomie est ancienne. Le lapin splénectomisé résiste mieux que le témoin à la toxine diphthérique.

Les modifications humorales expliquent ces résultats. Le sérum d'un lapin récemment splénectomisé est microbiophile pour le staphylocoque; il ne l'est pas ou est même légèrement bactéricide pour le streptocoque de Marmorek. La rate sécrète donc des substances qui sont utiles ou nuisibles à l'organisme pour sa défense, suivant l'espèce de microbe qui attaque.

Troubles mentaux dans l'hémophilie (Mental peculiarities in haemophilia), par Clinton T. Dent (*British. med. Journal*, 23 avril 1898, p. 1066). — D'après Clinton Dent les troubles mentaux seraient fréquents dans l'hémophilie et pour ces malades, c'est une véritable idée fixe que le soin qu'ils ont de cacher leur tendance aux hémorrhagies. L'auteur rapporte un cas à l'appui de ce fait qu'il a déjà eu l'occasion de constater plusieurs fois.

Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë, par Apert (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1898, p. 476). — Observation d'un malade qui succomba avec des lésions de granulations miliaires sur le péritoine et les plèvres, avec intégrité du péricarde et des ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques. Il existait, en outre, une caverne tuberculeuse ancienne au sommet du poumon gauche et une symphyse pleurale presque complète de ce côté. Dans le diaphragme, le processus tuberculeux était pénétrant, tandis que sur les viscères il était resté superficiel.

C'est sans doute parce que sur les viscères, les lymphatiques de l'enveloppe séreuse restent indépendants de ceux du parenchyme, au lieu que dans le diaphragme, les communications lymphatiques sont larges et directes. L'intégrité du péricarde s'explique aussi par l'absence de puits lymphatiques à ce niveau.

Développement et structure des colonies des bacilles tuberculeux, par Ledoux-Lebard (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1898, p. 337). — Etude morphologique du bacille de Koch depuis le stade initial dans lequel les bacilles s'allongent en filaments jusqu'à la formation et l'achèvement du bacille dont chaque élément peut à son tour reproduire une colonie. L'auteur conclut que le bacille humain et le bacille aviaire sont deux espèces très voisines appartenant au même genre *Sclerothrix*, qui se place dans la classification auprès des genres Oospora et Cladothrix.

Hématomyélie centrale, par A. Pitres et J. Sabrazès (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1898, p. 460). — A la suite d'un traumatisme grave, donnant lieu à de la paraplégie, se développèrent des symptômes tabétiques et syringomyéliques, y compris la dissociation de l'anesthésie. A l'autopsie, au bout de 2 ans, on trouve une fracture de la première vertèbre lombaire; la moelle présente une cavité tubulaire au niveau de la partie effilée du renflement lombaire. Le point de départ de cette cavité est un foyer de sang épanché dans la substance grise, et le kyste hématique s'est entouré d'une sorte de capsule de sclérose névrogliques.

Ce fait montre que l'hématomyélie centrale, conformément à l'opinion émise par Minor, peut cliniquement et anatomiquement, simuler la syringomyélie.

Rôle des ganglions dans les infections expérimentales, par F. Bezançon et M. Labbé (*Arch. de méd. expérim.*, mars-mai 1898, p. 318 et 389). — Les ganglions jouent un rôle de protection très important contre les infections. Ils opposent aux microbes une barrière très efficace, et ils atténuent la virulence des parasites qui ont végété dans leur tissu. Ils jouent un rôle phagocytaire non seulement à l'égard des microbes, mais aussi à l'égard des débris d'éléments anatomiques détruits qui cheminent dans la lymphe. Ils ont encore pour fonction de produire des leucocytes qui vont concourir à la phacocytose ou contribuer à la nutrition des tissus, activée pendant les infections; ces leucocytes exercent aussi une action sur le pouvoir bactéricide des humeurs. La leucocytose peut se produire aussi bien à la suite des injections des toxines microbiennes qu'à la suite des injections des bactéries.

CHIRURGIE

Deux cas peu communs d'extirpation de corps étrangers avec l'aide des rayons X (Two unusual cases of foreign bodies removed by the Rœntgen rays), par BOLTON NC. CAUSLAND (*Brit. med. journ.*, 7 mai 1898, p. 1196). — Ces deux cas se rapportent à l'extirpation d'une aiguille; dans le premier elle était située dans l'avant-bras, très profondément sur la membrane interosseuse. L'examen radiographique fut fait trois fois et permit enfin de déterminer le siège exact de l'aiguille qui fut enlevée. Dans le second cas, il s'agit d'une domestique qui s'était entrée une aiguille dans le genou. L'aiguille fut retrouvée au niveau du bord antérieur du condyle interne du fémur et l'extirpation suivit facilement.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Juillet 1898.

Pathogénie du traitement du strabisme.

M. Javal. — Je suis d'accord avec M. Panas sur la pathogénie du strabisme. Quant au traitement de cette difformité, c'est vers l'âge de 6 ou 7 ans qu'il est préférable, selon moi, de la corriger. L'opération qu'il convient de pratiquer est la ténotomie. Comme M. Panas, j'estime que cette opération doit porter sur les deux yeux, mais seulement lorsque la correction obtenue à la suite d'une première ténotomie de l'œil dévié n'est pas suffisante. Je ne pratique donc jamais l'opération sur les deux yeux dans la même séance. De plus, je crois qu'on doit faire suivre la première ténotomie d'une occlusion permanente et longtemps prolongée de l'œil sain : grâce à cette précaution, on obtient dans un certain nombre de cas la guérison sans autre intervention. En ce qui concerne les précautions antiseptiques, je les considère comme superflues, les humeurs de l'œil étant elles-mêmes douées de propriétés antiseptiques.

M. Fournier. — En examinant les enfants hérédo-syphilitiques, j'ai été frappé de rencontrer très souvent chez eux le strabisme. En effet, sur 52 sujets de ce genre, j'en ai trouvé 21 qui étaient nettement strabiques. Je crois donc pouvoir affirmer que le strabisme est un trouble fonctionnel qui s'observe avec un réel degré de fréquence chez les hérédo-syphilitiques. Quant aux rapports du strabisme avec la syphilis héréditaire, je ne suis pas en mesure de les élucider, et je ne saurais dire en particulier s'il s'agit d'une lésion des centres nerveux ou d'un trouble périphérique. Du reste, je suis loin de considérer l'hérédo-syphilis comme la cause unique du strabisme.

Je suis, au contraire, convaincu que la tuberculose et l'alcoolisme des ascendants peuvent également figurer dans les antécédents des strabiques. Y a-t-il d'autres causes du strabisme? je l'ignore. En tout cas, il n'y a rien d'étonnant que la syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme héréditaires soient des causes de strabisme chez les descendants, car tout le monde sait que ce sont là les trois grands facteurs de dystrophies congénitales.

M. Javal. — J'admets très volontiers avec M. Fournier que l'hérédo-syphilis constitue un terrain favorable au développement du strabisme, mais je ne crois pas que l'on doive attribuer cette difformité à une affection des centres coordinateurs des mouvements des yeux.

Du massage abdominal dans les affections du cœur.

M. Huchard lit, à l'occasion d'un travail de M. Cautru, un rapport dans lequel il insiste sur l'efficacité du massage abdominal dans les cardiopathies. Ce massage, en effet, régularise la pression sanguine, amène la décongestion veineuse de tous les organes et en particulier du rein, d'où augmentation très considérable de la diurèse. A ce titre, le massage abdominal peut être considéré comme un succédané de la digitale, dont il renforce du reste l'action.

M. Courtade lit une note sur le *traitement des atrésies du conduit auditif externe.*

MÉDECINE PRATIQUE

De la curabilité de la tuberculose pulmonaire par la minéralisation intensive,

D'après M. le Dr N. DIMITROPOL (de Bucarest).

Si l'on étudie avec soin l'étiologie de la tuberculose pulmonaire, on arrive à se convaincre que les terrains les plus propices au développement du bacille de Koch sont ceux où il y a déficience des éléments organiques et chimiques les quels, en se combinant avec les albuminoïdes, assurent la résistance de l'organisme. Par conséquent, le traitement qui, d'après M. Dimitropol, est à la fois plus rationnel et plus efficace que tous ceux employés jusqu'à ce jour peut se résumer ainsi : minéralisation intensive de l'organisme et alimentation substantielle, naturelle et artificielle. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut refaire l'économie délabrée d'un tuberculeux et, par cela même, non seulement empêcher les poumons de se tuberculiser davantage, mais encore favoriser la cicatrisation scléreuse ou crétacée de la partie atteinte.

Voici en quoi consiste le traitement de M. Dimitropol :

Pendant 30 à 40 jours et quotidiennement, il donne aux malades, chaque matin, un mélange nutritif ainsi composé :

Jaunes d'œufs.	N° 4 à 5
Pepsine.	1 gr.
Lait chaud	400 gr.

le tout bien mélangé pendant 5 minutes et aromatisé, au besoin, d'un peu de vanille.

Dix minutes après, une tartine de 50 gr. de beurre frais et salé d'au moins une demi-cuillerée à café de sel de cuisine.

Lorsque les malades sont très maigres, il faut leur administrer, en outre, des lavements nutritifs composés comme suit :

Jaunes d'œufs	N° 4
Peptone liquide.	25 gr.
Sel de cuisine	5 gr.
Bouillon concentré chaud	80-100 gr.

Ce lavement, une fois bien mélangé, doit être introduit lentement à l'aide d'un irrigateur. Chacun de ces lavements doit être, bien entendu, précédé d'un lavement évacuant.

Le malade prend en outre journellement 6 à 12 gr. de phosphate tribasique de chaux et de 2 à 4 gr. de phosphate de soude, ainsi formulés :

Phosphate trib. de chaux.	2 gr.
Phosphate de soude.	0 gr. 50

Pour un paquet. 3 à 6 par jour.

Après chaque repas, le malade devra également prendre, dans un demi-verre d'eau, 2 à 4 cuillerées à café de la solution suivante :

Chlorhydro-phosphate de chaux en solution au titre de 10 p. 100. . . .	300 gr.

Tous les médicaments que nous venons d'énumérer doivent être donnés d'une manière graduée, pendant 40 jours; vers la fin de cette période, il faut diminuer la dose et continuer pendant 6 mois et recommencer même plus tard avec des intermittences de 15 jours par mois.

De plus, on leur prescrit quotidiennement, pendant 30 à 40 jours, 15 gr. de sel de cuisine mêlé aux aliments déjà salés

par la préparation culinaire. Il est nécessaire que les malades prennent indéfiniment 6 à 8 gr. de sel par jour.

Comme alimentation, il recommande 500 à 600 gr. de viande, un litre de lait, 3 œufs préparés au gré du malade, du poisson et des légumes en quantité habituelle, mais choisis de préférence parmi les plus riches en azote, tels que : lentilles, haricots, pois, etc.

Tel est dans ses lignes générales le traitement du médecin roumain; il appartient au médecin de l'appliquer selon le degré de la maladie, l'âge et la constitution du sujet, en ayant soin de procéder graduellement dans tous les cas et d'avoir toujours en vue la tolérance du malade, tant en ce qui concerne l'alimentation naturelle et artificielle que le traitement minéralisant.

Il est inutile d'ajouter que le même traitement peut être préconisé pour les scrofuleux et les lymphatiques, en excluant toutefois l'alimentation artificielle. Ce traitement, appliqué à bon nombre de lymphatiques et scrofuleux, a toujours donné d'excellents résultats.

Pathogénie et traitement de la dysménorrhée associée à l'antéflexion de l'utérus,

D'après M. le Dr Davenport (de Boston) (1).

L'antéflexion de l'utérus doit être regardée non comme un déplacement mais comme une difformité de l'organe due à la persistance du type observé normalement chez le fœtus.

A la puberté, le développement du bassin produit l'antéversion normale. Lorsque le type fœtal persiste il y a presque toujours en même temps un arrêt de développement de l'utérus qui est petit, mou, et la menstruation s'en ressent également.

L'antéflexion comprend trois divisions suivant qu'elle porte sur le col, le corps ou sur l'une et l'autre.

La dysménorrhée apparaît en général dès la première menstruation et revient à chaque époque.

On peut dire qu'elle est en quelque sorte congénitale : en général elle devient de plus en plus marquée et tenace au fur et à mesure que la malade avance en âge.

L'écoulement sanguin est habituellement douloureux; la maade présente un nervosisme particulier, de la céphalée.

Parfois les douleurs de ventre ont un caractère spasmodique, simulant pour ainsi dire un véritable travail et l'expulsion d'un faible caillot est suivie d'une amélioration passagère. La douleur est parfois très intense obligeant la malade à garder le lit, s'accompagnant de nausées, de vomissements, de fréquence de la miction et parfois de diarrhée. Ce malaise qui apparaît à chaque menstruation et prend des caractères de plus en plus sérieux et pénibles, entraîne parfois une réelle altération de l'état général.

Le second symptôme caractéristique de l'antéflexion est la stérilité. Bien que la grossesse ne soit pas impossible, elle est véritablement rare et l'antéflexion est une des principales causes de stérilité.

La dysménorrhée due à l'antéflexion par la douleur qui l'accompagne, son caractère spasmodique, mérite bien le nom de dysménorrhée obstructive. La difficulté à l'écoulement sanguin de se faire issue au dehors en est la cause principale et l'effort de l'utérus pour l'expulser est suffisamment indiqué par la nature des douleurs et caractérise ce genre de dysménorrhée.

L'irrégularité du canal utérin n'est pas la seule cause d'obstruction : le gonflement de la muqueuse que produit la menstruation sans être suffisant pour obstruer le calibre le diminue notablement. Enfin une autre cause de douleur est que dans l'antéflexion l'orifice interne est plus rigide que normalement et que les nerfs sont dans un état d'hyperesthésie marquée, ainsi que le montre l'exploration avec une sonde. La congestion de l'utérus, la tension des tissus irrite généralement les nerfs et aggrave la douleur.

Ces différentes causes expliquent mieux que l'endométrite les troubles menstruels qui accompagnent l'antéflexion. Ce n'est pas que l'endométrite ne puisse jouer un certain rôle, mais les symptômes en font souvent défaut en dehors des règles et certainement cette explication ne saurait convenir à tous les cas.

Le traitement comprend la solution de deux problèmes :

En premier lieu, élargir et redresser le canal utérin.

En second lieu, diminuer la sensibilité de l'orifice interne.

On ne peut guère s'attendre à ce que l'utérus soit rendu complètement normal et que la flexion disparaisse; tout au plus peut-on espérer le redressement du canal. Depuis que l'on a reconnu la déformation, de nombreux modes de traitement ont été proposés.

La discission du col élargit le canal cervical, entraîne une certaine dilatation et a pu être suivie de succès dans quelques cas.

La dilatation est universellement reconnue comme le mode de traitement le mieux approprié, mais ce qu'il faudrait c'est qu'elle fût permanente.

La méthode employée par le Dr Davenport est la suivante : elle consiste essentiellement à introduire un tampon ou une tige dans l'utérus et de l'y laisser séjourner quelques jours. La technique suivie par l'auteur, est la suivante :

L'utérus est dilaté avec toutes les précautions antiseptiques : une dilatation lente est préférable à la dilatation brusque. Pour obvier à l'irrégularité du canal, il est bon d'avoir une série de dilatateurs courbes.

La dilatation obtenue, l'utérus est cureté avec soin, et à la suite on introduit un drain dur, rigide, qui est fixé au col par quatre sutures d'argent. Les quatre sutures sont nécessaires, car avec deux, l'utérus en se contractant peut souvent les rompre.

Le drain est percé d'orifices sur ses faces de façon à permettre l'écoulement facile des liquides.

La malade reste au lit une semaine et au bout de ce temps elle peut marcher et reprendre sa vie habituelle. Tant que le drain est dans l'utérus elle ne ressent aucune fatigue. Au bout de six semaines, après avoir laissé passer une période de règles, le drain est retiré en coupant simplement les sutures.

En général l'opération n'est suivie d'aucun trouble. Les premières heures qui suivent la dilatation, la malade ressent quelques douleurs qui ne tardent pas à disparaître et ne sont pas aussi fortes que les douleurs habituelles de la menstruation.

Dans la majorité des cas, ce traitement a donné les meilleurs résultats.

1. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1898, 2 juin, p. 514.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse,

D'après M. le Dr Parker Syms (de New-York) (1).

Dans un grand nombre de cas de tuberculose péritonéale on sait que la simple laparotomie peut produire une guérison permanente. Après avoir été regardée comme une simple coïncidence, il a fallu reconnaître un véritable rapport de cause à effet, et la laparotomie a été donnée et préconisée comme un mode de traitement particulier de cette forme de tuberculose.

De nombreuses hypothèses ont été émises sur l'action de la laparotomie. Les uns l'attribuaient aux désinfectants employés, d'autres au drainage. Pour d'autres l'exposition de la cavité abdominale à l'air et à la lumière expliquaient la guérison, tandis que certains l'attribuaient à la disparition du liquide ascitique, d'autres à l'introduction de microbes produisant une toxine fatale au bacille de la tuberculose, d'autres, enfin, soit à ce que l'incision modifiait la nature physiologique du péritoine, le rendant ainsi impropre à la culture du bacille de Koch, soit à la formation d'une péritonite fibreuse d'origine traumatique permettant l'enkystement du bacille.

Quoiqu'il en soit de ces théories, M. Parker Syms recommande la laparotomie précoce.

Le liquide ascitique est au besoin retiré et les masses tuberculeuses enlevées. L'opération donne souvent de bons résultats et la mortalité reste très faible.

(1) *Med. Record*, 1898, p. 476.

VARIÉTÉS

A propos d'une Préface.

Nous venons de parcourir le beau livre que M. L. Guinard (de Lyon) vient de consacrer à l'étude pharmacodynamique de la morphine et de l'apomorphine (1).

Nous ne voulons pas examiner aujourd'hui la valeur de cet ouvrage qui n'est autre que la thèse inaugurale de l'auteur; nous aurons fréquemment l'occasion de puiser dans les documents réunis et les protocoles des expériences faites par M. Guinard sur des substances qui intéressent tout particulièrement le praticien. Nous voulons nous borner aujourd'hui à attirer l'attention sur la remarquable préface de ce livre, de laquelle nous détacherons seulement quelques courts extraits. Ils suffiront à montrer avec quelle élévation de pensée et quelle élégance de forme quelques médecins écrivent encore en cette fin de siècle où l'excès de la production scientifique tend à faire oublier que les qualités maîtresses de l'esprit français sont la clarté et la précision.

M. L. Guinard fait remarquer tout d'abord combien il est difficile aujourd'hui de faire une bibliographie complète d'une question. Bien qu'il l'ait tenté pour son sujet, il se peut, dit-il, que quelques mémoires ou quelques notes se rapportant à la morphine lui aient échappé. Mais s'il regrette ces quelques involontaires omissions, en ce sens qu'elles restreignent le nombre des faits, elles importent peu au point de vue général.

La grande et opulente forêt de la science, qu'explore actuellement un nombre considérable de pionniers, est ouverte à tous: chacun doit y travailler, non pour son propre compte, mais dans l'intérêt général. Aussi, toute découverte nouvelle, quelle qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, ne devrait par être considérée comme appartenant à un homme et à une école, mais à la science elle-même, à qui incombe alors le devoir de ne pas oublier les noms de ceux qui l'ont utilement servie.

Nous admettons fort bien les questions de priorité quand elles ont pour but, *en rappelant qu'une vérité avait déjà été signalée*, d'augmenter le nombre des faits acquis sur lesquels on peut solidement l'établir : mais, au fond, quel intérêt ont-elles quand elles servent uniquement une personnalité?

Il faut bien avouer que c'est un peu le mal qui sévit maintenant et qui fait que trop souvent, dans une controverse scientifique, il y a plutôt deux adversaires, qui se disputent une idée que deux écoles ou deux hommes animés seulement du désir de concourir à la découverte d'une vérité.

La lutte pour le succès tend de plus en plus à renverser l'ordre naturel des choses et, au lieu de voir des intelligences dont les efforts s'associent pour exhausser le piédestal de la science, on voit quelquefois des chercheurs qui empilent les secrets que celle-ci veut bien leur livrer, pour construire un édifice à leur usage et s'élever sur un faîte dont ils gardent ensuite jalousement les abords.

Bienheureux quand on ne voit pas, de parti pris ou inconsciemment, négliger des faits utiles, pour mettre en leur place d'autres faits moins nombreux et moins importants, mais de source plus sympathique.

Et pourtant, que de richesses on accumulerait, dans le trésor commun, si l'on s'en tenait au seul désir d'additionner tout ce que l'on connaît, ou peut connaître, et tout ce qui doit concourir à un éclaircissement utile à la science.

Aussi, modifiant une phrase du professeur Mathias Duval — que nous avons beaucoup méditée — nous dirons avec lui : qu'importe qu'un nom soit plus ou moins attaché à l'histoire d'une idée ou d'un fait nouveau? l'essentiel, c'est l'extension et le succès rapide de cette idée, si elle doit contribuer à la découverte de la vérité scientifique.

Ce que nous exprimons là est le sentiment vrai, bien sincère et très arrêté, qui nous a servi de guide dans tout ce que nous avons fait. Nous avons puisé nos enseignements partout où nous avons pu les trouver et, si nous en avons négligé d'importants, c'est très involontairement...

Nous nous déclarons, de plus, un convaincu de la pharmacodynamie, un ardent apôtre de la foi en la thérapeutique expérimentale dans laquelle nous voyons tout l'avenir du progrès de l'art de guérir...

Malgré les septiques, et il y en a beaucoup, en dépit de ceux qui plaisantent agréablement sur la médecine et la thérapeutique et qui, surtout lorsqu'ils n'ont pas besoin de leur concours déclarent que les malades guériraient plus vite s'ils n'avaient personne pour les droguer, nous avons confiance aux médicaments et croyons absolument à leur efficacité.

Nous ne pouvons pas croire malgré certaines apparences que le médecin n'a qu'à faire de bons diagnostics et que toute sa valeur réside dans l'art d'examiner un malade et de nous apprendre de quoi il souffre ou de quoi il meurt. C'est peut-être là-dessus que, dans certaines circonstances, on se base essentiellement pour le classer parmi les autres, mais, en pratique, c'est sur le résultat utilitaire de son diagnostic qu'il est surtout jugé.

Or, que peut-il faire, avec conviction, s'il n'a pas une confiance entière dans ce qu'il ordonne, et s'il ne croit pas pleinement à l'influence heureuse du médicament sur la maladie, ses causes et ses manifestations.

Chose curieuse, tout le monde admet parfaitement la modification des fonctions normales, par un principe actif : on admet la modification toxique et l'on voit encore des esprits qui ont des doutes sur la modification d'une fonction troublée, par les agents thérapeutiques.

Peut-être les progrès considérables de la chirurgie, ont-ils contribué pour une bonne part à nous rendre plus difficiles et plus sévères à l'égard de la thérapeutique médicale : cependant on ne pourrait prétendre que celle-ci ne s'est pas efforcée de réaliser, de son côté, tous perfectionnements possibles. Elle a même à notre avis, dans ses louables efforts, dépassé le but en encombrant la science d'une multitude de médicaments nouveaux qui ont eu l'inconvénient de faire oublier que, parmi les anciens et parmi les vieilles médications surtout, il y en a qui ont, depuis longtemps fait leurs preuves et qui ne demandent qu'à être mieux étudiés soit au laboratoire, soit à la clinique.

Le médicament est une arme précieuse, un instrument souvent admirable, mais dont l'emploi est difficile, car dans la production de ses effets il se dirige seul, subissant les multiples influences de ses affinités électives d'abord, puis de l'espèce, de la race, de l'âge, de l'individualité, des conditions pathologiques, du moment de l'administration.

Cependant on peut diriger une action médicamenteuse et on le fera d'autant mieux qu'on connaîtra plus complètement sa nature, sa cause première, ses effets primitifs et toutes leurs conséquences. On tirera des agents de la thérapeutique un bénéfice d'autant plus grand qu'on sera mieux fixé sur les manifestations qu'ils produisent sur l'organisme en santé et que rien des modifications physiques qu'ils peuvent provoquer, sur un organe ou une fonction, ne sera laissé au hasard d'un usage empirique et non justifié par le contrôle expérimental.

On ne saurait mieux penser et mieux dire : avec quelques livres comme ceux de M. Guinard, la Thérapeutique, enfin débarrassée des langes de l'empirisme, guidée par la Physiologie et la Pharmacodynamie, en un mot devenue scientifique, entrera dans une voie féconde en résultats pour la plus grande confusion des sceptiques et le plus grand bien des malades.

G. MAURANGE.

1. L. GUINARD, *La morphine et l'apomorphine.* Etude expérimentale de pharmacodynamie comparée. 1 vol. gr. in-8 de 728 pages. Paris, 1898, chez Asselin et Houzeau.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quatre observations de péritonites traitées par l'incision rectale,

par M. Molin,
interne des hôpitaux.

Des quatre observations de péritonites enkystées ou généralisées publiées plus loin, l'une est extraite de la thèse de Dormoy (l'appendicite (1) à forme pelvienne, Lyon, 1896), les trois autres ont déjà fait l'objet de communications à la Société des sciences médicales et d'un récent article de M. Jaboulay (2).

Il nous a semblé utile de les réunir dans un même article pour attirer à nouveau l'attention sur le procédé de drainage par la voie rectale appliqué dans ces quatre cas par M. Jaboulay.

Nous n'insisterons pas sur la situation topographique du cul-de-sac recto-vésical qui, théoriquement, chez l'homme, désigne ce point le plus déclive de la grande cavité péritonéale comme lieu d'élection pour le drainage soit de collections limitées y venant faire saillie, soit de suppurations généralisées.

Lorsque, en 1887, Byford (3) parla d'aborder, par le rectum, certains abcès pelviens de la femme, bombant sur la paroi antérieure, on comprendra l'accueil peu favorable fait à cette idée, si l'on pense qu'à cette époque, l'incision vaginale préconisée par Gaillard Thomas, très vivement combattue, n'avait pu encore donner les résultats constatés par la suite.

Peu à peu, les opinions se modifièrent. En même temps que la voie vaginale s'imposait de plus en plus pour des raisons que nous n'avons pas à développer ici, l'étude approfondie des suppurations péritonéales, d'origine appendiculaire surtout, conduisait les chirurgiens à rechercher des voies de drainage simples et déclives; c'est ainsi que, successivement, depuis très peu d'années, furent proposées la voie ischio-sacrée (Jaboulay, 1892), la voie para-péritonéale (*Bulletin de la Société anatomique*, 1897).

Toutes ces méthodes se proposent également d'aborder le péritoine par son bas-fond. A toutes, on peut adresser le reproche de se frayer des chemins très artificiels et toujours compliqués.

A côté d'elles, la voie la plus simple, la seule voie naturelle chez l'homme, la voie rectale est absolument délaissée par tous les auteurs.

L'accord est unanime parmi eux pour condamner sans appel l'incision rectale.

« Les résultats, dit Delbet, sont loin d'être défavorables. Le drainage ne peut être fait dans de bonnes conditions. »

Les mèches de gaze iodoformée s'imbibent de matières fécales, les drains, forcément courbés, fonctionnent mal et souvent ne tiennent pas.

En somme, l'intervention par la voie rectale lui paraît avoir trop d'inconvénients pour être conseillée (*Suppur. pelviennes*, p. 430).

Vauverts ne s'exprime pas autrement quand il dit que « la voie rectale n'est qu'un pis-aller auquel on ne devra se résoudre que lorsque l'ouverture par le rectum est imminente ».

Ces appréciations paraissent d'autant moins fondées qu'elles ne concordent pas du tout avec les résultats d'ouverture spontanée, par le rectum, d'abcès pelviens, jugés favorablement par la majorité des chirurgiens.

« On doit, dit Chassaignac, considérer cette terminaison comme la plus heureuse, au moins c'est celle qui compte le plus de guérisons. »

D'après Legueu, l'ouverture spontanée par le rectum est généralement favorable, néanmoins l'abcès reste parfois fistuleux et le rectum finit par s'enflammer.

Faisons remarquer à ce propos que le danger de fistules plus ou moins longues à cicatriser, d'abcès à répétitions constatés après l'ouverture spontanée par le rectum et reconnaissant pour cause la perforation en un point peu décive, n'est pas à redouter avec l'ouverture artificielle, toujours pratiquée, au contraire, au point le plus déclive.

Enfin, si l'on considère l'incision rectale comme traitement des péritonites généralisées et suppurées, nous pensons que cette méthode très simple, réduisant au minimum le schok opératoire chez des malades très affaiblis, s'imposera dans un grand nombre de ces cas où, comme le dit Kœrte (1), « l'opération doit être le moins grave possible et se borner essentiellement à évacuer le pus et à en assurer le libre écoulement au dehors. »

Observation I (*in* thèse Dormoy, Lyon, 1896). — M..., âgé de 35 à 40 ans, charbonnier, entre le 11 décembre 1896, dans le service de M. Jaboulay.

1. L'observation II est due à l'obligeance de M. Barjon, chef de clinique du professeur Bondet.
2. Drainage des collections péritonéales par la voie rectale (*Lyon médical*, 29 mai 1898).
3. Byford, *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, p. 166.

Il y a environ 3 semaines, il fut pris d'une colique franche d'appendicite.

Le traitement médical fut immédiatement institué, mais les symptômes persistèrent.

Depuis quelques jours, le malade fait des glaires et a souvent de faux besoins.

A son entré, les phénomènes appendiculaires ont diminué.

Le plastron abdominal a presque complètement disparu; c'est à peine si on trouve un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite; mais, par le toucher rectal, on découvre une collection fluctuante située en avant du rectum et lui adhérant.

M. Jaboulay décide d'ouvrir cette collection par le rectum; sur la face antérieure de son index gauche, introduit dans le rectum, il fait glisser des ciseaux mousses et donne issue à une forte verrée d'un pus chaud, crémeux, contenant quelques fongosités inflammatoires.

Le malade est immédiatement soulagé et quitte l'hôpital guéri, 2 jours après l'intervention.

Revu le 26 décembre, il dit que sans cesse, depuis l'opération, il a évacué, par le rectum, du pus en petite quantité et « des morceaux de chair » que nous supposons êtres des fongosités. Il a été repris le 27 décembre par une nouvelle crise très douloureuse.

Le 6 février, il va bien et a repris tous ses travaux quoique éprouvant encore parfois des pesanteurs dans le bas-ventre. Il a de la difficulté à se servir de sa jambe droite pour monter les escaliers.

Obs. II. — M... Lazare, 19 ans, salle Saint-Augustin, n° 22.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

12 décembre 1897. — Il ressent une légère douleur dans la région sous-ombilicale.

Cette douleur s'accroît la nuit suivante. Vomissements, constipation, presque immédiatement, consécutifs.

Sensation nauséeuse continuelle.

14 décembre. — A son entrée, on constate une douleur très intense dans la région sous-ombilicale. Météorisme abdominal généralisé. Vomissements abondants sans odeur fécaloïde. T. : 37°8.

Langue sèche avec enduit saburral épais.

15 décembre. — Etat général toujours mauvais.

Faciès grippé, anxieux.

Application de sangsues *loco dolenti.*

Pas de température.

16 décembre. — Douleur diminuée. Pas de vomissements. Amélioration générale.

17 décembre. — La douleur se limite nettement au siège de l'appendice.

Le malade est allé à la selle.

26 décembre. — La tumeur a diminué de volume sous l'influence de la glace et des sangsues, apyrexie; une intervention chirurgicale ne paraît plus devoir être utile.

3 janvier 1898. — Dans la nuit, le malade a une violente douleur abdominale.

T. : 39°. Faciès grippé. Une nouvelle tumeur a apparu dans la fosse iliaque gauche.

L'état général s'est profondément altéré,

7 janvier. — Le malade présente tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée, par rupture du foyer appendiculaire primitif.

Par le toucher rectal, on sent un abcès qui pointe et qui a le volume d'une orange.

Une intervention s'impose.

Incision par la voie rectale de l'abcès pelvien.

Issue d'un litre de pus.

On place une mèche de gaze.

9 janvier. — Le malade est toujours très bas, il y a de l'hypothermie; le ventre est très tendu.

10 janvier. — Douleur et gonflement considérable au niveau de la région parotidienne.

11 janvier. — Incision de la parotide. Pas de pus.

12 janvier. — Parotidite du côté opposé. Incision de cette dernière qui est suppurée.

22 janvier. — Guérison des parotidites. Ventre souple.

Etat général meilleur.

Le malade s'achemine vers la guérison.

Depuis, le malade a fait un séjour à Longchêne et est revenu très engraissé et en parfait état.

Obs. III. — M... Jos., 30 ans, salle Saint-Louis, n° 1.

Bonne santé habituelle.

Depuis 3 mois souffrait à intervalles éloignés de coliques peu intenses, sur lesquelles il n'attire pas spécialement l'attention.

Il y a 4 jours, début brusque des accidents. Douleur intense dans la fosse iliaque droite. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Constipation absolue.

A son entrée, c'est-à-dire le 5e jour après le début de l'affection, on constate un état général extrêmement grave.

Faciès péritonéal caractéristique. Hoquet. Vomissements fécaloïdes. La température n'est pas prise avant l'opération. Douleur et tension abdominales généralisées, avec maximum à droite.

L'incision classique conduit à une poche purulente au fond de laquelle on trouve un appendice énorme renfermant deux calculs stercoraux.

Mais le syndrome péritonéal au complet amène à penser qu'il ne s'agissait pas là seulement d'une localisation bien limitée.

En effet, par le toucher rectal, on pouvait percevoir une collection dans la grande cavité péritonéale.

Incision, suivant le procédé de M. Jaboulay (*Lyon médical*, 29 mai 1898), de la paroi antérieure rectale et du cul-de-sac recto-vésical.

Issue d'une quantité considérable de liquide louche, peu épais et qui continue à s'écouler par un gros drain laissé à demeure dans la plaie.

Amélioration instantanée.

Température : le soir 38°2. On pouvait espérer une issue heureuse, quand, dans la nuit, les symptômes péritonéaux réapparurent, emportant le malade 24 heures après l'intervention. L'autopsie ne put être pratiquée.

Obs. IV. — Mar..., 24 ans, salle Saint-Louis, n° 14.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé habituelle.

Il y a 8 jours, début brusque d'accidents abdominaux. Douleur intense dans la fosse iliaque droite. Vomissements. Constipation. A son entrée à l'hôpital, le malade, à un examen superficiel, présente le syndrome d'un étranglement herniaire.

Il vomit abondamment et sans effort.

On constate, à l'orifice du canal inguinal droit, une tuméfaction arrondie assez volumineuse et très douloureuse au toucher. T. : 39°.

Toutefois, en raison de la date éloignée des premiers accidents, du siège principal très net de la douleur correspondant au point de Mac-Burney, M. Jaboulay pose le diagnostic d'appendicite et procède à la laparotomie classique.

Evacuation d'une poche purulente de grosseur moyenne.

On ne cherche pas à enlever l'appendice perdu au milieu d'adhérences de nouvelle formation. Pansement à plat.

Au bout de 7 jours, l'état général, amélioré par cette intervention, redevient mauvais.

12 mai. — Etat général grave. Faciès péritonéal. T. : 40°5.

Le toucher rectal fait sentir au-dessus de la prostate et à droite du rectum une collection. Lavage abondant du rectum, puis incision au ciseau ordinaire sur un doigt introduit comme conducteur de la paroi antérieure rectale. Ouverture du cul-de-sac recto-vésical par laquelle s'écoule aussitôt un pus très abondant, grisâtre, et tous les caractères habituels du pus abdominal.

Un gros drain est laissé à demeure mettant en communication directe et exclusive la cavité de la poche avec l'extérieur.

13 mai. — Amélioration manifeste. T. : 38°.

14 mai. — Le malade émet une selle sans rien de particulier à signaler.

15 mai. — L'écoulement étant tari, on enlève le drain très bien supporté pendant 3 jours.

L'état général va toujours s'améliorant.

Actuellement, 2 juin, le malade se lève depuis 8 jours, et n'était sa première plaie opératoire, incomplètement cicatrisée, pourrait sortir guéri de l'hôpital (1).

1. *Province médicale*, Lyon 1898, p. 274.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 Juillet 1898.

Hernies congénitales de la trompe.

M. Wiart a trouvé, à Clamart, sur une enfant de 2 mois 1/2, une hernie inguinale congénitale de la trompe droite, sans hernie de l'ovaire. L'ovaire était à cheval sur le détroit supérieur; son extrémité antérieure atteignait presque l'orifice abdominal du canal inguinal. Le sac de la hernie descendait dans la grande lèvre.

Du côté gauche, il y avait aussi un sac descendant dans la grande lèvre; mais la partie extra-abdominale de ce sac était vide; sa portion intra-pariétale était occupée par un segment du pavillon de la trompe gauche.

Rétention biliaire chronique, limitée au lobe gauche du foie.

M. Griffon montre les pièces de l'autopsie d'un homme de 34 ans, soigné longtemps dans le service de M. Chauffard pour un ictère chronique, que l'on avait diagnostiqué d'abord ictère catarrhal prolongé. Au bout de 4 mois, la jaunisse demeurant stationnaire, on proposa au malade une laparotomie exploratrice, qui fut acceptée. L'opération, pratiquée par M. Quénu, révéla un cancer de la petite courbure de l'estomac, fuyant en nappe sur le foie, comprimant vraisemblablement les voies biliaires. Le ventre fut refermé, l'extirpation étant impossible.

Le malade, toujours ictérique, se cachectisa progressivement et mourut au bout de quelques semaines, sans avoir présenté la distension de la vésicule biliaire et la décoloration des selles, qui, excepté dans les premiers temps de la maladie, furent toujours plus ou moins colorées par la bile.

A l'autopsie, au milieu d'adhérences péritonéales récentes et d'exsudats fibrineux, on trouve, en soulevant la portion du foie qui recouvre l'estomac, un épaississement considérable de l'épiploon gastro-hépatique, partant de la petite courbure de l'estomac et s'étendant jusqu'au hile du foie. Il s'agit bien d'un cancer de la petite courbure, très peu végétant du côté de la cavité gastrique, prenant, au contraire, son développement au dehors entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique. Arrivé au hile du foie, le cancer pénètre profondément dans la moitié gauche du hile, accompagnant le faisceau vasculaire qu'il entoure complètement; il enserre et rétrécit la branche gauche du canal hépatique; tandis qu'à droite l'autre branche du canal hépatique est respectée, entièrement libre dans un tissu cellulaire lâche; la branche porte adjacente étant seulement comprimée latéralement par le prolongement du néoplasme.

Le lobe gauche du foie, à la coupe, est creusé de voies biliaires très dilatées : rien de semblable au lobe droit. Tout le foie, comme tous les organes, sont imprégnés par la bile.

La plèvre droite présente des nodules miliaires cancéreux; le poumon droit est farci dans toute sa hauteur de productions plus petites, jaunes, que la présence d'une caverne enkystée au sommet fait reconnaître pour des tubercules. Au microscope, il s'agit de nodules à centre caséeux, sans cellules géantes, mais fourmillant de bacilles tuberculeux.

Sur les préparations histologiques, la tumeur gastrique qui ressemble par plusieurs points à la lésion qu'on a appelée linite plastique, est bien un cancer où l'élément fibreux prédomine de beaucoup sur l'élément cellulaire, celui-ci étant représenté par des cellules embryonnaires, atypiques et même, en certains points, cylindriques. On trouve, d'ailleurs, à distance, la structure du carcinome alvéolaire, dans les nodules de la face inférieure du diaphragme.

Les préparations du foie sont bien différentes suivant qu'il s'agit du lobe gauche ou droit. A gauche, du côté de la rétention chronique, les canaux biliaires sont énormément dilatés; la structure du foie est totalement désorganisée; les cellules hépatiques chargées de pigment biliaire, sont disjointes, mêlées sans ordre, séparées les unes des autres par de grands intervalles.

A droite, l'aspect est tout autre; les voies biliaires ne sont nullement dilatées, les cellules hépatiques ont leur ordination normale : elles ne renferment pas de pigment et l'on est frappé par la richesse en foyers d'évolution nodulaire. Le foie se régénérait à droite, alors qu'il se détruisait à gauche.

Ainsi se trouve expliqué ce fait en apparence paradoxal de la coloration des matières dans un cas d'obstruction biliaire chronique; la bile sécrétée par le lobe droit du foie s'écoulait librement par la branche droite du canal hépatique et arrivait par le cholédoque à l'intestin. La vésicule biliaire n'avait, par suite, aucune raison de se dilater.

Fièvre typhoïde expérimentale chez le singe.

M. d'Avellar présente des coupes de rate de singe auquel M. Chantemesse a conféré l'infection typhique en lui faisant absorber, pendant 3 à 4 jours, une petite quantité de bacilles d'Eberth.

L'animal succomba du 8ᵉ au 12ᵉ jour, et l'on trouva, à l'autopsie, des lésions de congestion, d'hémorrhagie, d'exulcération de la muqueuse de l'intestin grêle au niveau de sa dernière portion, et surtout du cæcum. Les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés. Mais la lésion principale était l'augmentation du volume de la rate, laquelle, sur les préparations microscopiques, présente des foyers bacillaires en amas, absolument analogues à ceux que l'on observe chez l'homme. Dans l'intervalle de ces foyers, le parenchyme splénique ne renferme que peu ou pas de bacilles.

Sclérose pulmonaire : thrombose de l'artère pulmonaire.

M. Claude apporte les pièces d'un jeune malade qui a succombé à une affection chronique pulmonaire, et dont la fin a été précipitée par un érysipèle de la face. Il s'agit d'une sclérose d'une grande portion du poumon droit, avec une thrombose de la branche correspondante de l'artère pulmonaire, dilatation du cœur droit et insuffisance tricuspidienne. On peut se demander si la thrombose n'a pas pris naissance au niveau du foyer pulmonaire, et s'il ne s'agit pas d'une thrombose descendante, du foyer pulmonaire vers le cœur.

Cornes cutanées développées sur des kystes sébacés.

M. Vicq apporte une grosse corne qui a pris naissance sur le cuir chevelu d'une femme de 48 ans, près d'un kyste sébacé; sur le cuir chevelu et le corps il y a d'autres loupes; quelques petites cornes également se voient à la tête.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 Juillet 1898.

Sur l'élimination des chlorures chez les rachitiques.

M. Œchsner de Coninck a antérieurement montré que, chez 28 p. 100 des rachitiques, la perte en chaux devait être considérée comme la cause de la maladie.

En étudiant l'élimination des chlorures, la proportion de chlorures faite par litre a été trouvée de 12 gr. 14, 11 gr. 76, 11 gr. 40, 11 gr. 25, 11 gr. 22, chez 5 malades. On voit que cette élimination est très considérable chez les enfants rachitiques; les urologistes admettent, en effet, chez l'homme fait, une proportion d'environ 12 grammes de chlorures par litre.

Si l'on considère l'importance du rôle des chlorures dans l'économie, on se rend compte de l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvent les rachitiques. Tout concourt, d'ailleurs, à en faire des anémiques, d'abord la perte exagérée de chaux, puis celle des chlorures; enfin, il faut mettre aussi en ligne de

compte le ralentissement de la nutrition et des oxydations, marquée par le chiffre peu élevé des sulfates et des phénol-sulfates.

L'hématozoaire du goître.

M. E. Grasset, après avoir longtemps observé les diverses manifestations du goître, est arrivé à conclure que le goître n'est pas une maladie locale, mais bien une maladie générale avec un symptôme dominant, la grosse thyroïde. De même que la grosse rate est considérée comme une des caractéristiques du paludisme, de même la grosse thyroïde serait le symptôme capital de l'affection générale appelée jusqu'ici goître. Le parallèle entre le paludisme et le goître est, d'ailleurs, curieux : chacune de ces affections a une répartition géographique spéciale; chacune d'elle intéresse une glande à sécrétion interne (thyroïde, rate); enfin, leur degré extrême est une cachexie; dans un cas, le crétinisme, dans l'autre, la cachexie paludéenne.

C'est après avoir admis la nature infectieuse du goître, que M. Grasset a recherché l'agent initial de cette maladie. En examinant le sang de goîtreux anciens, on ne trouve aucun élément anormal; mais, chez 8 personnes, 6 femmes et 2 hommes, qui déclaraient que leur goître datait de 10 à 15 jours seulement, on a pu déceler des éléments parasitaires; ce sont : des corps sphériques, plus gros que des hématies, sans noyaux et contenant des grains de pigment rouge; un flagellum libre, long 4 fois comme une hématie, agité, autour duquel les hématies sont animés de mouvements rapides et désordonnés; des corps segmentés, agglomérés ou dissociés entre lesquels on remarque quelquefois des grains de pigment rouge; enfin, un corps à contours irréguliers, sans noyaux, renfermant des grains de pigment rouge irrégulièrement groupés.

Ces divers éléments rappellent les hématozoaires du paludisme de M. Laveran, encore qu'ils en diffèrent par la coloration rouge brique des grains de pigment et par l'absence de corps en croissant; aucun des goîtreux examinés n'était paludéen. Ces éléments parasitaires se rapprochent aussi de ceux que M. Danilewsky a trouvé dans le sang d'oiseaux, de tortues et d'autres animaux offrant les apparences de la santé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Juillet 1898.

Cultures microbiennes sur les artichauts.

M. Roger. — L'emploi de l'artichaut comme milieu de culture est appelé à rendre de grands services en bactériologie et servira à différencier certaines espèces voisines. On peut, en effet diviser les microbes qui se développent sur ce végétal en deux groupes : ceux qui ne modifient pas sa coloration, ceux qui lui communiquent une teinte verte, souvent très foncée.

Prenons par exemple le bacille typhique et le colibacille. Voilà deux espèces ayant entre elles de grandes analogies. Semons-les sur des tranches d'artichaut : le bacille typhique se développe comme on peut s'en convaincre par l'examen microscopique, mais les colonies ne sont pas apparentes et le milieu ne subit aucune modification appréciable. Au contraire le colibacille, après un séjour de 24 heures à l'étuve, donne à l'artichaut une teinte d'un vert émeraude qui, les jours suivants, devient très foncée, presque noire. Ainsi la culture sur artichaut fournit un nouveau caractère différentiel entre ces deux bacilles.

Parmi les microbes qui ne verdissent pas l'artichaut, je citerai le staphylocoque doré; parmi ceux qui exercent une action chromogène, on trouve le bacille charbonneux, le *bacillus subtilis*, le *bacillus prodigiosus*. Avec ce dernier microbe on obtient des résultats assez curieux. Si la culture est mise à l'étuve, le pigment rouge ne se produit pas : le milieu devient vert; si la culture est laissée à la température ambiante, le pigment rouge apparaît et la coloration verte fait défaut. De cette façon, au bout de 48 heures on a deux cultures qui, ensemencées avec le même microbe et sur le même milieu sont absolument différentes; l'une en rouge, l'autre en vert. Cependant, au bout de 3 ou 4 jours, dans la culture laissée à l'air libre, les parties qui entourent les colonies rouges commencent à verdir : de même, si on retire de l'étuve la culture verte, le pigment rouge apparaît. On obtient ainsi un troisième aspect : des colonies d'un rouge pourpre se détachant sur un fond vert foncé.

Il existe enfin un microcoque qui se rencontre fréquemment sur les artichauts cuits laissés à l'air libre et leur communique une coloration vert foncé. Je reviendrai sur ce microbe qui peut produire des troubles intestinaux chez l'homme.

J'ai semé encore trois levures : l'oidium albicans qui verdit l'artichaut; la levure de bière qui ne produit pas de pigment. Enfin une levure, vendue dans le commerce, qui se comporte comme l'oïdium; elle se distingue d'ailleurs de la levure typique par sa tendance à donner du mycélium et son action pathogène pour le lapin. La culture sur artichaut révèle une différence nouvelle entre ce végétal et la vraie levure de bière.

La coloration verte que prend l'artichaut sous l'influence des microbes et des levures est due à une substance soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme; cette substance rougit sous l'influence des acides et redevient verte par l'adjonction d'un alcali.

De l'état du facial inférieur dans l'hémiplégie cérébrale.

M. Mirallié (de Nantes) soutient, contrairement aux classiques et d'après Pagliese et Milla, que la paralysie du facial supérieur est de règle dans les cas où le facial inférieur est paralysé; elle est toujours d'intensité moindre que cette dernière et surtout beaucoup moins prononcée que dans la paralysie faciale périphérique. Le sourcil est abaissé, ses mouvements se font par saccades et son champ d'excursion est limité.

Pour expliquer le rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé (observé dans quelques cas), M. Mirallié admet une diminution de tonicité du moteur oculaire commun, touché par la lésion cérébrale. On ne saurait admettre l'existence du centre du facial supérieur localisé au pli courbe, et le passage de ses fibres par l'anse lenticulaire. Le facial supérieur et le facial inférieur possèdent un même centre et leurs fibres suivent le même trajet.

Action de la tuberculine sur les cultures de la tuberculose.

M. Paul Carnot a constaté que l'addition de tuberculine aux milieux de culture ordinaires hâtait beaucoup le développement initial des cultures de bacille de Koch. De plus, le passage de l'animal aux milieux artificiels se fait beaucoup plus facilement.

Si la présence d'une petite quantité de tuberculine paraît favorisante, celle d'une grande quantité paraît empêchante. On peut s'en assurer directement. C'est ce qui explique que les cultures tuberculinisées, après s'être développées plus rapidement, s'arrêtent plus vite. Le cycle entier est abrégé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Juillet 1898.

Tuberculose cutanée consécutive à une ostéo-périostite sternale.

MM. L. Jacquet et **Du Pasquier** ont présenté un adulte, exceptionnellement vigoureux, porteur d'un ulcère polycyclique de la région xiphoïdienne.

La bordure seule est ulcérée, la surface qu'elle inscrit, grande comme la paume de la main, est cicatricielle et adhérente à l'extrémité inférieure du sternum. Le pus, très abondamment sécrété par l'ulcération de bordure, contient des bacilles de Koch en grand nombre. C'est donc une tuberculose cutanée un peu spéciale, mais secondaire, selon toute apparence, à une ostéo-périostite sternale, avec inoculation consécutive de la peau, selon un mécanisme bien connu aujourd'hui, pour d'autres variétés de tuberculose, le lupus par exemple.

Chez le malade de MM. Jacquet et Du Pasquier la lésion

date de 8 mois à peine; elle a donc évolué rapidement, et, cependant, il a suffi de faire des pansements à l'eau bouillie pour en amener de manière totale la cicatrisation. Mais il est bien probable que la récidive serait facile, et que, pour prémunir contre elle ce malade, il faudra employer les scarifications ou la cautérisation ignée.

Hémi-hyperesthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique.

M. L. Jacquet, qui avait déjà présenté antérieurement un malade atteint d'hémi-hyperesthésie névro-musculaire d'origine blennorrhagique, montre aujourd'hui un malade névrosé alcoolique, paludéen et blennorrhagique, chez lequel on a découvert l'hémi-hyperesthésie à l'occasion de son entrée pour un rhumatisme subaigu.

M. Jeanselme a eu également l'occasion d'observer plusieurs fois des malades atteints d'hyperesthésie d'origine hystérique. Chez l'une d'elles, l'hyperesthésie occupait tout le côté droit, siége de la pleurésie. Mais, tandis qu'au tronc l'hyperthésie était à lois superficielle et profonde, elle n'occupait aux membres que les masses musculaires, la peau étant insensible.

Dans un nouveau cas, qu'il observe en ce moment, l'hémi-hyperesthésie, à la fois superficielle et profonde, occupe tout le côté droit du corps. Cette hyperesthésie coïncide avec une lésion tuberculeuse presque exclusivement localisée à droite. Les troncs nerveux du bras, comme dans les cas relatés par M. Jacquet, étaient très douloureux à la moindre pression.

Chez ces deux malades existaient des stigmates indiscutables d'hystérie.

M. L. Jacquet ajoute que chez un de ses malades l'hémi-hyperesthésie névro-musculaire, systématisée à gauche lors de l'entrée, s'est brusquement transportée à droite, à la suite d'une orchi-épididymite droite, survenue sous ses yeux, dans le service.

Les rayons de Röntgen et le déplacement du cœur à droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche.

M. A. Béclère. — Les rayons de Röntgen ne rendent pas seulement au diagnostic médical des services incontestables, ils donnent encore la solution des problèmes de pathologie jusqu'alors irrésolus. On sait que, chez les malades porteurs de grands épanchements de la plèvre gauche, le cœur déplacé bat à droite du sternum comme en témoigne la vue et le palper. Tous les auteurs classiques admettent que, dans ces cas, le déplacement du cœur par l'épanchement pleural a pour effet de refouler la pointe plus que la base, de redresser l'axe du cœur, de le rendre plus vertical, puis de renverser la direction de cet axe de telle sorte que, dans les cas extrêmes, le cœur, pivotant sur sa base, à sa pointe rejetée jusqu'au-delà de la ligne mamelonnaire droite. Le professeur Bard (de Lyon) soutient, depuis plusieurs années, une opinion toute différente : dans les cas de déviation du cœur à droite par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches, de même que par des rétractions droites, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée, c'est la base et non la pointe du cœur qui bat à droite du sternum.

Cette opinion, appuyée sur l'observation clinique, a été confirmée par les recherches expérimentales du professeur Pitres (de Bordeaux), et par plusieurs nécropsies. L'emploi des rayons de Röntgen permet de faire véritablement la biopsie des malades de ce genre, et, mieux que les autres modes d'investigation, l'examen radioscopique et radiographique renseigne sur l'exacte situation du cœur. M. Béclère vient d'avoir l'occasion de l'observer, chez un homme de 30 ans, porteur d'un abcès froid de la plèvre droite contenant au moins cinq litres et demi de pus, comme l'a montré une ponction faite un plus tard. Chez ce malade, le cœur battait à droite du sternum dans les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e espaces intercostaux; il battait dans le 6e espace intercostal droit à 15 centimètres de la ligne médiane.

L'examen radioscopique fit voir, sur l'écran fluorescent, le côté gauche entièrement opaque et, se détachant sur la clarté brillante du côté droit, l'ombre de la portion du cœur déplacé qui débordait le sternum. Deux traits essentiels témoignaient que cette ombre appartenait à la base du cœur : elle était limitée par un contour à peu près demi-circulaire et ne présentait pas les mouvements très appréciables qu'on doit à l'image de la pointe du cœur, mais seulement des mouvements à peine distincts. M. Béclère eut d'ailleurs la bonne fortune de faire comparativement l'examen radioscopique d'un homme atteint de dextrocardie congénitale avec inversion totale des viscères : il put constater la grande différence des images du cœur chez ces deux malades.

L'épreuve radiographique, provenant du premier malade et présentée à la Société, fournit, sur l'image aperçue à l'écran, un document impersonnel qu'on ne saurait accuser d'erreur. Les rayons de Röntgen ont donc mis hors de doute l'opinion défendue par M. Bard sur le déplacement du cœur en masse, sans déviation de son axe.

Chez le même malade, quelques jours après la ponction, faite cependant très lentement et sans aspiration, un pneumothorax s'est produit. Une seconde épreuve radiographique, prise en ce moment, montre l'ombre du moignon pulmonaire rétracté vers le hile et enseigne l'exacte situation du poumon, ce que ne pouvait faire aucun autre mode d'investigation, comme elle a renseigné sur l'exacte situation du cœur.

Hystéro-traumatisme interne d'origine hépatique.

MM. Jeanselme et **Rabé** ont eu l'occasion d'observer une jeune femme hystérique, chez laquelle les manifestations de la névrose présentaient, avec des colises de coliques hépatiques, une étroite subordination. A l'âge de 10 ans, une première attaque de lithiase provoque une première crise d'hystérie; depuis lors, toutes les causes qui ramènent des accès de lithiase hépatique, tels que les divers incidents de la vie génitale (établissement et retour des règles, grossesse, etc.), réveillent invariablement des crises d'hystérie. Pendant plusieurs années, la névrose s'est traduite par des signes sans localisation précise, puis elle a groupé ses manifestations sur la moitié droite du corps, et, plus spécialement, dans les régions qui sont le siège des irradiations douloureuses de la colique hépatique.

Dans la dernière crise, toute la région scapulo-humérale était le siège d'une douleur intolérable à la fois superficielle et profonde. Des arthralgies d'intensité moindre occupaient les articulations du coude et du poignet. En outre, tout le côté droit du corps, moins le membre inférieur, était manifestement hyperesthésié; la moindre pression sur les masses musculaires, les os et les articulations, le plus léger pincement de la peau provoquaient de vives souffrances. La zone d'hyperesthésie était circonscrite par des lignes d'une régularité géométrique.

Il est intéressant de constater, qu'au niveau des organes des sens, l'hyperesthésie de la sensibilité générale s'associait à de l'anesthésie sensorielle : la narine droite percevait mal les odeurs proprement dites, le parfum d'une fleur, par exemple, mais elle était trop vivement impressionnée par les substances irritantes, telles que l'ammoniaque. De même, l'œil droit était atteint d'amblyopie, mais la conjonctive était douloureuse au moindre contact. Une hypérémie, avec élévation notable de la température, était superposée à la zone d'hyperesthésie. Le membre supérieur droit était immobilisé, non seulement par la douleur, mais aussi par une véritable impuissance motrice.

Après une durée d'une quinzaine de jours, la douleur et l'impotence du membre supérieur droit disparurent brusquement, et, un matin, à la visite, la malade se présente portant son enfant sur son bras.

Cette prédominance des symptômes de la névrose sur le côté correspondant à l'organe qui est le point de départ de l'hystérie est une règle qui ne souffre pas d'exceptions; elle n'est, du reste, qu'un cas particulier d'une loi plus générale qu'on peut formuler ainsi : l'hystérie locale se fixe au niveau ou au voisinage du point d'application du traumatisme.

Ulcérations gastro-intestinales d'origine inconnue.

M. Le Gendre revient sur le malade dont il a présenté les

pièces il y a 8 jours et qui est mort des suites d'une infection resssemblant à la fièvre typhoïde; le diagnostic clinique avait été impossible à formuler; le diagnostic anatomique présenta de grandes difficultés. L'examen bactériologique qui a été fait depuis n'a pas permis de préciser l'infection à laquelle succomba le malade. Le seul point certain, c'est qu'elle n'était pas due au bacille d'Eberth.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 13 Juillet 1898.

Paralysies faciales par mauvaise application de forceps.

M. Tissier rapporte un fait de paralysie faciale observée chez un enfant sur la tête duquel 3 applications infructueuses de forceps avaient été faites en ville. Des empreintes de cuillères placées irrégulièrement étaient très visibles.

L'enfant étant mort, M. Tissier constata que le cuir chevelu était infiltré par suffusion sanguine et le cerveau baigné dans du sang liquide, mais il n'y avait ni foyer hémorrhagique, ni enfoncement, ni dépression du crâne, comme les pièces apportées par M. Tissier le prouvent. Le facial fut disséqué, et en aucun point de son trajet on ne constata la suffusion sanguine ni d'attrition sérieuse.

Du côté de la paralysie on voyait une empreinte très élevée de cuillère de forceps, bien au-dessus du trajet du nerf.

M. Tissier émet l'hypothèse que cette paralysie faciale doit être attribuée à la compression plus ou moins marquée de la voûte crânienne, c'est-à-dire qu'elle est due à une action sur les centres nerveux. Cette théorie explique, pour M. Tissier, la rareté des paralysies faciales dans les applications directes de forceps. Pour expliquer la rareté de l'hémiplégie dans les paralysies faciales, il suffit de remarquer que la différenciation des éléments nerveux est très peu marquée chez le nouveau-né.

Le diagnostic différentiel entre les paralysies faciales d'origine centrale ou périphérique se ferait d'après leur durée prolongée ou passagère.

M. Budin conteste absolument la rareté des paralysies faciales dans les applications du forceps avec prise régulière. Il en a vu autrefois, avant le forceps de Tarnier, un grand nombre, et M. Charpentier aussi, surtout dans les cas d'applications du forceps un peu haut dans l'excavation.

D'après M. Budin, le mécanisme était toujours le même : les cuillers du forceps n'étant pas maintenues sur la tête, il y avait commencement de dérapage, plissement des parties molles, et finalement compression du rocher, alors que la cicatrice cutanée était située bien au-dessous de l'oreille.

Présentation d'un fœtus achondroplasique.

MM. Schwab et **Maygrier** montrent le moulage à la cire et le squelette d'un enfant né à Lariboisière en 1898; expulsion spontanée mais difficile.

Comme antécédents héréditaires, les parents ne présentaient pas de syphilis; mais le père était paludéen et alcoolique.

Les viscères de ce fœtus pesant 2 400 grammes étaient normaux, de même que le squelette thoracique et abdominal. Le squelette des membres présentait une brièveté très marquée.

Le placenta était atrophié, et présentait une infiltration calcaire très prononcée, siégeant surtout sur la caduque.

M. Schwab fait un rapprochement entre cet état du placenta et l'arrêt de développement du tissu osseux, et se demande si les sels calcaires destinés aux membres ne sont pas ceux qu'on trouve précisément dans le placenta.

Présentation d'une pince à écrasement des vaisseaux pour assurer l'hémostase du cordon ombilical après la naissance.

M. Bar, au nom de **M. Mercier** (de Tours), présente une pince qui a été construite par Collin sur le modèle de la pince à écrasement de Doyen ou de l'angiotribe de M. Tuffier.

Son emploi donne une sécurité complète, les vaisseaux ombilicaux étant tout à fait oblitérés au bout d'une minute d'écrasement : on peut alors la retirer. La veine ombilicale ayant des parois plus épaisses que les veines ordinaires, on conçoit que son oblitération par écrasement sera plus certaine.

De la glycogénie chez l'embryon.

M. A. Brindeau a étudié la répartition du glycogène dans les tissus du fœtus et dans le placenta à différents âges. Il résulte de cette étude que la plupart des organes du fœtus contiennent du glycogène.

Il apparaît d'abord dans les muscles striés et dans les cartilages, et cela, dès le deuxième mois de la vie intra-utérine. Puis on le trouve dans la peau et dans la plupart des épithéliums viscéraux (intestins, poumons).

Pendant la première moitié de la vie intra-utérine, le foie ne contient pas de glycogène : ce n'est que plus tard que la réaction iodée se produit, et encore à un degré moindre. Les recherches sur la glycogénèse placentaire seront publiées plus tard.

De l'acétonurie pendant la grossesse et la puerpéralité.

MM. Menu et **Mercier** ont fait une série d'expériences qu'ils ramènent à huit catégories : 1° pendant le cours de la grossesse normale, l'acétonurie est très rare; 2° après l'accouchement normal, l'acétone se trouve 3 fois sur 4 en quantité notable dans l'urine; 3° chez les femmes enceintes albuminuriques, on la rencontre 1 fois sur 2; 4° dans l'éclampsie puerpérale, on l'observe fréquemment; elle n'est nullement un signe certain de la mort du fœtus, comme on le croyait; 5° dans les affections puerpérales, on la rencontre 2 fois sur 3; 6° à la suite des interventions obstétricales sérieuses, elle est assez fréquente; 7° elle est rare après l'avortement, 3 fois sur 27 cas; 8° chez les syphilitiques, l'acétonurie est très fréquente. Cette constatation est le fait le plus intéressant de la série.

Discussion sur la dystocie par l'anneau de Bandl.

M. Brindeau rapporte un cas de présentation du siège, dans lequel la rétraction de l'anneau de Bandl, après la rupture des membranes, semble avoir produit une mutation immédiate du fœtus qui se présenta par l'épaule.

La version fut assez facile, mais l'extraction nécessita des tractions assez fortes sur le pied, car la partie antérieure de l'anneau faisait bride.

M. Demelin rapporte une observation presque identique, sauf que les membranes étaient rompues depuis longtemps.

Au toucher, on sentait un segment inférieur souple, et on arrivait très haut sur une épaule dont le bras procidait (main à la vulve). La version fut difficile à cause de la présence de l'anneau de Bandl, qui s'opposait au passage de la main.

La même cause nécessita pour l'extraction de très fortes tractions sur le pied.

M. Boissard trouve que les observations de MM. Brindeau et Demelin sont très différentes, puisque, dans un cas, il y eut mutation immédiatement après la rupture de la poche des eaux, et que, dans l'autre, les membranes étaient rompues depuis longtemps.

Pour M. Boissard, la contraction de l'anneau de Bandl ne se produit jamais dans les présentations longitudinales avec poche des eaux intactes, tout au moins il ne l'a jamais observée.

Les conditions ordinaires de la formation de l'anneau de Bandl sont les présentations transversales avec poche des eaux rompue depuis longtemps.

M. Bar est de l'avis de M. Boissard, quoi qu'il ait vu des rétractions de l'anneau de Bandl dans les présentations longitudinales.

Il affirme que, très souvent, les présentations ne sont pas réelles, et que, souvent, ce sont les faisceaux du corps utérin lui-même qui font obstacle; quelquefois même le segment inférieur.

M. Budin estime que la rétraction de l'anneau de Bandl

s'observe dans les présentations longitudinales, mais aussi dans les présentations transversales.

Dans les présentations du sommet, la rétraction peut se faire au-dessus de la tête; elle peut être alors une cause de dystocie, le fœtus finissant par succomber à la suite d'un véritable étranglement. Malheureusement, au point de vue clinique, quand il y a dilatation complète, rien ne permet d'affirmer que l'orifice interne est ou n'est pas dilaté.

Les renseignements donnés dans ce cas par la palpation sont, en effet, bien vagues.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 Juillet 1898.

De l'hypertrophie du thymus comme cause de la mort subite chez le nouveau-né.

M. Perrin de la Touche (de Rennes) a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un nouveau-né, qui avait été caché dans la maçonnerie d'un grenier. Le cadavre ne portait aucune trace de violences; la docimasie pulmonaire indiquait que le petit être n'avait pas respiré, et M. Perrin de la Touche ne trouva comme explication que la pression exercée sur la trachée par le thymus anormalement développé et qui pesait 17 grammes.

Le dire de la mère, d'autant plus acceptable qu'elle se chargeait elle-même, vint corroborer cette hypothèse. Elle déclara que son enfant avait remué après sa venue au monde, même quand elle l'avait enveloppé dans les linges, mais qu'il n'avait jamais crié. Les autres habitants de la maison, qui avaient entendu cette femme dans ses allées et venues de son logement au grenier, affirmèrent tous qu'ils n'avaient pas entendu de cris d'enfants.

Mort subite par hémorrhagie abdominale par suite d'un coup léger et sans lésion extérieure.

M. Bogdan (de Jassy) a communiqué l'observation d'un ouvrier qui en rentrant chez lui, trouve sa femme, alcoolique invétérée, en état complet d'ivresse. Echange de quelques coups de poings légers devant un témoin; la femme tombe, le mari sort; quand il rentre sa femme était morte.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace extérieure de violence; la seule lésion constatée est la présence de 1 500 grammes de sang dans le péritoine, pas de vaisseaux ouverts; notre confrère pense que l'hémorrhagie s'est faite par les capillaires, et a été favorisée par l'état de dégénérescence des organes sous l'influence de l'alcoolisme chronique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 23 Mars et du 11 Mai 1898.

Lésions histologiques du rein et du foie dans deux cas d'éclampsie puerpérale.

M. Hoche présente des préparations histologiques de foie et de rein de deux cas d'éclampsie. Il a trouvé les hémorragies sous-capsulaires, signalées par la plupart des auteurs, visibles à l'examen macroscopique et décelées plus nettement par le microscope.

Ces hémorragies se trouvent également, dans les préparations, au milieu du parenchyme hépatique et rénal. Ce qu'il y a de très particulier, dans ces préparations, c'est :

1° Foie : dilatation large des capillaires lobulaires, avec hémorragie périportale; présence dans les veines portes de cellules ressemblant aux cellules hépatiques;

2° Foyers hémorragiques avec dissociation du tissu rénal telle qu'il s'est produit une communication entre une artère et une veine parallèles assez volumineuses, par l'intermédiaire d'un foyer où l'on trouve, comme dans les éléments rénaux dissociés;

3° Présence d'éléments cellulaires de diverses origines, hépatiques, pulmonaires, rénales, à la fois dans les artères et dans les veines rénales,

Dans un cas seulement, les coupes histologiques ont permis de trouver des organismes microbiens non déterminés.

Arthropathies nerveuses.

M. G. Étienne montre que les arthropathies nerveuses peuvent s'observer dans de nombreuses maladies de la moelle : tabès, syringomyélie, tabès anormaux, atrophie musculaire progressive du type Aran-Duche, et, dans tous ces cas, les lésions sont les mêmes, dans leurs grands traits au moins, si l'on a soin de bien approprier l'expression arthropathies nerveuses au syndrome ostéo-arthropatique décrit par Charcot.

Au point de vue clinique, on peut distinguer deux types : atrophique avec destruction massive du tissu ostéo-articulaire, et hypertrophique avec néoformations osseuses. Mais ces différences ne sont qu'apparentes, car ces types artificiels peuvent se combiner chez un même malade, et même sur une même articulation. D'après les cas observés par M. Etienne, il lui semble qu'ils présentent surtout le type hypertrophique, sur le scapulum, sur les surfaces articulaires supérieures du tibia et inférieures du genou; et le type atrophique sur les extrémités supérieures du fémur et de l'humérus.

Et encore, cette soi-disant hypertrophie osseuse est-elle souvent factice : car, dans les autopsies, on constate que les arthrophytes sont constitués par des calcifications ligamenteuses ou tendineuses, et, dans les cas observés par l'auteur, beaucoup plus perméables aux rayons X que l'os normal.

Dans un cas (atrophie musculaire progressive), les recherches histologiques ont montré les cellules des cornes antérieures altérées (méthode de Rissler), non seulement le groupe antéro-externe, mais aussi le groupe antéro-interne, corroborant aussi le résultat sur les atrophies de Charcot.

On peut donc admettre, en partant de ces faits, que les arthropathies nerveuses, ainsi comprises, sont bien sous la dépendance d'une lésion médullaire. Au point de vue pathogénique, M. Etienne admet bien le principe de l'équilibre trophique de M. Brissaud; mais, pour rompre cet équilibre, il faut autre chose qu'un simple trouble sensitif plus ou moins banal; d'ailleurs, plusieurs faits observés par lui sont en désaccord manifeste avec l'hypothèse de M. Brissaud. Pour que survienne l'arthropathie, il faut vraisemblablement que le groupe antéro-interne des cellules des cornes antérieures soient intéressées, soit par extension du gliome dans la syringomyélie, ainsi qu'il ressort nettement de l'étude clinique d'un cas présenté, soit dans le tabès, par extension aux cornes antérieures de l'altération des cornes postérieures, peut-être par l'intermédiaire des fibres de Bechterew; et, dans le cas signalé d'atrophie musculaire progressive, par extension exceptionnelle au groupe antéro-interne de la lésion hystéro-atrophique habituellement limitée au groupe antéro-externe.

Thrombose des sinus.

M. Haushalter montre le cerveau d'une fillette de 20 mois, qui succomba au cours d'une broncho-pneumonie, après avoir présenté pendant deux jours des phénomènes nerveux caractérisés par de la paralysie faciale gauche, puis par des convulsions limitées au côté gauche, de l'hémiplégie gauche, et enfin du coma : il existait, en même temps, une circulation veineuse très marquée dans le côté gauche du cuir chevelu. L'autopsie révéla une broncho-pneumonie et, dans le cerveau, une thrombose du sinus de la dure-mère, avec thrombose des principaux troncs veineux émergeant du sinus longitudinal supérieur, pour se diriger vers l'hémisphère droit, une hémorrhagie diffuse en nappe sous la pie-mère, occupant tout l'hémisphère droit, du ramollissement rouge de l'hémisphère droit et de l'œdème sous-arachnoïdien à gauche. L'hémorrhagie méningée à droite, et le ramollissement rouge de l'hémisphère droit s'expliquent par la gêne de circulation apportée de ce côté par la thrombose de plusieurs gros troncs veineux. Sur trois cents autopsies environ, faites sur des enfants, l'auteur n'a observé la thrombose des sinus que quatre fois.

Outre le cas dont il vient d'être question, la thrombose a été une fois trouvaille d'autopsie, chez un enfant de trois ans et

demi, mort de gangrène de la face, à la suite de rougeole; une autre fois, elle a été rencontrée chez un enfant de huit ans, mort cachectique dans le cours d'une tuberculose ganglionnaire généralisée, et qui succomba, après deux jours de coma, survenu à la suite d'une crise convulsive généralisée; dans un autre cas enfin, elle survint chez un tout jeune enfant atteint de gastro-entérite.

Érysipèle de la face précédé de pneumonie chez un tuberculeux.

M. Toussaint communique l'observation d'un jeune homme issu de souche tuberculeuse, ayant présenté antérieurement des signes d'induration du sommet droit, qui fut pris subitement d'un frisson, d'un point de côté; la température s'éleva à 40°2. Pneumonie du poumon droit. Le surlendemain apparut une folliculite suppurée de la région labio-nasale, qui fut incisée, mais qui devint, néanmoins, le point de départ d'un érysipèle de la lèvre supérieure et de la région nasale.

La résolution de la pneumonie se fit très rapidement (type abortif); mais l'érysipèle s'étendait, donnant de la conjonctivite, des épistaxis, céphalalgie, excitation nocturne. A deux reprises, M. Toussaint pratiqua des injections de sérum de Marmorek; la température s'abaissa, et l'érysipèle, étendu à tout le cuir chevelu et à la nuque, ne tarda pas à rétrocéder.

M. G. Etienne a eu l'occasion d'employer quatre fois le sérum de Marmorek, dans des cas de fièvre puerpérale à streptocoques, sans avoir jamais constaté, dans l'évolution, la moindre modification attribuable au sérum,

Ptose gastrique.

M. Hoche a présenté l'estomac d'une femme de quarante ans environ, qui avait succombé aux atteintes d'une phthisie pulmonaire très avancée.

Cet estomac se présentait, à l'ouverture du corps, comme un tablier, recouvrant la masse intestinale, et s'étendant jusque dans la cavité pelvienne. Cette partie, la plus déclive, contenait environ 500 grammes de liquide; elle déprimait la vessie vers vagin, et refoulait l'utérus en rétroversion.

La contenance de l'organe est de trois litres et demi environ, sa forme celle d'un U à branches inégales en longueur et en grosseur. La plus grande longueur, l'estomac étalé sur une table, est de 40 centimètres, la largeur de chacune des branches, de 12 centimètres pour la plus longue, de 20 centimètres pour la plus courte. Vers le milieu de la longue branche, siégeait un étranglement, correspondant sans doute à la stricture causée par le corset.

Cette forme de l'estomac traduit non seulement une dilatation, mais aussi une ptose car, les deux extrémités de l'organe étant fixes, si la grande courbure est considérablement allongée, la petite courbure également a un contour plus long, son point le plus déclive descend jusqu'aux premières vertèbres sacrées.

Si l'on recherche la raison de cette déformation, on constate que le pylore ne présente qu'un calibre de 1 centimètre et demi de diamètre; il est inextensible. Cette sténose résulte de brides cicatricielles très anciennes, unissant cette région de l'intestin à la vésicule biliaire.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 Juin 1898.

Deux cas de zona ophthalmique.

M. Ginestous présente deux malades hospitalisés dans le service de M. Badal, pour zona ophthalmique.

Le premier est un homme de 36 ans, exerçant la profession de cordonnier. Ses antécédents héréditaires ne fournissent pas grands renseignements. Quant à ses antécédents personnels, ils ont une toute autre importance; il n'est pas syphilitique, il n'est pas alcoolique, mais il est arthritique; il a eu des douleurs rhumatismales dans l'épaule droite, il a souvent de l'urticaire et a eu pendant 5 ou 6 ans de la migraine. Enfin, il est tuberculeux, a eu des hémoptysies.

L'affection pour laquelle il est en traitement, a débuté le 4 juin 1898 par des douleurs dans la région thoracique qui ne s'accompagnèrent ni de frissons, ni de fièvre. Le 5 juin, le malade a vu quelques petites vésicules, presque imperceptibles, dans la région temporale droite. Le 6 juin, il se produisit une éruption nouvelle de vésicules semblables aux premières au niveau de la bosse frontale droite; mais le malade ayant pris des précautions, ces vésicules ne se crevèrent pas. Le 7 juin, l'éruption s'étendit à l'œil droit et à la région droite de l'aile du nez; elle s'accompagne de légers frissons et de fièvre. Ce sont ces symptômes qui déterminèrent le malade à se présenter à la consultation.

L'examen du malade a montré une diminution du murmure vésiculaire, des craquements aux deux sommets. Les urines contiennent une quantité assez considérable d'albumine (3 grammes par litre).

La sensibilité à la piqûre, à la température est conservée au niveau de la région de la face sur laquelle s'est produite l'éruption de vésicules de zona. Il n'y a ni hyperesthésie ni anesthésie.

Le deuxième cas de zona est fourni par une femme de 54 ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; quant à elle, elle est rhumatisante. L'affection pour laquelle elle entra à l'hôpital remonte au 19 mai. Ce jour-là, sans fièvre prodromique, mais après de la céphalée ayant duré 2 ou 3 jours et quelques vomissements peu abondants, la malade remarqua, au niveau de la région frontale droite, une éruption de vésicules qui ne tardèrent pas à s'ulcérer et à donner issue à du liquide séro-purulent.

A l'examen, on constata tout d'abord une vaste ulcération s'étendant de la région sourcilière droite au cuir chevelu. Sur l'aile du nez, présence d'une ulcération isolée. La paupière inférieure et la paupière supérieure de l'œil droit sont œdématiées.

L'examen de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire ne révèle rien de particulier. Il en est de même de l'examen des urines.

Le siège de l'éruption des vésicules, leur mode d'apparition et de développement firent porter pour ces deux malades, à M. le professeur Badal, le diagnostic de zona ophthalmique.

Extirpation des glandes lacrymales orbitaires.

MM. Ulry et **Ginestous** ont présenté un malade âgé de 29 ans, auquel M: Badal a pratiqué l'extirpation des glandes lacrymales orbitaires. Ce malade présente un ectropion cicatriciel des plus prononcés consécutif à un lupus dont il est atteint depuis 15 ans environ. Les deux paupières inférieures sont fortement attirées en bas, et le cul-de-sac conjonctival inférieur est entièrement déplissé. Le bord ciliaire est attiré jusqu'à la hauteur de la saillie de l'os malaire et constitue avec la conjonctive attirée en bas une sorte de gouttière où s'écoulent incessamment des larmes abondantes. La partie de la conjonctive palpébrale qui est en contact permanent avec l'atmosphère est ulcérée par les larmes.

Toute la conjonctive bulbaire et palpébrale est fortement injectée; elle est ulcérée par places, fortement épaissie en d'autres points.

Le malade étant très gêné par son épiphora, M. le professeur Badal se décide à lui pratiquer l'extirpation des glandes lacrymales orbitaires.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Ulcère perforé du duodénum.

M. Lambret présente des pièces anatomiques provenant d'un homme mort de péritonite suraiguë par perforation intestinale au niveau d'un ulcère rond du duodénum.

Brusquement, la veille, dans l'après-midi, cet homme, âgé de 23 ans, avait été pris dans le côté droit de l'abdomen d'une douleur atroce. Vers le soir apparurent des vomissements qui persistèrent toute la nuit, en même temps qu'aux approches du matin la douleur devenait plus supportable. Au moment de

l'examen, 18 heures après l'apparition de la douleur, il n'y avait encore eu ni selle ni gaz. L'aspect général du malade était plutôt mauvais, le faciès, sans être franchement péritonéal, était grippé et anxieux, la langue était sèche, le pouls battait à 130 des pulsations bien marquées et bien frappées, la température était normale.

Bien qu'il n'existât pas de tuméfaction (il n'y avait que 18 heures que les accidents avaient débuté), bien que la paroi ne fût pas violemment contractée sur la région de l'appendice, le diagnostic posé fut celui d'appendicite suraiguë avec perforation. Il était surtout basé sur la brusquerie du début et l'intensité de la douleur initiale, ordinairement moins dramatique dans l'occlusion; sur l'uniformité et la diffusion du ballonnement naissant et de la douleur; enfin et surtout sur le retentissement rapide, sur l'état général, à une époque où dans l'occlusion le malade est ordinairement remis du shock initial provoqué par la constitution de cette occlusion, du volvulus par exemple. Pour localiser le diagnostic de l'appendice, il y avait l'existence des cicatrices de sangsue, l'apparition et la persistance du maximum de la douleur au niveau du point de Mac Burney; il y avait l'absence d'antécédents du côté du tube digestif, et surtout, car c'est en somme le seul signe physique de perforation intestinale qui soit en notre possession, il n'existait pas de sonoriré hépatique.

La laparotomie, pratiquée immédiatement, permit de constater qu'il n'y avait pas d'appendicite, et de trouver la perforation qui siégeait tout contre le pylore, sur la première portion du duodénum, à l'union des faces antérieure et supérieure; la perforation était de la grandeur d'une lentille, à bords très nets et durs, trahissant l'ulcère sous-jacent. Elle fut rapidement suturée par 5 fils de soie fine placés à la Lembert. Le ventre était rempli d'un liquide jaune laiteux qui provenait vraisemblablement de l'estomac. L'opération (recherche, nettoyage du péritoine, suture de la perforation, drainage de la perforation, des flancs, du bassin, sutures) avait duré 1 heure, le malade avait reçu 2 litres 1/2 de sérum artificiel, mais malgré tous les stimulants il mourait au bout de 7 heures.

Calcul en sablier.

M. Carlier présente un calcul en forme de sablier extrait chez un homme âgé de 32 ans, qui se plaignait de douleurs de la miction et surtout de souffrances violentes qu'il ressentait dans la position assise et dans le décubitus. Le toucher rectal et le cathétérisme permirent de constater dans l'urèthre prostatique un calcul assez gros qui s'opposait à l'introduction de tout instrument jusque dans la vessie. M. Carlier eut recours, chez ce malade, à la taille prérectale de Nélaton. Après incision de la portion membraneuse de l'urèthre, il put extraire de la prostate une première pierre; une autre pierre, à cheval entre la vessie et l'urèthre, fut extraite sans incision préalable du col vésical avec le lithotome.

En réalité, ces deux calculs n'en formaient qu'un seul affectant la forme d'un sablier dont la portion effilée était enserrée par le col de la vessie. Chacune des portions renflées mesure le volume d'une grosse orange. Les suites opératoires furent des plus simples, l'opération fut faite il y a 15 jours et le malade est actuellement guéri.

Hydronéphrose calculeuse chez un nourrisson.

MM. E. Ausset et **Chatelain** ont communiqué l'observation d'un garçon de 11 mois, entré dans le service de la Clinique infantile, le 14 juin 1898, pour une broncho-pneumonie, à laquelle il succomba 48 heures plus tard.

A l'autopsie on trouva les lésions banales de broncho-pneumonie double, particulièrement accentuées du côté gauche.

Mais au moment d'enlever les reins, on constate avec grande surprise que ces organes sont très volumineux, très mous, et que les uretères ont des dimensions extraordinaires; ils sont ultra-dilatés, irréguliers, bosselés, ils ont absolument le même calibre que l'intestin grêle de l'enfant, à un tel point qu'à première vue on s'est demandé si on n'avait pas affaire à des anses intestinales; mais, suivant le trajet de ces fausses anses on se rendit compte qu'elles débouchaient dans les reins et n'étaient autres que les uretères. La dilatation des uretères, plus accentuée en certains points qu'en d'autres, porte cependant sur la totalité des canaux.

La vessie est normale, presque vide, l'urèthre est perméable à la sonde; phimosis assez accentué.

Les reins, les uretères et la vessie ont été enlevés ensemble, conservant ainsi autant que possible les rapports réciproques qu'ils avaient pendant la vie de l'enfant.

Incisés sur leurs bords internes les deux reins laissent voir les bassinets et les calices énormément dilatés; les substances médullaire et corticale sont simplement refoulées, mais non atrophiées; la décortication du rein s'opère très facilement, la capsule n'a contracté aucune adhérence avec la substance rénale. Enfin, à la section du rein, il s'écoule une très grande quantité d'urine limpide dans laquelle nous avons retrouvé, en grande abondance, des sédiments uratiques rouge brun, sous forme de sable fin.

Un stylet introduit par le bassinet dans l'uretère montre que des deux côtés ces canaux sont absolument perméables; cependant, au niveau du point d'abouchement des uretères dans la vessie existe une accumulation considérable de sable urique; nous devons ajouter, toutefois, qu'une injection poussée par l'uretère à travers cet orifice montre que ce dernier est perméable.

En résumé, il s'agissait donc d'une hydronéphrose calculeuse double, avec dilatation excessive des uretères, méconnue pendant la vie et n'ayant donné lieu à aucun symptôme qui pût mettre sur la voie du diagnostic de cette anomalie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 Juillet 1898.

Des lésions de la moelle et du sang consécutives à l'anémie pernicieuse.

M. Ewald, en revenant sur la communication de M. Moxter, soutient que les lésions médullaires ne sont pas constantes dans l'anémie pernicieuse. Par contre, dans toutes les autopsies qu'il a faites chez des sujets ayant succombé à l'anémie pernicieuse, il a trouvé une atrophie prononcée des muqueuses de l'estomac et de l'intestin. Ce processus semble être le résultat d'un catarrhe chronique, qui ne présente d'ailleurs rien de spécifique. Toutefois, comme il se rencontre d'une façon constante, il est difficile de ne pas lui accorder une place importante dans l'étiologie de l'anémie pernicieuse.

M. Ewald fait encore observer que, d'après Hunter, au cours de l'anémie pernicieuse, le fer abandonne les globules du sang, pour aller se fixer dans le parenchyme des viscères et surtout dans le foie. Chez un de ses malades, M. Ewald a constaté que la teneur du foie en fer était de 0,713 p. 100, et chez un autre de 0,293 p. 100, au lieu de 0,078 p. 100 (chiffre normal).

Le seul signe caractéristique de l'anémie pernicieuse est l'hémorrhagie du fond de l'œil.

M. A. Lazarus estime que dans les anémies graves, les grands corpuscules du sang sans nucléoles prédominent dans le sang et qu'il y existe aussi des mégaloblastes disséminés. Ces phénomènes sont liés à une dégénération mégaloblastique de la moelle épinière et ne se rencontrent jamais dans les cas d'anémie simple.

M. Jacob répond à M. Ewald qu'il y a dans la littérature de nombreuses observations d'anémie pernicieuse, dans lesquelles il n'est fait mention d'aucune altération du tube digestif. De plus, les lésions de l'appareil digestif signalées par M. Ewald sont secondaires et non pas primitives.

De l'intervention thérapeutique dans les maladies infectieuses.

M. Wassermann. — On sait aujourd'hui d'une façon indiscutable qu'au cours du choléra, de la diphthérie, de la dothiénentérie, etc., il se forme à un moment donné dans l'organisme des principes immunisants qui font périr les germes pathogènes et neutralisent les toxines.

Ces principes immunisants sont fabriqués par différents organes, suivant la maladie : c'est ainsi que dans le tétanos ils sont élaborés par le système nerveux central, dans le choléra et la fièvre typhoïde par la rate, les ganglions et la moelle osseuse. Cette élaboration est naturellement en rapport avec un processus néoplasique énergique, dont les divers organes deviennent le siège et qui, cliniquement, se trahit souvent, en particulier dans la fièvre typhoïde, par la tuméfaction de la rate.

Aux organes qui produisent les principes immunisants incombe aussi une fonction très importante pour l'organisme : celle de la régénération du sang. On comprend ainsi facilement que des infections répétées soient suivies de symptômes d'anémie, attribués à tort jusqu'ici à une décomposition directe des érythrocytes. M. Wassermann pense plutôt qu'à partir du moment où les organes chargés de fabriquer les globules sanguins élaborent des principes immunisants, leur fonction hématopoiétique est entravée.

Le processus d'élaboration des principes immunisants ayant besoin d'un certain laps de temps pour son évolution, il en résulte que toute intervention hygiénique ou thérapeutique susceptible de renforcer ce processus rendra de très grands services. A ce point de vue, rien n'est plus utile que de régler le régime alimentaire du patient et d'avoir recours à toutes les mesures d'asepsie ou d'antisepsie susceptibles de prévenir des infections secondaires. L'hydrothérapie est appelée à jouer un rôle important dans un grand nombre de cas. Il en est de même de la climatothérapie, du massage, etc. C'est à l'application de l'ensemble de ces moyens que l'on devra s'attacher jusqu'à ce que l'on ait découvert une médication spécifique propre à chaque maladie infectieuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 Juillet 1898.

Atrophie tabétique des nerfs optiques.

M. Stadelmann a eu plusieurs fois recours au traitement antisyphilitique chez des tabétiques présentant une atrophie du nerf optique. Ce traitement n'a jamais produit d'aggravation et dans un cas il a amené la guérison de l'atrophie.

En présence de ce fait, M. Stadelmann croit qu'on doit soumettre tous les tabétiques à l'usage interne de l'iodure de potassium associé aux frictions mercurielles.

M. Virchow s'élève contre la tendance qu'on a actuellement de rattacher à la syphilis non seulement le tabès en particulier, mais encore la paralysie générale et les anévrysmes. Pour ce qui est du tabès, s'il existe une affection exclusivement locale, le tabès en est à coup sûr le type. Au lieu de chercher à savoir, comme on le fait généralement, combien de tabétiques ont eu la syphilis, on devrait se demander plutôt quelle est la proportion de syphilitiques qui deviennent tabétiques.

Les trois affections que l'on veut en ce moment rattacher à la syphilis : le tabès, la paralysie générale et les anévrysmes, sont précisément le plus étrangères au processus syphilitique. C'est seulement en présence d'une dégénérescence amyloïde que l'on est en droit de rechercher la syphilis à l'origine de la lésion : or, jamais on n'a vu un seul cas de tabès se compliquer d'un processus amyloïde quelconque. S'il est vrai que dans certains cas on ait trouvé de nombreux corpuscules amyloïdes dans la moelle, rien ne permet d'affirmer que ces corpuscules soient dus à la syphilis, car tout le monde sait que ces corpuscules se rencontrent normalement dans la moelle et le cerveau à partir d'un certain âge.

M. Virchow pense donc qu'on devrait s'abstenir d'affirmer l'origine syphilitique d'une affection, sur le fait seul que le sujet qui en est porteur a eu autrefois la vérole.

Malgré ces objections d'ordre théorique, M. Virchow ne s'oppose pas à ce qu'on ait recours au traitement spécifique dans le tabès, même dans les cas douteux, mais à la condition que ce traitement soit surveillé par le médecin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 24 Mai 1898.

Tuberculose du thymus et du pancréas.

M. Otto a trouvé, à l'autopsie de trois enfants ayant succombé à la tuberculose miliaire aiguë, 2 fois le thymus contenant des tubercules miliaires caséeux renfermant des cellules géantes et des bacilles tuberculeux. Dans ces deux cas, le thymus ne présentait à l'œil nu aucune lésion, et n'avait contracté des adhérences avec aucun des organes voisins, les ganglions lymphatiques y compris.

La tuberculose du pancréas a été trouvée par M. Otto 2 fois chez 5 adultes, et 3 fois chez 3 enfants, qui ont succombé, les enfants comme les adultes, à la tuberculose miliaire aiguë. Ici encore, dans un cas seulement, le pancréas présentait des lésions appréciables à l'œil nu. L'examen histologique a montré soit la présence des tubercules sous-miliaires avec cellules géantes soit l'existence des foyers caséeux dans le parenchyme et deux fois dans le tissu interstitiel. Dans toutes ces lésions il existait des bacilles tuberculeux nombreux.

M. Otto en conclut que la tuberculose du thymus et du pancréas n'est pas aussi rare qu'on le dit ; seulement on ne la découvre qu'à l'examen histologique des organes.

M. Simmonds a aussi rencontré assez fréquemment des tubercules dans le pancréas. Seulement, comme dans les cas de petits nodules cancéreux métastatiques, on ne reconnaît les tubercules qu'après l'examen microscopique.

Pour ce qui est de la tuberculose du thymus, il ne l'a rencontrée que très rarement.

Transformation épithélioïde du thymus.

M. Lochte a communiqué les résultats de l'examen histologique du thymus qu'il a eu l'occasion de faire chez une fille de 19 ans qui a succombé à la leucémie aiguë et chez un homme de 21 ans qui a été emporté par un purpura infectieux.

Dans les deux cas le thymus était hypertrophié et pesait 20 grammes chez l'un, 25 grammes chez l'autre. Sous le microscope on constata que le parenchyme thymique était composé principalement de grosses cellules épithélioïdes, riches en protoplasma résultant de la prolifération des éléments endothéliaux. Entre ces foyers de cellules néoformées se trouvaient quelques restes du tissu lymphoïde contenant les corpuscules de Hassal.

M. Lochte se demande si cette prolifération cellulaire ne se trouve pas en rapport avec l'affection, maladie du sang dans les deux cas, à laquelle ont succombé ses malades. Il estime en tout cas que l'hyperplasie épithélioïde à grosses cellules doit être différenciée de l'hyperplasie lymphoïde à petites cellules qu'on rencontre plus souvent dans le thymus.

M. Simmonds fait remarquer que dans les maladies du sang il n'est pas rare de rencontrer des lésions du thymus ; aussi pense-t-il que le thymus doit probablement être rangé dans la catégorie de glandes hématopoiétiques.

Pour ce qui est des modifications signalées par M. Lochte, M. Simmonds admet avec ce dernier qu'il ne s'agissait pas là de tumeur proprement dite, mais d'une prolifération énergique des cellules épithélioïdes qui, en petit nombre, existent régulièrement dans le thymus en voie d'involution.

M. Sänger signale la fréquence de l'hyperplasie du thymus dans les affections du système nerveux chez les adultes, principalement dans l'acromégalie et les tumeurs de la glande pituitaire.

M. Engelmann fait observer que les auteurs français ont essayé d'établir une relation entre les lésions du thymus et la maladie de Basedow.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 28 Juin 1898.

Troubles partiels du développement des membres.

M. Lauenstein a montré plusieurs malades présentant des troubles de développement des membres.

Dans un de ces cas il s'agit d'un individu qui avait eu une tumeur blanche du genou guérie par ankylose. Son tibia du côté correspondant présente une incurvation en avant, laquelle incurvation, au niveau de la diaphyse, forme un angle de 140°.

Le second malade, un garçon de 14 ans, qui n'a pas subi moins de 21 interventions pour tuberculose des membres, présente un raccourcissement de l'humérus.

Le troisième malade avait été opéré pour une ostéomyélite aigue qui avait détruit la zone épiphysaire inférieure du fémur. Il présente en conséquence un raccourcissement considérable du fémur.

Le quatrième malade qui avait été opéré pour une ostéite diffuse, a présenté après l'opération un allongement considérable du tibia avec pied varus secondaire. Le tibia forme un véritable arc de cercle dont la corde est figuré par le péroné.

Myxœdème infantile.

MM. Jaffé et **Sänger** ont rapporté un cas de myxœdème infantile notablement amélioré sinon guéri par le traitement thyroïdien.

Il s'agit, dans ce cas, d'un garçon de 4 ans, jumeau, qui pesait à la naissance 3 450 grammes tandis que son frère, qui vint au monde en même temps que lui, ne pesait que 3 230 grammes. Jusqu'à l'âge de 6 mois, le développement des deux frères marcha de pair, mais, à partir de ce moment, l'aîné se développa moins bien : il n'apprit ni à marcher ni à parler et donnait l'impression d'un enfant stupide. Il fit ses premières dents à 12 mois et les autres ne percèrent que 9 mois plus tard. Les dents qui sortirent restèrent petites. Divers traitements (cures diététiques, bains de boue, huile de foie de morue phosphorée, etc.), essayés à plusieurs reprises, n'ont donné aucun résultat.

Lorsque MM. Jaffé et Sänger virent l'enfant pour la première fois, il avait 4 ans. Il pesait 12 kilos 500 et sa taille mesurait 75 centimètres. L'expression du visage était stupide, la bouche entr'ouverte, la langue épaissie, les lèvres tuméfiées et formant deux bourrelets saillants. Le crâne était arrondi et présentait un occiput saillant; la grande fontanelle n'était pas encore fermée. Les membres, en apparence vigoureux, offraient une sorte d'infiltration du tissu sous-cutané et du tissu adipeux; les muscles étaient peu développés. La peau était sèche, épaissie, comme œdématiée. A la palpation du cou, on ne sentait pas nettement la glande thyroïde. D'après les parents, l'enfant était toujours apathique, pleurnicheur de mauvaise humeur.

L'enfant fut soumis au traitement thyroïdien qui, au bout de 3 mois, amena une transformation complète du malade. Sa taille s'accrut de 2 centimètres, son poids diminua de 1 kilogramme; ses dents ont poussé et ses membres ont perdu leur aspect lourd. L'état myxœdémateux de la peau a presque complètement disparu. L'enfant est devenu gai, court et joue toute la journée; l'expression de son visage est devenue intelligente et l'enfant commence à parler correctement.

Côtes cervicales.

M. Grisson a montré une femme de 40 ans qui était entrée à l'hôpital pour un anévrysme de la sous-clavière droite. L'examen détaillé de la malade, contrôlé par la radiographie, a montré l'existence de côtes cervicales plus développées à droite qu'à gauche.

Les troubles dont se plaignait la malade se sont manifestés il y a 3 ans seulement en fourmillements et faiblesse du membre supérieur droit. Ce sont évidemment des symptômes de compression.

Abcès du cerveau.

M. Grisson a présenté une femme atteinte depuis longtemps d'otorrhée avec surdité complète qui était entrée à l'hôpital pour une céphalalgie violente localisée à gauche et accompagnée de contractions rhythmiques de la moitié droite du corps et de la face. Ces contractions survenaient principalement dans le bras droit, qui présentait des troubles de la sensibilité.

L'examen de la malade ayant fait diagnostiquer un abcès du cerveau siégeant soit à la base du lobe temporal soit au milieu de la circonvolution centrale postérieure, on fit la trépanation qui permit de trouver au niveau de cette circonvolution un abcès ayant subi la transformation kystique. La collection fut vidée et la cavité tamponnée à la gaze.

Les suites opératoires furent des plus simples. Actuellement la malade n'a plus de céphalalgie ni de contractions.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séances du 28 Juin 1898.

Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme.

M. D. B. Lees a communiqué ses recherches qui lui ont montré que la dilatation aiguë du cœur est un phénomène fréquent au cours du rhumatisme, lors même que les manifestations articulaires et la fièvre sont peu prononcées et qu'il n'existe pas d'endocardite ni de péricardite. Cette dilatation, qu'une percussion à la fois minutieuse et légère permet facilement de constater, est parfois considérable. On peut suivre son retrait graduel à mesure que l'état du malade s'améliore spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié.

M. Lees croit que la dilatation aiguë du cœur d'origine rhumatismale joue un rôle plus important que l'endocardite dans la genèse des cardiopathies chroniques. C'est ainsi qu'il a observé récemment une dilatation considérable du cœur, survenue chez une jeune fille 6 mois après une atteinte de rhumatisme. La malade succomba à une péricardite. A l'autopsie, on ne trouva que des adhérences récentes du péricarde; il n'y avait pas trace d'épanchement dans la cavité du péricarde. Il existait aussi de l'endocardite mitrale, mais elle était très légère et hors de toute proportion avec le degré extrême de dilatation des ventricules. Si cette patiente eût survécu et qu'elle eût été observée à une période plus avancée de l'affection, il est plus que probable que, en présence du souffle mitral, la dilatation du cœur aurait été mise sur le compte d'une insuffisance de la valvule bicuspide. Aussi M. Lees estime-t-il que nombre de cardiopathies chroniques attribuées à l'insuffisance mitrale ou aux adhérences du péricarde ne sont autre chose que le reliquat d'une dilatation du cœur d'origine rhumatismale, les lésions péricardiques et valvulaires ne jouant dans ces cas qu'un rôle tout à fait secondaire.

Ainsi que l'ont montré les observations de M. F. J. Poynton et celles de M. Lees lui-même, la dilatation aiguë du cœur se produit aussi chez les enfants au cours du rhumatisme et de la chorée de Sydenham. Dans ces conditions, le choc de la pointe devient diffus et se déplace à gauche, les bruits du cœur s'affaiblissent et le second claquement pulmonaire s'accentue; plus tard, tous ces symptômes s'atténuent à mesure que diminue l'étendue de la matité cardiaque.

La dilatation aiguë du cœur, étant souvent, d'après MM. Lees et Poynton, le symptôme le plus précoce d'une affection cardiaque rhumatismale, constitue par cela même un signe d'une réelle valeur pour reconnaître la véritable nature de certaines manifestations articulaires d'origine obscure. Elle présente aussi une grande importance au point de vue du pronostic. Il est évident, en effet, que dans les cas où cette dilatation est prononcée, une nouvelle atteinte de rhumatisme, en venant augmenter encore l'ectasie cardiaque, est susceptible d'engendrer des lésions valvulaires irréparables.

La dilatation aiguë du cœur constitue une indication de plus pour l'administration du salicylate de soude à haute dose et rend particulièrement urgente la nécessité du repos pour les sujets atteints de rhumatisme ou de chorée de Sydenham.

Pour expliquer la pathogénie de la dilatation cardiaque dont il s'agit, M. Lees invoque les expériences de M. Gaskell qui a pu se convaincre que, chez la grenouille, une solution étendue de soude caustique produit la contraction persistante du cœur, tandis qu'une solution étendue d'acide lactique a, au contraire, pour effet d'amener une dilatation extrême de cet organe. En se basant sur ces faits, l'orateur est porté à croire que la dilatation du cœur au cours des affections rhumatismales est due à la présence dans le sang d'une substance qui exerce sur le cœur une action analogue à celle de l'acide lactique et qui probablement n'est autre qu'une toxine microbienne. M. Lees a administré à quelques rhumatisants du bicarbonate de soude à des doses élevées et fréquemment répétées, et il lui a semblé que, dans ces cas, la dilatation du cœur a rétrocédé plus rapidement que sous l'influence de la médication salicylée.

M. Ewart estime que la dilatation aiguë du cœur, signalée par MM. Lees et Poynton et que lui-même a eu l'occasion d'observer chez les rhumatisants, est due à un épanchement péricardique qui, au lieu de s'accumuler à un certain niveau, se répand d'une façon uniforme tout autour du cœur.

M. Th. Fisher fait observer que la dégénérescence graisseuse du myocarde, qu'on constate parfois à l'autopsie des sujets ayant succombé aux affections rhumatismales, plaide bien en faveur de l'origine toxique de la dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme.

M. Lees ne croit pas qu'on puisse attribuer l'augmentation de la matité cardiaque chez les rhumatisants à un épanchement péricardique, comme le pense M. Ewart. En effet, sur les 150 autopsies que M. Poynton a eu l'occasion de pratiquer chez des sujets ayant succombé au rhumatisme avec dilatation plus ou moins prononcée du cœur, il n'a jamais constaté l'existence d'un épanchement péricardique assez notable pour avoir pu déterminer une augmentation de la matité cardiaque.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 3 Juin 1898.

Du cœur et de l'appareil circulatoire de l'enfant.

M. Nauwelaers a trouvé par la mensuration des diverses dimensions du cœur chez l'enfant que la différence dans l'étendue de la matité cardiaque chez l'enfant et chez l'adulte ne tient pas à une plus grande largeur du cœur de l'enfant proportionnellement à la longueur.

L'accroissement du cœur est surtout marqué dans la première année et à la puberté. Des nombreux chiffres cités, il y a lieu de conclure que le cœur de l'enfant est beaucoup plus puissant que celui de l'adulte, tout en étant moins volumineux par rapport à la taille; que les artères ont un calibre relativement plus large; que les capillaires sont plus nombreux et d'un diamètre plus grand; que les veines ont une lumière plus réduite. Ces conditions anatomiques ont pour corollaires physiologiques une pression sanguine minime et une circulation rapide. La rapidité du pouls varie quelque peu avec le sexe, la taille, l'état de veille et de sommeil, les influences extérieures.

Chez l'enfant, la pointe du cœur bat ordinairement dans le quatrième espace intercostal, en dehors de la ligne mamillaire; jusqu'à l'âge de 7 ans, la palpation et la percussion donnent des résultats plus exacts chez l'enfant; chez lui aussi, la matité cardiaque est relativement plus étendue, fait encore mal expliqué jusqu'à présent.

L'auscultation offre quelques particularités : à la base du cœur, l'accentuation du second bruit, observée chez l'adulte, n'existe pas à l'état normal. Le second bruit au niveau de l'orifice pulmonaire est même plus faible que le premier, et une légère accentuation de ce bruit indique à coup sûr un embarras de la circulation pulmonaire.

Le rhythme fœtal se produit facilement chez les enfants lorsqu'ils sont agités ou émus; il est ainsi parfois très difficile de décider si les bruits pathologiques sont systoliques ou diastoliques. Il est fréquent de trouver chez l'enfant normal un dédoublement des bruits cardiaques, de même qu'une grande irrégularité du rhythme. Quant aux faux souffles cardiaques, il y a lieu de remarquer que les souffles cardio-pulmonaires ne s'observent jamais avant la troisième année.

De la gravité de l'otorrhée chronique.

M. Crickx, à propos d'un cas récent, rappelle les dangers auxquels est exposé tout sujet atteint d'otorrhée chronique. Il fut appelé auprès d'un enfant de 7 ans environ, présentant depuis plusieurs années un écoulement de l'oreille gauche, à la suite de fièvre muqueuse; en avril dernier, un changement brusque survint dans le caractère de l'enfant, en même temps que des douleurs vives éclataient dans la région de l'oreille, s'irradiant dans le front et la tempe, et s'accompagnaient bientôt de vomissements. Les symptômes cérébraux s'aggravèrent et l'enfant tomba dans le coma; cet état remontait à cinq ou six jours quand M. Crickx vit le malade pour la première fois. Il pratiqua la trépanation de l'apophyse mastoïde, qu'il trouva parsemée de petits foyers séro-purulents; une masse caséeuse du volume d'un haricot était profondément placée jusque sur les méninges; celles-ci, dépourvues de pulsations, furent mises largement à nu au-dessus du niveau du rocher. L'opération fut suivie d'une amélioration de courte durée; les phénomènes cérébraux graves reparurent et nécessitèrent une nouvelle large trépanation avec lambeau ostéo-cutané; les méninges incisées, le cerveau fut ponctué à plusieurs reprises; aucun foyer purulent ne fut décelé. L'enfant mourut dans le coma. Sans aucun doute, une intervention plus précoce aurait pu arrêter la marche fatale de la maladie.

M. Hennebert confirme la gravité du pronostic de l'otorrhée, qui peut se compliquer de méningite, abcès encéphaliques, thrombose septique des sinus et pyohémie consécutive. A propos de cette dernière complication, il cite le cas d'une femme de 30 ans qui, atteinte d'un écoulement purulent chronique, fut brusquement prise de fièvre intense, frissons, vomissements; un empâtement douloureux, paru sous la mastoïde gauche, s'étendit le long de la jugulaire. Toute intervention fut rendue inutile par la marche ultra-rapide du mal, qui emporta la malade en quelques jours.

Le traitement de l'otorrhée doit s'inspirer des principes de la chirurgie générale; si l'affection résiste aux lavages et pansements antiseptiques bien faits, il faut cureter les parties malades accessibles, enlever les osselets cariés, et si les interventions par voie naturelle ne suffisent pas, ne pas trop tarder à utiliser la voie mastoïdienne, ouvrir largement l'antre et, par là, procéder à un curetage complet et soigneux de toute l'oreille; la fréquence et la gravité des complications de l'otorrhée justifient et imposent ces interventions préventives, que d'aucuns persistent à considérer comme des audaces chirurgicales inutiles.

M. Hennebert tient encore à citer le cas suivant : un jeune homme de 18 ans, à antécédents tuberculeux mal de Pott, était atteint depuis l'enfance d'une otorrhée fétide et abondante à gauche, qui avait résisté à un traitement spécial bien conduit et régulièrement suivi pendant plusieurs années. Le tympan était largement perforé, le promontoire couvert de fongosités et l'attique rempli d'amas caséeux. Sous la narcose chloroformique, les osselets furent enlevés (le marteau par le procédé Delstanche, l'enclume par le procédé Ludewig), l'attique et le promontoire soigneusement curettés et ensuite badigeonnés au chlorure de zinc déliquescent. Dès le premier pansement, fait quatre jours plus tard, toute trace de suppuration avait disparu, et la guérison se maintient depuis plus de trois mois.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

Note sur deux énormes hernies crurales,

Par M. Xavier Delore,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Les hernies remarquables par leur volume ont toujours attiré l'attention, même à cette époque où les chirurgiens, ne pouvant pas encore prétendre à leur cure radicale, s'accordaient tous à leur appliquer d'abord l'unique traitement palliatif des accidents et cherchaient ensuite à remédier, par des appareils plus ou moins ingénieux, à cette pénible infirmité. Depuis la connaissance des bons résultats de la cure radicale, la chirurgie n'a pas craint de revendiquer un rôle actif dans le traitement des grosses hernies. Des cures merveilleuses ont été publiées; d'autre part, on peut compter les revers, mais cette constatation statistique n'offre aucune valeur si nous considérons avec impartialité combien on a tendance à relater les succès, à cacher les insuccès. Nous dirons, dans un instant, ce qu'il faut penser des opérations sanglantes dans la cure des énormes hernies irréductibles.

Un fait frappe immédiatement, quand on compulse les revues périodiques et quand on fait appel à ses souvenirs de clinique : c'est la rareté des grosses hernies crurales, comparée à la fréquences des hernies inguinales et surtout des hernies ombilicales volumineuses. Notre maître M. le professeur Poncet, pendant sa longue carrière chirurgicale a eu l'occasion d'observer deux énormes hernies crurales, l'une droite, l'autre gauche : la première fut observée en 1879 et la seconde au mois de juin 1898. Toutes deux descendaient au tiers inférieur de la cuisse et contenaient la plus grande partie du tube intestinal; elles parurent inopérables, mais furent soulagées par une sorte de vaste suspensoir relié à des bretelles prenant point d'appui sur les épaules. Voici les deux observations, qu'il a bien voulu nous communiquer :

Observation I. — *Enorme hernie crurale droite* (fig. 1).

G... Jeanne-Marie, née à Chasselay, demeurant à Lyon, blanchisseuse, 65 ans, réglée à 18 ans, jusqu'à 45 ans, a eu trois enfants et une fausse couche à trois mois et demi.

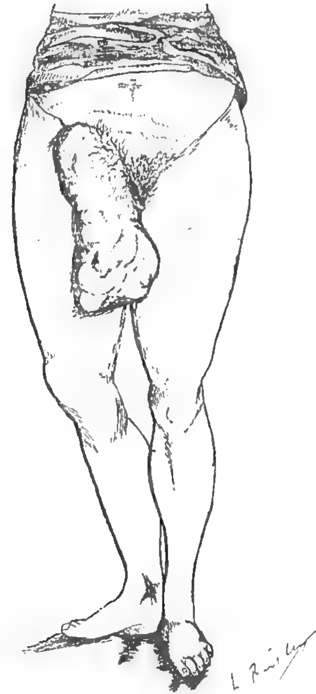


Fig. 1.

Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Poncet le 11 octobre 1879, pour des troubles digestifs, vomissements surtout, qui sont liés à une énorme hernie crurale droite.

Cette tumeur a débuté, il y a 20 ans, sous la forme d'une petite hernie crurale droite, qui était alors nettement réductible. son volume augmenta progressivement jusqu'aux dimensions actuelles, d'autant plus facilement que la malade, ne portant aucun bandage, continuait cependant son métier assez pénible (voir fig. 1).

Au moment de son entrée, on constatait à la partie supérieure du triangle de Scarpa droit un anneau crural très dilaté qui représentait l'orifice par lequel s'échappait le pédicule de cette hernie qui descendait d'autre part jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Dans toute l'étendue, on percevait du gargouillement et de la sonorité. La peau qui la recouvrait présentait sa coloration normale; enfin on pouvait obtenir une réduction partielle des organes contenus à son intérieur.

La tumeur a une forme piriforme à grosse extrémité inférieure, à pédicule supérieur; ses dimensions sont les suivantes : grand diamètre vertical un peu oblique en bas et en dedans = 29 centimètres; diamètre transversal au niveau de la partie moyenne de la tumeur = 14 centimètres. Circonférence de la tumeur au niveau de la partie inférieure qui est en même temps la plus volumineuse = 38 centimètres.

La malade dit qu'elle est beaucoup incommodée par le poids de la tumeur; elle la maintient avec une sorte de caleçon qui remplit son but très imparfaitement.

M. Poncet fait placer à la malade un sac en toile, sorte de suspensoir maintenu par des bretelles qui supporte très bien la tumeur et soulage énormément l'infirmité.

Obs. II. — *Enorme hernie crurale gauche post-opératoire* (fig. 2). L... Mariette, 58 ans, ménagère, née à l'Isle-d'Abeau demeurant à Lyon, entrée le 5 juin 1898, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet (voir fig. 2).

Rien dans les antécédents héréditaires. Personnellement, cette femme a été réglée à 18 ans, s'est mariée à 25 ans et a eu deux enfants durant les trois premières années de son mariage.

Le début de la tumeur remonte à 27 ans. Elle se manifesta pour la première fois par des phénomènes d'étranglement. L... entra alors à l'Hôtel-Dieu de Lyon et fut opérée par M. Létiévant; c'était en 1871. La guérison fut complète au bout de 7 semaines. Dans la suite, la malade porta un bandage, mais d'une façon très irrégulière.



Fig. 2.

Il y a 10 ans, la hernie avait déjà un certain volume, quand la malade fut reprise à nouveau de vomissements et de douleurs abdominales. A l'Hôtel-Dieu, où on la transporta, la thérapeutique consista dans le repos et de simples applications de glace.

Les mêmes phénomènes réapparurent, il y a 2 ans, et la même thérapeutique amena rapidement la cessation des accidents.

Il est superflu d'ajouter que depuis 28 ans, cette hernie a augmenté progressivement jusqu'aux dimensions actuelles, la malade étant pauvre, ne portant aucun appareil et continuant à gagner sa vie par un métier qui exige parfois des efforts.

Actuellement, cette femme qui est maigre, cachectique, entre à la Clinique avec des phénomènes d'obstruction intestinale, dont la cause réside sans aucun doute dans l'intestin hernié. Elle est en proie à de fréquents vomissements bilieux, à des coliques abdominales très violentes; son abdomen est météorisé, douloureux à la pression; il y a arrêt des gaz et des matières depuis le début de ces phénomènes qui remonte à 3 jours.

La hernie présente un volume véritablement énorme, atteignant au moins le volume d'une tête d'adulte. La consistance est dure, la tension de la tumeur et de son pédicule est accentuée.

On place de la glace sur la tumeur, on soumet la malade au repos; on administre, 12 heures après, un léger purgatif. Aussitôt les phénomènes d'obstruction disparaissent. On se trouve alors en face d'une hernie énorme qui présente les particularités suivantes:

La tumeur, envisagée d'une façon générale, a une forme piriforme à base inférieure atteignant le tiers inférieur des cuisses de la malade, à sommet supérieur nettement situé à l'anneau crural gauche. Ce sommet forme le pédicule de la tumeur et a, au moins, les diamètres de l'avant-bras d'un adulte; le doigt peut facilement passer entre la tumeur et l'anneau, ce dernier étant largement dilaté (fig. 2).

A 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'anneau, la tumeur se rétrécit brusquement et présente une sorte de rétrécissement pariétal qui la divise en deux portions : l'une supérieure grosse comme un poing d'adulte, l'autre inférieure représentant la presque totalité de la masse. Ces deux portions de la hernie communiquent l'une avec l'autre, et quand on réduit la grosse tumeur, on sent les masses intestinales qui passent sous la main posée à plat sur la petite tumeur.

Il semble donc qu'on n'a pas affaire à deux sacs accolés, mais bien à un sac unique présentant une cloison incomplète, un rétrécissement. La tumeur supérieure paraît plus profonde que l'inférieure; tandis que cette dernière paraît manifestement sous-cutanée, l'intestin n'y étant recouvert que par la peau amincie, la portion supérieure, au contraire, paraît plus profonde et recouverte probablement par le fascia lata. Ainsi comprise, la hernie présente une portion sous-aponévrotique supérieure et une seconde portion sous-cutanée : le rétrécissement qui la divise serait donc l'orifice dilaté du fascia crebriformis.

Le lobe inférieur pend entre les cuisses de la malade, presque jusqu'aux genoux et gêne considérablement la marche. La peau qui le recouvre est amincie, fortement colorée et pigmentée dans la plus grande étendue, mais avec des points cicatriciels consécutifs à des ulcérations produites par les bandages. A travers cette peau amincie, on sent des masses épiploïques et l'on fait déplacer les anses intestinales reconnaissables à leur gargouillement, enfin on distingue à certains moments des ondes péristaltiques qui y déterminent la formation de saillies et de dépressions assez profondes, comme si l'intestin adhérant à la face profonde de la peau tirait sur elle en se contractant.

Toute cette masse est sonore à la percussion. Les dimensions sont les suivantes : dimension verticale légèrement oblique en bas et en dedans = 35 centimètres. La circonférence au point le plus volumineux = 57 centimètres. Le diamètre au même point = 18 centimètres. Anneau crural : dimensions transverses = 8 centimètres. Anneau crural : dimensions antéro-postérieures = 4 cm. 1/2.

La malade soutient sa tumeur avec une sorte de sac qui prend appui sur une ceinture abdominale; mais la contention est très imparfaite parce que la ceinture glisse facilement. Cependant, cette pauvre femme fait encore le métier de laveuse.

M. Poncet lui fait construire un sac en toile soutenant la hernie, mais ce sac s'appuie sur des bretelles passant au-dessus des deux épaules.

10 juillet 1898. Cette femme est rentrée, il y a quelques jours pour des phénomènes d'occlusion intestinale lesquels ont cédé rapidement au repos et à la glace, comme les autres fois.

I. Les hernies crurales aussi volumineuses sont peu communes, et nous en connaissons seulement 3 cas rapportés dans ces douze dernières années, par Deroubaix, Otto Keller (1) et Chaput (2). Nos deux observations portent ce chiffre à 5. Une seule fut opérée avec succès par Deroubaix et ce fut un beau succès, à en juger par le volume énorme de cette hernie, qu'on trouvera reproduite par une figure démonstrative dans l'article de M. le professeur Berger (*Traité de chirurgie*, 1898). Le cas de Chaput et d'Otto Keller furent des trouvailles d'amphithéâtre; dans ses deux cas enfin, M. Poncet s'est borné à un traitement palliatif.

1. Otto Keller, Hernie crurale (renfermant l'estomac), th. de Berne, 1885.

2. Chaput, Hernie crurale droite volumineuse chez une femme avec hernie du cæcum et de l'épiploon (*Société anatomique*, 1887).

Les 5 observations se rapportent à des individus du sexe féminin : ceci paraîtra très naturel à ceux qui admettent, conformément à l'opinion de M. le professeur Berger, que les hernies crurales sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, tandis que les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que les hernies crurales.

Toutes ces femmes avaient eu des enfants; mais cette cause prédisposante aux hernies chez la femme ne mérite qu'une simple mention, puisque nous voyons des hommes atteints de hernies inguinales énormes.

L'âge dépassait toujours 50 ans : on comprend qu'une hernie mal maintenue aura d'autant plus de chances d'acquérir un volume considérable qu'elle aura une origine plus lointaine, celui-ci augmentant avec le temps et sous l'influence des efforts. Il est remarquable, en effet, que tous les sujets étaient de condition sociale inférieure, ayant peu de soins de leur personne et demandant à des efforts pénibles un gagne-pain quotidien. En somme on trouve ordinairement réunis dans l'étiologie de ces grosses tumeurs toutes les conditions prédisposantes des hernies c'est-à-dire les efforts pénibles, les accouchements, l'âge et enfin le sexe. Mais il n'y a rien d'absolu, puisqu'on a pu voir des hernies inguinales énormes chez des hommes d'une classe aisée, bien que le fait devienne plus rare depuis que l'on pratique couramment la cure radicale des hernies de petit et moyen volume. Nous devons avouer, d'ailleurs, que toutes ces considérations ont une valeur relative, puisqu'il est bien difficile de fixer la limite entre une grosse et une petite hernie, l'appréciation de cette limite étant toujours purement personnelle.

Il nous reste à parler d'une cause prédisposante dont la valeur n'est pas douteuse dans la dilatation de l'anneau crural, nous voulons parler du débridement de l'anneau crural au cours d'une kélotomie antérieure, alors qu'on n'avait pas fait suivre cette intervention d'urgence d'une cure radicale destinée à rétrécir l'anneau. Ce mécanisme doit être invoqué dans la seconde observation de M. Poncet et c'est là, on le sait, une des indications les moins discutables de la cure radicale. La hernie, du volume d'une tête d'adulte avec un anneau crural très dilaté, avait été certainement favorisée par le débridement de l'anneau que l'on n'avait pas rétréci ensuite, parce qu'à cette époque (en 1871) la cure radicale n'était pas encore usitée. Les grosses hernies crurales sont donc parfois de véritables hernies post-opératoires (Poncet).

II. *Anatomiquement*, dans ces 5 observations, on rencontre deux fois des adhérences des viscères herniés aux parois du sac (Keller, Poncet) et dans les 3 autres cas, la réductibilité était possible et même parfois facile (Chaput, Deroubaix, Poncet). Ce sont là des conditions plus ou moins favorables pour la cure radicale, qui ont frappé tous les opérateurs ou les chercheurs d'amphithéâtre. Chaput conclut, après avoir relaté la dissection d'une grosse hernie crurale (*loc. cit.*) trouvée dans les salles de la Faculté, que la cure radicale eût été facile à exécuter, comme opération. Mais cette réflexion n'implique nullement l'idée que la cure radicale devait être tentée dans ce cas particulier; car de ce que l'acte opératoire pouvait être simple, il ne s'ensuivait pas nécessairement une réussite orthopédique ainsi que la bénignité du traumatisme. Nous ferons remarquer, d'autre part, le volume relativement beaucoup plus petit de cette hernie de Chaput comparé à celui de nos deux tumeurs. Dans le fait de Chaput, les dimensions verticales atteignaient 11 centimètres et les dimensions transversales 9 centimètres; tandis que dans les deux observations de M. Poncet, les dimensions transversales atteignaient 14 et 18 centimètres et les dimensions verticales 29 et 33 centimètres. Nous ne connaissons que la hernie crurale de Deroubaix, dont le volume puisse être comparé à celui des deux hernies que nous signalons.

L'anneau crural est toujours extraordinairement élargi. Chaput a trouvé 6 centimètres de largeur et 3 centimètres d'épaisseur; nous avons trouvé dans la seconde observation 8 centimètres de largeur et 4 cent. 1/2 dans le sens antéro-postérieur. Un point particulier mérite d'attirer l'attention, ce sont les rapports du sac péritonéal avec le pourtour de l'anneau crural et avec les plans superficiels. Au niveau de l'anneau crural, il peut y avoir adhérence du sac avec les plans fibreux, surtout avec le ligament de Fallope (Chaput); cette adhérence antérieure est, sans doute, favorisée par le port des bandages, comme on le voit dans la plupart des hernies crurales grosses ou petites. Au niveau de la tumeur proprement dite, il est également fréquent de voir une fusion intime du sac avec les plans périphériques, et ici encore, à cause des traumatismes et des irritations continuelles, c'est la partie antérieure du sac qui a une tendance à se fusionner avec l'aponévrose et la peau (Chaput, Poncet).

Chaput spécifie nettement l'adhérence de la peau au sac, et, au contraire, l'absence d'adhérences du sac avec les vaisseaux et les plans profonds.

L'opération est donc ordinairement plus simple qu'on ne serait tenté de le présumer.

Quant à l'adhérence du collet du sac avec l'arcade, elle serait, d'après le même auteur, une bonne condition de succès, parce qu'elle garantirait contre toute descente ultérieure du péritoine et par conséquent contre la récidive. Cependant, il est bien certain que le glissement du péritoine serait encore possible, ce glissement du collet du sac herniaire étant fréquemment observé dans toutes les variétés de hernie, et à plus forte raison, dans ces énormes hernies favorisées par un amaigrissement assez notable et par des grossesses antérieures.

On a rencontré, dans ces hernies, toutes les portions du tube digestif, l'estomac (Keller), le cæcum et le côlon (Chaput), l'intestin; ceci n'a rien de spécial dans notre sujet. Dans tous les cas, les méso-côlons et le mésentère et les ligaments de l'estomac sont excessivement allongés, sans qu'on puisse savoir si cet allongement est antérieur à la hernie, c'est-à-dire primitif, ou s'il n'est que postérieur ou secondaire. Quelle que soit la pathogénie, il n'en est pas moins vrai que cet allongement des mésos pourrait avoir, après réintégration des viscères dans l'abdomen, des conséquences inattendues et redoutables. On a peine à comprendre comment l'abdomen recevra cette volumineuse masse abdominale qui a perdu droit de domicile depuis longtemps dans son ancienne demeure normale et qui s'est créé peu à peu un nouvel abdomen à côté de l'ancien. La capacité abdominale s'est modifiée peu à peu, ainsi que les rapports normaux des viscères, la longueur de leurs attaches; toutes ces nouvelles conditions n'amèneront-elles pas des réflexes péritonéaux intenses, des coudures et des torsions, sans compter les phénomènes de paralysie intestinale, si le chirurgien venait à tenter la cure radicale?

III. Le *traitement* doit évidemment s'inspirer de toutes ces considérations et c'est ici le lieu de répéter avec Segond (1) ce précepte éminemment rationnel : « Dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale est indiquée quand les inconvénients du mal sont

1. Segond, Cure radicale des hernies (th. d'agrégation, 1883).

strictement proportionnels aux dangers de l'intervention et lorsque la réduction n'a pas pu être obtenue différemment. » Ce jugement très large laisse, avec juste raison, une large part au sens clinique du chirurgien dans l'appréciation de chaque cas particulier. Il est superflu de remarquer que chaque individu affecté d'une grosse hernie présente une résistance propre différente de celle d'un autre hernieux et que, d'autre part, chaque hernie affecte une physionomie distincte et des complications différentes.

N'est-il pas vrai que les conditions d'âge, de résistance du sujet, que les adhérences, le volume, le siège et les complications de cette hernie seront toujours multiples et variés et modifieront chaque fois le traitement?

Une seule hernie crurale énorme a été opérée (Deroubaix) avec succès : ce cas unique n'est pas suffisant pour entraîner une conviction. Comme les conditions sont, à peu de chose près, les mêmes dans les grosses hernies inguinales, nous pouvons rappeler rapidement les avantages et les inconvénients de la cure radicale dans les hernies, afin d'avoir un point de repère pour une appréciation sommaire. Lucas-Championnière (1), Reverdin (2), Robson (3), Cerné (4), Tillaux (5), Kramer (6), Lewin (7), Desguin (8), Warren (9), Reboul (10), Schwartz (11), Jayle (12), Gaye (13), etc., ont cité des succès remarquables de cure radicale dans des hernies inguinales énormes. Mais a-t-on publié les revers?

Il est impossible de croire et même de penser, après quelques recherches, que l'insuccès de MM. Villeneuve et Pujol soit unique en son genre.

L'observation de ces deux auteurs (14), puisqu'elle est une des rares publiées, n'en devient que plus intéressante et mérite d'être méditée, parce qu'elle montre bien les nombreux accidents consécutifs à l'intervention, que tout chirurgien doit redouter pendant et après l'acte chirurgical.

Tout d'abord, pendant l'opération, une déchirure du mésocôlon ascendant suturée immédiatement n'eut pas de conséquences graves, mais compliqua l'intervention. Cependant, l'opération semblait complète et couronnée de succès, quand le malade mourut progressivement d'occlusion par paralysie intestinale et coprostase au 11e jour. Le même accident est arrivé à Thiry (15) qui conclut dès lors à l'abstention chirurgicale sanglante dans les trop grosses hernies. Cet accident redoutable à peu près irrémédiable doit être bien présent à l'esprit de celui qui tenterait une cure radicale dans ces conditions. Cette paralysie intestinale post-opératoire est due sans doute à la brusque rentrée dans l'abdomen d'une énorme masse intestinale qui n'est plus habituée à ce séjour mais s'était accoutumée progressivement à d'autres conditions de vitalité. Peut-être même se forme-t-il des coudures, des torsions des mésos allongés qui provoquent une stase mécanique! Le fait n'en existe pas moins, quoique la pathogénie soit loin d'être élucidée complètement.

Un troisième accident qui n'a pas le caractère de gravité des déchirures ou des occlusions opératoires, est arrivé à un chirurgien qu'on ne peut pas traiter de novice, à Reverdin (1). Opérant une hernie inguinale intestinale très volumineuse, celui-ci dut renvoyer à une seconde intervention la terminaison de la cure radicale, en raison des difficultés de la réduction. Il est vrai que le résultat fut bon malgré cette complication opératoire, mais il faut peut-être l'attribuer uniquement à l'habileté de l'opérateur et préférer une sage abstention à ces manœuvres qui ne sont pas exemptes de dangers.

Une dernière difficulté résulterait des adhérences intestinales réunissant en un paquet commun plusieurs portions du tube digestif entremêlées d'épiploon, et fixées d'autre part aux parois du sac ou aux organes voisins, surtout aux vaisseaux fémoraux. Alors, se trouveraient réunies toutes les conditions défavorables et, vraiment, à supposer que le diagnostic de ces complications fût posé d'avance, il faudrait avoir la main forcée pour tenter une intervention, qui exposerait à des ruptures intestinales, à une opération incomplète et surtout à cette paralysie intestinale prolongée, sur laquelle a tant insisté Thiry, sans compter la péritonite post-opératoire qui serait ici particulièrement à redouter, ainsi que des phénomènes de choc traumatique sur des individus le plus souvent cachectiques.

Pour éviter l'intervention sanglante, Thiry avait proposé le taxis et la compression répétés pendant de longs mois jusqu'à complète réduction et maintien de cette réduction. Il allait même jusqu'à prétendre que toutes les hernies volumineuses étaient justiciables d'un taxis compressif et progressif, et de guérison consécutive, à condition d'y mettre du temps. Nous constatons simplement que cette méthode n'a pas trouvé beaucoup d'imitateurs, probablement à cause de sa difficulté et de son inefficacité.

Après cet exposé bien incomplet des résultats de la cure sanglante, voici quelle est, suivant M. Poncet, la conduite la plus sage, en présence d'une hernie crurale aussi volumineuse que les deux publiées plus haut. Il y a considérer deux états particuliers : ou bien la hernie ne détermine qu'une gêne par son volume, ou bien des accidents d'obstruction intestinale se sont déclarés dans l'intérieur du sac.

S'il n'y a aucun accident, il faut résolument s'abstenir de toute manœuvre opératoire et chercher simplement par un suspensoir, à rendre supportable cette infirmité A ce point de vue, le meilleur appareil est un grand sac moulé sur la hernie et produisant sur elle une compression douce, en même temps qu'il agit comme moyen de contention. Ce sac devra prendre point d'appui sur les épaules et non sur une ceinture abdominale, ainsi que le recommande M. le professeur Poncet. Le point d'appui scapulaire est bon; le point abdominal est très mauvais parce que la ceinture abdominale glisse facilement, outre qu'elle produit sur l'abdomen une compression continue tendant sans cesse à pousser dans le sac herniaire de nouvelles anses intestinales, ce qui est parfaitement inutile, dans ce cas particulier.

Si la hernie est le siège de phénomènes d'obstruction

1. L.-Championnière, *Bull. Soc. de chir.*, 1886.
2. Reverdin, *Revue méd. Suisse romande*, 1885.
3. Robson, *Practitionner*, octobre 1896.
4. Cerné, *Normandie médicale*, 1er juin 1889.
5. Tillaux, *Gaz. des hôp.*, 29 août 1885.
6. Kramer, *Arch. f. klin. Chir.*, l. 1, 1896.
7. Lewin, *Ann. Soc. belge de chir.*, 15 juill. 1894.
8. Desguin, Hernie volumineuse chez un vieillard de 76 ans (*Ann. soc. méd. d'Anvers*, 1891).
9. Warren, Traitement des grosses hernies (*American med. Association*, 26 juin 1886).
10. Reboul, Epiplocèle inguinale irréductible par volume sans adhérence au sac (*Bulletin de la Société anatomique*, p. 920, 1888).
11. Schwartz, Cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses (*VIIe Congrès français de chirurgie*, 1893).
12. Jayle, *Société anatomique*, Paris, 1893.
13. Gaye, Des hernies inguinales irréductibles par excès de volume et sans adhérences (th. Paris, 1893).
14. Pujol, *Gaz. des hôp.*, 10 mars 1896.
15. Thiry, *Bull. Acad. méd.*, Belgique, 1881,

1. Reverdin, *loc. cit.*

intestinale, il est ordinairement sage de commencer le traitement par des moyens simples, tels le repos et la glace, qui calmeront presque toujours les accidents, dus non à un étranglement véritable, mais à l'engouement stercoral sur lequel insistaient tant les anciens chirurgiens. Cette méthode est presque infaillible pour faire disparaître la stase stercorale des hernies très volumineuses; elle a réussi rapidement dans notre seconde observation, à quatre reprises différentes.

Après l'échec de ces moyens simples, en face de l'aggravation des symptômes et d'une occlusion intestinale confirmée, il faudrait évidemment faire le traitement ordinaire de l'occlusion intestinale, c'est-à-dire une véritable laparotomie du sac pour lever la cause de l'occlusion ou de l'étranglement. Nous n'insistons pas davantage sur cette partie du traitement qui pourra varier alors à l'infini, nous contentant de poser en principe qu'ici le danger de mort indique très nettement l'intervention sanglante.

Nous terminerons en disant que, cette indication formelle mise à part, un traitement palliatif des accidents et de l'infirmité nous paraît être la conduite la plus sage en présence d'une énorme hernie crurale, surtout chez des gens toujours âgés et plus ou moins débilités.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les poisons du bacille tuberculeux humain. Recherches sur la pneumonie tuberculeuse.

NOTE DE M. JULES AUCLAIR

(Présentée à l'*Académie de médecine*).

Dans ces dernières années, le dualisme ancien de Virchow, si éloquemment réfuté par M. Grancher et l'école anatomo-pathologique française, tend à s'affirmer de nouveau, au nom de la bactériologie. Il n'est plus question, sans doute, de séparer du processus tuberculeux la caséification proprement dite, mais l'hépatisation; la pneumonie banale qui précède la dégénérescence caséeuse serait engendrée par des microbes étrangers : pneumocoques, streptocoques, tétragènes... et c'est seulement sur ces lésions que viendrait se greffer le bacille de Koch, pour en amener la caséification (Strümpell, Aviragnet, Ortner (Norbert), Marfan...).

A ces affirmations, je vais opposer le résultat de mes recherches personnelles poursuivies dans le laboratoire de mon cher maître, M. le professeur Grancher, résultat qui concorde, du reste, avec les faits anatomiques observés (Cornil, Grancher, Renaut et Riel, A. Frankel et Troje...).

Parmi les nombreuses toxines sécrétées par le bacille de Koch, il en est une que j'ai particulièrement étudiée dans ma thèse inaugurale (1) et dans un mémoire plus récent (2), c'est l'extrait éthéré du bacille tuberculeux humain auquel j'ai donné le nom d'éthéro-bacilline humaine. Celle-ci, très adhérente aux corps bacillaires, représente la substance grasse sécrétée par l'agent microbien. Par son action sur l'homme ou l'animal inoculé, elle appartient aux poisons locaux du bacille de Koch. En injections sous-cutanées chez le cobaye et le lapin, elle produit au point d'inoculation des abcès caséeux. J'ai pensé que cette substance était le facteur principal, sinon exclusif, de la suppuration, de l'hépatisation et de la caséification tuberculeuses.

Pour le démontrer, j'ai inoculé dans la trachée de cobayes et de lapins l'éthérobacilline humaine préalablement diluée dans une petite quantité d'eau stérilisée. Les résultats anatomiques, toujours du même ordre, ont été variables dans leur aspect, suivant la quantité de substance inoculée et le temps qui séparait la date d'inoculation de celle de la mort des animaux.

Dans les cas d'injection massive, les animaux sont morts vite : 36 à 48 heures après l'inoculation. A l'œil nu, les poumons présentaient des foyers d'hépatisation rouge broncho-pulmonaires et pseudo-lobaires. La base était généralement plus atteinte que le sommet. Sur des coupes histologiques se voyait une alvéolite fibrino-catarrhale très accusée, avec prédominance de l'élément fibrineux. Les lésions étaient surtout marquées autour des bronches.

Chez les animaux inoculés avec des doses moins considérables, mais répétées, la survie a été plus longue : 20 à 30 jours.

L'hépatisation grise remplaçait l'hépatisation au premier degré, dans la plupart des foyers broncho-pulmonaires; histologiquement, le processus fibrineux, encore très apparent, cédait le pas au processus catarrhal.

Enfin, dans les cas où les inoculations intra-trachéales avaient été réparties sur un assez long espace — plus de 3 mois dans un cas — j'ai pu reproduire la lésion caractéristique de la pneumonie caséeuse. Au milieu des zones d'hépatisation fibrino-catarrhale se voyaient des amas en pleine dégénérescence vitro-caséeuse. En maints endroits, nous avons retrouvé la dégénérescence vitreuse si admirablement décrite par M. Grancher, dans son mémoire de 1878.

Dans les lésions provoquées par l'éthéro-bacilline humaine, je n'ai pu constater la formation de cellules géantes véritables. Celles-ci, au contraire, ont pu être retrouvées tout à fait typiques, dans des pneumonies tuberculeuses survenues à la suite de l'inoculation de l'extrait chloroformé.

J'ajouterai que l'autopsie de tous les animaux inoculés ayant été pratiquée de suite après la mort, la pulpe du poumon puisée de préférence au niveau des points hépatisés ou caséeux, a pu être ensemencée, chaque fois, sur plusieurs tubes d'agar. Jamais nous n'avons observé le développement de germes. C'est donc bien aux poisons inoculés qu'il faut rapporter les lésions décrites.

On peut conclure : 1° la pneumonie tuberculeuse à tous ses stades : hépatisation rouge, hépatisation grise, dégénérescence caséeuse, est l'œuvre du bacille de Koch et non de microbes surajoutés;

2° Cette pneumonie est l'œuvre d'une toxine sécrétée par le bacille tuberculeux humain : éthérobacilline surtout et aussi la chloroformobacilline. Nous croyons être le premier à avoir nettement défini cette substance et à en montrer l'action spécifique dans le processus de la pneumonie tuberculeuse.

1. Jules Auclair, Etude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain. Essais de vaccination et de traitement (th. Paris, 1897, G. Steinhel, éditeur).

2. Jules Auclair, Les poisons du bacille tuberculeux humain. La dégénérescence caséeuse (2e mémoire), pour paraître en juillet 1898 (in *Revue de la tuberculose*).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Cuissard (Charles). *Le pain scientifique.* N° 292. (H. Jouve.)

M. Biousse (Jules-Edmond). *Les palpitations chez le jeune soldat.* N° 285. (Soc. d'édit. scient.)

M. P. Zamfiresco (Constantin). *Albuminurie et indicanurie chez le nouveau-né et le nourrisson avec une étude sur l'urine normale.* N° 273. (G. Steinheil.)

M. Lebedinsky. *Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal.* N° 350. (Carré et Naud.)

M. Petit (Henri). *Considérations d'ensemble sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.* N° 329. (Jouve.)

M. Jacobson (Grégoire). *Nouvelle contribution à l'étude des tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant.* N° 266. (Steinheil.)

M. Vermorel (Alphonse). *Recherches anatomiques et expérimentales sur l'inflammation pleurale.* N° 242. (G. Steinheil.)

Sous le nom de pain scientifique M. Cuissard dénomme le pain contenant tous les principes assimilables du grain de blé; il condamne le pain complet qui contenait une quantité trop considérable de substances inertes dont le son était encore la meilleure, et se prêtait trop facilement à des falsifications malsaines.

L'auteur montre que les vieilles meules françaises en pierre meulière sont préférables aux cylindres, car elles produisent une farine plus nutritive, mais ont quelques inconvénients : leur instabilité et leur défaut de précision; les meules métalliques des meuneries-boulangeries récemment essayées, fonctionnant avec la régularité des rouages d'une montre, granulant la farine et n'aplatissant pas les cellules, semblent les meilleurs instruments dont on puisse disposer actuellement.

Le pain scientifique est nutritif parce qu'il renferme tout ce qu'il y a d'assimilable dans le grain de blé, et qu'il est digestif par ses ferments : sa diastase et sa céréaline.

Les palpitations, fréquentes chez le jeune soldat, peuvent donner lieu à des indications très diverses au point de vue de la conduite que devra tenir à leur égard le médecin militaire, en tant que médecin de régiment. Pour M. Biousse les palpitations coïncidant avec une lésion organique (valvulaire ou péricardique) du cœur, exigeront toujours la réforme immédiate et seules les palpitations indépendantes de toute lésion organique peuvent donner lieu à une discussion.

Les palpitations du début de la tuberculose sont une indication de réforme; et comme elles peuvent apparaître dès le début, il y aura lieu, pour prévenir le diagnostic étiologique, de recourir à la recherche des signes précoces (abaissement constant de la pression artérielle, périmètre thoracique insuffisant, etc.).

D'autres palpitations sont dues soit à des intoxications passagères ou chroniques (tabac, alcool, café, etc.), soit à du surmenage génital, soit à des réflexes à point de départ gastro-intestinal, soit à l'association de ces diverses causes; des prescriptions hygiéniques permettront de les faire disparaître et de conserver l'homme dans le service actif.

Quant aux palpitations purement nerveuses, associées ou non à l'augmentation de volume du cœur, elles pourront entraîner la réforme quand, par leur répétition au moindre effort, elles rendront l'homme manifestement impropre au service actif.

Pour l'auteur il y aurait lieu de créer, par exemple dans les 4es bataillons (qui remplacent les compagnies de dépôt), un peloton spécial « de malingres à palpitations », où seraient versés les sujets à palpitations simplement nerveuses ayant apparu lors des premières fatigues de l'école du soldat, sujets à périmètre thoracique étroit et à développement constitutionnel incomplet. On pourrait alors par une gymnastique raisonnée et un entraînement progressif favoriser et compléter leur développement et transformer ces malingres en soldats résistants que l'on reverserait ensuite dans les combattants.

L'urine normale du nouveau-né, conclut M. Zamfiresco, est incolore, inodore, claire et limpide, d'une densité moyenne de 1,003 à 1,004.

La quantité rendue en 24 heures, du 6e au 30e jour, varie de 100 à 300 centimètres cubes. Elle n'est pas sédimenteuse, mais par le repos, elle laisse déposer une très minime quantité d'éléments anatomiques. Dans des cas tout à fait exceptionnels, elle peut donner un faible dépôt de cristaux d'acide urique ou d'oxalate de chaux ou d'urate de soude (urine des premiers jours, alimentation insuffisante ou vicieuse). Sa réaction est acide, elle contient, d'après Parrot et Robin, 3 gr. 03 d'urée par litre, soit 0 gr. 50 par kilogramme chez un enfant de 3 830 grammes, Mais, dans les 24 heures, le nouveau-né de 11 à 30 jours rend environ 0 gr. 1891 d'urée, soit 0 gr. 23 par kilogramme de son poids.

L'urine du nouveau-né contient des traces d'acide urique. Souvent les urates sont en assez grande abondance pour être visibles sur les langes sous forme d'une fine poussière rouge. Elle ne contient pas de matières extractives cliniquement appréciables, mais elle renferme de l'acide hippurique, et de la créatine, etc. On y trouve des chlorures et des phosphates, dont les quantités varient suivant l'âge, l'alimentation; des sulfates, de la chaux, de la magnésie, de la potasse et de la soude.

Cette urine n'exerce aucune action réductrice sur la liqueur de Bareswill. Il n'existe pas d'urobiline dans l'urine des nouveau-nés.

Elle ne contient pas d'indican, mais l'indicanurie est fréquente chez les nourrissons malades, et cette fréquence est variable, suivant l'affection dont le nourrisson est atteint. Dans la gastro-entérite des nourrissons elle est constante et son abondance est en rapport direct avec les troubles digestifs. Plus les troubles digestifs sont prononcés, plus l'indican est abondant.

Il a paru à l'auteur surtout abondant dans les cas de gastro-entérite compliquée d'un processus suppuratif, otite, abcès sous-cutané, etc. Dans les autres affections des nourrissons, l'indicanurie est inconstante. Elle paraît assez fréquente dans la tuberculose; elle n'a aucune valeur pour le diagnostic de cette affection. Dans les autres maladies de l'appareil respiratoire, l'indicanurie paraît faire défaut.

L'urine normale du nouveau-né ne contient pas d'albumine. Il n'y a pas d'albuminurie dite physiologique.

L'albuminurie qui existe chez le nouveau-né est toujours pathologique; elle reconnaît le mécanisme des albuminuries par troubles vasculaires, par stase veineuse, et sa fréquence s'explique par la fréquence même des troubles de la circulation veineuse dans les premiers jours de la vie. L'albuminurie existe chez presque tous les enfants qui naissent de mères fortement albuminuriques ou éclamptiques. Elle détermine sur le rein de ces enfants les mêmes lésions qu'elle produit sur le rein de la mère. Elle est d'un pronostic défavorable. L'albuminurie peut se rencontrer dans toutes les maladies infectieuses, chroniques ou aiguës, des nourrissons, dans les affections cutanées, dans les intoxications. Elle semble particulièrement fréquente dans la gastro-entérite, l'auteur trouve une proportion de 60,8 p. 100. Elle paraît avoir, dans cette affection, une réelle valeur pour le pronostic,

Si l'albuminurie est transitoire, elle ne détermine aucune lésion appréciable du côté des reins.

Si elle persiste jusqu'à la mort, elle détermine des lésions de néphrite parenchymateuse.

L'urine du nouveau-né est moins toxique que l'urine de l'adulte. Cette faible toxicité de l'urine est due :

1° A l'alimentation indemne de principes nocifs.

2° Au faible degré de fermentations intestinales réduites au minimum par la qualité et la régularité du régime.

3° A l'assimilation intense chez ces enfants.

4° A l'absence de pigments dans ces urines.

La cavité buccale est habitée, d'une part, par de nombreux microorganismes. Ses moyens de défense sont représentés d'autre part par l'appareil lymphoïde, dont la fonction est perfectionnée par l'action spécifique de la salive. L'action microbienne est neutralisée par la réaction des leucocytes.

Il existe donc un équilibre biologique dans le milieu buccal.

Si l'équilibre biologique est rompu, l'action microbienne dépassant la réaction des leucocytes, il se produit une infection de la cavité buccale, que M. Lebedinsky appelle gingivo-stomatite septique.

Quelle que soit la cause qui ait rompu l'équilibre (causes locales ou générales), l'infection est toujours consécutive à l'action du polymicrobisme buccal.

L'infection de la cavité buccale peut se propager vers les organes qui sont en rapport avec la cavité bucco-pharyngée; elle peut parfois se généraliser.

L'auteur n'admet pas les différentes classifications des gingivo-stomatites faites jusqu'à présent et pour lui il n'existe que deux variétés de gingivo-stomatites : la gingivo-stomatite spécifique, qui a pour agent pathogène un microbe spécifique, et la gingivo-stomatite septique, qui a pour agent pathogène le polymicrobisme buccal.

A l'heure actuelle, d'après M. Petit, rien n'autorise à parler du microbe spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Il se base sur les variétés trop nombreuses des germes décrits comme spécifiques, alors que pour une affection aussi nettement définie que le rhumatisme il ne saurait y avoir qu'une seule influence causale microbienne. Il pense que bon nombre de recherches ont porté sur des pseudo-rhumatismes infectieux. De plus les auteurs ont envisagé le rhumatisme à des époques très différentes de son évolution (du 1er au 20e jour et davantage). Dans ces conditions, tous les microbes décrits semblent apparaître à une date de la maladie qui laisse à supposer qu'on se trouve en présence d'une phase nouvelle de l'affection (infections secondaires, complications).

Il faudrait en confrontant les résultats bactériologiques établir dans quelle mesure telle ou telle variété microbienne se rattache à telle ou telle complication.

Étudiée il y a deux ans par Sergent, la question de la tuberculose des voies biliaires est reprise par M. Jacobson dans une thèse pleine de faits. S'appuyant surtout sur des données anatomo-pathologiques, il base son étude sur l'examen de 143 foies d'enfants tuberculeux autopsiés par lui; dans 87 cas, dont il publie les observations, le foie renfermait des tubercules biliaires. Ce sont ces foies avec tubercules biliaires qu'il a examinés avec soin. Que les tubercules soient discrets, disséminés ou confluents, on peut observer soit la granulation miliaire jaune, soit le tubercule biliaire proprement dit, soit la caverne biliaire, soit le tubercule biliaire guéri; ces tubercules peuvent se grouper sous deux formes, l'une où le foie ne contient que des tubercules colorés sus-miliaires; une forme commune où l'on trouve à la fois des tubercules biliaires de volume variable et des cavités; de cette dernière on peut distinguer trois variétés : discrète, à tubercules disséminés, confluente. Le siège primitif des nodules dans la tuberculose des voies biliaires n'est pas spécial et diffère à peine du siège des tubercules dans la tuberculose miliaire (abondance plus considérable des tubercules intra-portaux dans la tuberculose biliaire); dans cette tuberculose le mode de groupement des tubercules n'offre pas de particularité caractéristique, les petits nodules miliaires ou submiliaires y sont remarquables par leur caséification précoce; le tubercule biliaire est un tubercule caséeux qui, dans son évolution, a rencontré et ouvert un canal biliaire et s'est ainsi imprégné de bile. Cette tuberculose des voies biliaires n'est donc pas une forme spéciale de tuberculose hépatique, au point de vue pathogénique. De la discussion des diverses théories, et de l'examen de ses observations, M. Jacobson conclut que la tuberculose des voies biliaires coïncide toujours avec une tuberculose généralisée à nodules caséeux. L'infection du foie ne se fait ni par les lymphatiques, ni par les canaux biliaires, ni par la veine porte, mais par l'artère hépatique; au moins en est-il ainsi chez l'enfant dans la majorité des cas; chez lui la tuberculose des voies biliaires n'est en somme que la manifestation dans le foie d'une tuberculose généralisée à nodules caséeux.

M. Vermorel conclut de ses intéressantes recherches que la lésion pleurale déterminée par une ligature costopulmonaire aseptique se traduit par une inflammation adhésive. L'adhérence constituée d'abord par de la fibrine exsudée, s'organise rapidement; aux troisième et quatrième jours apparaissent les néo-vaisseaux; du septième au neuvième jour se montrent les fibrilles conjonctives. Les cellules endothéliales et les cellules conjonctives, leurs équivalentes, jouent le rôle principal dans l'organisation et dans la vaso-formation. La fibrine sert de support et de substance nutritive aux cellules organisatrices. Les leucocytes sont peu nombreux : leur fonction paraît bornée à la nutrition et à l'absorption de débris de toute nature (cellules, globules sanguins) dont ils nettoient le foyer inflammatoire.

Un bloc de fibrine aseptique introduit dans une cavité pleurale se fixe sur l'une des plèvres, s'organise avec une rapidité surprenante et ne laisse pour toute trace qu'un épaississement conjonctif de la plèvre. Le mécanisme de l'organisation est le même que pour l'adhérence fibrineuse après ligature costopulmonaire. Des morceaux d'éponges stérilisés amènent des phénomènes analogues. De plus, il se forme autour des corpuscules de spongine de très nombreuses cellules géantes, représentées par une énorme masse protoplasmique bourrée de noyaux qui n'ont aucune tendance à se disposer en couronne; le protoplasma pousse des prolongements dans tous les sens, englobe plus ou moins complètement le corps étranger et jouit des propriétés phagocytaires très développées qui appartiennent également aux cellules organisatrices.

La brûlure au thermocautère et l'injection de nitrate d'argent à dose moyenne déterminent sur la plèvre une exsudation fibrineuse formée de couches stratifiées apparaissant successivement; très rapidement l'organisation est complète et la fausse membrane est remplacée par une plaque fibreuse. L'inflammation pleurale, qui accompagne la pneumonie chez l'homme se caractérise dans sa forme « pleurésie sèche à fausses membranes » par des lésions histologiques très comparables à celles déterminées par le thermocautère et le nitrate d'argent. On trouve dans les deux cas une fausse membrane stratifiée dont les couches se forment dans la profondeur, des cellules connectives se disposant principalement entre les plans de fibrine, parallèlement à la surface de la plèvre. Mais, dans l'inflammation pneumococcique, les globules blancs sont beaucoup plus abondants, l'activité des cellules très ralentie et retardée.

Les différences qui séparent le processus inflammatoire septique du processus aseptique sont donc que dans ce dernier cas, les globules blancs peu nombreux, disparaissant rapidement n'ont qu'un rôle secondaire qui semble se réduire : 1° à la fonction nutritive par apport de matériaux ou effritement de leur propre protoplasma, et 2° à la fonction de balayeurs par englobement des détritus qui se trouvent dans le foyer inflammatoire. Les cellules conjonctives et endothéliales au contraire prolifèrent abondamment dès le début du processus dans la fibrine exsudée, se multiplient activement, forment des vaisseaux, arrivent à la constitution d'un tissu conjonctif adulte. Par contre, dans les inflammations septiques les leucocytes sont abondants; qu'il y ait ou non production de pus, la multiplication, le rôle vaso-formatif des cellules connectives sont ralentis et retardés, l'organisation est plus lente à se produire.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Larrivé (Félix). *Des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes, leur nature et leurs conséquences au point de vue médico-légal.* N° 76.

M. Demilly (Louis). *Essai sur les névrites périphériques paludéennes.* N° 55.

M. Desse (Julien). *La sérothérapie antistreptococcique. (Etude expérimentale et critique.)* N° 44.

M. Mazellier (Fernand). *Du spasme cadavérique (Etude physiologique et médico-légale).* N° 32.

M. Roche. *Quelques localisations rares de l'échinococque (appareil digestif, système nerveux, séreuses, appareil circulatoire, voies urinaires).* N° 3. (Imprimerie Storck, à Lyon.)

M. Bœuf. *Les troubles fonctionnels consécutifs à l'amputation totale de la langue. Résultats de la prothèse linguale.* N° 5. (Alex. Rey, à Lyon.)

M. PERNOT. *Traitement de la pyonéphrose tuberculeuse par les ouvertures et les drainages multiples (Néphrotomie multiloculaire).* N° 6. (Alex. Rey à Lyon.)

Le traumatisme, quelle que soit son intensité, provoque des phénomènes nerveux d'où résulte l'affection appelé hystéro-traumatisme, hystéro-neurasthénie traumatique ou névrose traumatique. Pour M. LARRIVÉ, ce n'est point le shock matériel seul qui est la cause de l'état névropathique de la victime, mais le plus souvent le shock mental (surprise et frayeur). Donc, habituellement, pas de lésions encéphaliques ou médullaires, mais un trouble fonctionnel purement dynamique, *sine materia*.

Voulant laisser, dans la définition de la maladie, une part prépondérante à l'élément psychique, l'auteur propose le nom de névrose émotivo-postaccidentelle, impliquant à la fois la connaissance de la cause et de la nature de l'affection.

C'est pour lui une entité morbide distincte de l'hystérie et de la neurasthénie, malgré ses caractères communs avec ces deux affections.

Souvent, les traumatisés restent de véritables infirmes psychiques.

Etudiant le rôle de médecin expert dans ces cas l'auteur admet qu'en présence d'un cas de névrose émotivo-postaccidentelle, il est indispensable de suivre la marche de l'affection et, pour ce, demander aux tribunaux de fixer des indemnités provisionnelles, temporaires, permettant ainsi au médecin de ne pas conclure *a priori*, mais d'établir, dans un délai plus ou moins long, l'incapacité vraie et le dommage à réparer.

On peut observer dans le cours d'infections paludéennes graves des névrites périphériques analogues à celles de la diphthérie ou de l'alcoolisme. Pour M. DEMILLY ces névrites sont vraisemblablement le résultat de l'action de toxines sécrétées par l'hématozoaire ou formées par l'organisme au contact de l'agent pathogène; les allures générales du paludisme, les différents symptômes de cette maladie, analogues à ceux d'autres infections dont l'agent pathogène est mieux connu, lui semblent permettre cette hypothèse.

Les symptômes de ces névrites paludéennes sont ceux de toutes les névrites périphériques. Ces accidents nerveux du paludisme doivent être distingués du béribéri, maladie observée également dans les pays intertropicaux.

De son étude sur la sérothérapie antistreptococcique, M. DESSE conclut que le sérum de Marmorek ou fabriqué d'après Marmorek, avec le streptocoque isolé par lui, immunise bien le lapin contre ce microbe, contrairement aux affirmations de Petruschky et de van de Velde (J. Courmont). Mais ce même sérum n'immunise pas le lapin, mais paraît au contraire le prédisposer vis-à-vis du streptocoque pyogène (J. Courmont).

En effet le streptocoque de Marmorek doit être séparé du streptocoque pyogène. Ces deux microbes se distinguent par leurs effets pathogènes sur le lapin; le streptocoque de Marmorek virulent ou atténué ne produit jamais qu'une septicémie généralisée; le streptocoque pyogène, au contraire, peu ou très virulent, produit à coup sûr, si la survie de l'animal est suffisante, les lésions suivantes : érysipèle, abcès sous-cutanés avec tissu lardacé, péritonite purulente pseudo-membraneuse, péricardite purulente pseudo-membraneuse, pleurésie purulente pseudo-membraneuse, ostéomyélite juxta-épiphysaire du jeune lapin, quelquefois des abcès du rein et du cœur (J. Courmont).

Les expériences de Van de Velde montrent que, même en restant dans le domaine des streptocoques pyogènes, le sérum fabriqué avec un échantillon est rarement efficace pour le lapin inoculé avec un autre échantillon du streptocoque de même espèce. Le sérum polyvalent de cet auteur ne paraît donc pas en principe pouvoir être efficace contre toutes les affections humaines à streptocoques.

L'auteur pense donc que l'avenir de la sérothérapie contre les affections à streptocoques paraît, à la suite des expériences précédentes, au moins fortement ébranlé.

Le spasme cadavérique, conclut M. MAZELLIER, est un phénomène différent de la rigidité cadavérique. Trois éléments sont nécessaires à sa production : 1° une mort instantanée; 2° une lésion ou une irritation intense des centres nerveux moteurs; 3° une contraction musculaire au moment de la mort.

Il doit être distingué des rigidités précoces consécutives à des morts par hémorrhagies, par la chaleur et le froid, par travail musculaire exagéré, par asphyxie et intoxications. Les attitudes que créent ces genres de mort ne ressemblent pas à celles que produit le spasme cadavérique. Celui-ci s'observe en effet dans les morts foudroyantes qu'amènent certaines blessures du crâne par armes à feu et certaines lésions spontanées intra-cérébrales.

Il peut être généralisé à tout le corps ou localisé à certains groupes musculaires, lorsque ceux-ci seuls étaient contractés au moment de la mort. Le spasme localisé à la main est fréquent chez les suicidés. Sa constatation permet d'affirmer que la mort a été instantanée. Le spasme cadavérique est un phénomène vital *post mortem*. Il est d'origine nerveuse. Il est dû à une lésion du bulbe qui, par l'excitation qu'elle produit, rend durable la contraction qui existait au moment de la mort, et à l'action propre de la moelle qui, séparée des centres par la destruction des faisceaux pyramidaux dans le bulbe, renforce et prolonge la contracture.

L'échinocoque, malgré sa préférence bien marquée pour le foie et le poumon, peut se trouver dans presque tous les organes.

M. ROCHE a étudié quelques-unes de ses localisations rares.

Dans chaque appareil il détermine des symptômes propres à l'organe lésé : son seul signe pathognomonique, le frémissement hydatique, n'est jamais perçu lorsque la tumeur est profondément située ou tout au moins recouverte d'une couche de tissus d'une certaine épaisseur. On comprend dès lors combien le diagnostic doit être réservé pour ne pas dire impossible. La plupart du temps on devra se contenter d'avoir songé à la possibilité d'un kyste hydatique.

On doit se garder pour éclairer ce diagnostic d'avoir recours à la ponction exploratrice : mieux vaut dans la plupart des cas une intervention en apparence plus sérieuse, que l'antisepsie autorise et qui sert à faire le diagnostic, à pallier et souvent à guérir. Dans tous les cas la ponction ne sera que le premier temps d'un acte chirurgical plus complet.

M. BŒUF a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des troubles fonctionnels qui suivent l'ablation totale de la langue.

D'après cet auteur, après l'amputation totale de la langue :

1° Le Goût, d'abord à peu près supprimé, reparaît progressivement, jusqu'à une limite variable, mais toujours suffisante pour les besoins de l'alimentation.

2° La Mastication est supprimée. La Déglutition est facile pour les liquides et les potages; possible pour les purées, les bouillies de pain et de viande hachée avec quelques difficultés (rejet de la tête en arrière), quelques accidents (pénétration dans la glotte, et toux) et quelques inconvénients (séjour de débris alimentaires sur le plancher buccal). Elle est nulle pour les solides.

3° La Parole est gênée, mais parfaitement compréhensible. Les lettres sacrifiées sont surtout : *d, t, l, c, g, x*.

La prothèse linguale, outre le côté esthétique et l'influence morale, facilite la Mastication et la Déglutition et dans une certaine mesure la Parole : en particulier la prononciation de quelques consonnes, *d, t, c,* et *x*.

L'amputation par la voie trans-hyoïdienne est le procédé de choix, même quand on doit faire la prothèse : les méthodes buccales risquent d'être incomplètes et les méthodes sous-mentales nuisent au résultat fonctionnel.

Malgré les nombreux travaux publiés sur la tuberculose du rein, l'accord est loin d'être fait entre les chirurgiens sur le procédé de choix comme intervention.

M. PERNOT se prononce en faveur de la néphrotomie.

D'après l'auteur, la tuberculose rénale ne relève, dans certains cas, que du traitement médical (rein demeuré normal comme volume, resté ouvert, simplement infiltré de granulations ou de foyers caséeux petits, etc.)

Dans la majorité des autres cas, se pose la question de l'intervention chirurgicale, et alors il semble qu'on devra préférer la néphrotomie à la néphrectomie, au moins pour les formes

à gros abcès collectés, dites « pyonéphroses ». Parce que : 1° la néphrotomie est moins grave d'une façon générale; 2° non seulement on n'est jamais sûr de l'intégrité du second rein; mais, assez ordinairement, ce second rein est malade ou déjà périclitant et ne peut guère supporter la compensation énorme que lui impose l'ablation totale de son congénère.

La néphrotomie, dans ces pyonéphroses tuberculeuses, demande, du reste, pour être efficace, à être pratiquée d'une certaine façon. Il ne faut pas se borner à inciser le rein sur un seul point, ou à ouvrir seulement une ou deux des poches qui paraissent le plus volumineuses. Il ne faut pas même trop compter sur la manœuvre dite « unification des foyers rénaux » faite par le doigt introduit dans le foyer principal et cherchant à déchirer les cloisons qui séparent les différents abcès.

Il vaut mieux chercher, sur la surface même du rein, tous les foyers rénitents, puis ponctionner et drainer successivement tous ceux qu'on pourra découvrir (néphrotomie multiloculaire).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Du signe palmo-plantaire dans la fièvre typhoïde, par le Dr Quentin (*Archives générales de médecine*, mai 1898, p. 533-545). — M. Quentin a eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Dr Renard, 3 malades atteints de fièvre typhoïde chez lesquels on remarqua une coloration jaunâtre de la paume des mains et de la plante des pieds.

M. Flipovicz, le premier, a décrit cet aspect particulier sous le nom de signe palmo-plantaire. Bien que ce signe ne soit pas spécial à la fièvre typhoïde et qu'on puisse le rencontrer dans la convalescence de certaines autres maladies fébrile (rhumatisme articulaire aigu, tuberculose), sa netteté et sa très grande fréquence dans la fièvre typhoïde lui donnent une importance toute spéciale et, sans être pathognomonique, il peut contribuer à faciliter le diagnostic de cette maladie.

La pathogénie du signe palmo-plantaire est obscure. M. Quentin l'explique par un trouble de nutrition des tissus épidermiques, trouble dû à l'élimination, par la peau, des produits toxiques fabriqués par la maladie.

Production de la stérilité chez la femme par la section des trompes (Die Herbeiführung der weiblichen Sterilität durch Tubendurschneidung), par R. Kossmann (*Centralblatt f. Gynäk.*, n° 14, 1898, p. 347). — L'auteur a pu se convaincre, par des expériences sur des jeunes animaux, que la ligature des trompes était insuffisante pour produire la stérilité.

Leur section est nécessaire et encore faut-il que cette section soit faite au thermo-cautère.

Structure des globules rouges des mammifères et production des plaquettes de Bizzozero, par A. Maximoff (*Arch. russes de pathol.*, 1898, vol. V, p. 48). — L'auteur a employé un mode de coloration spécial de préparation sèche du sang de différents mammifères, en combinant une solution aqueuse d'éosine avec du bleu de méthylène de Löffler. Il a trouvé que les globules rouges contiennent un corps central ressemblant à un noyau et qui se colore fortement. Ce corps, le nucléoïde, présente souvent au centre un point clair et à la périphérie une structure réticulée.

Sur les préparations sèches du sang l'auteur a pu étudier en outre toutes les phases de la production des plaquettes de Bizzozero à l'aide des globules rouges. Les plaquettes se colorent par sa méthode en bleu clair.

Certains globules rouges contiennent au centre du nucléoïde un espace lumineux, qui renferme un petit corps bleu. Quelquefois ce corps est situé vers la périphérie de l'érythrocyte ou bien sort complètement de ce dernier et dans ce cas il forme la plaquette de Bizzozero absolument typique.

Les recherches de l'auteur semblent prouver que le sang en circulation ne renferme point de plaquettes sanguines. Mais dès que le sang est exposé à l'action de l'air et se dessèche, dès qu'il est mélangé à un corps étranger (le sublimé, par exemple, d'après Wlassow) ou même dès que la paroi vasculaire est un peu altérée, les plaquettes sanguines se forment instantanément aux dépens des globules rouges.

CHIRURGIE

Prolapsus de l'épiploon trois jours après une hystérectomie vaginale. Réduction spontanée dans la position génu-pectorale. Guérison (Vorfall des Netzes am 3 Tage nach vaginaler Radicaloperation. Spontanreposition in Knie-Ellbogenlage. Glatte Heilung), par E. Frænkel (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1898, p. 494). — Il s'agit d'une femme de 44 ans, en traitement depuis cinq ans pour une métrite. Dans ces derniers temps certains signes firent penser au développement d'un myome interstitiel sous-séreux. Pour ces raisons, le 22 janvier 1898, l'hystérectomie vaginale fut pratiquée suivant la méthode de Doyen-Landau. Dans l'orifice péritonéal où l'on apercevait l'épiploon, on passa un tampon iodoformé. Le surlendemain la malade ayant présenté quelques symptômes d'obstruction intestinale, par crainte d'ileus le tampon fut enlevé et avec lui il entraîna jusqu'à la vulve l'épiploon. Fränkel fit mettre la malade dans la position genu-pectorale et la réduction se fit spontanément, ce qui tient à ce que dans cette position la pression abdominale est diminuée. Les suites furent bonnes et la malade guérit sans autre accident.

Une modification de la colporrhaphie antérieure (Eine Modification der Colporrhaphia anterior), par S. Stocker (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1898, p. 309). — La cystocèle qui accompagne les prolapsus utérins est indiscutablement le point le plus difficile dans le traitement de cette affection. D'après Stocker il y a toujours non seulement élargissement, mais aussi allongement du vagin, c'est pourquoi dans la colporrhaphie il faut à la fois rétrécir et diminuer la paroi vaginale. Stocker procède ainsi : Le cercle U représente l'orifice de l'urèthre, le cercle O l'orifice utérin et les points *a*, *a*, sont placés latéralement et si haut que la ligne qui les réunit est presque au niveau de l'intersection du vagin à l'utérus. Les lignes *ab* vont de la paroi supérieure du vagin à la face antérieure du col près de son orifice. La muqueuse est enlevée dans toute l'étendue de la zone ainsi décrite. Après quoi on procède aux sutures qui se feront à la soie.

L'opération ci-dessus décrite a déjà été faite 18 fois par Stocker depuis 1892. Il y a eu une seule récidive, ce qui est un bon résultat comparé aux autres statistiques.

Un cas de kyste chyleux rétropéritonéal chez une jeune fille de 11 ans. Extirpation. Guérison (Ein Fall von retroperitonealer Chyluscyste bei einem 11-jährigem Mädchen; Exstirpation; Heilung), par le Dr Sarwey (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1898, p. 407). — Le cas suivant est intéressant en raison de sa rareté et de la difficulté du diagnostic.

En août 1894 vint à la clinique du professeur Döderlein une petite fille de 9 ans. Les parents racontèrent que depuis 1892 une tumeur s'était développée dans son ventre, qui, sans causer de gêne appréciable, avait été toujours en augmentant et qui, pour cette raison, fut ponctionnée 2 fois en septembre 1893 et en juin 1894. Les deux ponctions donnèrent 6 litres d'un liquide blanc, laiteux.

Le 3 décembre 1897 le professeur Döderlein entreprit la laparotomie par une incision allant de l'ombilic à la symphise sur la ligne blanche. La tumeur apparut d'origine rétropéritonéale. Pour aller sur elle il fallut inciser le feuillet péritonéal. Le kyste était développé en arrière de l'estomac, il était glissé entre l'estomac et le côlon transverse pour venir se placer en avant de l'intestin, en arrière de la paroi abdominale antérieure. L'extrémité supérieure du kyste pouvait facilement être suivie jusqu'au niveau de la tête du pancréas à laquelle elle semblait réunie par un pédicule gros comme le petit doigt et long de 2 centimètres. En bas le kyste atteignait la symphise pubienne. Le pédicule fut sectionné au niveau du pancréas, et d'un canal placé au centre du pédicule s'écoula un liquide laiteux blanchâtre. Quant

au kyste lui-même, nulle part il n'avait contracté d'adhérences avec les organes voisins. Le moignon du pédicule fut touché au thermocautère et les suites de l'opération restèrent bonnes.

L'examen du liquide permit de conclure à un kyste chyleux rétropéritonéal, sans qu'il soit possible d'en déterminer l'origine exacte.

Deux cas d'oophorectomie pour cancer inopérable du sein (Two cases of oophorectomy for inoperable breast cancer), par W. CHEYNE (*Brit. med. Journ.*, 1898, p. 1196). — Le succès remarquable obtenu par le Dr Beatson qui, le premier, pratiqua l'oophorectomie contre le cancer du sein, a engagé le Dr Watson Cheyne à pratiquer cette opération dans les deux cas suivants :

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, opérée 3 ans auparavant de cancer du sein, vérifié histologiquement et dont la récidive avait actuellement envahi l'aisselle. L'oophorectomie fut proposée et acceptée et l'opération eut lieu le 28 octobre 1896. Les trompes et les ovaires furent enlevées. La guérison fut parfaite et, au moment où la malade quitta l'hôpital (23 octobre), une amélioration très notable se voyait du côté de la tumeur du sein. L'ulcération était cicatrisée sur une grande étendue, la masse axillaire était plus molle et moins adhérente, les ganglions moins volumineux. Quatre mois après l'opération, l'amélioration était encore beaucoup plus sensible et continua ainsi jusqu'à la fin de mai. A ce moment, la tumeur commença à augmenter de nouveau, l'ulcération se rouvrit et les douleurs réapparurent. L'opération n'avait donc pu produire qu'un temps d'arrêt dans l'évolution du mal.

Dans le second cas la malade, une femme de 33 ans, présentait une tumeur du sein droit à marche très rapide et étendue. L'oophorectomie fut pratiquée 9 mois après le début du mal, le 29 mai 1897. Une légère amélioration suivit l'opération, la tumeur cessa d'augmenter momentanément et devint plus molle. Ce mieux ne fut que de très courte durée et la malade mourut à la fin d'octobre.

Absence de l'appendice vermiforme, par BOLDT, de New-York (*Med. Record*, 2 avril 1898, p. 498). — A la séance du 9 février 1898 de la Société pathologique de New-York, le Dr Boldt a présenté à titre de curiosité anatomique un cæcum qu'il enleva à l'autopsie d'un malade et qui ne présentait pas la moindre trace d'appendice vermiforme, condition évidemment rare.

Un cas d'hypertrophie prostatique chez un homme âgé, traité par la méthode de Bottini (Report of a case of prostatic hypertrophy in a very old man; operation by Bottini's method), par LEONARD WEBER (*Medical News*, 16 avril 1898, p. 481). — La méthode de traitement de l'hypertrophie prostatique proposée il y a quelques années, par le Dr Bottini, n'a pas reçu tout le développement qu'elle mérite. Elle consiste à agir sur la prostate au moyen d'un galvano-cautère, fait sur le modèle de l'uréthrotome de Maisonneuve, et l'on peut, de cette manière, obtenir une diminution de la prostate suffisante pour se passer du cathétérisme.

Le Dr Weber a eu recours à cette méthode chez un vieillard de 93 ans, souffrant d'hypertrophie prostatique depuis 5 ans, avec catarrhe vésical et pyélite depuis 12 mois. Deux mois après l'opération, le malade avait recouvré la miction volontaire et vidait complètement sa vessie sans résidu.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 Juillet 1898.

La tuberculose dans la marine.

M. Le Roy de Méricourt résume un mémoire de **M. Vincent**, médecin de marine, sur la fréquence de la tuberculose dans la flotte française de 1888 à 1897.

Les relevés faits à l'hôpital de la marine de Brest notent, pour 15 361 malades, 501 décès, dont presque la moitié (exactement 46,8 p. 100) a été causée par la tuberculose. La proportion de la mortalité est plus élevée chez les sous-officiers, ainsi que chez les mécaniciens et les chauffeurs et, en général, chez les hommes que leur emploi force à séjourner presque constamment dans les profondeurs du navire.

La morbidité par tuberculose serait de 10,3 pour 1 000 sur les navires faisant campagne, de 10,6 sur les navires en station de la flotte des Antilles et de l'Amérique du Nord, de 8,27 pour la flotte de la Méditerranée et de 10 pour 1 000 pour l'escadre du Nord.

Ces chiffres montrent qu'il est nécessaire de prendre, pour l'armée de mer, des mesures prophylactiques aussi énergiques que pour l'armée de terre; en particulier, il faut redoubler de vigilance à l'égard des admissions, éviter l'encombrement et le surmenage, lutter contre l'alcoolisme, en un mot combattre toutes les causes de déchéance.

Régénération des muqueuses.

M. Cornil. — Les expériences ont porté, chez le chien, sur la vessie, la vésicule biliaire, la muqueuse utérine, l'uretère. La muqueuse utérine se régénère par ses glandes d'une manière spéciale.

La technique consiste à sectionner longitudinalement l'urethère ou la corne utérine. On sacrifiait l'animal de quelques heures à plusieurs jours après.

Dans l'uretère, déjà cinq heures après, on voit des modifications importantes. Il y a de nombreux globules rouges et blancs dans la muqueuse. Les cellules superficielles se séparent de celles de la couche moyenne. Elles se greffent à la fibrine ou au grand épiploon. Il se fait une greffe par un processus analogue à la décalcomanie. Les cellules épithéliales sont alors retournées. Ces greffes cellulaires s'étendent rapidement. Au bout de quarante-huit heures, l'uretère a une cavité plus grande; au quatrième jour, les cellules sont en plusieurs couches. C'est par cette reproduction épithéliale que la muqueuse se défend contre la fibrine et reforme sa cavité. Plus tard se reconstituent des vestiges de glandes.

On peut donc, dans ces expériences, constater la greffe directe d'une muqueuse sur l'épiploon.

A propos de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

M. Monod lit, sur ce sujet, une note dans laquelle, après avoir montré les avantages des dispositions de la loi du 30 novembre 1892 relatives à la déclaration des maladies épidémiques, il propose d'inviter les praticiens à se soumettre à l'obligation qui leur a été imposée par l'article 15 de la loi sur l'exercice de la médecine, et à unir leurs efforts à ceux de l'administration sanitaire pour assurer dans la limite du possible la protection de la santé publique.

M. Ferrand croit qu'il conviendrait d'imposer cette déclaration à la famille et non au médecin. La déclaration des naissances a un intérêt beaucoup plus considérable que celle des maladies transmissibles, et cependant c'est à la famille, et, seulement à son défaut, au médecin ou à la sage-femme, qu'incombe cette déclaration. Ce vœu est aussi celui d'un grand nombre de médecins. Beaucoup de médecins n'ont pas fait la déclaration prescrite par la loi et de nombreuses protestations se sont élevées sinon contre la loi elle-même, du moins contre son mode d'application.

Si l'administration a le droit d'exiger le concours des médecins pour prendre telles mesures qu'elle croit nécessaires dans le but de protéger la santé publique, encore se doit-elle à elle-même et doit-elle aux médecins de ne rien leur demander qui soit contraire à leur dignité. Or, en les obligeant à faire la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous leur observation, il est évident qu'elle les met dans la nécessité de trahir dans une certaine mesure la confiance que leur accordent les familles.

M. Cornil. — Les critiques que vient de formuler M. Ferrand contre l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 méritent certainement d'être prises en considération. C'est pour cela que dans le projet de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement en discussion devant le Parlement, il a été introduit un article qui impose l'obligation de la déclaration des maladies transmissibles non plus seulement aux médecins, mais aux familles, aux maîtres d'hôtels, aux logeurs, etc.

J'espère que cette disposition nouvelle donnera satisfaction à M. Ferrand.

M. Leblanc. — L'utilité de la déclaration des maladies contagieuses en médecine vétérinaire n'a plus besoin d'être démontrée, car c'est d'elle que découlent toutes les mesures susceptibles d'enrayer le développement des épizooties.

Je crois qu'il en est de même en médecine humaine, car sans déclaration il n'y aurait plus de désinfection possible. Que la loi de 1892 froisse certaines susceptibilités, cela n'est pas contestable, mais les avantages qu'elle procure sont trop évidects pour que les intérêts particuliers ne s'effacent pas devant ceux de la collectivité.

MÉDECINE PRATIQUE

Les coagulants du sang en thérapeutique,

D'après M. le Dr R. Trémolières.

Les travaux de Dastre, P. Carnot, Wright ont justifié par la physiologie, l'histologie et la clinique l'emploi en thérapeutique des coagulants du sang et spécialement de la gélatine et du chlorure de calcium. M. R. Trémolières vient dans une thèse récente (1) de préciser la posologie de ces médicaments, dont les applications sont particulièrement fréquentes en pratique médicale.

Les premiers expérimentateurs employèrent comme hémostatique local soit la gélatine en solution dans l'eau pure stérilisée ou le sérum physiologique, soit le chlorure de calcium en solution. Mais P. Carnot ayant constaté que le chlorure de calcium seul, en activant avec énergie la coagulation, était inférieur à la gélatine seule, et comme, d'autre part, ni l'une ni l'autre de ces deux substances n'était nocive pour les cellules et que chacune en solution avait une grande valeur comme coagulant, il était naturel de songer à en associer les effets hémostatiques. L'expérimentation prouva que loin d'altérer les propriétés de la gélatine, la présence du chlorure de calcium en rendait les solutions plus puissantes.

La formule du mélange sera la suivante :

Gélatine sèche.	5 à 10 gr.
Eau distillée.	100 gr.
Faire dissoudre la gélatine et ajouter :	
Chlorure de calcium.	2 gr.

Au moment de faire cette solution, il est une recommandation assez importante. Il faut éviter de laisser toucher la gélatine aux parois du récipient qui contient le liquide dissolvant. Sinon, une mauvaise odeur, se dégageant aussitôt, avertit que cette substance a été surchauffée, brûlée et la solution gélatinée aura perdu beaucoup de ses qualités.

Pour avoir ces solutions aseptiques, il est indispensable de tyndaliser le mélange à l'autoclave pendant 15 à 20 minutes et à deux ou trois reprises, en ayant soin de ne pas le porter au-dessus de 105°. Les expérimentateurs qui ont dépassé cette température remarquèrent que l'action hémostatique de la gélatine pouvait en être fortement altérée. Il est favorable de préparer et de stériliser séparément les deux solutions et de ne les mélanger qu'au moment de l'usage.

On peut ainsi préparer une quantité abondante de ces solutions, qui une fois rendues aseptiques, peuvent se conserver assez longtemps, surtout en vase parfaitement clos. Il sera aisé de les utiliser au fur et à mesure des besoins. Ces solutions gardent une homogénéité et une transparence parfaite. Il est évident qu'au moindre flocon suspect apparaissant dans la gelée, on devra rejeter le flacon.

Ces solutions devront être appliquées à une température voisine du corps humain et même légèrement plus basse. Voici comment on procédera.

Autant que possible, après s'être entouré de toutes les précautions nécessaires à la propreté chirurgicale, imbiber seulement de la solution la partie saignante, sans comprimer fortement avec un tampon très serré. En effet, le coton imprégné de gélatine adhère aux tissus et si en le retirant on n'use d'une grande délicatesse, on risque fort d'arracher le caillot de formation récente.

Il est aussi bon, en milieu chirurgicalement propre, de ne pas ajouter d'antiseptiques au mélange. Ce sont des poisons plus toxiques encore pour les cellules que pour les micro-organismes mieux organisés pour se défendre, et nous ne devons pas oublier qu'une des qualités précieuses des solutions de gélatine est d'aider puissamment à la réparation des tissus.

Mais il n'en est plus de même dans un milieu infecté ou lorsqu'on n'a pu réaliser une asepsie suffisante. La gélatine, on le sait, est un milieu très favorable à la pullulation rapide de presque tous les micro-organismes : introduite dans un milieu infecté, elle pourra réaliser la coagulation, mais le sérum sera aussi gélifié et les germes avoisinants viendront en tirer merveilleusement profit.

Il est de rigueur, pour éviter ces accidents, de songer à additionner le mélange d'un désinfectant quelconque (sublimé à 1 p. 1000; acide phénique à 1 p. 100, etc.) qui n'empêchera nullement la prise du caillot et fera en même temps de l'antisepsie. C'est ce que MM. Siredey, Carnot ont méthodiquement fait, toutes les fois qu'ils ont eu à employer ces solutions dans les cavités naturelles où l'asepsie ne pouvait être que très imparfaite.

D'ailleurs un *modus faciendi* particulier s'impose pour faire l'hémostase dans chaque sorte d'hémorrhagie.

Si l'on veut utiliser *la gélatine pour augmenter la coagulabilité générale du sang*, il faut tout d'abord éliminer sans discussion les injections intraveineuses qui ne pourraient donner que des désastres (coagulation massive ou embolies).

La gélatine administrée par la voie stomacale est immédiatement transformée, et ses propriétés coagulantes suspendues par la peptonisation. Mêmes réflexions sur l'emploi des lavements gélatinés, les micro-organismes du rectum liquéfiant la gélatine.

Il nous reste la voie sous-cutanée et MM. Lancereaux, Carnot, Deguy ont pu en tirer profit. Mais il semble que cette méthode est actuellement pleine d'incertitude, tant par l'ignorance où nous sommes des transformations que subit la gélatine ainsi absorbée, que par les dangers que pourrait courir l'individu s'il en introduisait en excès dans son torrent circulatoire.

L'organisme réagit souvent contre ces injections sous-cutanées et M. Deguy dans le *Bulletin médical* de 1897 résumait ainsi les symptômes qu'il avait observés : 1° Hyperthermie consécutive aux injections pouvant aller de 39° à 40°; 2° Douleur au niveau de l'injection, interne et persistante; 3° Rougeur inflammatoire diffuse malgré toutes les précautions prises et en l'absence d'infection secondaire.

M. R. Trémolières considère donc la voie hypodermique comme un procédé absolument d'exception et puisque les voies stomacales et rectales sont interdites, il faudra recourir au chlorure de calcium en ingestion ou en lavement toutes les fois que l'on voudra agir sur la masse totale du sang.

Depuis MM. G. Sée et Wright, nous savons que ce sel est bien toléré par l'estomac, donné en solutions étendues. Son absorption en est facile et c'est avec rapidité qu'il est éliminé par les urines, qui d'ailleurs à l'état normal en contiennent de petites quantités. On n'a donc pas à craindre son accumulation dans le sang.

M. P. Carnot a publié une observation où le chlorure de calcium donné en lavement parut avoir une action manifeste sur des métrorrhagies abondantes et rebelles et fut très bien supporté. Cette méthode mérite d'être appuyée par de nouveaux

1. R. Trémolières, Des coagulants du sang au point de vue thérapeutique (th. de Paris, n° 423).

faits, car elle serait d'une grande utilité dans les cas rares, il est vrai, où le chlorure de calcium administré par la voie stomacale est immédiatement vomi.

Wright recommande 2 à 6 grammes de chlorure de calcium, suivant l'effet que l'on veut obtenir. MM. Apert et Rabé ont donné à un enfant hémophilique 1 gramme de ce sel par jour et pendant longtemps. La formule courante, à l'Hôtel-Dieu, est la suivante :

Chlorure de calcium cristallisé. . . .	6 gr.
Sirop de sucre.	50 gr.
Eau.	200 gr.

à prendre par cuillerée à bouche en 24 heures.

On a pu donner 2 grammes de chlorure de calcium avec de courtes intermittences pendant 1 mois à une femme tuberculeuse dont les hémoptysies reprenaient dès qu'on en cessait l'emploi. Il n'y eut pas de symptômes d'intolérance.

Néanmoins, chez une femme qui avait une néphrite hémorrhagique, on vit survenir une céphalée assez vive après une des récidives de ses hématuries qui avaient été enrayées par le chlorure de calcium. On supprima la médication, les maux de tête disparurent rapidement. Il est évident que dans les cas où les fonctions rénales sont altérées, l'administration d'un sel qui s'éliminera surtout par les reins doit être très prudente.

En revanche, M. Trémolières n'a constaté de symptômes d'intolérance chez aucun autre malade du service traité de la même façon.

Certains auteurs se sont adressés aux injections hypodermiques de chlorure de calcium. Les expérimentateurs ne sont pas d'accord à ce sujet et Wright déclare, dans plusieurs de ses articles, qu'il a abandonné cette voie qui, plusieurs fois, chez des hémophiliques, avait amené des mortifications étendues.

Ici comme pour les injections hypodermiques de gélatine, il convient de réserver son jugement jusqu'au moment où de nouvelles observations viendront l'éclairer.

G. M.

VARIÉTÉS

Zèle maladroit et dangereux.

On lit dans *le Bulletin médical* :

« La tendance à chevaucher dans le champ de la médecine est chose si innée que les administrateurs eux-mêmes ne peuvent résister à la tentation, témoin l'incursion suivante de M. Lépine, que nous nous contenterons de reproduire, tout commentaire ne pouvant qu'affaiblir cette monumentale circulaire :

» Le corps médical a eu, maintes fois, l'occasion de constater qu'en territoire arabe un grand nombre d'indigènes, atteints de la syphilis, se trouvaient sans soins, soit par suite de leur insouciance, soit parce qu'ils étaient complètement dépourvus de ressources.

» Il y a là une cause de mortalité et de dépérissement pour la race, qui doit, à juste titre, préoccuper l'autorité publique. Il est de son devoir de prendre des mesures pour combattre le mal. Le moyen le plus simple consiste à mettre à la portée des plus nécessiteux les remèdes dont ils ont besoin, et qu'ils ne peuvent se procurer, à cause du prix élevé et de l'éloignement où ils sont le plus souvent des centres européens. Il est avéré que l'iodure de potassium produit des résultats très efficaces sur l'indigène, à raison de la sobriété et de la constitution particulière du sujet.

» J'ai donc décidé que ce médicament serait délivré gratuitement aux indigents dans les communes mixtes; lorsqu'elles ne seront pas en mesure de supporter la dépense, une subvention correspondante leur sera allouée, sur demande motivée, et conformément à vos propositions.

» Aujourd'hui, presque toutes ces communes sont dotées d'un médecin de colonisation qui est naturellement désigné pour distribuer le remède, et en suivre les applications. Il importe au succès de la mesure que les médecins fassent de fréquentes tournées dans les douars, et qu'ils montrent envers les indigènes la même sollicitude dont ils font preuve à l'égard des Européens.

» J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien adresser des instructions dans ce sens à tous les administrateurs de votre département, et leur faire connaître qu'ils pourront s'approvisionner d'iodure de potassium à la pharmacie centrale de l'Hôpital civil de Mustapha, qui fournira ce médicament à prix de revient. »

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — *Prix Zambaco.* — Le Dr Zambaco-Pacha, de Constantinople, a fait don à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie d'une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

ART. 1er. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de dermatologie et de syphiligraphie à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la Dermatologie, la Syphiligraphie, ou la Vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la Séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français, et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits, et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, au Secrétaire Général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme de Prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de la direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la Séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le bureau.

ART. 10. — Réglementairement les membres du Comité de de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple pour être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement, établi pour le 1er concours, peut être revisé par la Société par une demande signée par dix de ses membres.

Le prix Zambaco, d'une valeur de 800 francs, sera décerné pour la première fois par la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dans la séance générale de l'année 1900.

Le sujet proposé est : « De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie. »

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques remarques sur la cure radicale des hernies ombilicales non étranglées,

Par F. TERRIER.

Ayant eu l'occasion, de faire tout récemment la cure radicale d'une grosse hernie ombilicale, dont le traitement chirurgical avait fait reculer quelques-uns de mes collègues des hôpitaux, j'ai eu la curiosité de relever dans les statistiques de l'hôpital Bichat toutes les cures radicales des hernies ombilicales non étranglées, avec les résultats qu'elles ont données au moins primitivement.

Voyons d'abord l'observation dont j'ai parlé au début de cet aperçu clinique :

Mme A..., née M..., 44 ans, cuisinière, née en Allemagne, entre à Bichat sur le conseil de son médecin, le 12 mai 1898 pour se faire opérer d'une hernie ombilicale non étranglée.

La tumeur présente la grosseur d'une tête de fœtus à terme, elle date de 4 années, et a succédé aux efforts d'un accouchement laborieux. A cette époque, elle offrait à peine le volume d'une noix, elle a grossi peu à peu.

La malade est d'une bonne santé mais très obèse. Elle aurait eu des coliques hépatiques à deux reprises.

Enfin de temps en temps de légères bronchites altèrent assez peu sa santé pour qu'elle ne cesse pas son travail.

En novembre 1897, la malade consulta un de mes collègues des hôpitaux qui, en présence d'une de ces légères attaques de bronchite, refusa de l'opérer. La même fin de non-recevoir lui fût opposée dans les premiers jours de mai 1898.

C'est quelque temps après qu'elle entra dans le service chirurgical de Bichat (salle Chassaignac).

Les urines analysées avec soin sont absolument normales. L'examen attentif des viscères thoraciques n'y démontre rien d'anormal, malgré l'obésité de la malade.

L'opération fut donc décidée en principe, et elle eut lieu le 17 mai.

L'incision de la paroi abdominale fut faite sur la ligne médiane, empiétant en haut et en bas au delà des limites de la hernie. Cette incision avait 20 centimètres de longueur. L'incision des parois porta au-dessus et au-dessous de la hernie, à une profondeur de 5 centimètres d'épaisseur, vu l'accumulation de la graisse sous la peau.

Le sac herniaire et ses nombreux diverticules, furent largement ouverts. L'épiploon adhérent de tous côtés, libéré avec soin est excisé dans une assez grande étendue. Excision du sac et résection de l'anneau ombilical, assez étroit encore, de façon à pouvoir faire à ce niveau deux plans de sutures profondes, un plan séreux et un plan fibromusculaire.

La réduction des viscères herniés, et surtout du côlon transverse avec son épiploon, fut assez difficile; ces viscères ayant en quelque sorte perdu droit de domicile dans le ventre. Enfin on parvint à rentrer d'abord le côlon, puis l'épiploon lié, puis en dernier lieu l'intestin grêle.

Suture du péritoine au fil de soie et à points séparés. Suture de la paroi musculo-fibreuse réséquée aussi à points séparés et à la soie.

Résection large des téguments recouvrant la hernie et suture profonde de ces téguments aux fils d'argent. Entre ces points profonds on fait des points superficiels au crin de Florence.

L'opération dura 1 heure 1/2, elle se fit sans le moindre incident opératoire et avec une asepsie rigoureuse.

Le jour de l'opération on fit une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

Le 18 mai au soir 38°, le lendemain 37°6 et 37°2.

Le 24 mai, premier pansement, ablation des fils d'argent profonds.

Le 27 mai, deuxième pansement, ablation des fils de crin de Florence superficiels.

La malade sort le 11 juin 1898, guérie.

En fait les suites furent aussi simples que possible et il n'y eut aucune complication à noter.

Ce résultat a-t-il lieu d'étonner, nous ne le croyons pas, et, preuves en main, on peut dire qu'il doit être la règle dans ces sortes d'opérations.

Depuis l'ouverture de l'hôpital Bichat (1883) jusqu'à ce jour nous avons fait 25 opérations de cures radicales de hernies ombilicales, suit :

En 1885, 1 hernie adombilicale . . .	1 guérison
En 1888, 5 hernies ombilicales. . . .	5 guérisons
En 1889, 2 hernies ombilicales. . . .	2 guérisons
En 1890, 2 hernies ombilicales. . . .	2 guérisons
En 1891, 1 hernie ombilicale	1 mort
En 1892, 1 hernie ombilicale	1 guérison
En 1895, 5 hernies ombilicales. . . .	5 guérisons
En 1896, 5 hernies ombilicales. . . .	4 guérisons 1 mort
En 1898, 3 hernies ombilicales. . . .	3 guérisons

En fait : 25 opérations dont 23 guérisons et 2 morts.

Examinons les conditions dans lesquelles se sont produits ces deux insuccès, dont un seul est imputable non à l'opération, mais plutôt à l'opérateur et date de 1891.

L'opérée de 1891 était porteur d'une assez grosse hernie ombilicale, formée surtout par le côlon transverse et l'épiploon adhérent au sac.

L'opération nécessita la résection et la ligature de cet épiploon; mais cette ligature fut incomplète; une artériole donna du sang et la malade succomba à l'hémor-

rhagie intra-péritonéale, qui ne fut pas reconnue pendant la vie.

Dès 1891, j'avais placé cet insuccès parmi les morts dues à une intervention défectueuse (1). C'est un accident qui peut survenir dans n'importe quelle opération abdominale, pendant laquelle on doit réséquer et lier l'épiploon, manœuvre assez commune d'ailleurs et qui n'offre rien de bien grave, quand elle est soigneusement faite.

Quant au second décès survenu en 1896, année où il fut fait 5 cures radicales de hernies ombilicales non étranglées, il survint *17 jours après l'opération* (2).

Or, à cette date, la plaie opératoire était tout à fait guérie, en fait la cure radicale était obtenue.

La malade opérée succomba brusquement à une embolie pulmonaire, d'origine cardiaque et qui fut vérifiée par l'autopsie. On ne peut donc mettre ce décès sur le compte de l'intervention chirurgicale et nous arrivons donc à 25 opérations, ayant donné 24 succès opératoires et une mort par hémorrhagie intra-péritonéale, imputable à une faute opératoire.

Nous pouvons donc conclure de cette statistique personnelle :

1° Que la cure radicale de la hernie ombilicale est une opération bénigne, et cela malgré le volume souvent considérable des viscères herniés.

2° Que les risques d'infection de la cavité péritonéale sont nuls si l'on emploie avec rigueur l'antisepsie et mieux encore l'asepsie pure.

3° Que les accidents d'hémorrhagie sont à peu près les seuls à redouter, à cause de la ligature ou des ligatures qu'il faut presque fatalement appliquer sur l'épiploon d'ordinaire adhérent au collet du sac herniaire et au sac, surtout s'il présente des diverticules multiples, fait très fréquent.

4° Que la cure radicale des hernies ombilicales est indiquée dans presque tous les cas, dès qu'il n'y a pas de complications cardio pulmonaires trop accusées et que l'examen des urines donne des résultats négatifs au point de vue du sucre et de l'albumine.

5° Cette cure radicale *à froid* s'impose d'autant plus que l'opération de la hernie ombilicale étranglée, jadis proscrite, et bien à tort, comme je l'ai toujours soutenu (3), présente une gravité très grande, ainsi qu'il résulte de notre statistique de l'hôpital Bichat :

En 1885, 1 hernie ombilicale étranglée : 1 mort de shok (opérée par Bouilly).
En 1886, 1 hernie ombilicale étranglée et sphacélée on fait l'entérostomie : 1 guérison.
En 1887, 1 hernie ombilicale étranglée : 1 mort, péritonite par perforation au 7e jour.
En 1889, 2 hernies ombilicales étranglées : 2 morts, 1 collapsus, 1 péritonite (opérée par Routier).
En 1891, 2 hernies ombilicales étranglées : 2 guérisons.
En 1893, 1 hernie ombilicale étranglée : 1 mort de péritonite.
En 1895, 1 hernie ombilicale étranglée : 1 guérison.
En 1896, 1 hernie ombilicale étranglée et sphacélée : 1 mort.

Donc, sur 10 opérations de hernies ombilicales étranglées, dont deux sphacélées, nous avons à enregistrer 6 morts. Soit 60 p. 100 de mortalité, alors que la hernie non étranglée nous donnerait 4 p. 100 au maximum.

1. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant les années 1890 et 1891*, 2e édition, p. 40 et 46. Paris, 1894.
2. *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat en 1896*, p. 206 et 211.
3. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1881, p. 17.

On voit donc qu'il n'y a pas de parité à établir entre ces deux opérations, qui rappellent, au point de vue des résultats, les différences qu'on observe entre les appendicites opérées à froid et celles qu'on opère dans leur période inflammatoire aiguë.

Il faut donc tout faire pour éviter les accidents d'étranglement si souvent compliqués de gangrène des hernies ombilicales. Or comme il est impossible de compter sur l'action des bandages dans cette région ; la cure radicale de la hernie non étranglée doit être conseillée et d'autant plus qu'elle ne présente pour ainsi dire pas de gravité.

En terminant, je ferai remarquer que je n'ai parlé ici que des résultats opératoires immédiats. C'est qu'en effet, la cure radicale de la hernie ombilicale comporte toujours un certain aléa au point de vue de la récidive de la hernie, récidive qui explique la variété des procédés opératoires utilisés et successivement vantés par les chirurgiens.

Cette question me semble encore à l'étude, cependant on peut dire que toutes les fois que la cure radicale est pratiquée avec excision de l'anneau fibreux, en un mot que l'opération se rapproche beaucoup d'une laparotomie assez largement faite, les chances de succès permanent sont plus grandes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 Juillet 1898.

Recherches sur le phosphore urinaire.

M. L. Jolly. — MM. Lépine et Aubert ont constaté autrefois l'existence normale, en petite quantité, de phosphore à l'état incomplètement oxydé dans l'urine : la proportion de phosphore s'élevait notablement dans certains états nerveux.

Il paraît ressortir des recherches de M. Jolly que le phosphore urinaire, qui échappe aux méthodes de dosage de l'acide phosphorique, n'est pas du phosphore incomplètement oxydé, ni de l'acide phosphoglycérique, selon une autre hypothèse sans fondement, mais simplement de l'acide phosphorique combiné à des bases métalliques, intimement associé encore à des matières azotées, association qui a résisté à l'action des digestifs et des oxydants intra-organiques.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 Juillet 1898.

Fibrome utérin calcifié.

M. Guibé présente un fibrome utérin du poids de 850 gr. entièrement calcifié. La malade, qui avait jadis eu des métrorrhagies graves, en était guérie, lorsqu'elle fut prise de symptômes de cystite grave accompagnée de sciatique, qui disparurent après l'ablation de la tumeur.

Tubercules latents du cerveau.

M. Cathelin apporte le cerveau d'une fillette de 22 mois, morte 5 heures après le début d'accidents épileptiformes, sans autre antécédent pathologique qu'un spina ventosa encore en évolution.

On voit un gros tubercule dans la couche optique, deux tubercules moins gros dans le cervelet, et quelques granulations au niveau de la scissure de Sylvius et dans le poumon gauche.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Georges Luys présente l'observation d'une femme de 25 ans, qui, étant en état d'ivresse, s'était jetée le 7 mai, par la fenêtre d'un 2e étage dans la rue et était tombée assise sur les ischions.

Transportée à Necker dans le service de M. Le Dentu, cette malade présentait de la paraplégie et une anesthésie complète (analgésie et thermanesthésie) remontant jusqu'à quelques centimètres au-dessous de la ceinture. La rétention d'urine était absolue et nécessitait le sondage. Localement, on pouvait constater une douleur localisée au niveau de la 1re lombaire et une saillie de l'apophyse épineuse de cette vertèbre.

La malade mourut cachectique avec de la pyurie et une eschare sacrée considérable, le 23 juin.

A l'autopsie, on constate une fracture oblique du corps de la première vertèbre lombaire. C'est le bord postérieur et supérieur du fragment inférieur de cette vertèbre qui, déplacée en arrière, venait se confondre à ce niveau avec la lame de la même vertèbre, de telle manière que la moelle était absolument comprimée entre ces fragments osseux. Il n'y avait pas trace d'épanchement sanguin intra-rachidien.

Érosions hémorrhagiques de l'estomac.

M. Milian montre l'estomac d'une femme de 63 ans, morte de cirrhose atrophique.

Cet estomac, dilaté, outre les érosions caractéristiques, présentait l'état mamelonné de la gastrite.

L'examen histologique révèle la pathogénie de la lésion : dilatations capillaires considérables de la muqueuse, digestion des ecchymoses formées. Il n'y avait aucune inflammation folliculaire, aucun abcès miliaire.

Le reste de l'estomac présentait une cirrhose marquée avec inflammation chronique des vaisseaux.

Déformation congénitale du foie.

M. J. Chaillous présente un foie de nouveau-né, du bord antérieur duquel se détache un lobe surnuméraire, très développé par rapport au reste du foie, ovalaire, piriforme comme une vésicule biliaire, implanté à droite du ligament suspenseur, au niveau du lobe carré. La vésicule est couchée sur son flanc droit, la veine ombilicale sur le flanc gauche. L'extrémité antérieure du lobe anormal adhérait au sac d'une hernie ombilicale, et cette disposition n'avait sans doute pas été étrangère à la formation de l'anomalie.

Cancer primitif de l'œsophage et sarcome hémorrhagique du pouce, chez un ancien opéré de cancer du rein.

MM. Griffon et **Dartigues** présentent un cancer de l'œsophage, trouvé à l'autopsie d'un homme de 50 ans, opéré 3 ans auparavant par M. Polaillon, qui lui enleva un rein cancéreux. La poche néoplasique fait communiquer l'œsophage avec la portion terminale de la trachée et avec la bronche gauche. Le malade est mort de bronchopneumonie par infection descendante.

Le cancer du rein n'a pas récidivé. L'uretère correspondant s'est cicatrisé à son extrémité supérieure, mais est resté creux et ne s'est pas transformé en cordon fibreux.

La tumeur de la main, apparue 5 mois avant la mort, occupe la partie moyenne du premier métacarpien. C'est une sorte de caillot sanguin, volumineux, entouré d'une coque osseuse mince, flexible; il semble que l'os, à sa partie moyenne, se soit laissé distendre peu à peu par une néoplasie à point de départ central. Au microscope, il s'agit d'un fibro-sarcome avec grandes hémorrhagies, anciennes dans les portions périphériques, récentes au centre de la tumeur.

Les coupes du cancer œsophagien montrent un épithéliome pavimenteux, avec globes épidermiques.

On trouve donc, réunies sur ce même sujet, des tumeurs de constitution différente, sans lien apparent entre elles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Juillet 1898.

Méningo-encéphalo-myélite déterminée chez le chien par le bacille de septicémie des cobayes.

MM. Phisalix et **H. Claude.** — L'injection de 1 ou 2 centimètres cubes de culture du bacille de la septicémie des cobayes dans les veines détermine chez le chien un certain nombre de troubles nerveux dont les principaux sont la difficulté de la marche et de la station debout, le défaut d'équilibre, la raideur de la nuque et de la colonne vértébrale, enfin une hyperesthésie extrême et des crises de convulsions rappelant les paroxysmes tétaniques. La maladie s'accompagne d'autres accidents généraux et locaux de nature infectieuse et évolue en 4 à 10 jours.

Les lésions macroscopiques consistent en une inflammation considérable des méninges cérébrales et médullaires, avec exsudats séropurulents, distension des ventricules et de l'épendyme. Au microscope, congestion et inflammation intense des enveloppes cérébrales; infiltration embryonnaire très marquée dans la substance cérébrale, avec ramollissement de la couche corticale es de la surface des ventricules. Inflammation des capillaires et de leur gaine lymphatique.

Au niveau de la moelle on constate des lésions de méningomyélite aiguë et surtout un ramollissement la substance cérébrale, avec ramollissement de la couche corticale et de la surface des ventricules; inflammation des capillaires et de leur gaine lymphatique.

Au niveau de la moelle, on constate des lésions de méningomyélite aiguë, et surtout un ramollissement de la substance grise périépendymaire sur toute la hauteur de la moelle cervicale et dorsale. Les régions lombaire et sacrée sont à peu près indemnes, et les méninges à ce niveau ne présentent que peu de signes de réaction inflammatoire.

Cette infection expérimentale chez le chien est remarquable par la constance du siège des lésions nerveuses, par la localisation du processus infectieux aux parties supérieures de l'axe cérébro-spinal, contrairement à ce qu'on observe dans les autres septicémies ou intoxications expérimentales où la moelle lombaire et sacrée est atteinte plus tôt et à un degré toujours plus marqué. Enfin les caractères symptomatiques comme les altérations anatomiques permettent de rapprocher ces faits de certains types de méningite cérébro-spinale de l'homme.

Paralysie ascendante simulant le béribéri.

MM. Chantemesse et **Ramond** ont eu l'occasion d'étudier une curieuse maladie épidémique, rappelant presque en tous points le béribéri. Il s'agissait d'aliénés, qui, sans cause bien apparente, furent atteints en grand nombre de troubles moteurs spéciaux. Le début s'annonçait par des vomissements, de l'œdème, marqué surtout aux membres inférieurs, et de la paralysie des muscles extenseurs de la jambe et de la cuisse. Puis au bout d'un temps variable, l'œdème et les vomissements disparaissaient; la paralysie seule persistait et ne tardait pas à progresser, envahissant les membres supérieurs, le diaphragme, etc., aussi la mort survenait-elle, fréquente, par accidents circulatoires ou respiratoires.

A l'autopsie, la moelle ne présentait rien de particulier à l'œil nu; la rate et les ganglions étaient hypertrophiés. Au microscope, la moelle n'offrait aucune lésion des cordons; mais les cellules des cornes antérieures étaient nettement altérées. Les nerfs périphériques semblaient atteints par place de névrite segmentaire périaxile; la lésion était beaucoup plus marquée sur les nerfs pneumogastrique et sympathique.

La structure des muscles était moins apparente qu'à l'état normal, et les noyaux du sarcolemne avaient proliféré. En somme les troubles moteurs ressortissaient à la fois de lésions centrales et périphériques.

Le foie, la rate, les ganglions, le liquide céphalo-rachidien renfermaient constamment un bacille protéiforme, mais prenant le Gram, coagulant le lait et se développant sur gélose avec des

caractères spéciaux. L'inoculation sous-cutanée de ce microbe ou de ses produits de sécrétion ont amené toujours chez le lapin des paralysies rappelant presque absolument celles que les auteurs avaient observées chez l'homme.

Les lésions portaient surtout sur la moelle, respectant presque complètement les nerfs périphériques.

Sur la présence d'une oxydase dans la peau de la grenouille verte.

M. Phisalix. — On sait depuis la découverte de G. Bertrand, le rôle important que jouent les oxydases dans la biologie des êtres vivants. Si, comme cela est probable, ces substances président aux oxydations intra-organiques et interviennent dans les phénomènes chimiques de la respiration, on doit constater leur présence dans les tissus dont la fonction respiratoire est capable de suppléer à l'introduction directe de l'air dans les poumons. Cette idée m'a conduit à rechercher les oxydases dans la peau des batraciens et j'ai pu mettre en évidence, chez Rana esculenta, l'existence d'un ferment cutané à propriétés nettement oxydantes. Une expérience bien simple suffit à en donner la démonstration. Des peaux de grenouilles, coupées en morceaux, sont mises en macération dans l'eau salée chloroformée. Le liquide obtenu par expression est distribué dans 3 tubes : le 1er est chauffé à l'ébullition et laissé à l'air libre; le 2e soumis à l'action du vide est scellé; le 3e laissé intact et à l'air libre. Or, tandis que les 2 premiers restent incolores, le 3e prend une teinte brune foncée qui s'accentue de plus en plus pour arriver à une coloration noire.

Cette nouvelle oxydase est probablement très répandue chez les animaux à respiration cutanée et doit jouer un rôle important comme fixateur d'oxygène.

Sécrétion et excrétion des liquides intra-oculaires.

M. Ulry expose le résultat de ses recherches sur la sécrétion et l'excrétion des liquides intra-oculaires. De ses expériences il conclut que :

1° L'humeur aqueuse et la partie liquide du corps vitré sont sécrétées par les procès ciliaires.

2° L'humeur aqueuse s'échappe en avant par l'angle irido-cornéen et gagne, d'une part le canal de Schlemm et les veines ciliaires; d'autre part les lymphatiques de la supra-choroïde.

3° L'humeur vitrée est éliminée en arrière, au niveau de la papille optique et suit les gaines périvasculaires des vaisseaux centraux et les cloisons conjonctives du nerf.

4° Les lésions oculaires dans l'intoxication par la naphthaline ne prouvent nullement que la nutrition du cristallin soit sous la dépendance de la rétine.

Etat des cellules nerveuses de la moelle épinière, chez l'homme, après autopsie (méthode de Nissl).

MM. Cl. Philippe et de Gothard. — Dans le but de reconnaître les modifications banales, agoniques ou cadavériques, des cellules nerveuses, nous avons examiné, par la méthode de Nissl, dix moelles appartenant à des sujets d'âge différent; tous étaient morts d'infections broncho-pulmonaires ou septicémiques, et avaient subi la putréfaction cadavérique. Nous avons rencontré des altérations, constantes et profondes, dans les grandes cellules radiculaires des cornes antérieures!

Ces altérations s'étendent au tiers des cellules, dans le renflement lombo-sacré comme dans le renflement cervical. Elles sont très variées : ici, c'est une cellule gonflée presque dépourvue de stries ou de bâtonnets chromatiques; le noyau est déplacé; la substance achromatique apparaît teintée d'une façon uniforme. Là, c'est une autre cellule plus altérée encore; arrondie, elle a perdu tous ses prolongements; le noyau, la membrane nucléaire se distinguent mal; souvent, le noyau est périphérique, même sur le point de faire hernie; les éléments chromatiques sont presque nuls. Nous signalerons, en outre, d'autres modifications, également constantes, qui dépendent uniquement de l'âge du sujet et se rencontrent dans la moelle sénile. Ces modifications, intéressantes à connaître pour les recherches anatomo-pathologiques, sont : la pigmentation excessive; la rareté des éléments chromatiques; la diminution de nombre.

Lésions, constantes et polymorphes, des cellules nerveuses dans deux cas de polynévrite alcoolique, subaiguë.

MM. Cl. Philippe et de Gothard. — Les cellules nerveuses radiculaires ont été étudiées, sur des coupes transversales, par la méthode de Nissl au bleu polychrome d'Unna, dans tout le segment lombo-sacré et dans la région cervicale. Partout, elles sont altérées. Les lésions marchent assez parallèlement avec celles rencontrées au niveau des muscles et des nerfs, mais elles ne répondent pas à un type univoque, même dans leur stade initial. Généralement, au début, la cellule se gonfle, de façon à atteindre 80 à 90 μ; son protoplasma se se surcolore; les éléments chromatiques ne sont plus individualisés; il ne nous a pas paru possible de localiser le processus dans la zone du cylindre-axe ou dans celle du noyau. Puis, la cellule diminue de volume; elle devient très pâle; son noyau gagne la périphérie, perd sa substance nucléaire, se déforme. Nous voulons insister, avant tout, sur la constance et sur le polymorphisme de ces altérations cellulaires, quand la polynévrite est en pleine évolution.

Toxicité de quelques humeurs de l'organisme inoculées dans la substance cérébrale.

MM. Widal, Sicard et Lesné. — Nous avons essayé d'appliquer la méthode d'inoculation intra-cérébrale de MM. Roux et Borel à l'étude de la toxicité de quelques humeurs de l'organisme. On sait que ces auteurs, dans leurs recherches sur la sérothérapie antitétanique, ont montré combien il était facile et peu dangereux d'injecter un liquide en pleine substance cérébrale du cobaye ou du lapin; ils ont montré, de plus, en expérimentant avec le chlorhydrate de morphine, les services que cette voie d'introduction pourrait rendre à l'étude des poisons du système nerveux central.

Nos recherches ont porté sur 54 sérums humains; 9 provenaient d'individus bien portants; tous les autres provenaient de malades atteints d'affections aiguës ou chroniques les plus diverses. Nos recherches nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

Il existe, dans le sérum humain, un poison convulsivant qui peut être révélé par l'inoculation dans le cerveau du cobaye. L'inoculation, à doses très élevées, dans le cerveau du lapin ou du chien, reste sans action. Les cellules nerveuses d'animaux d'espèces voisines, telles que le cobaye ou le lapin, peuvent donc réagir tout à fait différemment sous l'influence d'un même poison de l'organisme.

Le sérum de bœuf, inoculé dans le cerveau du cobaye, est au moins aussi toxique que le sérum de l'homme; le sérum de chien est également convulsivant; celui du lapin l'est beaucoup moins; celui de trois cobayes, d'une chèvre et de deux ânes, expérimentés immédiatement après avoir été recueilli, s'est montré sans action dans nos expériences; il en a été de même pour des sérums antitétaniques, antidiphthériques et antistreptococciques délivrés par l'Institut Pasteur.

Le poison convulsivant du sérum humain pour le cerveau du cobaye possède quelques propriétés spéciales aux ferments; il s'atténue après une conservation de quelques jours au contact de l'air et il est détruit après une exposition d'une demi-heure à 50°.

Des liquides de pleurésie, d'ascite et d'hydarthrose se sont montrés beaucoup moins toxiques que le sérum.

L'urine occasionne, par inoculation intra-cérébrale, une intoxication variable dans son intensité. Cette intoxication diffère de celle produite par le sérum. L'urine, en effet, n'est pas seulement convulsivante pour le cerveau du cobaye, elle l'est aussi pour le cerveau du lapin. Chez cet animal, son inoculation intra-cérébrale révèle trois des symptômes signalés par M. Bouchard après inoculation intra-veineuse de l'urine : le myosis, la dyspnée et les convulsions. Enfin, si on expose l'urine à 100°, pendant 1 heure, elle ne perd pas ses propriétés toxiques.

Chez un artério-scléreux, atteint de néphrite interstitielle avec polyurie, le sérum était très convulsivant pour le cerveau du cobaye, l'urine était, au contraire, très peu toxique.

Dans ce cas, nous n'avons pourtant pas constaté, dans le sérum, la rétention des poisons de l'urine, décelables par la méthode des injections intra-cérébrales. Ce sérum était, en effet, sans action sur le cerveau du lapin et, par l'exposition à 50°, il perdait ses propriétés convulsivantes pour le cerveau du cobaye.

Tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce fait que l'inoculation intra-veineuse du sérum humain chez le lapin est plus toxique que l'inoculation intra-veineuse de l'urine. Nos expériences montrent, au contraire, qu'un 1/2 centimètre cube de sérum humain, inoculé dans le cerveau du lapin, reste sans action, tandis que l'inoculation de un 1/2 centimètre cube d'urine dans le cerveau de cet animal produit presque toujours les accidents que nous avons décrits.

Sur les propriétés favorisantes et immunisantes des produits solubles du bacille d'Eberth et du colibacille.

M. A. Rodet. — Les cultures sur agar de bacille d'Eberth et de colibacille sont beaucoup mieux supportées que les cultures en bouillon, à dose correspondante, eu égard à la richesse en éléments microbiens. Les bacilles vivants isolés des cultures en bouillon sont également peu actifs; ils sont beaucoup mieux supportés que lorsqu'ils sont réunis à leurs produits solubles sous la forme d'une culture complète à dose correspondante. Ils sont beaucoup plus actifs, lorsque, après les avoir isolés, on les réunit à leurs produits de culture, que si on les met en suspension dans l'eau.

Les produits solubles diffusés dans les bouillons de culture de ces microbes sont donc puissamment favorisants à l'égard des bacilles vivants.

Après avoir ainsi constaté que, dans les effets déterminés par une culture complète de ces bacilles, il faut attribuer une grande part aux produits solubles introduits en même temps que les éléments vivants, j'ai recherché quels résultats donne l'imprégnation graduelle des animaux par ces produits, en ce qui concerne les propriétés communiquées au sérum et notamment la propriété agglutinative.

Des cobayes, ayant reçu pendant plusieurs semaines des cultures filtrées, soit de bacille d'Eberth, soit de colibacille, ont fourni des sérums doués d'un haut pouvoir agglutinatif (actifs aux doses de 1/2000, 1/4000 et au-dessous).

Les produits de filtration de ces bacilles sont donc capables de communiquer aux humeurs un pouvoir agglutinatif énergique : preuve péremptoire que les produits solubles de ces microbes ne sont pas inertes.

Les cultures stérilisées par la chaleur sont, à dose égale, sensiblement plus efficaces à communiquer cette propriété aux humeurs; mais l'infériorité des cultures filtrées est compensée par la possibilité de les administrer à plus haute dose.

A un point de vue général, l'aptitude à faire naître la propriété agglutinative est loin d'être l'apanage de la substance des corps microbiens. Le traitement par les produits solubles peut suffire, pour certains microbes, à déterminer cette propriété à un haut degré.

De la verruga peruviana.

M. Maurice Letulle. — Sous le nom de verruga, les médecins du Pérou décrivent une maladie endémique aux environs de Lima où elle frappe à la fois les hommes et le bétail. Elle se caractérise par des tumeurs cutanées variant du volume d'un pois à celui d'une orange, chroniques, indolores, mais susceptibles toutefois de s'enflammer et de s'ulcérer.

MM. Renaut et Cornil avaient déjà fait dès 1871 une étude anatomo-pathologique de tumeurs de verruga. J'ai pu reprendre cette étude avec les techniques modernes, grâce à l'obligeance de M. Odriozola, de Lima, qui m'a envoyé une douzaine de ces tumeurs enlevées sur le vivant. Voici les caractères que j'ai reconnus à ces tumeurs.

1° *Tumeurs non ulcérées.* — L'épiderme est peu altéré; il présente seulement une prolifération marquée de ses cellules épithéliales. Les principales lésions portent sur le tissu dermique et sous-dermique; toute trace de la structure normale y a disparu; on n'y voit ni glandes sébacées, ni glandes sudoripares, ni follicules pileux, mais seulement des masses de tissu embryonnaire gorgé de globules blancs, et contenant des vaisseaux de nouvelle formation.

Dans ces masses, M. Izuicardo a découvert, en 1885, un bacille particulier que M. Odriozola a essayé de cultiver et d'inoculer sans arriver à des résultats tout à fait satisfaisants. Dans les tumeurs que j'ai étudiées, ce bacille se présente en filaments grêles formant des groupes, ressemblant tout à fait à des bacilles tuberculeux, se colorant comme ces derniers par le liquide de Ziehl, et résistant comme eux à la décoloration par les acides. La maladie ressemble donc beaucoup à la tuberculose par son microbe, mais en diffère notablement par son histologie, et en particulier par l'absence constante de cellules géantes et d'amas caséeux.

2° *Tumeurs enflammées et ulcérées.* — Elles diffèrent des précédentes par la présence de nombreux noyaux enflammés, dans lesquels on peut trouver des staphylocoques et des streptocoques. On remarque, en outre, une réplétion extraordinaire des lymphatiques par des amas de globules blancs, qui semblent les injecter comme par une injection expérimentale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Juin 1898.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Richelot est partisan de la colpotomie dans les abcès saillants du cul-de-sac postérieur et les phlegmons du ligament large.

La discussion ne peut s'engager que lorsqu'il s'agit d'aborder une collection haut située et reliée ou non au cul-de-sac postérieur par de la pelvi-péritonite séreuse. Dans ces cas l'intervention est délicate et le danger à redouter est l'inoculation, par un pus virulent, du péritoine dans lequel on peut ouvrir directement la collection. M. Richelot a vu cet accident se produire malgré toutes les précautions et a eu à déplorer des accidents allant jusqu'à la mort. Quant aux récidives, elles ne sont pas rares.

Aussi, sans rejeter les conclusions de M. Monod, M. Richelot estime qu'il restreint la voie vaginale aux cas précités. Il s'en tient donc aux idées qu'il a déjà exposées au Congrès de Genève et qui se résument ainsi :

1° L'incision vaginale est indiquée surtout dans les cas de suppuration aiguë et récente, faisant une saillie bien nette au niveau d'un cul-de-sac vaginal, un foyer simple et guérison facile;

2° Elle est encore indiquée dans les suppurations virulentes, suivant de très près l'accouchement, d'autant mieux qu'alors la friabilité des tissus rend très graves toutes les manœuvres d'extirpation;

3° L'incision vaginale est exposée à laisser après elle sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux.

M. Le Dentu pense que l'incision vaginale est indiquée : 1° dans l'hématocèle infectée, à poche unique ou à poches multiples, si la cavité péritonéale est bien isolée, au risque de la faire suivre de l'hystérectomie vaginale qui souvent est nécessaire secondairement;

2° Dans un certain nombre de suppurations aiguës, unilatérales ou même doubles, adhérentes à la muqueuse vaginale et franchement abordables par le vagin.

Il faut y renoncer dans tous les cas de suppuration complexe, et, en tout cas, la considérer toujours comme une opération d'attente, qui, assez fréquemment du reste, devient curative.

M. Hartmann divise les suppurations en deux grandes classes : 1° celles qui sont développées soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, soit dans le cul-de-sac de Douglas : ce sont des suppurations sans poche préexistante; 2° celles qui sont développées dans l'épaisseur même des annexes, comprenant par

conséquent une poche développée aux dépens de ces annexes. Il ne l'occupe que de ces dernières : sur 23 cas qu'il a ainsi opérés, il ne lui est jamais arrivé d'ouvrir la collection dans le ventre, comme paraît le craindre M. Richelot. Les résultats immédiats ont été bons dans tous les cas; au point de vue curatif, les résultats sont également bons, bien que quelques malades restent sujettes à de petites poussées, et que 4 d'entre elles aient dû subir une autre intervention.

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus avec propagation à tout le canal médullaire.

M. Kirmisson présente un enfant auquel, pour une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus avec infection de tout le canal médullaire, il a pratiqué l'extirpation de la tête humérale et le curetage total de la moelle de la diaphyse. Le résultat est parfait.

M. Potherat présente : 1° une jeune femme de 24 ans qu'il a laparotomisée pour une péritonite bacillaire avec granulations miliaires aiguës; 2° une malade qu'il a guérie d'une ostémyélite du pied par deux curetages suivis de 10 injections de chlorure de zinc. L'amputation, dans ce cas, avait paru nécessaire.

Double néphrotomie.

M. Delbet présente une malade à laquelle il a pratiqué, à intervalles éloignés, d'abord la néphrotomie droite pour une hydronéphrose avec calculs, puis la néphrotomie gauche pour des accidents provoqués par une véritable bouillie calculeuse située dans le bassinet et par un calcul situé dans l'uretère, et qui put être ramené jusque dans le bassinet.

Gastrostomie.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué, en un temps, une gastrostomie, il y a 16 mois. Le diagnostic porté avait été : épithélioma de l'œsophage, mais il doit être réformé, le malade allant actuellement très bien. Le fonctionnement de la bouche stomacale est parfait, à condition de laisser une sonde à demeure pour empêcher l'atrésie; l'estomac a été simplement fixé à face profonde de la paroi et la muqueuse n'a pas été fixée à la peau d'où la tendance à la rétraction.

Néphrectomie transpéritonéale pour tuberculose massive du rein.

M. Schwartz présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation du rein droit atteint de tuberculose massive; en même temps, il lui fait une cholécystotomie idéale pour quelques calculs qui furent en même temps trouvés dans le vésicule biliaire.

Résection cunéiforme du métatarse pour pied bot paralytique.

M. Monod présente une jeune femme de 25 ans qu'il a opérée, il y a 6 ans, pour un pied bot extrêmement accentué; cette malade ne pouvait marcher, car le pied reposait par sa face dorsale, sur le sol; le résultat est très bon.

Le Phelps fut fait et ne donna rien, et M. Monod n'obtint le redressement qu'en enlevant successivement le scaphoïde, la tête de l'astragale, le cuboïde et une partie de l'apophyse calcanéenne.

M. Championnière insiste à nouveau sur l'inutilité du Phelps et sur la nécessité qu'il y a, pour obtenir un résultat rapide, à faire une très large ablation osseuse, ablation permettant de mettre le pied comme on veut et, par suite, de le redresser à sa guise : tout appareil immobilisateur est inutile.

M. Demoulin présente les pièces d'une gastrostomie exécutée d'après le procédé de Witzel-Kader, recommandé par Fontan. Le fonctionnement valvulaire est parfait.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Juillet 1898.

Paralysie radiculaire inférieure du membre supérieur droit. Autopsie.

M. E. Apert a eu l'occasion, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, de pratiquer l'autopsie d'un homme de 37 ans, atteint, depuis un traumatisme survenu à l'âge de 4 ans 1/2, d'une paralysie radiculaire inférieure du bras droit. La relation de cette autopsie est intéressante à publier, d'abord parce que les cas de ce genre, sont très rares, et qu'ils n'ont été qu'exceptionnellement suivis d'autopsie, ensuite parce qu'on a rencontré des lésions intéressantes, non encore signalées dans ces cas d'atrophie secondaire des centres nerveux médullaires et corticaux correspondants.

L'histoire clinique du malade a été publiée en détail, dès 1885, par M. Féréol, au mémoire de qui nous renvoyons. La localisation des atrophies musculaires, et l'existence des troubles oculaires caractéristiques, avaient dès lors permis d'affirmer le diagnostic de paralysie radiculaire inférieure.

A l'autopsie M. Apert trouva les lésions suivantes : muscles de la main, muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts, muscles épitrochléens, muscles cubitaux, muscles triceps, coraco-brachial, grand dorsal, grand rond, grand pectoral (y compris le chef claviculaire), absolument détruits et transformés en un tissu fibroïde blanchâtre, où le microscope ne montra plus de trace de fibres musculaires striées, mais seulement des filaments conjonctifs avec des blocs de substance vitreuse interposés aux filaments et allongés dans le même sens qu'eux. Au contraire, les muscles supinateurs, radiaux, branchial antérieur, biceps, deltoïde, sus- et sous-épineux, sous-scapulaire, petit rond, sous-clavier, ont leur couleur, leur consistance et leur structure normales.

L'humérus ne paraît pas altéré; le radius et le cubitus ont une forte courbure à concavité antérieure et externe, mais sans trace de fracture ni altération du tissu osseux. Il semble qu'il s'agit d'une altération purement mécanique, due à l'action des muscles long supinateur et radiaux, non contrebalancée par celle de leurs antagonistes atrophiés. Les os du carpe de la main sont sains.

L'examen histologique du nerf cubital et du nerf médian montre que les fibres de ces nerfs sont atteintes de dégénérescence wallérienne, les gaines vides sont nombreuses, les noyaux multipliés, la myéline disparue. Il en est de même des deux branches inférieures du plexus brachial.

Dans la moelle, on note les altérations suivantes : au-dessous de la 1re racine dorsale, rien de particulier; au niveau de la 1re dorsale et de la 8e cervicale, diminution de la saillie de la corne antérieure droite; grande raréfaction des cellules dans cette corne; au niveau de la 7e cervicale, disparition absolue des cellules étoilées dans la corne antérieure. Au-dessus de ce niveau, la structure redevient normale. Nulle part, il n'y a de sclérose, ni de processus inflammatoire. La substance blanche n'a aucune lésion, non plus que dans le bulbe et la protubérance.

Dans l'hémisphère cérébral gauche, la circonvolution frontale ascendante est considérablement diminuée de largeur et de hauteur au niveau de l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Elle mesure, en largeur, 7 millimètres au lieu de 14 du côté opposé. Sa hauteur est moitié moindre en ce point que sur le reste de son trajet, en sorte qu'il existe à ce niveau une dépression, sorte de col faisant communiquer le sillon prérolandique avec la scissure de Rolando. L'examen histologique comparatif de la circonvolution atrophiée et de sa congénère du côté opposé ne montre, à part l'atrophie, aucune différence.

En résumé, lésion traumatique des racines inférieures du plexus brachial, ayant entraîné : *a*) au delà du trauma, la dégénérescence wallérienne des branches inférieures de ce plexus et celle des nerfs et des muscles correspondants; *b*) en deçà du trauma, une atrophie simple des parties correspondantes de la moelle et du cerveau, sans aucune lésion inflammatoire ni dégénérative. Cette atrophie ne peut donc être considérée comme une dégénérescence ascendante; c'est simplement une atrophie

par cessation de fonctionnement de l'organe, selon la loi biologique générale bien connue.

M. Achard a observé un cas analogue : traumatisme du genou à 8 ans, atrophie musculaire et osseuse du membre, mort à 40 ans de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle et des cellules cérébrales du centre correspondant.

Sur quelques modifications de l'urine consécutives à l'absorption des sucres.

MM. Ch. Achard et E. Weill. — L'absorption des sucres provoque très fréquemment la polyurie. Ce fait a été établi expérimentalement au moyen d'injections intra-veineuses (Ch. Richet et R. Moutard-Martin) et l'on a utilisé comme diurétiques la lactose (G. Sée) et la glycose (Dujardin-Beaumetz). Les autres sucres possèdent cette même propriété. Cependant, la polyurie n'est pas absolument constante; après l'absorption des divers sucres, il y a des cas où l'urine n'est nullement augmentée de volume, en sorte que ce sont des médicaments infantiles.

Nous avons observé l'effet diurétique en faisant ingérer de 100 à 150 grammes de saccharose, de sucre interverti, de glycose, de lactose. En lavement, la saccharose nous a donné le même résultat, à la condition que le lavement fût gardé au moins une demi-heure.

Enfin l'injection sous-cutanée de divers sucres, saccharose, sucre interverti, glycose, lévulose, lactose, galactose, maltose, nous a paru produire, plus facilement que l'introduction dans le tube digestif, la polyurie. Avec des quantités très faibles, avec 1 gr. 50 de saccharose, par exemple, c'est-à-dire à peine le cinquième d'un morceau de sucre ordinaire, introduit sous la peau, nous avons encore obtenu un accroissement appréciable de l'urine. Chez des malades oliguriques, nous avons pu ainsi relever le taux des urines, en sorte qu'on pourrait utiliser, comme adjuvant de la médication diurétique, les injections sous-cutanées de solutions sucrées stérilisées.

Parallèlement à la polyurie, on observe souvent l'azoturie et l'augmentation des autres éléments constituants de l'urine. Mais ce fait n'est pas non plus constant, et il y a des cas où l'urine n'est aucunement modifiée dans son volume ni dans sa composition par l'absorption des sucres.

Enfin, des éléments anormaux peuvent apparaître dans l'urine sous l'influence des sucres. Sans parler du passage possible de ce sucre dans l'urine et des phénomènes de la glycosurie alimentaire, on peut encore observer, lorsque le sucre est absorbé à dose massive par le tube digestif, de l'urobilinurie et de l'indicanurie. Il s'agit là de phénomènes transitoires, ne se montrant que dans les quelques heures qui suivent l'absorption du sucre par voie buccale ou rénale. Cette urobilinurie et cette indicanurie sont dues vraisemblablement à une sorte de surmenage momentané du foie, traversé par une dose trop considérable de sucre. D'ailleurs, l'urobilinurie, en pareil cas, survient surtout chez des sujets qui en avaient déjà présenté antérieurement, en raison de leur maladie. De plus, le passage de ces matières colorantes dans l'urine s'observe le plus souvent aussi chez des malades présentant les symptômes de la glycosurie alimentaire.

De la valeur du signe de Kernig dans le diagnostic des méningites.

M. Netter attire l'attention sur un signe très précieux pour le diagnostic des méningites, le signe de Kernig.

Indiqué dès 1882 par le médecin de Saint-Pétersbourg, contrôlé par Henoch, Bull, Blümm, Friis, le signe de Kernig a passé inaperçu pour le plus grand nombre des médecins.

La recherche est des plus aisées. Examinant le malade dans le décubitus dorsal, on s'assure que les membres inférieurs sont relâchés, et qu'il est fort aisé d'amener le genou dans une extension complète. On maintient alors le malade assis, et, dans cette position, il fléchit plus ou moins les genoux. Ceux-ci, malgré tous les efforts, ne peuvent être étendus complètement. La contracture des muscles fléchisseurs s'y oppose, et il reste un angle qui peut être de 90° dans les cas très accentués, et qui n'est jamais supérieur à 135° ou 140°. L'extension complète redevient aisée dès que l'on incline de nouveau le tronc du malade en arrière.

On a vainement tenté jusqu'ici de donner une explication tout à fait satisfaisante de la pathogénie de ce phénomène.

Dans tous les cas, ce qui importe, c'est d'en préciser la valeur, qui est considérable.

Sur 46 méningites de toute nature, étudiées par M. Netter à ce point de vue, il n'a manqué que 5 fois. Il se trouve donc présent dans 90 cas sur 100.

On ne l'observe pas en dehors des méningites. M. Netter l'a toujours vu manquer dans des cas nombreux de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de chorée, d'affections centrales chez les enfants, d'érythèmes noueux, etc.

La constatation du signe de Kernig permet d'affirmer le diagnostic de méningite, lorsque les symptômes de méningite ne sont pas tous présents, et de porter le diagnostic de méningite fruste, là où on le trouve presque seul.

Les 2 cas suivants semblent très démonstratifs en faveur de notre opinion.

Dans le premier, il s'agissait d'une fièvre typhoïde des plus nettes, avec existence du signe de Kernig. Le malade succomba à une perforation, et l'on reconnut parfaitement l'existence d'une méningite causée par le staphylococcus aureus, en même temps que les lésions de la fièvre typhoïde.

Un 2e malade présentait le signe de Kernig avec des symptômes peu prononcés de méningite. La ponction lombaire fut tentée et ne ramena pas de liquide. Après une rémission qui dura 10 jours, la fièvre reparut, et l'on constata, en arrière du sacrum, le développement d'une collection fluctuante qui fut incisée et dont le pus contenait le méningocoque. Celui-ci avait certainement fusé du canal rachidien en suivant le trajet créé par l'aiguille. Il y avait donc eu méningite.

Le signe de Kernig appartient à toutes les variétés de méningite, aussi bien à la méningite tuberculeuse et aux méningites secondaires qu'à la méningite cérébro-spinale. M. Netter ne l'a pas recherché personnellement dans les méninges chroniques, où il a déjà été signalé, dès 1882, par Kernig.

De l'influence de la colique hépatique sur la glycosurie diabétique.

MM. A. Gilbert et Emile Weil rapportent les observations de deux femmes atteintes à la fois de diabète et de lithiase biliaire.

L'une d'elles avait une élimination fixe et élevée de sucre, lorsque survint une très courte crise de colique hépatique. Le sucre disparut presque des urines pour reprendre son tour habituel au bout de deux jours. Il en fut ainsi à deux reprises.

La seconde malade entra à l'hôpital au cours d'une attaque qui se prolongea peu intense, mais continue, pendant 8 jours. Dans toute cette période, on ne constata, dans les urines, qu'un chiffre faible de sucre, tandis que la colique terminée, la glycosurie se manifesta avec une intensité plus considérable.

Il semble donc que l'attaque de coliques hépatiques ait une action inhibitrice sur les centres hépato-pancréatiques, qui tiennent sous leur dépendance la glycosurie. Cette action est à rapprocher des phénomènes réflexes, si nombreux et, parfois, contradictoires, produits par la crise lithiasique. On sait, en effet, que l'on a fréquemment, dans son cours, signalé, outre la polyurie, une glycosurie passagère.

Sur les vésicules aberrantes du zona.

MM. Jeanselme et Leredde. — Le caractère essentiel du zona, d'après la plupart des auteurs, serait la délimitation rigoureuse à un territoire nerveux déterminé (nerf périphérique, ganglion spinal, segment du névraxe commandant un métamère). Or cette description est inexacte, comme l'a démontré M. Tenneson.

Sur un grand nombre de sujets, un examen attentif montre, disséminées sur toute la surface tégumentaire, des vésicules isolées en tout semblables à celles de l'éruption zostérienne.

Quand on peut suivre l'évolution de ces vésicules depuis leur apparition jusqu'à leur déclin, on acquiert la conviction qu'il s'agit bien d'éléments appartenant en propre au zoster, et non

pas de pustules d'auto-inoculation. Du reste, les tentatives que nous avons faites pour reproduire ces vésicules, en insérant leur contenu au sujet lui-même, ont été négatives.

Nous venons d'observer 3 cas de zona avec vésicules aberrantes; sur le sujet que je vous présente, vous voyez encore de nombreuses traces de ces vésicules déjà en voie de dessiccation.

Sans vouloir commenter ces observations d'attente, nous dirons seulement qu'elles cadrent bien avec l'hypothèse de la fièvre zostérienne, brillamment défendue par M. Landouzy. Deux de nos trois malades ont eu de la fièvre, des adénopathies et de l'albuminurie.

Quant au groupement des vésicules sous forme de zona, peut-être tient-il à une prédisposition héréditaire et acquise de certains métamères qui résisteraient moins efficacement aux agents infectieux.

M. Le Gendre. — Je viens d'observer un cas qui se rapproche de ceux rapportés par M. Jeanselme : un malade eut un zona intercostal qui s'accompagna de vésicules aberrantes sur la région fessière.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 Juin 1898.

Tumeur du sein.

MM. Braquehaye et **Binaud** ont montré un squirrhe du sein enlevé suivant la méthode d'Halsted. Voici brièvement en quoi elle consiste. Son principe est d'enlever le plus largement possible les tissus autour du néoplasme, et particulièrement le grand pectoral, et d'inciser toujours dans les tissus sains pour éviter les greffes cancéreuses.

Ce procédé opératoire ne cause pas autant de délabrements qu'on pourrait le croire au premier abord. Le choc post-opératoire n'est guère plus considérable que dans le procédé habituel. Il a le grand avantage de dépasser largement les limites du mal et de faire disparaître la plus grande partie du grand pectoral, source fréquente des récidives.

La statistique de Halsted donne d'ailleurs les meilleurs résultats au point de vue de la récidive. Pour des malades opérées par cette méthode et suivies depuis trois ans, Jaerss a observé, dans 42 p. 100 des cas, l'absence totale de récidive, au lieu qu'après le procédé habituel on ne l'observait que chez 20 p. 100 des opérées dans les meilleures statistiques. Et il faut bien remarquer que les malades n'ont pas été choisies. On a pris toutes les variétés de tumeurs, tumeurs limitées et tumeurs ayant largement envahi les parties voisines.

M. Boursier. — Une fois le grand pectoral enlevé, que deviennent les mouvements d'adduction et de rotation du bras?

M. Braquehaye. — Il faut bien remarquer que l'on n'enlève que la partie sternale, laissant intacte la partie claviculaire du muscle qui suffit à elle seule pour accomplir ses fonctions. D'après les résultats d'Halsted, les malades ainsi opérées conservent tous les mouvements du bras, bien qu'ils s'exécutent avec un peu moins de force. S'il survient de la gêne, c'est que le creux axillaire n'a pas été matelassé de peau et qu'il survient de la rétraction cicatricielle.

M. Chavannaz a fait, chez une de ses opérées, la résection d'une partie du grand pectoral, que l'on peut rapprocher du procédé d'Halsted. Il l'a réséqué sur une longueur de 4 centimètres, et les mouvements n'ont été nullement entravés.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Juin 1898.

Ulcération tuberculeuse de la vulve.

M. Monod montre une petite fille atteinte de lésions ulcéreuses et œdémateuses de la vulve, avec prédominance de l'œdème au niveau du capuchon clitoridien et des petites lèvres. Les ganglions inguinaux sont ulcérés; l'aspect de cette ulcération est tuberculeux. Un examen bactériologique fixera les idées au point de vue du diagnostic.

Volumineux fibrome de l'utérus.

M. Demons montre une volumineuse tumeur fibreuse de l'utérus qu'il a enlevée par hystérectomie abdominale.

Cette tumeur, dont le poids est de 16 kilos, présente ce caractère intéressant qu'elle n'a commencé à s'accroître qu'après la ménopause, survenue à 53 ans, et que, depuis, elle a continué à se développer progressivement.

Volumineux cancer de l'ovaire.

M. Boursier présente une tumeur ovarienne volumineuse provenant d'une femme de 47 ans. Réglée à 15 ans, et depuis lors régulièrement et sans douleurs. Pas de pertes blanches. En octobre 1897, elle prit froid en pleine période menstruelle. Arrêt des règles. Douleur, ballonnement. Les règles n'ont pas apparu depuis. Depuis janvier 1898, le ventre a grossi peu à peu, la grosseur a débuté à gauche et en bas. Amaigrissement, pas d'appétit, dégoût de la viande. Constipation. La miction est normale, les urines n'ont ni sucre ni albumine; 14 gr. 40 d'urée; les chlorures sont normaux. A l'examen, on trouve un abdomen très gros, contenant des masses volumineuses, marronnées; il y a de l'ascite. Au palper, sensation de crépitation neigeuse. Utérus petit, col conique, sénile. Pas de pertes ni d'hémorrhagies.

Trois ponctions sont pratiquées : la première, le 13 mars, ramène 500 grammes de liquide très hématique; la deuxième, le 22 mars, en ramène 1 300 grammes; la troisième, le 9 avril, donne issue au début à un liquide légèrement hémorrhagique, mais qui devient très hémorrhagique à la fin. L'état général devient ensuite bien meilleur.

Le 27 avril, laparotomie; la tumeur est ponctionnée à l'aspirateur Dieulafoy qui retire deux seringues de liquide séreux; elle est ensuite enlevée. L'appendice qui y adhère est réséqué, et tout est enlevé, ovaire, tumeur, utérus.

La malade sort très bien guérie le 26 juin; son ventre est alors tout à fait souple.

Quant à la tumeur, elle pèse 5 kilos 500. Elle est mollasse, friable, anfractueuse, avec des caillots. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de cancer hématode.

Carcinome de l'ovaire gauche et tumeur fibreuse incluse dans le ligament large du côté droit.

M. Lanelongue (observation lue par M. Laubie). — Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle l'apparition de douleurs abdominales, il y a un an, avait précédé tout autre symptôme. Cette malade, entrée dans le service de M. le professeur Lanelongue, avait une ascite assez considérable, symptomatique d'une tumeur ovarique. La laparotomie fut pratiquée le 27 mai 1898. Après avoir extirpé un volumineux carcinome de l'ovaire gauche, on enleva une deuxième tumeur fibreuse envahie par le tissu carcinomateux, qui était incluse dans le ligament large du côté droit; on constatait ensuite que le pylore était le siège d'une troisième tumeur.

Ce cas est remarquable par la brusquerie des phénomènes douloureux du début qui avaient fait soupçonner une appendicite et par la coexistence de ces trois tumeurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 24 Juin 1898.

Quadruple ectropion cicatriciel total d'origine inconnue.

M. Fromaget a montré un malade qui s'est présenté à la Policlinique il y a quinze jours environ en réclamant des soins pour ses yeux. A l'examen on trouva ceci.

Les deux paupières droites sont en ectropion total. Il n'existe encore de cul-de-sac qu'à la partie interne de la paupière inférieure. En haut, le bord ciliaire est au voisinage du sourcil. La conjonctive toute entière est exposée à l'air, retournée et tendue par le tissu cicatriciel qui a remplacé la peau normal de la face. La conjonctive est épaissie, bourgeonnante, sarcomateuse, cutanisée; elle est humectée encore un peu par les larmes qu'on voit sourdre par les orifices des glandes lacrymales. Les mouvements du globe sont presque impossibles par suite de la rétraction de la conjonctive. L'œil est animé de mouvements incessants de nystagmus horizontal. La cornée a presque complètement disparu. Il n'en reste plus que deux ou trois millimètres.

A gauche, les lésions sont encore plus avancées. L'ectropion est double et total. La rétraction de la conjonctive est telle que l'œil est absolument immobilisé, ankylosé, quoique animé d'un nystagmus horizontal comme à droite. La cornée est remplacée par un staphylome total, volumineux.

Quand on examine le corps du malade, on peut voir facilement quelle est la cause de ce quadruple ectropion. C'est un ectropion cicatriciel. En effet, la peau des joues, des tempes, du front, du sommet du crâne est remplacée par un tissu cicatriciel: cette peau est extrêmement mince, atrophiée, tendue sur les os. Elle est même recouverte sur la tête de quelques squames assez larges qui se détachent facilement. Sur la scissure pariéto-occipitale, il existe une cicatrice plus marquée, adhérente à une dépression osseuse manifeste, comme on voit à la suite des gommes profondes. — La région cervicale gauche présente des brides cicatricielles énormes allant jusqu'au niveau de l'épaule. La peau de la main gauche, atrophiée, sclérosée, a déterminé une flexion des phalangettes, surtout au niveau du médius, et a déterminé un certain degré d'ankylose. On retrouve encore une cicatrice au-dessus du coude gauche, à la face interne du bras. Enfin, la peau de la face antérieure de la jambe gauche est le siège d'une cicatrice pigmentée sans aucun caractère bien net.

Les lésions sont guéries; partout on ne retrouve que du tissu de cicatrice.

Dans les antécédents du malade n'a trouvé de syphilis ni de tuberculose certaines.

Interrogé sur le début de son affection, le malade raconte que vers le mois d'octobre 1896, il aurait eu une plaie à la face dorsale de la main. Cette plaie s'accompagna d'une tuméfaction énorme au-dessus du coude gauche. Il eut une fièvre très élevée; il se déclara très probablement un adénophlegmon, puis le pus se fit jour au dehors, l'abcès se vida peu à peu. Mais l'ulcération de la main augmenta, elle gagna les tissus de voisinage. En même temps, il eut des ulcérations à la face, à la peau du cuir chevelu. Les dents, qui avaient été bonnes, tombèrent sans douleurs. Actuellement, il est édenté. Ces ulcérations laissèrent écouler un suintement de mauvaise odeur. Le malade ne vit aucun médecin. Il prit de l'iodure sous forme de dépuratifs vantés à la quatrième page des journaux. Le tissu cicatriciel de la face en se rétractant ectropionna les paupières; la cornée, exposée à l'air, s'ulcéra; elle a disparu à droite et à gauche, s'est transformée en un staphylome. Depuis un an, le malade est aveugle.

Mais s'il est facile de constater les cicatrices et d'expliquer la pathogénie de l'ectropion, il ne l'est pas autant de connaître la nature des ulcérations dont le malade a été porteur.

M. Frèche, qui a examiné le malade de M. Fromaget, trouve que l'aspect de la cicatrice permet de penser, tout d'abord, à une affection lupique. Mais il est exceptionnel qu'un lupus débute à soixante-douze ans; et même dans ce cas on serait en présence d'un lupus à marche lente et qui n'aurait pas envahi la face. Le diagnostic de lupus étant donc écarté, on ne peut songer ensuite qu'à un syphilome. Cette affection est rendue possible par ce fait qu'elle a guéri rapidement à la suite d'un traitement dépuratif. Mais ce diagnostic est un peu forcé.

M. W. Dubreuilh ignore absolument quelle a été l'affection du malade de M. Fromaget. Il ne croit pas qu'il s'agisse d'une lésion tuberculeuse. Si, en effet, le lupus à l'âge du malade marche lentement, il guérit de même. Il ne trouve pas non plus que les cicatrices puissent faire songer à la syphilis. Reste alors l'hypothèse d'une lésion pemphigoïde; mais avec celle-ci, les cicatrices sont plus accentuées en profondeur et il existe une destruction des ongles.

Fracture de la rotule.

M. Duballen présente, au nom de **M. Demons**, un malade opéré d'une fracture de la rotule par la suture osseuse et montre en même temps une épreuve radiographique du genou malade faite après l'opération.

M. Demons ajoute que ce malade avait été traité une première fois pour une fracture transversale de la rotule au moyen de la suture osseuse. Deux mois après cette opération, il fit un faux pas en descendant une côte rapide; et les deux fragments suturés se disjoignirent à nouveau. M. Demons fit une nouvelle suture, en remplaçant les fils cassés par des fils plus forts, et laissa le malade au lit pendant quinze jours. Il a pu reprendre entièrement son travail, qui est très pénible, deux mois après l'opération et ne l'a pas interrompu depuis. Le malade a un peu de craquement dans son genou fracturé; mais il en a aussi dans l'autre genou et a eu autrefois une atteinte de rhumatisme aigu. La jambe ne se fléchit pas plus qu'à angle droit. L'examen de l'épreuve radiographique montre l'existence d'un cal osseux. Si la consolidation après la première suture n'a point été satisfaisante, il n'en est pas de même de celle qui a suivi la seconde suture. Le résultat définitif est donc excellent. Le premier échec ne diminue en rien la valeur de la suture osseuse dans les fractures de la rotule; car il est bien établi aujourd'hui que les fractures itératives de la rotule sont moins fréquentes chez les malades traités par la suture que chez les malades traités par les appareils ou tous les autres modes thérapeutiques.

M. Villar fait remarquer que la suture ne réussit pas toujours aussi bien. Il y a, en effet, un point important pour les fractures de la rotule; c'est que si dans les fractures récentes on peut suturer sans crainte d'infection, il n'en est pas de même, dans les fractures anciennes. De même, si dans les premières la mobilité de l'articulation peut persister, elle peut au contraire dans les secondes ne point exister.

Anurie calculeuse.

M. Pousson présente trois volumineux calculs et trois petites concrétions du volume d'un pois qu'il a extraits par la néphrotomie du rein d'un malade âgé de soixante-huit ans, atteint d'anurie calculeuse depuis douze jours. Malgré cette période avancée de l'affection, le malade ne présentait aucun phénomène alarmant; un œdème généralisé, plus prononcé du côté droit et s'étendant même jusqu'à la face, était le seul symptôme offert; il se plaignait aussi d'un peu d'angoisse respiratoire, mais toutes les fonctions étaient normales. Le malade ayant eu à diverses reprises des coliques néphrétiques à droite et une douleur vague s'étant fait sentir de ce côté au début de la suppression actuelle de la sécrétion urinaire, M. Pousson présume que l'obstacle siège à droite et pratique la néphrotomie.

Le rein, fendu sur le bord convexe parallèlement à ses deux faces, contenait les calculs que le présentateur met sous les yeux des membres de la Société. Deux d'entre eux, les plus volumineux, étaient enclavés dans la substance rénale; les trois plus petits étaient libres dans les calices; le sixième, arrondi en forme de bille, mobile dans le bassinet, était très probablement l'agent de l'obstruction. En effet, la sécrétion et la perméabilité de l'uretère se sont rétablies aussitôt après l'intervention; au bout de quatre heures, le malade avait rendu par l'urèthre près de 600 grammes d'urine; la polyurie continua les jours suivants, en trois jours la quantité d'urine émise par les voies naturelles dépassa douze litres; à cette quantité, il convient d'ajouter celle qui s'écoula par l'incision rénale et qui n'a pu être mesurée.

Le malade n'a eu à aucun moment d'élévation de tempérarature; son état général est excellent, et aujourd'hui, septième jour après l'intervention, il peut être considéré comme guéri.

Psychoses post-opératoires.

M. Tissié, après avoir analysé les observations communiquées à la dernière séance par M. Davezac et celles publiées par M. Marc, se demande en se basant sur l'état de rêves somnambuliques que présentent les malades atteints de psychoses post-opératoires, s'il ne serait pas possible d'éviter ou du moins d'atténuer de telles complications. Il faudrait agir dans ce cas avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération. Savoir à qui l'on a affaire au point de vue mental; rechercher, si possible, les tares d'hystérie, de dégénérescence, etc., les causes prédisposantes au dédoublement de la personnalité, les tendances plus ou moins grandes aux rêves physiologiques, à la fatigue de quelque origine qu'elle provienne; à l'intoxication, etc. Cela fait, on entraînerait psychiquement le sujet, soit en le laissant dans son milieu, soit en l'en faisant sortir, selon que le milieu serait ou non favorable à cet entraînement.

Pendant l'opération. Ici, on peut essayer de la suggestion thérapeutique donnée sous le chloroforme, au moment où le sommeil se prête à une telle tentative. Il existe dans cet état un moment quelquefois très fugace où le sujet endormi peut entendre et fixer la suggestion donnée. Cette suggestion peut être accomplie au réveil; si ce remède ne fait pas du bien, il ne fait pas du mal et on peut toujours essayer.

Après l'opération. Il serait bon d'éloigner le sujet, malade ou convalescent, du milieu où il s'est préparé à l'opération. Il est tels rappels de mémoire qui peuvent provoquer l'éclosion de phobies latentes que le désir même de l'opération quelquefois trop prononcé avait empêché de se manifester. Si le malade a été atteint de phobies anté-opératoires, il faut à plus forte raison le soustraire au milieu où ses phobies ont évolué et ont été le plus souvent renforcées par tout l'entourage, un seul membre même de la famille y suffit.

Ici encore, l'analyse des urines devra être pratiquée régulièrement, car le système nerveux ayant subi une commotion violente, tant psychique qu'organique, par l'effet du chloroforme ou pour d'autres causes, la nutrition générale est atteinte.

La suggestion thérapeutique pourrait être appliquée avec quelque avantage contre l'idée fixe, obsédante, idée qui très probablement est créée dans un rêve avant, pendant ou après l'opération.

On pourrait encore essayer de la gymnastique respiratoire, puisque les larges et profondes inspirations atténuent le pouvoir de fixation de l'attention. La gymnastique médicale, en faisant entrer les divers groupes musculaires en jeu, paraît aussi indiquée à condition d'être récréative et bien dosée pour éviter la fatigue, et ici nous entrons dans le domaine de la psycho-pédagogie, puisqu'il s'agit d'une nouvelle éducation des tendances dont l'application thérapeutique est très délicate, autre sujet qui m'entraînerait encore trop loin, car tout ce qui touche aux fonctions psychiques du cerveau est fort complexe.

M. Courtin insiste sur un facteur des psychoses post-opératoires : c'est celui des antiseptiques. Certains de ceux-ci, notamment l'iodoforme, ont en effet, une action réelle sur les centres nerveux. M. Courtin se rappelle avoir observé durant son clinicat une malade qui, opérée d'un épithélioma à la face et pansée à l'iodoforme, fut prise peu de temps après l'intervention chirurgicale de délire, de contracture, de paralysie, et mourut en présentant tous les signes d'une méningite aiguë. On trouva à l'autopsie la substance cérébrale hyperémiée et les méninges rouges; le liquide céphalo-rachidien, soumis à l'analyse, renfermait des traces notables d'iode. De cette action nuisible des antiseptiques sur les centres nerveux un enseignement peut être tiré : c'est ce qu'il y aurait tout avantage pour les opérés à ce que l'asepsie fût substituée à l'antisepsie.

M. Régis trouve qu'il ne faudrait pas exagérer l'importance étiologique des antiseptiques. L'intoxication iodoformique n'a rien à voir, par exemple, dans les délires très rapidement consécutifs à l'opération, et ce sont les plus nombreux. On peut en revanche lui attribuer une certaine part d'influence dans les délires tardifs.

M. Tissié, s'appuyant sur quelques-uns des faits qui ont été publiés, considère la peur comme une des principales causes des psychoses post-opératoires. C'est encore là un facteur réel, mais qui est loin d'intervenir toujours. Dans beaucoup de cas, en effet, les sujets, absolument désireux de guérir, étaient arrivés à l'opération sans aucune crainte et même avec joie. L'appréhension de l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle existe et qu'elle est suffisamment intense, détermine plutôt, chez les prédisposés, certaines obsessions particulières qu'on pourrait appeler phobies anté-opératoires.

Quant à la suggestion sous le chloroforme, elle n'est pas des plus faciles et ne réussit qu'assez rarement. Il ne serait guère pratique, d'ailleurs, de faire de la suggestion chez tous les opérés, au moment de la chloroformisation.

M. Tissié demande à M. Régis s'il peut nous dire pourquoi certains malades opérés deviennent aliénés, d'autres point.

M. Régis répond que dans ce qu'on englobe, à tort, sous le nom générique de psychoses post-opératoires, il fallait, avant tout, distinguer deux ordres de faits : les faits de folie vraie, de vésanie, et les faits de confusion mentale, non vésaniques. Le mécanisme étiologique des premiers est bien simple : ce sont des folies communes, à type quelconque, survenues chez des prédisposés à l'occasion d'une opération, comme elles seraient survenues pour tout autre motif. L'opération ne joue là qu'un rôle secondaire, purement occasionnel; ce ne sont pas de véritables psychoses opératoires.

Les faits de la seconde catégorie sont bien différents. Ici, il ne s'agit plus ni de prédisposés, ni de vésanie; il s'agit d'individus plus ou moins indemnes de toute tare cérébrale et qui sont pris de délire sous l'influence de l'opération même ou de l'une des conséquences qu'elle entraîne. A l'encontre des cas précédents, étiologiquement, la prédisposition y est au minimum; ce sont les véritables psychoses opératoires.

Les caractères de ces psychoses qui sont surtout nocturnes, oniriques, suivies d'amnésie, et se présentent sous forme de confusion mentale, de pseudo-démence, trahissent leur origine toxique.

Quant à l'intoxication qui les provoque, elle est variable et même parfois multiple. Dans les psychoses post-opératoires immédiates, il s'agit soit d'intoxication chloroformique, soit de perturbations fonctionnelles soudaines résultant du shock, peut-être des deux; dans les psychoses secondaires, celles qui surviennent du 2e au 10e jour, les plus fréquentes et les plus typiques, c'est le plus souvent d'une auto-intoxication ou d'une infection qu'il s'agit, par suite d'une insuffisance rénale, hépatique, gastro-intestinale ou cutanée. Enfin, dans les psychoses tardives, celles qui n'apparaissent qu'après plusieurs semaines ou même plusieurs mois, les causes qui interviennent sont toutes celles qui peuvent déterminer l'asthénie cérébrale par trouble de nutrition, c'est-à-dire les suppurations prolongées, le décubitus, les pansements, surtout iodoformés, la cachexie, sans oublier la suppression d'organes à sécrétion interne, tels que la glande thyroïde ou l'ovaire.

Dans tous ces cas, on le voit, il s'agit, sous une forme différente, d'intoxication, et c'est pourquoi je dis que les vraies psychoses post-opératoires sont, par leurs caractères cliniques comme par leurs causes, des psychoses toxiques. On comprend dès lors que les individus qui y sont le plus exposés sont ceux qui, par suite d'idiosyncrasies ou des conditions défavorables de leur chimisme organique, résistent mal aux divers facteurs d'intoxication que je viens d'énumérer.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 18 Juillet 1898.

Méningisme hystérique.

M. Barjon présente une malade de 17 ans, du service de M. Bondet. A trois reprises, à 8 ans, 14 ans, et enfin récemment, elle fut prise d'accidents choréiques, auxquels se mêlaient des phénomènes cérébraux et méningés. On a noté de la céphalée, de la dilatation des pupilles, de la contracture de la nuque, du relâchement des sphincters, et la position en chien de fusil. Il y eut quelques pertes de connaissance; la température s'éleva jusqu'à 39°5, puis tout disparut en 36 heures.

Huit jours après, une contrariété provoqua la réapparition

des accidents et une nouvelle crise survint encore trois jours après.

Physiologie pathologique de l'infection typhique.

MM. Lépine et **Lyonnet** ont obtenu des résultats différents de ceux de Sanarelli dans leurs recherches sur la physiologie pathologique de l'infection typhique.

On sait que Sanarelli a prétendu que l'infection typhique se localise primitivement à la rate et aux ganglions mésentériques; c'est en ces points que d'après lui le bacille se développe et sécrète les toxines, qui vont ensuite s'éliminer par l'intestin et produire les ulcérations intestinales.

MM. Lépine et Lyonnet ont observé au contraire que l'infection d'une anse intestinale isolée par la méthode de Thiry y reste localisée, alors que si la théorie de Sanarelli était vraie, les lésions auraient dû être généralisées à tout l'intestin.

En pratiquant chez le chien des injections de culture virulente dans les veines mésaraïques, ils ont pu voir comment se généralisait l'infection. Les chiens étant sacrifiés au bout de 24 heures, après une injection de 2 centim. cubes de culture dans une veine mésaraïque on ne trouve de bacilles d'Eberth que dans le foie et la rate.

L'organe le premier infecté est le foie; le bacille y a toujours été trouvé. On n'en a pas trouvé dans la circulation au delà du foie, ni dans le cœur, ni dans le cerveau, ni dans les reins, soit que le foie agisse à l'égard du bacille comme une barrière, soit aussi qu'il faille invoquer l'action bactéricide du sang.

Quant à l'infection de la rate, elle ne peut s'expliquer que par un reflux du sang dans la veine splénique.

Pyloroplastie et gastro-entérostomie.

M. E. Martin présente deux malades du service de M. Jaboulay opérés pour des sténoses du pylore, l'un par une gastro-entérostomie et pylorectomie secondaire (rétrécissement cancéreux) et l'autre par une pyloroplastie (cicatrice d'ulcère). Le résultat a été bon dans les deux cas, mais M. Jaboulay pense qu'en raison de sa gravité beaucoup moindre la pyloroplastie devra être tentée toutes les fois que le volume de la tumeur le permettra.

M. Jaboulay attache en outre une assez grande importance à la précaution de drainer le champ opératoire avec une mèche de gaze pour éviter les petites hémorrhagies locales.

Coma diabétique.

M. Lépine rapporte un nouveau cas de coma diabétique au début, traité avec succès par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude. Le malade présentait la réaction de Gerhardt, et de plus, au point de vue du sucre, il y avait, entre les résultats fournis par la liqueur de Fehling et le polarimètre, une discordance de 25 p. 100, due à l'acide β-oxybutyrique, qui dévie à gauche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 20 Juillet 1898.

Amputation de la langue par la voie transhyoïdienne.

M. Viannay présente un malade chez lequel M. Vallas a pratiqué l'amputation de la langue par la voie transhyoïdienne, pour un épithélioma de la base.

M. Vallas rappelle que ce cas est le sixième qu'il ait ainsi traité. Il insiste à nouveau sur les avantages de son procédé, au premier rang desquels il place l'absence de shock.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 11 Juillet 1898.

Leucémie aiguë.

M. Hirschlaff fait remarquer que, d'après M. A Fränkel, la leucémie aigue se développait sous la forme d'une lymphocythémie et que, par conséquent, quand on constate dans le sang la présence de leucocytes mononucléaires de dimensions variables, on pourrait, d'après cette théorie, affirmer qu'il s'agit d'une leucémie aiguë.

Or, M. Hirschlaff a observé un cas de leucémie dont l'étude lui a donné des résultats sensiblement différents de ceux qu'a obtenus M. Fränkel.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 47 ans, qui ne présentait pas de tuméfaction considérable de la rate ni des ganglions lymphatiques, mais chez laquelle on constata une hémorrhagie du fond de l'œil. La quantité d'hémoglobine était tombée à 25 p. 100. Le rapport des leucocytes aux érythrocytes était de 1 p. 20, quelques jours plus tard il s'éleva à 1 p. 6, et deux jours avant la mort à 1 p. 4. L'augmentation du nombre des leucocytes porta d'abord sur les cellules mononucléaires; toutefois, peu de temps après, les formes polynucléaires se multiplièrent à leur tour, de sorte que quelques jours avant la mort on comptait autant de cellules polynucléaires que de cellules mononucléaires.

A l'autopsie on constata une très légère hypertrophie des ganglions lymphatiques et une tuméfaction insignifiante de la rate. L'examen microscopique de la moelle des os, des ganglions lymphatiques et de la rate ne fit découvrir aucune lésion caractéristique de la leucémie.

M. A. Fränkel estime que le cas que vient de communiquer M. Hirschlaff ne rentre dans aucune des variétés de leucémie connues jusqu'ici. Le processus de la leucémie porte d'abord sur les organes hématopoiétiques et ce n'est que secondairement que les cellules résultant de ce processus pénètrent dans le courant sanguin. C'est donc une erreur que de baser un diagnostic de leucémie sur la seule considération de l'état du sang. Ehrlich n'admet que deux formes de leucémie, la leucocytose médullaire et la leucocytose lymphatique, et rejette la leucémie splénique. M. Fränkel n'adopte pas cette manière de voir, mais reconnaît que c'est là une question qui a encore besoin d'être étudiée.

M. Ehrlich communique les recherches déjà anciennes qu'il a faites sur les animaux, en particulier sur des oiseaux, et qui ont montré que les leucocytes peuvent être divisés en deux groupes, à savoir : en mononucléaires, identiques aux lymphocytes, et en polynucléaires.

Au point de vue de leur origine, on peut également distinguer deux groupes de leucocytes : 1° ceux qui proviennent des ganglions lymphatiques; 2° ceux qui sont élaborés par la moelle osseuse.

Chez les oiseaux, les leucocytes polynucléaires proviennent de la rate, parce que chez eux la moelle osseuse est peu développée; mais chez les animaux supérieurs — cobayes et lapins — les leucocytes polynucléaires tirent leur origine uniquement de la moelle des os; les lymphocytes, au contraire, proviennent des ganglions lymphatiques. Quand on extirpe la rate chez des cobayes, on constate que le nombre des cellules originaires de la moelle des os reste le même, tandis que le nombre des lymphocytes change; d'où je conclus que, s'il est vrai que la rate produit des globules sanguins, elle ne donne naissance qu'à des lymphocytes.

C'est de là que résulte la distinction entre la leucémie lymphatique et la leucémie médullaire, distinction aussi justifiée que celle du carcinome et du sarcome.

M. Ehrlich ne nie pas l'existence d'une leucémie splénique, il dit seulement que dans le sang des leucémiques il n'y a pas d'éléments qui prouvent l'intervention de la rate dans le processus pathologique.

Ce qui est intéressant dans le fait de M. Hirschlaff, c'est qu'il y a eu à la fin de la maladie une augmentation du nombre des leucocytes neutrophiles polynucléaires. On sait, du reste, que ces cellules sont indépendantes des cellules éosinophiles et qu'elles ont une autre origine.

De l'intervention thérapeutique dans les maladies infectieuses.

M. Jacob fait observer que le point intéressant mis en lumière par la communication de M. Wassermann est la fonction de la rate dans la dothiénentérie. On s'explique ainsi la diminution du nombre des leucocytes dans la convalescence de cette affection, presque toujours compliquée d'une tuméfaction de la rate. On comprend aussi pourquoi toutes les tentatives faites pour activer la leucocytose chez les typhiques ont échoué.

M. Ehrlich fait remarquer que ce qui est diminué chez les typhiques, c'est le nombre des leucocytes neutrophiles polynucléaires; or, ceux-ci proviennent de la moelle osseuse et non de la rate.

M. Baginsky insiste sur ce point que les bactériologistes eux-mêmes attachent au traitement général des maladies infectieuses une importance non moins grande qu'à la médication spécifique. Il est certain, en effet, que la sérothérapie, par exemple, ne saurait constituer à elle seule tout le traitement de la diphthérie et qu'à côté du sérum doivent prendre place une bonne hygiène, un régime alimentaire approprié, etc.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 30 Juin 1898.

Les hémorrhagies utérines.

M. Strassmann distingue entre les hémorrhagies du segment inférieur et les hémorrhagies du corps de l'utérus.

Les premières n'apparaissent pas d'une façon périodique et sont produites par des traumatismes (scarifications), par des érosions surtout et principalement par celles qui sont d'origine gonorrhéique. En cas de lésions cancéreuses, il suffit d'une irritation minime, tels que le lavage, le coït, etc., pour provoquer un écoulement de sang, et la facilité avec laquelle se produit l'hémorrhagie doit éveiller dans l'esprit des médecins l'idée d'une lésion néoplasique.

Dans les carcinomes inopérables on arrête le mieux l'hémorrhagie par la cautérisation au fer rouge, suivie de tamponnement plus serré à la gaze iodoformée. Ce qui peut réussir encore ce sont les injections d'eau froide, l'eau chaude échouant ordinairement du fait de l'effritement du tissu cancéreux qu'elle provoque.

L'hémorrhagie peut encore être provoquée par un simple polype muqueux. L'ablation de ces derniers est le meilleur traitement opposé à ces hémorrhagies.

Les hémorrhagies profuses du corps de l'utérus peuvent coïncider avec les règles, et dans ces cas elles relèvent ordinairement d'une lésion des ovaires (hydropisie des follicules, apoplexie de l'ovaire) ou de la présence d'un myome ou de l'endométrite hyperplastique d'origine ovarienne. La ménorrhagie s'observe encore dans la chlorose avec troubles de nutrition de la muqueuse utérine, dans l'involution défectueuse de l'utérus dans la métrite chronique et la rétroflexion. Par contre les métrorrhagies qui dépendent des fibromes, de l'endométrite simple, du déciduome malin, du cancer, sont atypiques c'est-à-dire qu'elles surviennent aussi bien pendant qu'entre les époques menstruelles. Le sang a dans ces cas une tendance plus grande à la coagulation que le sang menstruel ordinairement mélangé avec du mucus.

Les métrorrhagies secondaires peuvent s'observer dans la torsion du pédicule des tumeurs ovariques, dans l'annexite gonorrhéique, tandis que dans le cancer des annexes la métrorrhagie fait ordinairement défaut. Les métrorrhagies peuvent encore survenir dans les tuméfactions du moignon après la castration, dans la grossesse extra-utérine, après l'évacuation du contenu de l'hématocèle dans les trompes et de là dans l'utérus. Elles n'observent encore dans les affections cardiaques non compensées avec stase, dans l'influenza, la fièvre typhoïde, le choléra.

Pour ce qui est du traitement de ces hémorrhagies, le seigle ergoté est naturellement contre-indiqué dans les métrorrhagies secondaires; il est par contre utile dans les hémorrhagies tenant à une involution infectueuse de l'utérus. L'hydrastis réussit dans certaines ménorrhagies à la condition d'être administré pendant cinq jours avant l'époque présumée des règles. Dans toutes les hémorrhagies, sauf celles qui relèvent du cancer, les injections chaudes à 42°-50°, additionnées de tannin quand il y a gonorrhée, rendent de grands services. Le tamponnement peut être tenté même dans les métrorrhagies survenant pendant les époques menstruelles.

Le curetage doit être proscrit d'une façon absolue dans l'endométrite d'origine gonorrhéique. Cette intervention est par contre utile dans l'endométrite consécutive à l'avortement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 7 Juin 1898.

Paralysie faciale congénitale.

M. Nonne présente un enfant âgé de 2 ans, atteint de paralysie faciale du côté droit. Ce qu'il y a de particulier dans son cas c'est que l'accouchement se fit facilement, rapidement et que l'enfant se présentait par le sommet. La déviation de la face fut constatée immédiatement après la naissance, quand l'enfant se mit à pleurer.

Les parents ne sont pas syphilitiques ni alcooliques.

Chez l'enfant on ne trouva aucune tumeur, aucune anomalie du côté de la région postérieure droite; il entendait et entend fort bien et l'examen de l'oreille a donné un résultat négatif. Il ne présente aucun symptôme du côté des nerfs crâniens, et le domaine du moteur oculaire commun est intact. L'enfant s'est du reste développé d'une façon normale tant au point de vue physique qu'intellectuel. Il ne présente aucune malformation.

L'excitabilité électrique est abolie dans les muscles du front, des paupières et des joues du côté paralysé; seuls, l'orbiculaire des lèvres et le mentonier se contractent encore sous l'influence des courants forts. Il n'y a pas de contractures du côté paralysé.

Pour expliquer cette paralysie M. Nonne admet l'existence d'une lésion congénitale du noyau du facial.

Quelques complications de la rougeole.

M. Fränkel présente une série de pièces et des préparations provenant des enfants qui ont succombé aux diverses complications de la rougeole, qui depuis quelque temps sévit à Hambourg.

Dans 4 cas où la mort a été amenée par la laryngite, où il existait au niveau des cordes vocales et de la région aryténoïdienne, des ulcérations qui arrivaient jusqu'au périchondre, voire même jusqu'aux cartilages frappés de nécrose.

En admettant que les enfants eussent guéri, ces lésions auraient successivement eu pour résultat soit des troubles vocaux, soit des troubles respiratoires. Ces lésions ressemblent à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde et le typhus, où elles ont été décrites sous le nom de nécrose mycotique de l'épithélium.

Dans deux autres cas où les enfants ont eu au cours de leur rougeole une entérite violente on a trouvé à l'autopsie des lésions étendues du gros intestin. Ces lésions identiques à celles de la dysenterie, sont particulièrement accentuées au niveau du rectum, diminuent d'intensité sur le gros intestin et s'arrêtent au niveau de la valvule iléo-cæcale dans un cas, pour se continuer encore sur l'iléon dans un autre.

M. Simmonds a trouvé, à l'autopsie de deux enfants qui au cours de cette épidémie ont succombé à une broncho-pneumonie rubéolique, des ulcérations nécrotiques au niveau des bassinets, lesquelles ulcérations ressemblaient très exactement à celles trouvées par M. Fränkel au niveau de l'intestin.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La pneumonie traumatique,

Par M. le Dr Pézerat (de Lyon).

L'opinion générale, qui admet la bénignité presque constante et la terminaison habituelle par résolution de la pneumonie traumatique, est beaucoup trop absolue. Cette pneumonie peut être en effet mortelle, et sa gravité est plus en rapport avec le terrain sur lequel elle évolue qu'avec l'intensité du traumatisme. Elle mérite donc d'être étudiée en détail car elle constitue une variété principalement étiologique des inflammations pulmonaires, variété dont la réalité est démontrée aussi bien par la clinique que par le laboratoire.

Définition et historique. — Nous entendons par « pneumonie traumatique » toutes les lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire, provoquées par un traumatisme quelconque de la région thoracique, que celui-ci ait lésé la paroi et, en même temps, le poumon, qu'il y ait eu une véritable effraction par pénétration d'un corps étranger dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire ou qu'il y ait eu, au contraire, simplement contusion plus ou moins grave de ce dernier, avec intégrité plus ou moins complète des plans superficiels. Mais nous laisserons de côté toutes les lésions qui peuvent être déterminées par l'introduction d'un corps étranger dans les bronches par les voies naturelles, car il ne s'agit pas là de lésions traumatiques à proprement parler.

Les premiers aperçus sur la pneumonie traumatique peuvent se retrouver dans les écrits de Morgagni, de Rouppe (*De morbis navigantium*), de J. Franck; mais aucun lien ne paraît réunir les divers faits cités et les indications anatomo-pathologiques ne sont que fort vagues, telles que les connaissances du temps pouvaient les fournir. C'est ainsi, en particulier, que Rouppe ne semble pas faire de distinction bien nette entre ces cas d'inflammation pulmonaire et ceux de gangrène primitive du poumon liés à un traumatisme. Quant à Franck, il se contente d'affirmer la fréquence de la suppuration dans ces pneumonies et nous verrons plus loin dans quelles limites son assertion est justifiée.

Au contraire, les auteurs qui, vers le milieu de ce siècle, ont les premiers bien mis en lumière les cas de pneumonie traumatique qu'ils avaient eu l'occasion d'observer, c'est-à-dire Legouest, en 1845, et Grisolle dans son immortel *Traité de la pneumonie*, se sont efforcés de faire envisager la pneumonie traumatique comme de gravité moindre que la pneumonie dite spontanée. « La bénignité ordinaire des pneumonies traumatiques n'est pas un fait exceptionnel, mais général, s'appliquant à un grand nombre de phlegmasies. Il importe, en effet, de remarquer que la pneumonie qui survient par le fait d'une violence extérieure est, en quelque sorte, un acte physiologique, un acte réparateur, se produisant, en général, chez un individu bien portant et dans un organe qui n'a, communément, aucune prédisposition morbide. »

Rappelons aussi brièvement les travaux de Boyer, Lerminier et Andral, qui ont trait aux inflammations succédant aux plaies du poumon, les recherches expérimentales de Jobert de Lamballe au sujet des corps étrangers pénétrant dans le poumon par suite d'une blessure du thorax par arme à feu, celles de Gosselin, publiées en 1847, sur les *Déchirures du poumon par contusion du thorax et leurs complications inflammatoires*, la thèse de Courtois (Paris, 1873), intitulée *Étude sur les contusions du poumon sans fracture de côtes*, où, incidemment, est traitée la question des complications inflammatoires ou gangréneuses qui peuvent survenir dans ces cas; la communication de MM. Hayem et Graux en 1874 à la Société médicale des hôpitaux sur un cas de pleuro-pneumonie, d'origine traumatique, au sujet duquel s'éleva une discussion intéressante sur les rapports pouvant exister entre les lésions inflammatoires et les lésions gangréneuses du poumon; les observations de pneumonie traumatique sans fracture de côte publiées en 1878 par Le Dentu et son élève Lapierre, et enfin la thèse de Fourrière (Paris, 1878) sur *La gangrène pulmonaire par contusion du thorax* — et nous aurons l'indication des principaux travaux publiés sur notre sujet.

Étiologie. — Quel rôle joue exactement le traumatisme dans la pneumonie qui en résulte quelquefois? Le traumatisme est simplement la cause *occasionnelle* ou mieux *déterminante* de l'exaltation de la virulence et de la pullulation du pneumocoque, qui, comme on le sait, est l'hôte fréquent de la cavité buccale et des voies respiratoires supérieures. Toutefois, le traumatisme ne suffit pas à lui tout seul à enflammer le poumon : il faut encore qu'il y ait une prédisposition du terrain, créée par une pneumonie antérieure, le surmenage, l'alcoolisme, etc.

Quelles sont les principales variétés de la pneumonie traumatique? Elles peuvent être classées en trois catégories : les pneumonies consécutives aux plaies du poumon, avec ou sans corps étrangers, les pneumonies par fractures de côtes et les pneumonies par simple contusion du thorax sans fractures.

Le rôle des plaies du poumon par instruments piquants et tranchants dans la production de la pneumonie traumatique ne paraît pas très important. Il ne semble pas que ce soit là une cause bien fréquente de l'inflammation du parenchyme pulmonaire (Grisolle et Proust) (1).

Nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'un petit nombre d'observations de plaies par armes à feu, avec pénétration d'une balle dans l'épaisseur du poumon. La statistique suivante, que nous empruntons à Macdougall (2), semble démontrer que ces cas sont, en effet, rares. « Dans la guerre de Sécession, on eut à soigner, dit-il, 3970 plaies des parois thoraciques, pendant le cours de la dernière année. Sur ce grand nombre de blessés, il y eut 131 morts, et, parmi les causes de la mort, il n'y eut que *six cas* où elle fut attribuée à la pneumonie. » Il semble étrange, comme le fait remarquer l'auteur, que la pneumonie ne figure pas plus souvent dans cette liste dressée en temps de guerre, si elle était véritablement une suite fréquente des blessures des parois thoraciques.

Par contre, un des faits les plus souvent signalés dans l'étiologie de la pneumonie traumatique est la fracture d'une ou de plusieurs côtes, précédant de quelques jours l'inflammation pulmonaire : l'extrémité d'un des fragments vient, à l'occasion d'un mouvement respiratoire ou autre, déchirer, sur une certaine étendue, la surface du poumon, ce dont témoigne, soit dit en passant, le rejet par la bouche du malade d'une certaine quantité de sang pur peu de temps après l'accident, et ce tissu pulmonaire, ainsi déchiré, constitue un terrain propice à l'invasion pneumococcique. Il n'est pas même besoin, pour que le poumon soit déchiré, d'une fracture de côte prémonitoire (3). La déchirure traumatique du poumon peut parfois se produire (Gosselin) (4) sans qu'aucun agent extérieur, corps étranger ou fragment osseux, n'agisse à sa surface. Cela arrive si le thorax se trouve frappé par un coup violent, dans une inspiration forcée, au moment où le patient fait un effort assez considérable. On conçoit (Le Dentu, Lapierre) (5) que des accidents inflammatoires peuvent venir compliquer ces cas de déchirure pulmonaire et qu'il y a là une porte d'entrée, facilement franchie, pour l'agent pathogène qui produit les lésions spécifiques de la pneumonie.

Mais ce serait s'abuser étrangement que de croire qu'il faut toujours, pour que la pneumonie se produise, une brèche large ou au moins une effraction visible à l'œil nu des alvéoles (Litten, Proust, Koch de Munich), la pneumonie étant venue assez souvent compliquer des contusions pulmonaires où l'intégrité la plus absolue des parois thoraciques et l'absence de toute lésion macroscopique du poumon ont été constatées.

La contusion pulmonaire est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le résultat de violences portées sur un point quelconque de la cage thoracique et c'est évidemment la portion du poumon sous-jacente à ce point qui est le mieux disposée à s'enflammer : en fait, c'est elle qui, de beaucoup le plus souvent, est le siège de l'hépatisation. Il n'en est pas, pourtant, toujours ainsi. Courtois et Cahen, après lui, ont rapporté un cas où, bien que

1. Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 2e édition, 1854, p. 435.
2. Macdougall, Le traumatisme peut-il produire une pneumonie aiguë? (*Lancet*, t. I, p. 1368, 1891.)
3. John Cormack, Pleuropneumonie consécutive à un choc sur la paroi pectorale, au siège d'une formation pseudo-osseuse de la plèvre (*France médicale*, 1879).
4. *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1847.
5. Lapierre et Le Dentu, Pneumonie traumatique sans fracture de côte (*France médicale*, p. 273, 1878).

la contusion se fût produite en avant, la pneumonie avait débuté à la partie postérieure du poumon ; Macdougall cite une observation où ce fut le poumon du côté opposé à celui soumis à la violence extérieure qui fut le siège de la pneumonie. Enfin, elle peut être consécutive à une chute sur les pieds ou sur les genoux (Lieutaud et Portal) dont depuis Grisolle, un certain nombre de faits indéniables ont pu être recueillis et consignés dans la littérature médicale (Lépine) (1).

A notre avis, pour qu'il y ait « pneumonie traumatique » dans le sens que nous attribuons à ce mot, il faut qu'une lésion anatomique, visible macroscopiquement ou microscopiquement, ait ouvert la voie au pneumocoque. C'est pourquoi nous ne faisons pas entrer dans le cadre de ces pneumonies celles qui surviennent expérimentalement à la suite de sections ou de déchirures du tronc ou des branches du pneumogastrique : ajoutons avec Proust que ce sont les contusions étendues, plutôt que profondes, qui semblent provoquer la pneumonie, et surtout les traumatismes qui surprennent le patient en inspiration forcée.

Symptomatologie. — Les débuts de l'inflammation du parenchyme pulmonaire sont en général assez insidieux : les signes externes masquent l'évolution des symptômes pulmonaires. Si parfois la pneumonie semble débuter d'emblée, le plus souvent elle ne se développe qu'au bout de quelques jours, et dans ce cas c'est à peine si l'on peut saisir le moment où la gêne respiratoire devient plus vive, où la douleur localisée s'accuse. Le frisson fait lui-même le plus souvent défaut. Quant à la température elle peut s'élever, bien avant le début des signes pulmonaires : elle atteint rarement 40° à ce moment, la défervescence n'a pas généralement l'allure critique habituelle et se fait plutôt en lysis que par chute brusque.

Quoiqu'il en soit, si la température reste relativement basse, l'abattement est très marqué, l'adynamie très précoce. Dans quelques cas même les malades peuvent être dans un véritable état de choc (Macdougall) et cet état d'apparence si grave n'est pas en rapport avec les signes stéthoscopiques (Proust).

La toux survient du 3e au 4e jour ; elle est d'abord sèche, puis plus grasse, et provoque une expectoration visqueuse, adhérente, mêlée de quelques caillots sanguins, vestiges de l'hémoptysie qui accompagne habituellement le traumatisme. Puis les crachats prennent une couleur uniforme, rouge brun, jus de pruneau, confiture d'abricots ou bien un peu plus clairs, jaune d'or, ils sont tantôt rejetés seuls, tantôt mêlés à d'autres non colorés, muco-purulents.

Ces caractères peuvent persister pendant plusieurs jours et, si l'évolution de la maladie est favorable, l'expectoration diminue ensuite rapidement de coloration et de viscosité. Si, au contraire, il y a marche vers une issue fatale, elle conserve ses caractères jusqu'à la fin, parfois, prend une apparence spéciale, qui peut faire croire à une complication gangréneuse. Les crachats deviennent alors plus clairs, perdent en grande partie leur viscosité et prennent une odeur plus ou moins fétide. Il ne s'agit pourtant pas là de gangrène, car on ne retrouve pas d'autres signes de celle-ci et ces caractères n'ont qu'une durée restreinte.

Les signes physiques sont assez difficiles à constater par suite de la gravité de l'état général ou de la coexistence de lésions chirurgicales empêchant d'imposer au patient les déplacements nécessaires. C'est ce qui explique

1. *The Lancet*, 27 avril 1878.

comment le début de la maladie a pu souvent être méconnu et rend compte de la nécessité qu'il y a pour le médecin de faire un examen méthodique et répété des organes intra-thoraciques.

A la percussion, on trouve une zone de matité, d'abord limitée, mais augmentant rapidement d'intensité et d'étendue, qui, dans quelques cas (Litton) peut se trouver marquée dans une certaine zone par une sonorité tympanique, due à la congestion pulmonaire concomitante (Lépine).

A l'auscultation on ne peut, le plus souvent, reconnaître au début qu'une grande obscurité de la respiration, et cela d'autant plus que le malade, à cause de la douleur provoquée ou exaspérée par les mouvements respiratoires, au niveau de la contusion ou de la côte fracturée, immobilise le plus possible sa cage thoracique. Cependant, pour peu qu'on répète l'examen avec suffisamment d'attention on entend des râles qui éclatent sous l'oreille, mais il est rare que ce soient des râles crépitants aussi secs, aussi égaux entre eux que ceux qui sont caractéristiques de la pneumonie lobaire ordinaire. Grisolle disait déjà que souvent « la crépitation peut être voilée et même complètement masquée par des râles muqueux, et parfois même par un véritable gargouillement ». Ceci tient, ainsi que nous aurons occasion de le voir au chapitre de l'anatomie pathologique, à ce qu'il est bien rare qu'on se trouve alors en présence d'un îlot bien exactement limité de pneumonie lobaire, sans que d'autres éléments ne viennent participer à l'inflammation. Tantôt c'est la plèvre qui, bien que n'étant pas le siège primitif de l'irritation, peut réagir, d'où certains signes de pleurésie; tantôt, ce sont les ramuscules bronchiques qui sont le siège d'un certain degré d'irritation exsudative; tantôt enfin il peut y avoir un pneumothorax limité se traduisant par un bruit hydroaérique.

Rien n'est donc variable comme les bruits anormaux que l'on peut entendre lorsqu'on ausculte un malade atteint de pneumonie traumatique, et Proust a eu, en somme, raison de dire que ce qui caractérisait le mieux cette affection, c'était « le mélange des râles, sans qu'aucun d'eux ne présentât de caractère particulier ».

Le souffle tubaire est rarement net il peut prendre un timbre amphorique, d'autres fois cavitaire. En tout cas, la succession régulière des râles crépitants, du souffle tubaire et des râles crépitants de retour, caractéristique si particulière de la pneumonie franche ordinaire, semble ne s'observer que fort exceptionnellement dans la pneumonie traumatique, ainsi que Proust l'avait déjà remarqué.

Nous n'avons qu'un mot à dire au sujet de l'auscultation de la voix. L'exagération des vibrations thoraciques, perceptible à la main, peut correspondre à de la bronchophonie bien nette, ainsi que cela a été noté dans plusieurs observations. D'autres fois, lorsque la pleurésie concomitante avait pris une part importante au processus morbide, on a même pu entendre de la pectoriloquie aphone. Mais ces différents phénomènes n'ont, le plus souvent, qu'une durée transitoire, car les conditions anatomiques du poumon, que nous allons étudier dans un instant, ne sont pas généralement, à notre avis du moins, celles qui sont le plus propices à la facile transmission des sons.

Quant au retentissement de l'infection pneumococcique sur les autres appareils de l'économie, elle peut se faire aussi bien dans la pneumonie traumatique que dans la pneumonie lobaire ordinaire. Nous n'insistons donc pas, signalons seulement comme particularité curieuse l'absence presque constante d'herpès labial de la pneumonie traumatique.

Marche. Terminaison. Pronostic. — Nous avons dit au début de cette étude que la pneumonie traumatique était loin d'être aussi bénigne qu'on le pensait généralement. Il arrive qu'elle se termine par la mort. Elle doit donc être reconnue et traitée de bonne heure. Dans des cas plus heureux, la guérison se fait longtemps attendre en raison des complications qui peuvent survenir du côté de la plèvre. Dans d'autres faits enfin, les plus nombreux, la résorption est plus rapide que dans la pneumonie ordinaire. Disons donc que le pronostic de la pneumonie traumatique, ordinairement bénin lorsque la maladie frappe un individu de bonne santé antérieure et de résistance normale, peut, au contraire, devenir sévère et parfois même très grave, lorsqu'on a affaire à un malade affaibli, débilité, par l'alcoolisme spécialement (Koch, Cormack), ou bien lorsqu'une portion considérable du parenchyme pulmonaire présente en peu de temps les signes caractéristiques de l'hépatisation, comme c'est particulièrement le cas lorsqu'un corps étranger a pénétré et séjourné dans l'épaisseur du poumon. Ceci nous amène à parler des complications.

Complications. — Signalons tout d'abord, sans hésiter, l'emphysème vésiculaire, le pneumothorax, qui peuvent être la conséquence directe du traumatisme. Lorsqu'il y a suppuration, il peut se faire de véritables abcès, soit dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, soit à sa superficie, soit sous la plèvre. Il n'est pas rare de voir l'inflammation de la plèvre se généraliser, et les signes de l'épanchement pleural prendre le pas sur ceux de la pneumonie qui peut alors passer inaperçue. Cette pleurésie est généralement purulente. Quant à la gangrène pulmonaire, fréquente après les traumatismes de la paroi thoracique, elle est le plus souvent primitive à début inflammatoire que consécutive à la pneumonie (Netter) dont elle ne constituerait qu'une terminaison exceptionnelle et hypothétique (Lépine). Quant aux complications du côté des autres appareils, elles n'ont rien de caractéristique.

Anatomie et physiologie pathologiques. — L'étude symptomatique que nous venons de faire nous a montré que la pneumonie traumatique différait de la pneumonie lobaire fibrineuse ordinaire par un assez grand nombre de particularités relatives soit au mode de début, soit aux signes physiques de la période d'état, soit à l'évolution même de la maladie. Elle n'a pas, semble-t-il, cette physionomie absolument nette qui fait de la pneumonie lobaire une des maladies les mieux caractérisées de la pathologie humaine et, dans un grand nombre de cas, elle mériterait plutôt le nom de broncho-pneumonie. On peut y trouver des signes indiquant, à la fois, la participation des voies bronchiques et celle des lobules pulmonaires, alors même que la maladie reste localisée au niveau du point contusionné ou déchiré et ne revêt pas ce caractère de diffusion qui appartient en propre aux broncho-pneumonies infectieuses non traumatiques et constitue même un des traits majeurs de leur tableau clinique. Ainsi donc, symptomatologie un peu vague, un peu hybride, telle est bien souvent la marque clinique de la maladie qui nous occupe. Ceci correspond évidemment à des caractères analogues en anatomie pathologique et ce sont ces particularités que nous allons maintenant essayer de dégager.

1° *Pneumonie traumatique à forme de pneumonie lobaire fibrineuse.* — La première forme que nous citerons est la pneumonie lobaire, qui est une forme relativement fréquente, mais sur laquelle pourtant nous insisterons peu

longtemps, car elle est exactement semblable à la pneumonie dite « franche » et les autopsies en sont, du reste, assez rares, car ce sont surtout les cas bénins qui rentrent dans cette catégorie.

Dans les cas où la maladie s'est terminée rapidement par la mort, on a pu trouver à l'autopsie, à un degré plus ou moins marqué, une ecchymose sous-pleurale, ou un tacheté hémorrhagique de la plèvre, qui sont comme une signature du traumatisme, mais ceci ne comporte aucune description particulière et mérite simplement d'être signalé en passant. C'est du reste, un fait qui est loin d'être constant.

Le bloc hépatisé peut, dans ces cas de pneumonie traumatique, avoir une tendance manifeste à prendre un volume assez important et non seulement à occuper la totalité d'un lobe, mais à empiéter plus ou moins sur les lobes voisins.

Mais, un caractère particulier (Litten, Koch, Peterson) serait, dans certains cas, la persistance anormale du caractère hémorrhagique de l'exsudat intra-alvéolaire. Enfin, la plèvre participe fréquemment au processus inflammatoire de la pneumonie traumatique, mais ceci ne mérite pas de nous arrêter.

2° *Pneumonie traumatique fibrineuse à noyaux multiples.* — L'inflammation du parenchyme pulmonaire d'origine traumatique peut revêtir parfois une forme qui constitue une sorte de transition entre la forme pneumonique que nous venons d'étudier et la forme bronchopneumonique dont nous parlerons plus loin. Cette forme est, du reste, assez rare et la seule observation typique que nous en ayons trouvée est celle d'A. Petit; elle n'en doit pas moins attirer notre attention. Nous la désignerons sous le nom de *pneumonie fibrineuse à noyaux multiples.*

Dans le cas de Petit, très remarquable à divers points de vue, ce qu'on trouva à l'autopsie, ce fut d'abord un noyau de pneumonie grise du volume d'un petit œuf, occupant le sommet de l'organe et arrivant jusqu'à sa surface, tandis qu'autour de lui existait une zone d'hépatisation rouge. Un autre noyau analogue, mais beaucoup plus petit, du volume d'une noisette environ, fut trouvé dans les portions inférieures du lobe supérieur et enfin un troisième noyau semblable, gros comme une noix, occupait l'épaisseur du lobe moyen. Ces noyaux étaient enchâssés dans un parenchyme pulmonaire en hépatisation rouge, avec une large zone périphérique de congestion, tandis qu'à leur niveau les bronches étaient remplies de muco-pus. A l'examen microscopique, les parties grises se montrèrent infiltrées de pus mélangé à de la fibrine en dégénérescence granulo-graisseuse. Les parties rouges présentaient une congestion très intense de tous les vaisseaux et, dans ces points, les alvéoles étaient remplis de globules rouges et blancs, englobés dans un réticulum fibrineux. Les cellules épithéliales des alvéoles, dans les points où l'on pouvait encore en retrouver, avaient subi des phénomènes de gonflement, de division, de multiplication, qui permettaient d'affirmer qu'elles avaient pris part à l'inflammation. Ce sont bien là, incontestablement, des caractères appartenant à la pneumonie fibrineuse et, du reste, le pneumocoque a été retrouvé, soit pendant la vie, dans l'expectoration, soit après la mort, dans le poumon hépatisé. Nous croyons donc, avec Petit que, dans ce cas particulier, il s'est formé trois foyers distincts de pneumonie dans la région contuse, sans doute au niveau de trois ruptures du parenchyme, c'est-à-dire de trois portes d'entrée ouvertes au microbe pathogène.

3° *Pneumonie traumatique à forme de pneumonie catarrhale ou broncho-pneumonie.* — L'étude clinique que nous avons faite précédemment nous a fait prévoir que fréquemment la pneumonie traumatique devait revêtir une forme anatomique se rapprochant plus de la bronchopneumonie que d'autre chose.

Dans plusieurs observations on se trouve en présence de lésions complexes, d'un mélange d'œdème, de congestion, de splénisation, le tout accompagné de bronchite, de telle sorte que, si on voulait ranger ces faits dans un des groupes classiques des affections de l'appareil respiratoire, ce serait dans celui de la bronchopneumonie qu'il faudrait la faire rentrer.

4° *Pneumonie traumatique à forme de pneumonie interstitielle ou disséquante.* — Sous ce nom nous faisons ici allusion ici à ces faits qui ont été décrits par Hayem sous le nom de « phlegmon diffus sous-pleural », plus tard, par Hutinel et Proust (1) et, plus récemment, par Boutry (2), sous celui de « pneumonie disséquante » et qui, d'après ces auteurs, reconnaît parfois le traumatisme pour cause. Rappelons brièvement que, dans la pneumonie disséquante, c'est le tissu conjonctif, soit péribronchique, soit souspleural, qui est le siège originel et principal des lésions inflammatoires aboutissant à la suppuration. Comme le disent Hutinel et Proust, la lésion caractéristique est alors une « inflammation interstitielle péribronchique ». Dans le phlegmon diffus sous-pleural, la lésion a, au contraire, son point de départ immédiatement sous la plèvre et, de là, tend à s'insinuer entre les lobules pour les isoler les uns des autres; le lobe envahi ressemble alors, suivant l'expression d'Hutinel et de Proust, à une « grappe plongée dans un amas purulent ». Plus tard, les lobules eux-mêmes sont détruits en plus ou moins grand nombre et il en résulte des excavations de volume variable et de forme irrégulière.

Telles sont les lésions variées que les cas, encore peu nombreux, de pneumonie traumatique suivis d'autopsie ont permis de constater. Nous avions espéré, lorsque nous avons entrepris l'analyse de ces faits, y trouver un trait anatomo-pathologique commun qui serait devenu le trait caractéristique de la pneumonie traumatique; mais notre espérance a été déçue sur ce point.

Ce n'est que dans les recherches expérimentales que nous avons trouvé plusieurs documents permettant d'interpréter et de comprendre jusqu'à un certain point la variabilité d'action du traumatisme sur le parenchyme pulmonaire.

En 1885, dans le laboratoire de Vulpian, Massalongo (3) faisant des injections intra-pulmonaires de liquides irritants, tels que teinture de cantharides, essence de térébenthine, solution de nitrate d'argent, n'a jamais pu produire de pneumonie franche, mais simplement des foyers plus ou moins étendus de broncho-pneumonie ou de pneumonie catarrhale. Quant au pneumocoque, il ne put jamais être décelé dans ces broncho-pneumonies expérimentales. En résumé, il résulte de ces recherches que la prérogative de produire la pneumonie clinique appartient au pneumocoque et que les moyens chimiques ou mécaniques, *à eux seuls*, agissant sur le poumon, n'y déterminent que la pneumonie lobulaire ou pseudolobaire. Tel est, en substance, le travail de Massalongo. Les conclusions qu'il tire des faits qu'il a pu observer sont absolument rigoureuses; mais elles ne sauraient résoudre

1. HUTINEL et PROUST, Etude sur la pneumonie disséquante (*Arch. générales de médecine*, novembre, 1882).
2. BOUTRY, thèse de Paris novembre 1895.
3. MASSALONGO, Contribution à l'étude expérimentale de la pneumonie et de la bronchopneumonie (*Archives de physiologie*, 1885).

entièrement le problème de la pneumonie traumatique survenant chez l'homme. Il faut remarquer, en effet, que l'auteur, dans ses expériences, ne s'est pas avisé de faire agir à la fois sur le poumon le pneumocoque et les agents mécaniques qui peuvent déterminer une lésion pulmonaire. Or c'est ce concours de causes pathogènes d'ordres divers, fréquentes chez l'homme dans différentes circonstances bien étudiées à l'heure qu'il est, que l'on a cherché à réaliser dans d'autres expériences, postérieures à celles de Massalongo..

En 1888, Gamaleia (1) a constaté que le pneumocoque peut déterminer expérimentalement la pneumonie fibrineuse typique chez le chien et le mouton, le plus souvent mortelle, par une inoculation intra-pulmonaire, à travers la paroi thoracique; cette pneumonie *est accompagnée* d'une exsudation fibrineuse abondante et les microbes pathogènes sont très nombreux dans le tissu pulmonaire et surtout dans l'exsudat. La mort survient du troisième au cinquième jour de la maladie. Chez le chien, l'infection intra-thoracique conduit toujours au développement d'une pneumonie franche fibrineuse qui, lorsqu'elle guérit, passe par toutes les phases de l'hépatisation. Ne s'agit-il pas là d'une véritable pneumonie lobaire traumatique analogue à celle qu'on observe, dans beaucoup de cas, chez l'homme?

D'autres expériences du même auteur rendent la démonstration encore plus saisissante. En effet, ce même *streptococcus lanceolatus* qui, introduit dans le parenchyme pulmonaire des moutons, y développe toujours une pneumonie fibrineuse mortelle, ne cause jamais la mort si on l'injecte par la trachée.

Des résultats très analogues ont été obtenus en 1889, par Platania, dont nous n'avons pas pu, malheureusement, nous procurer le travail original (2). Cet auteur, dans ses expériences avec le pneumocoque, a démontré que l'on produisait une infection pulmonaire très intense chez le cobaye, en provoquant au préalable une lésion aseptique de la plèvre ou du poumon.

Les cas de pneumonie lobaire traumatique ne nous semblent être autre chose que la réalisation dans l'espèce humaine des expériences faites par Gamaleia et Platania sur le chien, le mouton et le cobaye. Que l'on suppose un individu en bonne santé, recevant une contusion thoracique et se trouvant à ce moment même porteur de pneumocoques dans les voies respiratoires, il fera une pneumonie traumatique à forme lobaire et fibreuse, mais il guérira. Cet homme était-il, au contraire, au moment où il a été frappé, en état de déchéance organique par le fait soit de surmenage, soit de l'alcoolisme, soit d'une tare organique quelconque, la pneumonie, au lieu de guérir facilement, aboutira à l'hépatisation grise et à la mort, de même que, dans les expériences de Gamaleia, le chien, plus résistant au pneumocoque que le mouton, guérit toujours, tandis que ce dernier succombe fréquemment. Si enfin l'individu traumatisé n'était pas en état d'opportunité morbide, soit parce que l'agent pathogène de la pneumonie faisait défaut chez lui, soit parce que la contusion thoracique unie à la présence du pneumocoque étaient des conditions encore insuffisantes pour vaincre sa puissante résistance organique, cet homme échappera à tout accident pulmonaire, et c'est ce qui arrive heureusement dans le plus grand nombre des cas.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. — Nous serons brefs sur le diagnostic et le traitement.

C'est par une auscultation bien faite que l'on reconnaîtra d'abord l'existence d'une lésion inflammatoire du poumon chez un blessé et que l'on pourra ensuite discerner la variété de lésion à laquelle on a affaire (pneumonie lobaire, pneumonie lobulaire, pneumonie à tendance interstitielle). C'est surtout, enfin, par l'examen des signes fonctionnels et des symptômes généraux qu'on pourra prévoir la terminaison heureuse ou fatale de la maladie. Nous croyons qu'il est inutile d'insister là-dessus. Il est un point cependant sur lequel il convient d'attirer l'attention, en raison des progrès réalisés récemment par la chirurgie pulmonaire, c'est celui du diagnostic de la suppuration en foyer du parenchyme. Mais tout le monde sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic des abcès du poumon. On examinera donc avec soin l'expectoration du malade. Traube, Leyden, etc. ont en effet montré que cette expectoration présente souvent des caractères presque pathognomoniques; le pus est ordinairement de couleur chocolat, par suite de son mélange avec le sang et renferme des débris de parenchyme pulmonaire, pouvant parfois être reconnus à l'œil nu, mais surtout visibles au microscope. L'examen microscopique y révèle, en outre, la présence de globules de pus, de cristaux d'acides gras et de très nombreux cristaux d'hématoïdine, avec, souvent, des débris ténus du parenchyme pulmonaire. Ces caractères, toutefois, ne sont pas absolument constants et l'expectoration peut être simplement purulente et abondante. Même dans ce cas, le diagnostic sera facilité par la notion du traumatisme antérieur et, pour plus de sûreté, on pourra faire une ponction exploratrice, laquelle est absolument inoffensive et permettra parfois de confirmer les présomptions et de préciser le siège de l'abcès. Cette ponction donnera évidemment des résultats analogues si, au lieu d'un abcès pulmonaire proprement dit, on a affaire à une pleurésie purulente enkystée ou interlobaire; mais l'erreur serait ici sans importance, tandis que ce qui serait préjudiciable au malade, ce serait de méconnaître l'existence d'une collection purulente, quels que soient, d'ailleurs, sa nature et son siège exacts.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler, sans y insister, les rapports qui existent entre les lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire et sa destruction par la gangrène plus ou moins diffuse. Le signe pathognomonique, qui, dans ce cas, ne fait jamais défaut, c'est la présence dans l'expectoration de lambeaux sphacélés du tissu pulmonaire. En outre, suivant la remarque de Traube, dans l'expectoration de l'abcès, les débris du parenchyme « possèdent leurs fibres élastiques intactes et très faciles à reconnaître, tandis qu'elles sont très rares ou totalement détruites, sans doute par une action chimique spéciale, dans les débris de l'expectoration du sphacèle pulmonaire. »

Mais, supposons même le cas où l'examen le plus minutieux n'aurait donné que des résultats négatifs ou incertains, c'est alors qu'on est autorisé à tenter une intervention chirurgicale. Nous ne craignons pas de dire que tout malade porteur d'un corps étranger intra-pulmonaire, dont l'état général sera grave, qui présentera de la fièvre hectique et une expectoration purulente un peu abondante, devra être soumis au traitement opératoire, d'autant plus que, dans de pareils cas, la tâche du chirurgien sera d'ordinaire facilitée par l'existence d'une

1. GAMALEIA, Étiologie de la pneumonie fibrineuse (*Annales de l'Institut Pasteur*, p. 440, 1888).

2. PLATANIA, Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie (*Giorn. intern. d. sc. med.*, 1889); cité par P. ACHALME, *De l'immunité dans les maladies infectieuses*, p. 156.

plaie thoracique, ayant créé des adhérences pleuro-pulmonaires et que, d'après la statistique de Reclus, sur 23 cas d'abcès pulmonaires, la pneumotomie a donné 20 guérisons.

En dehors de ces cas particuliers, le traitement de la pneumonie traumatique sera celui de la pneumonie en général. Au début, émission sanguine locale excepté dans le cas où le malade présente quelque tendance à l'adynamie. S'abstenir des préparations à base d'antimoine. Plus tard, s'adresser aux agents thérapeutiques au moyen desquels on cherche à réaliser l'antisepsie interne; tels sont l'eucalyptus, le benzoate de soude, la créosote ou l'hyposulfite de soude, qui a été récemment recommandé par Lancereaux, et aux inhalations désinfectantes d'oxygène, d'acide phénique ou de thymol. Enfin surveiller, de manière à les prévenir par des moyens utiles, l'apparition des diverses complications que nous avons énumérées et examiner attentivement l'état du cœur, afin de recourir immédiatement, si besoin était, aux médicaments qui ont pour effet de lutter contre son affaiblissement, digitale ou ses succédanés, caféine, etc.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Schachmann (Jules). *Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes.* N° 193. (Paul Delmar.)

M. Deville (Constant). *Indications actuelles de l'opération césarienne. Conservation ou non.* N° 305. (Bordier et Michalon.)

M. Retout (Charles-Henri). *Valeur du milieu d'Elsner pour la recherche et la différenciation du bacille typhique et du bacille du côlon.* N° 421. (Steinheil.)

M. Guyotte (Charles). *Des hémorrhagies dans la diphthérie.* N° 445. (A. Maloine.)

M. Dardelin (Henri). *L'asepsie intestinale.* N° 376. (H. Jouve.)

M. Lustgarten (Isidore). *Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie.* N° 338. (G. Steinheil.)

M. Sulzer (D.). *Contribution à l'étude du zona ophthalmique.* N° 369. (A. Maloine.)

M. Calmels (L.). *Des divers traitements du lupus érythémateux et en particulier du traitement par les courants à haute fréquence.* N° 325. (P. Delmar.)

M. Colas. *Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale et de son traitement chirurgical.* N° 326. (H. Jouve.)

M. Fromageot. *Kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique.* N° 330. (H. Jouve.)

M. Chabry (L.). *Sténose du col de l'utérus de son traitement et principalement de l'évidement commissural du col (stomatoplastie). Opération de M. le Dr Pozzi.* N° 331. (G. Steinheil.)

Mme Landis. *Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez l'enfant.* N° 322. (H. Jouve.)

M. Barrau (Louis). *Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique de Laënnec latente.* N° 425. (H. Jouve.)

M. Rokéach (Abraham). *Contribution à l'étude pathogénique de la fièvre bilieuse hématurique.* N° 426. (Jouve.)

M. Lecœur (François). *De la tuberculose pulmonaire consécutive au cancer de l'œsophage.* N° 428. (H. Jouve.)

M. Rebière-Laborde (Léon). *Contribution à l'étude clinique de la fausse angine de poitrine des hystériques (deux cas nouveaux).* N° 431. (Jouve.)

M. Fouineau (Raoul). *De l'œdème du poumon.* N° 153.

Le thrombus du vagin, c'est-à-dire l'épanchement du sang dans le tissu conjonctif du vagin, se rencontre surtout pendant l'accouchement, mais existe aussi, plus rarement il est vrai, en dehors du travail, pendant la grossesse. M. Schachmann en rapporte 15 observations. La grossesse gémellaire qui amène une gêne circulatoire plus grande, les lésions cardiaques, l'hémophilie, peuvent être considérées comme des causes prédisposantes. Un traumatisme direct agit très souvent comme cause déterminante, quoique l'origine spontanée de ces tumeurs doive être admise dans quelques observations.

Le sang, tantôt veineux, tantôt artériel, se collecte de préférence au niveau de la colonne postérieure du vagin.

Le thrombus se manifeste d'abord par une douleur généralement très intense, quelquefois par une sensation de gêne de pesanteur. Puis on observe la formation d'une tumeur d'abord petite, qui devient bientôt volumineuse, violacée, noirâtre et fait hernie entre les grandes lèvres.

Cette tumeur est molle, fluctuante, souvent pédiculée; le pédicule est alors inséré en arrière de l'hymen sur la colonne postérieure du vagin. Parfois la muqueuse, distendue par l'épanchement, s'amincit, s'use peu à peu, se rompt, et le sang s'écoule à l'extérieur. Signalons aussi des troubles de la miction et de la défécation.

La résolution est la terminaison la plus fréquente; cependant on a noté le sphacèle de la peau, l'infection de la tumeur et sa transformation fibreuse.

On doit distinguer la thrombose des tumeurs variqueuses, des kystes et des polypes du vagin; la confusion avec la cystocèle, la rectocèle n'est pas à craindre. Quand l'hématome est peu volumineux et ne fait qu'une légère saillie à la vulve, il faudra faire le diagnostic avec les hémorrhagies causées par l'avortement et le placenta inséré sur le segment inférieur.

La présence de thrombus n'est presque jamais un obstacle à l'accouchement; d'ailleurs, si la tumeur est grosse, gênante, il sera facile d'en réduire le volume par l'excision ou l'incision. Mais le traitement de choix sera presque toujours l'expectation, entourée de toutes les précautions antiseptiques.

M. Deville pose d'abord en principe que la mort du fœtus est une contre-indication formelle de l'opération césarienne. Puis il passe en revue les indications de l'hystérotomie. D'abord dans les rétrécissements rachitiques du bassin, le domaine de la césarienne s'est considérablement amoindri du fait de la rénovation de la symphyséotomie; un grand nombre de bassins, qui, jusqu'à ces dernières années, étaient justiciables de la section abdomino-utérine, ressortissent aujourd'hui à l'opération de Sigault. Ce sont tous ceux dont le diamètre promonto-pubien est égal à 6, 7 et 8 centimètres. Ce n'est qu'au-dessous de cette limite que la césarienne reprend ses droits. Si en général l'opération césarienne conservatrice est abandonnée, quoiqu'elle ait l'avantage de conserver à la femme la possibilité d'une maternité ultérieure, il est fort difficile de préciser les cas où l'on devra exécuter de préférence l'amputation de Porro ou l'hystérectomie abdominale totale. Cette dernière intervention doit cependant être employée dans les cas d'utérus infectés. Dans les fibromes utérins quand l'accouchement est impossible, quand il y a dégénérescence ou suppuration des tumeurs fibreuses, le procédé de choix est, à n'en pas douter, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes par l'amputation de Porro ou l'hystérectomie abdominale. Il vaut mieux, dans le cancer de l'utérus, s'abstenir d'opérations palliatives, dans le cours de la grossesse, et attendre le moment où la femme est à terme ou près du terme pour recourir franchement à l'opération césarienne; on donnera ainsi à l'enfant toutes les chances possibles de vitalité.

Enfin le Porro sera encore indiqué dans quelques cas de rupture utérine, plus rarement pour des tumeurs de voisinage ou pour remédier à une dystocie vaginale; quelques auteurs enfin ont eu recours à cette intervention dans des cas graves d'éclampsie.

Elsner a préconisé en 1895 un nouveau milieu pour différencier le bacille typhique et le bacille du côlon, qui a été depuis l'objet de nombreux travaux. D'après celui de M. Retout, ce milieu permet de mettre en évidence le bacille du côlon; à ce titre, il peut rendre des services dans l'analyse des eaux potables.

Par le retard qu'il apporte au développement des autres microorganismes, il rend plus facile, en particulier dans les selles, la recherche du bacille typhique et du coli-bacille. Toutefois sa valeur comme moyen de différenciation du bacille d'Eberth avec le bacterium coli reste relative.

1° Parce qu'il ne constitue pas pour le bacille d'Eberth un milieu nutritif favorable à son développement.

2° Parce que les caractères microscopiques des colonies n'y sont pas suffisamment tranchés.

Des hémorrhagies peuvent survenir dans le cours de la diphthérie chez l'homme, fait en rapport avec les résultats de l'expérimentation chez les animaux.

Bien qu'existant dans les formes de la diphthérie en apparence bénignes, où elles donnent lieu parfois à de légères épistaxis, on les rencontre, d'après M. Guyotte, le plus souvent dans les formes cliniques graves, dont la nature bactériologique complexe a été démontrée, et dites associées.

Ces hémorrhagies ont des manifestations variées. Sur la peau, elles donnent lieu à des taches de purpura, généralisées ou simplement localisées aux membres, autour des piqûres de l'injection sérique, ou aux endroits d'application des ventouses sèches; le plus souvent, elles succèdent à un érythème, qui prend bientôt l'apparence purpurique. Sur les muqueuses, elles se manifestent par la couleur noirâtre d'infiltration sanguine que prennent les fausses membranes, par des ecchymoses du pharynx, du voile du palais, de l'amygdale, par une surface saignante, par un jetage séro-sanguin plus ou moins abondant, par des épistaxis, souvent répétées. Dans les viscères, c'est un piqueté hémorrhagique du cerveau, ce sont des taches ecchymotiques du poumon — sans concomitance de broncho-pneumonie — de la plèvre, de la rate, des capsules surrénales, de l'œsophage, de la trachée, du larynx, du cœur et de l'aorte.

Ces hémorrhagies sont d'une importance considérable au point de vue du pronostic, vu la gravité des cas dans lesquels on les rencontre; elles sont évidemment un symptôme qui doit faire redouter la mort (mort subite, accidents cardiaques mortels, etc.). Au point de vue pathogénique, d'après l'auteur, elles sont dues à l'exaltation du bacille par une infection simultanée (associations microbiennes), et le plus généralement par une infection streptococcique (diphthérie streptococcique).

Pour M. Dardelin, élève de M. Gilbert, l'utilité des microbes intestinaux sur le travail de la digestion étant discutable, les troubles qu'ils amènent dans notre organisme étant au contraire démontrés, la recherche de l'asepsie intestinale est légitime. Parmi les moyens d'asepsie intestinale, on peut distinguer dans un ordre d'efficacité croissante :

Les sécrétions de l'organisme;
Les antiseptiques;
Les moyens mécaniques;
Les régimes alimentaires.

Trois facteurs doivent influer dans le choix d'un moyen d'asepsie : 1° sa puissance; 2° la durée de ses effets; 3° la maladie en cause. Or, pour l'auteur, parmi ces moyens, deux s'élèvent au-dessus des autres : le purgatif par l'intensité de son action, le régime lacté par la durée de ses résultats. Tous les deux se complètent et on peut par leur usage arriver à la réalisation d'une asepsie intestinale presque absolue.

Dans une étude fort complète à laquelle il joint le relevé de 58 observations, M. Lustgarten étudie les maladies nerveuses rencontrées dans la blennorrhagie. Toutes ces complications doivent être considérées comme des manifestations de l'infection générale blennorrhagique.

Les accidents cérébraux, très rares, peuvent revêtir quatre formes distinctes : la forme délirante, la forme de folie, la forme méningitique et apoplectique. Le pronostic bénin dans les cas de folie (la plus fréquente) ou dans la forme délirante, est très grave dans les formes méningitique et apoplectique.

La méningo-myélite revêt le plus souvent la forme diffuse dorso-lombaire. Son pronostic doit être réservé.

Les névrites périphériques se localisent le plus souvent aux membres inférieurs; très rarement elles revêtent une forme généralisée ou celle de névro-tabès et de névrite partielle optique ou acoutique. Le traitement, qui consiste en immobilisation et application des courants galvaniques, est d'une importance capitale, car bien dirigé il guérit le plus souvent les malades.

Les névroses rencontrées dans la blennorrhagie sont : la neurasthénie assez fréquente, l'hystérie et la chorée exceptionnelles.

Les névralgies blennorrhagiques peuvent se montrer dans le domaine du nerf crural ou lombo-abdominal; mais la névralgie sciatique est celle qu'on rencontre le plus souvent; elle est de courte durée, et bénigne, avec peu de tendance à récidiver s'il ne survient pas de nouvelle blennorrhagie sans atrophie consécutive.

Du côté des organes de sens, on peut rencontrer des complications rares qui portent sur le nerf auditif, et des complications fréquentes qui se montrent du côté des yeux et se présentent sous formes de : conjonctivite, iritis, aquo-capsulite, dacryocystite, ténonite et névrite optique.

Les déterminations cutanées, qu'on considère comme des éruptions angio-nerveuses et comme troubles trophiques dus à la toxine gonococcique, revêtent les formes d'érythème, de purpura et de cornes cutanées.

Réunissant quelques cas de zona ophthalmique, M. Sulzer montre que la plupart des cas de cette affection, particulièrement les cas qui s'accompagnent de kératite interstitielle primitive, de paralysies isolées des muscles oculaires ou d'ophthalmoplégies, de névrites optiques, doivent être considérés comme des manifestations symptomatiques d'une affection encéphalique. Ce ne sont pas des cas de fièvre zoster, mais des éruptions zostériformes, et l'auteur rappelle les cas observés par Brissaud.

Tandis que le pronostic de la fièvre zoster est bénin, le pronostic des éruptions zostériformes de la 5e paire est réservé aussi bien en ce qui concerne les lésions oculaires qu'en ce qui concerne des troubles ultérieurs, nerveux ou autres.

On ne connaît pas, à l'heure actuelle, de traitement vraiment héroïque du lupus érythémateux.

Les formes, de beaucoup les plus capricieuses et les plus déconcertantes au point de vue thérapeutique, sont celles auxquelles on a donné le nom d'érythème centrifuge symétrique.

Dans ces derniers temps, MM. les Drs Brocq et Bisserié, ont appliqué, au traitement du lupus érythémateux, les courants à haute fréquence.

Ce sont les résultats de ces essais que M. Calmels étudie dans sa thèse.

Ce seul procédé a été employé dans 6 cas de lupus érythémateux, et a donné des résultats encourageants.

Ce mode de traitement a l'avantage de ne pas être fort douloureux, de ne pas défigurer le sujet, et de lui permettre de continuer ses occupations.

Il est des cas de tuberculose vésicale où l'intervention chirurgicale est absolument indiquée; ce sont ces cas où les douleurs par leur intensité et les hématuries par leur persistance ou leur abondance menacent, à bref délai, la vie du malade. Pratiquée suivant les indications et les préceptes de M. le professeur Guyon et de son élève M. le Dr Clado, l'intervention sanglante, ainsi que le montre M. Colas dans sa thèse, peut rendre de réels services dans la tuberculose de la vessie, d'abord comme agent palliatif sinon curatif, en diminuant et même en supprimant le ténesme vésical avec les douleurs qui l'accompagnent ainsi que les hématuries, puis comme moyen radical en permettant d'extirper en totalité les lésions tuberculeuses soit par le curetage suivi de cautérisation ignée, soit par l'excision de la muqueuse altérée suivie de la suture au catgut des lèvres de la plaie produite par la résection.

M. Fromageot a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique.

D'après l'auteur c'est une affection rare relativement aux autres déterminations oculaires de la syphilis.

Elle reconnaît pour cause une lésion centrale du trijumeau, et à l'autopsie on rencontre le plus souvent une méningite gommeuse de la base et quelquefois des exostoses syphilitiques

comprimant soit le ganglion de Gasser ou le trijumeau dans son trajet intra-crânien.

Chez les malades atteints de kératite neuro-paralytique au cours de la syphilis, on observe le plus souvent de nombreux symptômes de syphilis cérébrale.

Quant à la kératite elle-même, elle présente les signes classiques de la kératite neuro-paralytique en général.

La lésion du trijumeau quoique constante n'est cependant pas suffisante à elle seule, pour déterminer la production de la kératite neuro-paralytique; il semble nécessaire qu'un traumatisme, si minime qu'il soit, vienne servir de cause efficiente.

Le pronostic de la kératite neuro-paralytique est grave pour l'œil qui ne recouvre presque jamais l'intégrité de ses fonctions et qui est souvent exposé à des complications tardives. Il est sérieux aussi pour l'état général du malade parce que cette affection est l'indice de l'existence d'une syphilis cérébrale.

Pour combattre la kératite neuro-paralytique il faudra agir localement par des antiseptiques faibles et des pansements occlusifs sévères et lutter aussi contre l'infection générale par le traitement des accidents tertiaires de la syphilis.

Le canal du col de l'utérus doit admettre le passage d'une sonde de 4 millimètres de diamètre dans toute son étendue; audessous de ce calibre il y a sténose.

L'intégrité de la structure de sa muqueuse est nécessaire à son fonctionnement au point de vue physiologique.

Le rétrécissement du conduit peut être congénital ou acquis, exister à l'orifice externe, à l'orifice interne, séparément ou aux deux à la fois; il peut exister dans toute la longueur du canal.

Au point de vue de l'étiologie, la sténose congénitale est un vice de conformation, elle coïncide ordinairement avec l'utérus mal développé, utérus infantile. Pour certains auteurs ce serait une ulcération dans le cours de la vie intra-utérine.

D'après M. CHABRY cet état du col peut avoir de graves conséquences, parmi lesquelles la dysménorrhée et la stérilité.

La dysménorrhée n'est pas fatalement la conséquence de la sténose du col, de même que ce symptôme peut dépendre d'autres affections, mais fréquemment elle l'accompagne. Dans les cas de dysménorrhée on doit toujours y songer.

La stérilité peut être due aussi à d'autres causes, mais tous les cas de sténose observés ont produit cette infirmité.

Des désordres graves peuvent survenir lors de l'accouchement dans les cas de sténose acquise.

L'infection, même légère, de l'utérus devient très grave dans les cas d'étroitesse des orifices; un bouchon muqueux obstrue complètement l'ouverture et alors il se forme une cavité close analogue à celle qui se forme dans l'appendicite; des phénomènes rapidement graves se montrent et sont certainement dus à la sténose qui agit comme cause prédisposante.

Le traitement doit consister à rendre au conduit sa perméabilité, tout en respectant sa muqueuse et les divers éléments du col. Cette perméabilité doit elle-même être permanente.

De nombreux moyens ont été préconisés.

Dilatation lente, dilatation rapide, division, discision bilatérale, ligature en masse, ablation d'une partie des tissus ou évidement circulaire, ablation d'une partie de la muqueuse ou bien encore de cette muqueuse tout entière par l'opération de Schrœder, amputation biconique de Simon.

La méthode qui a donné les meilleurs résultats, celle qui réalise toutes les conditions demandées : dilatation complète, avec conservation du col, de sa muqueuse, de ses éléments musculaires est l'opération de Pozzi : la discision bilatérale avec évidement commissural.

Cette intervention guérit toujours la dysménorrhée, ordinairement la stérilité et n'a jamais présenté aucun inconvénient au point de vue de la marche de la grossesse et de l'accouchement.

La dilatation se maintient toujours bien suffisante. Les interventions précédentes n'étaient que palliatives, l'évidement commissural peut être considéré comme une opération vraiment curatrice.

A propos d'une observation inédite recueillie dans le service de M. Raymond, Mme LANDIS réunit quatre observations qui prouvent que la sclérose en plaques existe dans l'enfance proprement dite, quoiqu'elle s'observe rarement.

La circonstance d'âge n'a pas grande valeur; la limite inférieure est de 6 à 8 ans.

Les manifestations cliniques de la sclérose en plaques chez l'enfant sont tout à fait analogues à celles qui s'observent chez l'adulte. Le cas observé par l'auteur était nettement consécutif à une scarlatine ce qui est en faveur de l'influence des maladies infectieuses, encore actuellement contestée.

L'intégrité des cellules nerveuses et des cylindres-axes est la règle dans la sclérose en plaques, par conséquent la guérison est possible.

A côté des formes classiques de cirrhose atrophique de Laënnec, se présentant au clinicien avec un cortège symptomatique complet et à marche rapide et fatale, il en existe d'autres qui peuvent évoluer pendant plusieurs années sans qu'aucun signe ne permette d'en soupçonner l'existence; ce sont elles qu'étudie M. BARRAU.

Les symptômes peuvent faire défaut non seulement quand la lésion hépatique est à peine marquée, mais même quand la sclérose est arrivée à une période très avancée.

Pour l'auteur la durée peut en être plus longue qu'on ne l'a admis jusqu'ici.

Si le plus souvent ces sujets dont le foie est en état d'insuffisance succombent à la suite d'une infection aiguë à marche rapide, il est des cas, comme chez un des malades observés par lui, où la mort est causée par une affection chronique dont la marche n'est nullement influencée par l'état du foie.

Dans le groupe des fièvres dites palustres, il y a certaines pyrexies qui paraissent avoir une origine autre que le paludisme; parmi elles il faut, d'après M. ROKÉACH, distinguer particulièrement la fièvre bilieuse hématurique qui pourrait être extraite du groupe des affections paludéennes et rangée dans celui des maladies infectieuses; vu l'allure épidémique de cette maladie, les individus atteints doivent être isolés. Au point de vue thérapeutique l'auteur rejette le sulfate de quinine, inefficace, sinon nuisible; il conseille le chloroforme à la dose de 4 à 6 grammes par jour en potion et le kinkélibah, préconisé par Heckel (de Marseille) sous forme de tisanes. Ces deux médicaments auraient pour lui une action presque spécifique.

Il n'y a pas d'antagonisme entre le cancer et la tuberculose; au contraire M. LECOEUR montre le cancer de l'œsophage, mettant le malade qui en est atteint dans un état d'infériorité très marqué, le rend apte à contracter facilement la tuberculose comme le prouvent de nombreuses observations. Le cancer de l'œsophage est donc une cause très prochaine de tuberculose pulmonaire.

A propos de deux cas nouveaux M. REBIÈRE-LABORDE conclut que l'angine de poitrine hystérique existe; elle peut être la première, et dans certains cas la seule manifestation de la névrose. Ses caractères sont en général suffisamment distincts de l'angine de poitrine due à des lésions organiques, pour qu'on puisse d'ordinaire assez facilement la reconnaître. Le diagnostic étiologique a une grande importance ou le pronostic bénin de cette angine de poitrine hystérique.

De son importante thèse M. FOUINEAU conclut que l'œdème pulmonaire obéit, comme l'a montré M. Renaut, aux lois qui régissent l'étiologie, l'évolution et les lésions anatomiques de l'œdème en général. Aigu, il est d'ordre toxique, réflexe ou mécanique. Le désordre initial ou ultime est toujours d'ordre nerveux, portant sur une partie centrale ou périphérique de l'appareil vaso-moteur pulmonaire; pourtant, il est incontestable que l'élément mécanique (*a vacuo*) domine au début dans la pathogénie de l'expectoration albumineuse, il en est de même de l'affaiblissement brusque de la paroi ventriculaire gauche dans quelques faits d'œdème pulmonaire aigu au cours des cardiopathies artérielles. Le rôle des toxiques endogènes ou exogènes influençant directement le système nerveux central est toutefois le plus important, qu'il s'agisse de brightiques, de fébricitants, etc. L'existence de l'œdème aigu pulmonaire d'origine aortique, d'ordre réflexe, paraît à l'auteur hors de contestation; il suffit d'après lui d'une simple irritation mécanique par la

péri-aortite des expansions périphériques du système vaso-moteur pulmonaire pour expliquer la venue de l'œdème aigu.

Quant à l'œdème chronique pulmonaire, il passe par les phases de tout œdème : transsudative, diapédétique, hématique et scléreuse pour aboutir ainsi à la destruction fonctionnelle de l'organe. L'auteur joint à son travail 53 observations dont un certain nombre inédites.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Chassin. *Les opérations économiques sur le testicule tuberculeux.* N° 11. (Imp. Bourgeon à Lyon.)

M. J. Carrive. *Sur un point particulier de l'évolution des hématomes musculaires (hématomes du psoas).* N° 20. (Alex. Rey à Lyon.)

M. Doumeng. *Les synovites fongueuses primitives de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main.* N° 22. (Imp. Bourgeon.)

M. Rousset. *De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement.* N° 23. (Imp. Waltener à Lyon.)

M. Douare (Eug.). *Traitement de la septico-pyohémie d'origine otique et la trépanation du sinus latéral.* N° 24. (A. Rey.)

Dans la tuberculose testiculaire, d'après M. Chassin, le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit le rôle physiologique élevé du suc testiculaire et *a priori*, suivant la remarque de M. le professeur Poncet, il doit tendre vers les opérations économiques, c'est-à-dire vers celles qui conservent une partie de la glande.

Comme dans d'autres tuberculoses viscérales, c'est une grosse erreur de rendre le tout solidaire de ses parties. Et de même que dans un tuberculome lingual on ne sacrifie pas la langue tout entière, que dans une lésion osseuse on ne sacrifie pas la totalité de l'os frappé, de même on ne doit pas pratiquer l'ablation de toute la glande pour une lésion limitée à l'épididyme par exemple.

Dans la tuberculose testiculaire, ce n'est qu'en dernier ressort, après des essais infructueux de conservation, que l'on devra songer à la castration unilatérale. La castration bilatérale doit, d'après M. Poncet, être rejetée dans la tuberculose testiculaire double. On doit s'efforcer de conserver un noyau plus ou moins volumineux de substance testiculaire.

Le plus souvent possible, l'orchidectomie doit être partielle comme la thyroïdectomie, comme l'ovariotomie.

D'après M. Carrive un épanchement sanguin intramusculaire est susceptible de déterminer, au sein de l'organe dans lequel il s'est formé, des phénomènes d'irritation qui aboutissent à l'enkystement quelquefois, plus souvent à une modification du tissu musculaire qui, au point de vue anatomo-pathologique, se rapproche du carcinome.

L'épanchement enkysté ou diffus peut s'accroître par des hémorrhagies résultant de la chute d'eschares par oblitération vasculaire. Il en résulte des tumeurs se comportant comme des néoplasmes. Elles s'accroissent, exsudent et absorbent comme eux. Elles constituent ainsi un lien de passage intéressant entre les processus inflammatoires ou irritatifs et les tumeurs véritables. Elles ne se généralisent pas. Ces productions pathologiques sont susceptibles de rétrocéder et de guérir par l'immobilisation et par l'emploi des antiphlogistiques. On devra s'abstenir de toute intervention sanglante, tant que l'existence du malade ne sera pas menacée d'une façon imminente, par des phénomènes d'infection ou par un état général alarmant. Toutefois une incision et un drainage rigoureusement aseptique pourront être entrepris dans les cas où on se trouvera à une date assez rapprochée du début de l'affection et où l'on n'aura pas affaire à un épanchement enkysté.

Sous le nom de synovite fongueuse primitive de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main, il faut entendre, d'après M. Doumeng, une variété de synovite tuberculeuse avec fongosités plus ou moins abondantes développées dans la gaine des fléchisseurs de l'index, du médius et de l'annulaire. La disposition bien connue des synoviales de ces doigts est telle que leurs inflammations y présentent des caractères particuliers. C'est ainsi que dans la synovite fongueuse, comme dans les autres espèces de synovite, les fongosités restent cantonnées au doigt malade. Elles s'étendent de la racine de la phalangette au niveau du pli de flexion palmaire inférieur, remplissant la séreuse qu'elles distendent à la manière d'une injection solide. Elles n'envahissent pas, d'autre part, la paume de la main et l'avant-bras comme il arrive pour les synovites fongueuses de l'auriculaire.

Deux fois l'index droit et le médius gauche étaient malades en même temps sur le même sujet.

Le diagnostic peut présenter certaines difficultés, lorsqu'il n'existe pas d'ulcération fongueuse de la peau ou des fistules. Si l'on considère cependant la délimitation anatomique de la lésion et sa marche particulière on songera à une affection tuberculeuse.

Le pronostic fonctionnel de la synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main est donc particulièrement grave et, ainsi que l'enseigne M. Poncet, la désarticulation du doigt malade, dans les synovites anciennes et diffuses, s'imposera d'emblée d'autant plus volontiers que l'on aura eu l'occasion de constater l'inutilité et la gêne du doigt après les opérations partielles.

Faut-il pratiquer la désarticulation métacarpo-phalangienne simple ou avec résection de la tête du métacarpien correspondant. M. Doumeng pense, d'après l'expérience de M. le professeur Poncet, que cette dernière opération est l'opération de choix.

D'après M. Rousset, les symphyses staphylo-pharyngiennes, qu'elles soient totales ou partielles succèdent le plus souvent à des lésions ulcéreuses de nature syphilitique ou tuberculeuse, quelquefois à une angine variolique. Les accidents fonctionnels qu'elles provoquent paraissent justiciables d'une intervention. De toutes les méthodes curatives employées, la méthode de choix paraît être celle de MM. Albertin et Martin, c'est-à-dire la libération des adhérences staphylo-pharyngiennes et la prothèse temporaire destinée à empêcher les adhérences ainsi que les rétractions cicatricielles secondaires.

D'après M. Douare, à côté des accidents pyohémiques liés à une thrombo-sinusite suppurée, il y a lieu d'admettre une autre forme de pyohémie, d'origine auriculaire certainement, mais non accompagnée de suppuration sinusienne. Une fois le diagnostic fait, il faut opérer toujours, le plus tôt et le plus hardiment possible. L'intervention, pour être complète, d'après Poncet, doit drainer et isoler aussi complètement que possible le foyer septique, ce à quoi on arrive :

1° En liant la jugulaire (premier temps obligatoire, Villard).

2° En trépanant l'apophyse mastoïde et la caisse.

3° En drainant et tamponnant le sinus sur la plus grande étendue possible.

Le traitement médical est un utile adjuvant du traitement chirurgical et auriculaire; il ne faudra pas oublier, qu'il y ait ou non phlébite, de drainer largement les foyers métastatiques.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Recherches sur la pathologie et la sérothérapie des infections spirochétiques, par G. Gabritchevsky (*Arch. russes de pathol.*, 1898, vol. V, p. 431). — Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° La septicémie spirochétique des oies est, comme la fièvre récurrente de l'homme, accompagnée d'accumulation dans le sang des substances bactéricides spécifiques.

2° Les spirochètes d'Obermeyer et ceux de Sakharoff appartiennent à la même espèce de microphytes. Ils se distinguent les uns des autres par leurs propriétés morphologiques pathogènes et par les effets différents que présente le sérum des chevaux immunisés contre l'un ou l'autre de ces deux spirochètes.

3° La répartition des substances bactéricides spécifiques n'est pas égale dans l'organisme des oies; c'est dans le sang qu'elles sont plus fortement prononcées, tandis que dans les organes internes débarrassés du sang, elles le sont moins.

4° La guérison de la septicémie spirochétique dépend de la formation dans le sang des substances bactéricides et lysogènes et est accompagnée de phénomènes de la phagocytose.

5° Toutes les espèces d'immunité (naturelle ou acquise) contre les spirochètes sont dues aux substances bactéricides qui se forment dans l'organisme sous l'influence du virus.

6° Le sérum bactéricide spécifique provenant des chevaux ayant reçu plusieurs injections de spirochètes vivants, possède des propriétés préventives et thérapeutiques.

7° Les résultats positifs que donne la sérothérapie de la fièvre récurrente de l'homme se trouvent confirmés par l'action analogue du sérum spécifique à l'égard de la septicémie spirochétique des oies.

8° Dans la lutte contre les épizooties spirochétiques des oies il y a avantage de faire une double injection de sérum antispirochétique d'abord et de spirochètes vivants ensuite.

CHIRURGIE

Classification et traitement des déviations rachitiques des jambes, par R. FRŒLICH (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1898, n° 6, p. 288). — Les déviations rachitiques du tibia peuvent être classées en 5 types qui sont : 1° Le type en O ou en parenthèse; 2° Le type en X; 3° Le type lame de sabre; 4° Le type complexe (association des types en O et lame de sabre avec, en plus, torsion de l'os autour de son axe vertical); 5° Le type rétro-courbé.

Au point de vue du traitement, l'auteur pose les principes suivants :

1° Dès les premiers temps des incurvations rachitiques des jambes, il faut s'opposer à leur production par des redressements manuels et par le port nocturne d'une attelle en bois ou d'une gouttière plâtrée.

2° Si la dureté des os est déjà trop grande pour ces manipulations, le traitement de choix paraît être l'ostéoclasie manuelle.

3° Si celle-ci échoue on emploiera l'ostéotomie à la scie filiforme.

4° Quand la courbure de l'os est très accentuée, il est quelquefois nécessaire de faire la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, ce muscle s'opposant énergiquement au redressement.

6° Il est utile après ces interventions de faire porter pendant la nuit, la gouttière plâtrée, encore pendant les six mois qui suivent la consolidation osseuse, pour éviter les récidives.

Hydrocèle congénitale du cordon spermatique (Geheilter Fall von Hydrocele communicans funiculi spermatici), par H. FELEKI (*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn-u. Sex.-Org.*, 1898, vol. IX, p. 187). — Cette observation a trait à un garçon de 17 ans qui, depuis sa naissance, avait une hydrocèle du cordon. Quand on donnait à la tumeur une certaine position, le liquide passait très lentement dans le péritoine. L'orifice de communication était donc très étroit. L'auteur en a profité pour obtenir l'oblitération de cet orifice au moyen d'un pansement compressif (et plus tard d'un bandage) appliqué sur la tumeur dont le liquide avait été préalablement repoussé dans la cavité abdominale.

Uretéro-cystonéostomie (Uretero-cysto-neostomia), par A. PODRÈS (*Centralbl. f. Chir.*, 1898, n° 23, p. 593). — Dans un cas de fistule uretéro-vaginale, l'auteur, après avoir déterminé que la fistule occupait l'uretère droit, fit l'opération suivante :

Il fit à la paroi abdominale une incision semi-lunaire d'une épine iliaque antéro-inférieure à l'autre, et après avoir attiré en bas le lambeau inférieur et ouvert la cavité abdominale, il trouva que le bout vésical de l'uretère sectionné, qui mesurait 3 cm. 1/2, était atrophié et oblitéré et que le bout supérieur était également atrophié et dégénéré dans une étendue de 2 cm. 1/2. Il réséqua alors cette partie atrophiée du bout supérieur, et après avoir décollé le péritoine, il parvint à attirer ce bout supérieur jusqu'à la vessie, à l'implanter à 4 centimètres au-dessus de l'orifice uréthral, et à le fixer par une suture de Lembert à trois étages. Ablation du bout vésical de l'uretère, grattage du trajet fistuleux, suture du péritoine et de la paroi abdominale et drainage de l'angle inférieur de la plaie. Guérison sans complications.

Œdème du pied et rayons X (Fussödem und Röntgenstrahlen), par STECHOW (*D. militärarztl. Zeits.*, t. II, résumé *in Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1898, p. 311). — L'auteur, dans trois cas d'œdème du pied chronique, a pu diagnostiquer une fracture d'un des os du métatarse. Jusqu'ici la fracture avait complètement passé inaperçue et le traumatisme qui l'avait produite avait été si faible que ni le malade ni le médecin traitant ne s'en était aperçu.

Trachéotomie avec anesthésie cocaïnique (Ueber Tracheotomie ohne allgemeine Narkose mit Lokalanästhesie), par B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 23, p. 505). — L'auteur a fait dans le courant de ces trois dernières années 23 trachéotomiee dont 17 chez des adultes et 6 chez des enfants, sans chloroforme, mais en anesthésiant simplement la peau avec la cocaïne. Il se sert d'une solution de cocaïne à 10 ou à 20 p. 100, avec laquelle il fait, de chaque côté de la ligne d'incision, 2 piqûres (avec la solution faible) ou 1 piqûre (avec la solution forte) en injectant pour chaque piqûre une division de la seringue de Pravaz, ce qui fait 0 gr. 04 de cocaïne pour l'adulte. Chez l'enfant, la dose doit être abaissée.

Quand l'opération est faite quelques minutes après l'injection sous-cutanée de cocaïne, le malade ne perçoit plus aucune douleur.

Dans tous ces cas où la trachéotomie a été faite pour des rétrécissements tuberculeux, syphilitiques ou cancéreux du larynx, l'opération s'est passée sans accident.

Myomectomie (Beitrag zur Myomotomie), par L. WEILL (*Centralbl. f. Gynäkol.*, 1898, n° 20, p. 521). — Il résulte des statistiques colligées par l'auteur que l'ablation des fibromes donne une mortalité : 1° de 8 p. 100 par la méthode extra-péritonéale; 2° de 8 à 10 p. 100 par la méthode intra-péritonéale; 3° de 5,6 p. 100 par la méthode rétro-péritonéale; 4° de 6,2 p. 100 par l'hystérectomie abdominale totale; 5° de 2,5 à 1,8 p. 100 par l'hystérectomie vaginale.

Ces statistiques montrent donc que c'est l'hystérectomie vaginale qui, sans parler d'autres avantages, doit être considérée comme le procédé de choix.

Sur le catgut phéniqué-alcoolisé, par O. BLOCH (*Revue de chir.*, 1898, n° 5, p. 423). — Le but principal de ce travail est de montrer que le catgut s'infecte facilement par les doigts, pendant qu'on opère; et que le plus souvent c'est là la cause du développement des suppurations autour du fil à suture.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Juillet 1898.

Sur la variolisation en Algérie.

M. Hervieux. — Le département d'Oran est le moins éprouvé par la variole. Or, le nombre des communes où on pratique la variolisation n'est que de 16 pour 100 dans cette province, alors qu'elle est de 76 p. 100 dans la province d'Al-

ger et de 68 p. 100 dans celle de Constantine. La variolisation perd du terrain dans toute l'Algérie; il est à souhaiter qu'elle en perde de plus en plus au profit de la vaccination. On a proposé, avec juste raison, de considérer la variolisation comme une tentative d'homicide, et de la poursuivre. Au contraire, la vaccination et revaccination obligatoires seraient mentionnées sur les cartes d'identité des indigènes. Au Cambodge, la variole est fréquente. Elle compte pour 40 p. 100 dans la mortalité infantile.

Communication sur la résection autoplastique du rein.

M. Albarran présente une malade chez laquelle il a pratiqué cette opération nouvelle, avec un succès complet.

Une femme de 22 ans eut, à la suite de couches, une pyonéphrose gauche. La néphrotomie fut pratiquée et il resta, à sa suite, une fistule lombaire laissant passer l'urine et du pus. Par le cathétérisme uretéral pratiqué avec son cystoscope, l'auteur recueillit séparément l'urine des deux reins; les analyses de ces urines démontrèrent que le rein malade sécrétait, dans les 24 heures, une quantité d'urine représentant le tiers du travail utile des deux reins réunis. Une sonde uretérale n° 12 fut laissée à demeure et, dès le premier jour, la fistule lombaire se ferma.

Depuis plus d'un an, la fistule était fermée, mais il fallait tous les deux jours pratiquer le lavage du rein sous peine de voir la fièvre et les douleurs rénales apparaître. A chaque cathétérisme uretéral, il s'écoulait par la sonde 250 grammes d'urine purulente retenue dans le rein.

Le diagnostic de rétention rénale s'imposait, et, pour la guérir, M. Albarran intervint de nouveau par la voie lombaire.

Avant l'opération, une sonde introduite dans l'uretère facilita toutes les manœuvres. On trouva que l'uretère s'insérait au milieu de la poche rénale en sorte que, au-dessous de son insertion, il restait une portion de la poche qui ne pouvait se vider. L'auteur commença par sectionner l'éperon que formait l'uretère en s'insérant dans le bassinet et sutura la muqueuse de l'uretère à celle du bassinet; il obtint ainsi un orifice de communication plus large et plus déclive, mais comme il restait encore une portion déclive de la poche rénale au-dessous de la nouvelle bouche uretérale, toute cette partie inférieure de la poche comprenant une partie du rein et du bassinet fut extirpée. On sutura ensuite les deux lèvres antérieure et postérieure de la poche pyélo-rénale sectionnée. Le malade guérit complètement en quelques jours, et, actuellement, 2 mois 1/2 après l'opération, elle ne présente plus ni fistule, ni rétention rénale, et peut vaquer à ses occupations.

Hydrocéphalie fœtale avec tête dernière.

M. Narich (de Beyrouth) communique l'observation d'une femme de trente-six ans, secondipare à terme, qui était en travail depuis quinze heures lorsqu'il fut appelé auprès d'elle. L'enfant s'était présenté par le siège : le tronc et les quatre membres pendaient hors de la vulve, la tête était emprisonnée dans les organes maternels et toutes les tensatives pour l'extraire avaient échoué. En explorant la base du crâne, seule région accessible de la tête, on ne put y constater d'espaces membraneux, ni d'os écartés, encore moins de fluctuation. Une application du céphalotribe étant restée sans résultat à cause du volume énorme de la tête, on se disposait à inciser la colonne vertébrale pour vider le crâne, quand un jet de liquide céphalo-rachidien s'échappa par la vulve. Immédiatement après, et sans aucun effort, on amena hors de la vulve une tête énorme d'hydrocéphale, très allongée, complètement vidée de son contenu et repliée sur elle-même.

La délivrance fut naturelle, et, malgré les manœuvres auxquelles la mère avait été soumise, les suites de couches furent normales.

L'examen du fœtus permit de constater à la base du crâne, à gauche de l'occipital, la déchirure de la peau et la fracture de cet os, qui avaient rendu possible l'issue du liquide céphalo-rachidien.

M. Mencière (de Reims) donne lecture d'une note sur le traitement rationnel des fractures et luxations à l'aide d'appareils entièrement perméables aux rayons de Röntgen et fabriqués en feutre poroplastique.

MÉDECINE PRATIQUE

Résultats thérapeutiques actuels des rayons X,

Par M. le Dr M. Weiss (de Vienne) (1).

Lorsque Röntgen eut découvert les nouveaux rayons, sur la nature desquels on discute encore, il indiqua dès le début les services qu'ils pourraient rendre en médecine.

Depuis longtemps déjà les médecins s'étaient efforcés de pénétrer l'intérieur du corps humain sans opérer, par l'endoscopie ou la diaphanoscopie.

Ces deux modes d'exploration étaient forcément limités et ne pouvaient rendre service que pour l'examen des cavités ou des organes creux recouverts de tissus assez minces pour pouvoir être rendus transparents. Les rayons X, eux, permettent de reconnaître un objet dans des tissus épais, non transparents.

Actuellement, pour produire et utiliser les rayons X, il faut : une source de courant, un inducteur à étincelle, un interrupteur, une lampe de Röntgen, un régulateur, un cryptoscope et enfin des plaques sèches pour les épreuves photographiques.

Les accumulateurs sont la meilleure source de courant, car ils peuvent le donner avec régularité. Comme interrupteur on emploie généralement aujourd'hui l'interrupteur rotatif à mercure avec moteur construit par Gebbert et Schall. Enfin depuis 1 an 1/2, la construction de la lampe de Röntgen a fait également de grands progrès. D'après Röntgen on distingue des tubes mous et des tubes durs suivant le degré de minceur du contenu gazeux et le pouvoir potentiel. Les tubes qui servent à pénétrer les os sont des tubes durs (très peu chargés de gaz). L'intensité des rayons X dépend de la force du courant qui circule dans la coudure primitive de l'inducteur. Comme électrode cathodique on emploie aujourd'hui un petit miroir creux en aluminium.

Indépendamment de leur utilité diagnostique, les rayons X ne tardèrent pas à être employés dans un but thérapeutique.

L'action physiologique de ces rayons conduisit peu à peu à leur utilisation dans le traitement des maladies.

En premier lieu, leur influence particulière sur le tégument indiqua tout d'abord au médecin la possibilité d'une action thérapeutique.

Des observations nombreuses montrèrent qu'une application prolongée et répétée des rayons X entraînait des dermatites plus ou moins graves avec chute des cheveux. Drury, à la suite d'une application de 1 heure à 1 h. 1/2 vit une dermatite ulcéreuse. Freund dans un but thérapeutique essaya les rayons X contre un nævus fortement pigmenté et velu et obtint la dépilation. Dumstrey a employé les rayons X sur la demande de ses malades, dans un certain nombre de cas. Dans un cas de carcinome non opérable du rectum, dès la première application de 15 minutes, le malade se plaignit de douleurs, qui devinrent de plus en plus fortes et qui nécessitèrent l'interruption des rayons X. C'est surtout comme dépilatoire que les rayons parurent avoir de l'action. Chez une femme ayant une véritable barbe, en quatre séances de 20 minutes chaque, tous les poils disparurent sans peine et sans douleurs. Au bout de 6 semaines il n'y avait pas la moindre récidive.

En avril 1898, Kümmel a présenté au XXVIIe Congrès de chirurgie allemande quelques malades atteints de lupus du visage, complètement guéris par l'emploi des rayons X.

Kummell put éviter le danger d'une action trop intense en tenant la lampe éloignée d'environ 40 centimètres. Dès la première trace de brûlure de la peau, qui indique la coloration brune de la peau, il faut interrompre le traitement.

E. Schiff a employé systématiquement les rayons X dans 2 ou 3 cas de lupus et attribue leur action :

1. *Centralb. f. gesam. Therapie*, juin 1898, p. 330.

1° A une réaction inflammatoire générale.

2° A une réaction spécifique du tissu de lupus aux rayons X qui se manifeste en ce que des noyaux de lupus jusqu'ici non visibles deviennent évidents sous l'influence des rayons.

3° Au détachement et à la chute des noyaux de lupus.

4° A la diminution de volume des ganglions infiltrés dans le territoire lymphatique du foyer de lupus.

5° A la transformation des tumeurs torpides en plaies à granulation franche et active.

Gochl a employé les rayons X dans cinq cas différents.

Dans une névralgie du trijumeau il dit avoir obtenu une amélioration passagère mais évidente.

Dans un cas de cancer du sein, les douleurs disparurent.

Un malade atteint de nævus pigmentosus fut également guéri.

Il obtint enfin la guérison d'un cas de lupus du visage et d'une plaie torpide.

Il explique l'action des rayons X sur le lupus par ce fait qu'ils déterminent une inflammation non infectieuse qui s'étend jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané et anéantit les bacilles tuberculeux.

Albers et Schönberg chez 2 malades atteints de lupus du visage obtinrent également des résultats favorables.

Il semble donc résulter de toutes ces observations que les rayons X ont une valeur réelle dans les cas de lupus du visage et dans le nævus pigmentosus pilosus et que leur emploi mériterait de se généraliser.

VARIÉTÉS

Un mot à propos du « titre » de « Docteur de l'Université de Lyon » attribuable aux pharmaciens.

Nous sommes un vieux peuple aimant assez à cueillir des boutons de mandarin. Il n'y en avait pas probablement assez et l'inflorescence universitaire veut en faire épanouir d'autres. Si nous étions moins chinois, un médecin chez nous s'appellerait simplement « médecin », un pharmacien « pharmacien », et il n'y aurait plus dès lors à s'y tromper. Pourtant les mœurs ne se décrètent pas, et ce sont elles qui font les lois. Or, la loi du langage français est telle, que partout un médecin s'appelle *le Docteur* et qu'il n'y a pas à revenir là-dessus. Si donc le pharmacien devient un « docteur », c'est pour le public que le voilà passé médecin! On le sent si bien et on se rend tellement compte de la valeur de cette marque, qu'on annonce que les élèves tourneront la difficulté, en demandant à la Faculté des sciences le titre de Docteur de l'Université, si nous autres le leur refusons. Cela, il faut m'en croire, n'irait pas précisément tout seul; mais ceci prouve du moins que l'équivoque est fatale, et même qu'on tiendrait considérablement à en profiter dans un certain monde pharmaceutique. Dans le cas contraire qu'est-ce donc que tous ses efforts signifient? Vainement, affirmera-t-on que l'élite de pharmaciens qu'on veut créer par le doctorat tel que l'a imaginé l'*Ecole de pharmacie* de Paris ne consentira jamais à cette forfaiture, qui consiste à provoquer l'équivoque, puis à en profiter pour ce but infime : traiter une blennorrhagie dans l'arrière-boutique, voire même à domicile une pneumonie fibrineuse comme, à ma connaissance, le fit naguère tel chimiste-expert! Je n'ai pas pour ma part cette belle foi robuste, surtout après avoir présidé plusieurs années le Syndicat des médecins du Rhône. Tous nos praticiens des quartiers se plaignent — oh! parfois combien amèrement — de ce qui se passe à leur détriment dans les officines : et de tout ordre, entendez-vous bien! Car enfin, il faudrait une bonne fois parler franchement. Les meilleurs, les plus savants, les plus indépendants et les plus honorables parmi les pharmaciens reconnaissent qu'ils donnent en effet des consultations à qui leur en demande, *parce que le public lui-même les y force*. Que sera-ce quand le public, lisant sur l'enseigne, couramment, *Pharmacie du Dr X...*, croira de bonne foi que le titulaire est médecin et pharmacien tout à la fois? Et puis, enfin, il n'y a pas qu'en inspectant pendant vingt ans des officines qu'on peut se faire une conviction sur l'exercice illégal de la médecine dans les pharmacies. Pour mon compte, j'ai été renseigné en une seule fois, et ce fut même très drôle. J'entre un jour dans une officine pour faire une observation au pharmacien qui, dans une de mes prescriptions, avait substitué de *l'iodoforme* à du *diiodoforme*. Pour m'expliquer avec lui, je le prie naturellement de passer dans son cabinet. Il sourit discrètement et, enfin seul avec moi qu'il ne connaissait pas de vue : — « Vous venez me consulter, dit-il sans me permettre de placer un mot, pour une chaudepisse tombée dans les bourses; j'ai vu ça tout de suite à la façon caractéristique dont vous descendiez de voiture ».

Et notez bien ceci : j'appris peu après que le patron était au lit, malade. L'homme très grave et muni de lunettes auquel j'avais eu affaire, n'était qu'un remplaçant peu « calé » sur le diiodoforme, ainsi qu'il résulta de la suite de notre entretien, mais combien ferré sur le diagnostic à distance d'une orchite, on vient de le voir! En tout cas, on peut conclure de là aux habitudes de l'officine. Demandez maintenant pourquoi pas mal d'anciens *pharmaciens adjoints* de nos hôpitaux, pourtant munis d'un titre si satisfaisant pour leur amour-propre et faisant foi de leur valeur pharmaceutique distinguée, inclinent si fort à y substituer le titre d'*ancien interne*, qui crée l'équivoque d'une qualité purement médicale?

« ... *Et ne nos inducas in tentationem* », a dit la grande prière. La Faculté de médecine, elle non plus, n'a pas voulu induire en tentation le modeste pharmacien, pour qui la vie est parfois assez dure et la sollicitation à l'intervention médicale souvent très forte. Elle a entendu réserver le titre honorifique de docteur de l'Université (puisqu'il faut qu'il y en ait) au pharmacien seul qui, ayant bifurqué vers la science, ne peut plus avoir aucun intérêt à retourner à la pratique. Elle décore ainsi le savant d'un vocable ancien, un peu dévié de son sens, puisqu'il n'y eût jamais jusqu'ici de docteurs en pharmacie, mais seulement des Maîtres. Ce titre était beau, et l'on eût pu tout aussi avantageusement le relever. Il est même si beau qu'en médecine, comme dans toutes les sciences et dans tous les arts, c'est lui qui naît tout seul sur les lèvres d'une génération entière pour consacrer la valeur d'un homme.

Je conclurai donc comme j'avais commencé, en disant que nul n'est plus utile, nul plus respectable et digne d'être honoré, protégé dans son œuvre, qu'un pharmacien excellent exerçant sa profession, et sa profession seule, de façon à y faire son devoir et même sa fortune. Le vrai souci des chefs de la médecine et de tout médecin doit être d'aider un tel homme à vivre et à prospérer, comme celui de l'Ecole fut de l'instruire et de consacrer sa valeur *par les grades de son état*. Pour ce, point n'est besoin de lui conférer des titres vains ou tentateurs, mais de lui fournir les éléments mêmes de son activité professionnelle. Encourager ses efforts à la production de remèdes nouveaux et au perfectionnement des anciens; se donner la peine de formuler, au lieu de prescrire de commodes spécialités; confier au chimiste compétent ses analyses, ses cultures lorsqu'on n'a ni le temps ni les moyens de laboratoire suffisants pour les pratiquer soi-même : voilà ce qu'il faut faire; et quand tous les praticiens l'auront compris, les pharmaciens auront autre chose à faire et davantage à gagner qu'en donnant des consultations dans la pièce du fond, tendue de vert et meublée d'une chaise longue.

Je suis l'ami des pharmaciens, qu'on le sache bien, mais qu'on sache comment. Je suis l'ennemi des charlatans, qu'ils soient médecins, pharmaciens, herboristes, ou même rien du tout — ce qui est davantage encore prestigieux pour leur clientèle habituelle, attirée surtout par le merveilleux. Si maintenant les étudiants en pharmacie n'ont pas compris et — comme on nous en menace — s'ils quittent notre Ecole où règne en général à leur endroit l'opinion très favorable et très honorable que je viens d'exposer, ce sera sans doute un regret pour nous, mais non moins certainement tant pis pour eux.

J. Renaut,
Président du Syndicat de l'Association des Médecins du Rhône.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Abcès du foie ouvert dans les bronches,

Par M. Hussenet,

Médecin-major de 1re classe.

M... (Alfred), soldat de 2e classe au 2e régiment étranger, vient de passer 18 mois au Tonkin.

Au mois de juin 1895, première entrée à l'hôpital de Hanoï; 15 jours de traitement; diagnostic porté « accès de fièvre intermittente ». Au mois d'août, deuxième entrée au même hôpital, et même diagnostic sur le billet de sortie.

Au débarquement, le 7 août 1896, entrée à l'hôpital militaire de Marseille; sortie le 19, par congé de convalescence de 3 mois; le billet d'hôpital porte comme diagnostic « cachexie palustre ». Ce malade, du mois d'août 1895 au mois d'août 1896, a eu de nombreux accès de fièvre, irréguliers, à intervalles éloignés; il est arrivé ainsi peu à peu à l'anémie palustre qui a nécessité son rapatriement. A sa sortie de l'hôpital de Marseille, il vint dans sa famille, à Fromelennes, à 4 kilomètres de Givet.

Le 15 septembre, il est conduit à l'hôpital de Givet, très faible, pouvant à peine se tenir debout. Le résultat de l'examen est le suivant :

Peau cireuse, sans teinte subictérique, moite et chaude. Température : 39°. Langue saburrale, inappétence complète, quelques nausées, pas de vomissement.

Point douloureux fixe sur la ligne axillaire postérieure, dans le 6e espace intercostal et dans le 7e. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes et n'est pas sensible à la palpation du côté de l'abdomen.

Le malade étant debout et vu de dos, la dilatation en voussure de la base thoracique droite est très accentuée; elle saute aux yeux; matité compacte à tranche supérieure nettement limitée; respiration pulmonaire diminuée à droite, parce que le malade immobilise instinctivement son côté droit; pas de frottement périhépatique; auscultation du foie négative; aucune perception de fluctuation, pas d'œdème local, pas de frémissement, pas de tension élastique. Quand le doigt cherche à refouler les espaces intercostaux, la douleur des 6e et 7e espaces devient plus vive. Cette douleur fixe existe depuis 15 jours; en même temps, la fièvre a reparu, l'appétit a diminué jusqu'à disparaître. Le lait seul, en petite quantité, est accepté par le malade. Une autre douleur, également fixe et continue, existe sur le bord spinal de l'omoplate et dans la fosse sus-épineuse droite. Un peu de dyspnée; petite toux sèche, par quintes. A aucun moment, ni pendant son séjour au Tonkn, ni depuis sa rentrée en France, cet homme n'a jamais eu ni diarrhée ni dysenterie; il est très affirmatif à cet égard.

La rate est un peu grosse et un peu sensible. Les urines sont actuellement peu abondantes, très rouges; elles ne sont pas albumineuses.

Le diagnostic « médical » d'abcès de la face convexe du foie paraît suffisamment légitimé par les signes constatés. J'en préviens le malade, en le préparant à l'idée d'une intervention à bref délai.

Le lendemain, je prie mes collègues civils et militaires de l'examiner; le même diagnostic est médicalement confirmé, et l'intervention chirurgicale est jugée nécessaire, vu le mauvais état général du malade. Mais nous nous heurtons à un refus absolu de sa part; il demande même à sortir de l'hôpital et ne se décide qu'avec peine à rester encore quelques jours.

Les jours suivants, la fièvre continue à osciller entre 38° et 39°, avec sueurs assez abondantes; l'alimentation n'est que médiocrement assurée par du lait additionné d'eau de Vichy. Après 9 jours de repos, le malade se prétend mieux portant et sort le 24 septembre.

Quelques jours après, j'allai le voir; il était dans le même état, prenant tous les jours un peu de quinine et 1 à 2 litres de lait.

Revu le 2 octobre, dans la même situation, sauf la fièvre, qui avait diminué.

Le 9 octobre (15 jours exactement après sa sortie), sa famille me fit appeler. Il avait eu, dans la nuit du 8 au 9, de violentes quintes de toux, avec sensation d'angoisse et de suffocation, et, tout à coup, avait vomi une grande quantité de pus, mélangé de sang. Une détente brusque, un réel soulagement avait suivi cette vomique. Le malade se trouvait beaucoup mieux. Les liquides rendus avaient été conservés; c'était du pus mélangé de sang, de mucosités bronchiques et d'un peu de bile, d'une odeur assez fétide. La fièvre était tombée complètement.

Le 14, je trouve le malade levé; il crache toujours un peu de pus mélangé de sang, moins fétide; le 10 et le 11 un peu de diarrhée, qui a déjà disparu; l'appétit revient. La face est moins pâle, les lèvres moins exsangues. Continuation du lait. Pour faciliter l'expectoration, il a imaginé de se plier en deux, la tête en bas.

La respiration s'entend mieux dans le poumon droit; les douleurs intercostales et scapulaires n'existent plus.

Le 20, j'ai revu le malade. Il respire facilement, se promène et mange assez bien. Il crache encore un peu de pus rougeâtre, mais toute odeur fétide a disparu. Pas de bile dans les crachats.

C'est seulement le 6 novembre que l'expectoration a définitivement cessé. La respiration est égale des deux côtés de la poitrine. Une légère douleur persiste dans l'hypochondre droit, mais on ne pourrait certainement pas se douter, actuellement, que cet homme a eu récemment un grand abcès du foie.

Je l'ai revu plusieurs fois; le dernier examen est du 27 janvier : état général excellent, et rien absolument comme signes locaux; pas le moindre retour de fièvre intermittente.

La guérison peut donc être considérée comme bien définitive.

Nous avons eu affaire, sans le moindre doute, à une hépatite à grand abcès, abcès unique de la face convexe du lobe droit, évacué par les bronches.

L'origine paludéenne paraît certaine, à l'exclusion de toute autre cause. Deux fois à l'hôpital de Hanoï, et une fois à Marseille, le malade, examiné et traité, a été reconnu atteint de paludisme, sans dysenterie ancienne ou récente.

Ce fait rentre dans la catégorie de ceux signalés par MM. Gremillon et Demmler, qui considèrent les abcès paludéens du foie comme moins graves que les abcès d'origine dysentérique.

Au point de vue de l'évolution, la durée de la période aiguë, jusqu'au jour où le pus a été franchement collecté, a été d'environ 15 jours. Le malade, en effet, à sa sortie de l'hôpital de Marseille, ne souffrait pas de son foie. Les douleurs ont commencé le 1er septembre, et, le 15, l'abcès existait manifestement.

L'évacuation dans les bronches s'est faite, par une vomique, après une seconde période de 15 jours, période de migration de l'abcès.

Enfin, la guérison était réelle après une troisième période de 30 jours, sans accident et sans complication, après des suites aussi simples que possible, c'est-à-dire dans les mêmes conditions de rapidité qu'après les interventions opératoires les plus heureusee (30 jours environ d'après Mabboux).

L'opinion déjà ancienne, que l'évacuation spontanée par les bronches (quand l'épanchement de bile est nul ou insignifiant) est la plus favorable de toutes, est ainsi confirmée une fois de plus.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pneumonie par les injections de sérum artificiel,

Par M. le Dr Weisbecker (1).

Le Dr Weisbecker a remarqué que les injections de sérum artificiel (1) amènent chez les pneumoniques une amélioration de l'état général témoignée à la fois par le bien-être subjectif du malade et son faciès.

En second lieu l'influence sur la fièvre a été manifeste et il a pu noter des oscillations de 2 à 3 degrés en l'espace de 1 à à 2 heures, à la suite des injections.

Enfin au point de vue local il pense que les injections de sérum ont eu un effet réel. Dans les cas injectés dès le début, il n'y a pas infiltration complète. On entend des râles crépitants, sans souffle et sans matité sensible. L'injection doit être précoce, surtout chez les gens âgés, dès que l'on soupçonne une pneumonie.

Nouveau mode de pratiquer les sutures cutanées aseptiquement,

Par M. le Dr Colmann (2)

Assistant de la clinique gynécologique du Dr Asch (de Breslau).

Pour que les suites d'une plaie demeurent aseptiques il faut que 3 conditions soient remplies :

1° Les sutures doivent être aseptiques;

2° La désinfection des mains doit être parfaite;

3° Le champ opératoire doit être aseptique.

Ces différentes conditions s'obtiennent par les procédés connus. Mais pour éviter la contamination secondaire des points de suture, le Dr Colmann a recours à un mode de suture particulier, la suture percutanée,

Voici en quoi elle consiste :

Supposons une ligne d'incision à réunir. A l'un des angles de la plaie on introduit une aiguille recourbée (de Langenbeck ou de Hagedorn) mais la peau au lieu d'être piquée de dehors en dedans est piquée par sa face interne et l'aiguille est dirigée de telle façon qu'au lieu de ressortir aussitôt par la face opposée, elle parcourt un trajet dans l'épaisseur même du derme pour ressortir un peu plus loin sur la face interne, c'est-à-dire adhérente aux tissus, et de là l'extrémité du fil est conduite sur la lèvre opposée de la même façon.

Il en résulte que dans ce mode de suture, vraiment *percutané* le fil n'est jamais laissé découvert; il a toujours au-dessus de lui quelques couches épidermiques. Après avoir conduit le fil d'un bout à l'autre de l'incision, on tire les 2 chefs en sens opposés, comme les cordons d'une bourse et ainsi se trouvent évitées toutes les infections d'origine cutanée, superficielle.

1. *Münchener med. Woch.* 1898, n°s 7 et 8.
2. *Münchener med. Woch.* 1898, p. 660.

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

Tenu à Paris dn 27 juillet au 30 août.

Hospitalisation des indigents tuberculeux de Paris.

M. Letulle, chargé du service médical dans le nouvel hôpital Boucicaut, prit à la fin de novembre 1897, l'engagement de consacrer à la tuberculose pulmonaire deux de ses cinq pavillons, 21 lits d'hommes, répartis en : au rez-de-chaussée, une gr ande salle de 18 lits qu'il fut impossible de couper en trois petites salles de 6 lits, et une chambre à un lit, enfin, au premier étage, deux chambres à un lit, destinées aux malades du Bon-Marché; voilà pour le pavillon des hommes. 14 lits de femmes, dont au rez-de-chaussée une grande salle de 10 lits (qui ne fut pas davantage dédoublée, pour les mêmes raisons que plus haut), une chambre à 2 lits, au premier étage, deux à 1 lit (pour les malades du Bon-Marché), comprenant le service des femmes.

De ces 35 lits de tuberculeux, les quatre chambres dites « du Bon-Marché », demeurèrent inoccupées (sauf pendant quelques jours par une jeune fille, cavitaire avancée); les 31 autres lits furent, au contraire, continuellement remplis. En huit mois, 125 malades tuberculeux passèrent dans ce service.

La statistique portera donc sur une masse nullement triée, sur une « population tuberculeuse », identique à celle qui flotte dans les différents hôpitaux de Paris. Voici, avant tout autre considération, la statistique brute de ce service de tuberculeux (qui demeure distinct de ce service général) :

Tuberculeux reçus aux pavillons B.

Hommes 88, femmes 37 = 125.

Décès	38
Etats stationnaires aggravés	60
Améliorés.	27
Total	125

Sous ce terme de *tuberculeux améliorés*, M. Letulle fait entrer uniquement les individus ayant, après plusieurs semaines de séjour, augmenté notablement de poids. Ceux de ses malades qui, au moment de leur départ, n'avaient pas pris de poids, bien qu'il fussent en meilleur état, ne comptent pas dans cette série. Le tableau suivant donnera une idée exacte de ses « bons tuberculeux ». Toutes les semaines, à la même heure, tous les malades sont pesés avec soin. L'habitude étant prise, il y a même, entre eux, une véritable émulation qui les engage à s'alimenter davantage pour gagner, la semaine prochaine, sur le voisin. D'autre part, le tableau qui donne seulement les chiffres extrêmes, ne rend pas compte des oscillations de poids, des chutes et des remontées, si communes chez nos grands tuberculeux en voie d'ulcération pulmonaire. Ces chif-

fres ont une éloquence décisive, surtout si l'on veut bien remarquer que 18 de ces malades ont obtenu un gain variant entre 4 kilogrammes et 10 kilogrammes.

La proportion considérable des décès, 38 pour 125, qui équivaut à peu près à 30 pour 100, montre à quelle période avancée de la maladie la plupart de nos ouvriers tuberculeux entrent dans les hôpitaux. Ils n'y viennent, en grande partie, que pour y mourir. Défalcation faite de ces moribonds, les améliorés représentent presque le tiers des autres tuberculeux. Parmi eux, le plus grand nombre sont déjà à la deuxième période de la maladie, et les bacilles foisonnent dans leurs crachats. Il n'y a donc pas d'exagération à dire que les résultats du traitement hygiéno-diététique (encore trop incomplet, à cause de certaines difficultés administratives sur lesquelles je reviendrai) sont remarquables et très consolants.

Comment de pareils résultats, qui diffèrent d'une manière si radicale des statistiques hospitalières parisiennes, ont-ils été obtenus?

Deux sortes d'améliorations importantes sont déjà obtenues à Boucicaut : 1° l'hygiène générale du service est sévère, à peu près impeccable; 2° la triple cure hygiéno-diététique des tuberculeux.

Hygiène générale du service. — Fort de cette vérité que l'asepsie doit être plus rigoureuse dans un service de médecine (exposé chaque jour à toutes les contaminations microbiennes) qu'en chirurgie, où les infections contagieuses ne sont que des accidents toujours et facilement évitables, M. Letulle pratique à Boucicaut l'hygiène hospitalière la plus sévère. Il n'y a plus de poussières pathogènes autochtones; les crachoirs prodigués à l'excès s'opposent à l'expectoration sur le sol, même dans les jardins. Les mouchoirs sont bannis et remplacés par des compresses propres, désinfectables sur le champ. Le personnel hospitalier, bien stylé, se lave les mains, se couvre de la blouse administrative. Les malades ne sont couverts que de vêtements aseptiques fournis par l'hôpital. Ils entrent propres dans les salles et y demeurent aussi propres que possible jusqu'à leur sortie. Leur bouche est astreinte à l'usage de la brosse et de l'eau dentifrice. Leur corps est lavé, lotionné aussi souvent que possible, malgré l'absence de service de balnéation et d'hydrothérapie. Les crachoirs sont, chaque jour, soigneusement désinfectés, ainsi que les ustensiles qui servent aux repas des malades.

Il ne reste qu'un seul danger qui a été, jusqu'à ce jour, impossible de supprimer; la contamination des salles par les poussières étrangères apportées les jours de visite familiale par les parents et amis des malades.

Cure d'air, de repos et d'alimentation. — L'aération de ces salles est assurée jour et nuit; les fenêtres élevées, coupées en trois portions, conservent ouverte, la nuit, la portion la plus haute. L'air circule largement dans la salle, et les malades, bien couverts, s'habituent vite, et sans difficultés, à cette médication inconsciente.

Reste la cure d'air hors des salles. Pour cela, les malades valides s'en chargent spontanément, en allant, sitôt la visite terminée, s'asseoir, s'étaler sur les bancs du jardin. Grâce à la libéralité de l'administration, M. Letulle a obtenu 22 chaises longues munies de matelas et d'oreillers en balle d'avoine, sur lesquels 12 hommes et 10 femmes font chaque jour une cure d'aire à l'extérieur des salles.

En attendant l'installation promise d'une galerie de cure bien orientée, entre les deux pavillons, galerie où 20 chaises longues tiendront à l'aise, M. Letulle a eu recours à la tente. Deux tentes, placées au milieu des pelouses du jardin, reçoivent l'une 12 hommes, l'autre 10 femmes, qui peuvent y séjourner sur leurs chaises longues.

La *cure de repos* est la conséquence obligée de la cure d'air. Il faut remarquer que, chez le plus grand nombre de malades, cette médication sédative et antithermique par excellence est nécessaire, la fièvre étant à peu près la règle au moment de l'entrée dans le service.

Pour cette cure, il faut non seulement des chaises longues, mais encore de bons sièges, de bons fauteuils-abris qui seront généreusement fournis par l'administration.

La *cure d'alimentation* doit être, avant tout, la cure par excellence, et, par le terme d'alimentation, M. Letulle entend la suralimentation. Le tout n'est pas de nourrir les tuberculeux, il les faut encore « trop bien nourrir. »

Or, jusqu'à présent, l'alimentation des phthisiques hospitalisés ne diffère pas de celle des autres malades. M. Letulle y ajoute, cependant, le lait qu'on accorde largement, les œufs frais qu'on donne sans compter, enfin, la viande crue et les poudres de viande. Mais avec cela, on ne peut guère varier les repas de ces pauvres diables qui sont presque tous inappétents.

Quant au traitement pharmaceutiques M. Letulle a depuis longtemps banni les médicaments héroïques tuberculicides. La tuberculine R ne lui a rendu que des services discutables; elle n'a pas nui, c'est le plus grand éloge qu'on en puisse faire.

L'hydrothérapie, le massage, les douches tièdes si utiles, si efficaces dans la cure des tuberculeux, n'ont pu être commencés faute d'installation. Matin et soir on fait faire aux tuberculeux une séance d'atmosphère ozonisée dans la salle des hommes, de 9 heures à 10 heures le matin et de 5 à 6 heures le soir. De temps à autre, pour faire quelque chose et parce que, parfois, M. Letulle a vu cette méthode produire des résultats imporants, on pratique des injections sous-cutanées d'huile stérilisée à laquelle on ajoute 1 gramme de gaïacol pour 1 000 d'huile, afin « d'odoriser » le médicament.

Aux anorexiques on applique des cataplasmes de neige carbonique, et cette « crymothérapie » produit souvent un résultat remarquable, pendant, au moins, quelques jours.

Pour le reste, les médicaments usuels, banals, l'arsenic, la quinine, le tannin surtout sont régulièrement employés.

Conclusions. — L'isolement des tuberculeux, dans les hôpitaux urbains, nécessaire au point de vue de l'hygiène prophylactique, indispensable pour leur traitement hygiéno-diététique, n'est qu'une mesure incomplète et cruelle, s'il ne se double pas de la création de sanatoriums populaires, suburbains et provinciaux.

Néanmoins, la triple cure d'air, de repos et d'alimentation doit être organisée et rendue pratique dans tous les services hospitaliers destinés aux tuberculeux. L'installation nécessaire en est facile; les dépenses qu'elle impose sont légères et les résultats satisfaisants qu'elle donnera serviront non seulement au traitement matériel, mais encore au moral des indigents tuberculeux obligés de s'hospitaliser. La cure des tuberculeux à domicile est absolument impraticable.

La création de sanatoriums populaires s'impose pour toutes les raisons précédentes et encore parce qu'à Paris les bénéfices des maisons de convalescence destinées aux hôpitaux (Vincennes et Vésinet), demeurent interdits à nos tuberculeux.

La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.

M. Bang (Copenhague), après avoir constaté que, dans quelques endroits, la tuberculose est en décroissance parce que dans la dernière vingtaine d'années, les fermiers ont enfin reconnu qu'il n'y a rien à gagner à laisser les animaux malades dans les étables jusqu'au moment où ils sont près de mourir, se demande quel danger la tuberculose bovine offre-t-elle pour l'homme au point de vue alimentaire?

Pour la viande, on a autrefois exagéré ce danger. La viande, on le sait, est bien rarement le siège de la tuberculose, et dans les glandes lymphatiques, qui se trouvent dans la viande, il est fort rare de trouver des tubercules, si la tuberculose n'est pas généralisée. Aussi ce n'est que dans ce dernier cas que le sang contiendra des bacilles de la tuberculose. Dans la grande majorité des cas, dans lesquels la tuberculose a un caractère local, il n'y a aucune raison de croire que la viande ou les glandes lymphatiques contiendraient des bacilles. Il est vrai qu'il faut admettre la possibilité que peu de temps avant l'abattage une invasion de bacilles dans le courant du sang aurait pu avoir lieu de quelque foyer local, et qu'ainsi le sang retenu dans les muscles pourrait contenir du virus, mais la probabilité que cela se ferait est très petite, surtout dans les cas nombreux de tuberculose légère.

Aussi le système allemand de borner en général la saisie totale à la tuberculose généralisée, de livrer les cas légers à la libre consommation après avoir éloigné les organes malades, et de permettre la vente sous certaines précautions (« Freibank »

ou stérilisation) des cas plus avancés, semble à M. Bang digne de recommandation.

Plusieurs investigateurs (Ostertag et des Anglais) ont dirigé l'attention sur le danger de contagion que le boucher pourrait transférer à la viande en en touchant la surface avec des couteaux ou d'autres objets souillés de produits tuberculeux. Ce danger existe sans doute et, dans les abattoirs, il faut veiller à l'éviter autant que possible, mais dans la plupart des pays, où la viande n'est pas mangée toute crue, ce danger n'aura aucune importance pratique, car une cuisson même incomplète détruira les bacilles déposés sur la surface de la viande.

Bien plus grand est le danger attaché au lait, parce que bien plus souvent que la viande le lait est pris en état crû et qu'il forme la nourriture essentielle pendant l'enfance, âge où le danger de l'infection par le canal digestif semble être beaucoup plus grand que dans l'âge adulte. Et puis des dépôts tuberculeux se trouvent souvent dans l'organe même où se forme le lait. Nous savons que le lait sécrété d'une mamelle tuberculeuse contient une grande quantité de bacilles de la tuberculose.

Quelle est donc la fréquence de la tuberculose de la mamelle? Il est encore difficile de se prononcer sur ce point d'une façon décisive. En Saxe, dans les années 1888-1895, on l'a trouvé dans 1, 2, 3 p. 100 de tous les animaux tuberculeux abattus et, en 1888-1889, dans tout l'empire allemand, dans 1,62 p. 100. A Copenhague, la tuberculose de la mamelle semble se rencontrer un peu moins fréquemment. Dans les années 1888-1892, on n'a trouvé dans l'abattoir public que 16 cas de tuberculose de la mamelle entre 301 668 bœufs abattus, dont 1,2 p. 100 étaient tuberculeux. D'après ces chiffres, la tuberculose mammaire ne paraîtrait que chez 0,3 p. 100 des animaux tuberculeux abattus, mais, du reste, cette statistique n'a pas grande valeur, parce qu'on ne sait pas combien des bovidés étaient des vaches. De plus, il est très vraisemblable que dans tous les abattoirs, on laisse échapper une grande quantité de cas légers de tuberculose mammaire.

Quand la mamelle n'est pas atteinte, le lait ne contient que rarement les bacilles de la tuberculose.

M. Eber, cependant, a dirigé l'attention sur le fait qu'il pourra facilement arriver que du lait sécrété d'une mamelle saine soit infecté de bacilles de la tuberculose dans l'étable. Au trayage, le lait est facilement souillé de particules de fumier et, lorsqu'on se souvient que le bétail avale la plus grande partie de ses crachats, on comprend que le fumier des bovidés souffrants d'une tuberculose pulmonaire contiendra sans doute souvent de tels bacilles, et le nombre de ceux-ci sera encore bien plus grand, s'il se trouve des ulcères tuberculeux dans les intestins.

Pour éviter autant que possible le danger cité ici, il faut tenir l'étable et les vaches elles-mêmes aussi propres que possible et placer les grands seaux hors l'étable pour qu'ils ne soient pas infectés de particules de fumier sous forme de poussière venant de l'air. Puis il ne faut jamais garder des animaux fort tuberculeux dans l'étable; non seulement les autres animaux sont en grand danger d'être contaminés, mais le lait aussi est en danger d'être infecté.

Le danger menaçant l'homme par le lait peut facilement être évité quand on le cuit, et dans le cas des petits enfants, ceci est sans doute la règle générale.

Mais il y a toujours bien des personnes qui ont une grande aversion contre le lait cuit, et par égard pour elles, on peut recommander de vendre du lait hautement pasteurisé.

Par un court chauffage à 85°C, les bacilles de la tuberculose sont tués, et si immédiatement après le lait est fortement refroidi, il n'aura pas de goût cuit; des établissements, fondés sur ce principe, prospèrent assez à Copenhague et dans d'autres villes.

Il est donc assez commun de se préserver contre la contagion par le lait en le faisant cuire; mais de telles précautions sont moins souvent prises, quand il s'agit du beurre. Quand la crème est séparée par la centrifugation, elle est sans doute délivrée de la majorité des bacilles de la tuberculose qui pourront s'y trouver, mais quelques-uns y restent, et dans ces dernières années, il a été démontré, de plusieurs côtés, que le beurre peut contenir des bacilles de la tuberculose.

Heureusement, il a été mis en évidence qu'on peut produire un beurre excellent d'une crème chauffée jusqu'à 85° C. Pendant une suite d'années, il a été commun en Danemark de chauffer la crème avant le barattage à 80° et pas rarement à 85°. La nouvelle loi n'exige pas précisément cette mesure, mais on peut considérer, comme certain, que la prescription de ne point livrer le babeurre sans qu'il ait été chauffé à 85°, aura pour conséquence que presque toute crème sera chauffée à ce degré, parce qu'on peut alors éviter le chauffage difficile du babeurre.

Cette nouvelle loi contient une seconde décision de valeur, c'est-à-dire que la boue déposée sur les parois de l'appareil centrifuge doit être brûlée. C'est que cette boue contient — outre beaucoup de saletés de différente sorte — une quantité de bacilles de la tuberculose, si le lait en contenait, et l'on a eu des exemples qu'au Danemark et en Allemagne cette matière immonde a été employée comme nourriture pour les cochons et les a infectés de tuberculose.

Il est cependant évident que la meilleure chose qu'on a à faire pour empêcher l'infection de l'homme par le bétail, c'est d'exterminer la tuberculose du bétail. Mais il est certain que la chose sera fort difficile.

Cependant, il est possible d'atteindre le but, mais, sans doute, seulement après de longues années de combat et de grands sacrifices.

Autrefois, il n'y avait aucune possibilité d'exterminer la tuberculose bovine, parce qu'on n'avait pas les moyens de reconnaître la grande majorité des cas. On ne pouvait faire le diagnostic du mal que quand il était déjà assez avancé, et si l'on éloignait de l'exploitation les animaux évidemment malades, il en restait beaucoup qui étaient déjà atteints, et chez une partie de ceux-ci, la maladie continuait de se développer. L'éloignement des pires sources de contagion pouvait diminuer les ravages de la maladie, mais, de cette façon, il était impossible de l'exterminer.

Ce n'est que l'invention de la tuberculine par R. Koch qui en créa la possibilité, en nous donnant un moyen de reconnaître la tuberculose dans ses premières phases et dans les degrés les plus insignifiants. Quand la tuberculine produit une réaction typique, nous pouvons presque être convaincus que dans le corps de l'animal, il existe quelque processus tuberculeux. Cependant, on ne saurait nier la possibilité qu'une courte fièvre tout accidentelle pourra, dans quelques cas rares, avoir simulé une réaction. Ce qui est pis, c'est qu'il y a, en réalité, un certain nombre de cas où la tuberculine ne réussit pas à déceler l'existence d'une tuberculose. Le plus souvent il s'agit, sans doute, de vieux dépôts insignifiants, calcifiés pour la plupart, et des cas où la tuberculose est en stagnation et même peut-être en train de se guérir et qui seront peut-être toujours incapables d'expulser le virus. Mais, comme on le sait, il y a aussi des cas — malheureusement pas tout à fait rares — où la tuberculine ne provoque pas de réaction chez un animal hautement tuberculeux et, par conséquent, extrêmement contagifère. C'est pourquoi il ne faut jamais oublier d'avoir recours à l'examen clinique, quand il s'agit d'un animal qui, sans donner de réaction, révèle des symptômes qui pourront nous faire craindre que, malgré l'épreuve, il souffre de la tuberculose.

Il faut mentionner une circonstance encore qui rend incertaines certaines épreuves de tuberculine. Tandis que l'épreuve de la tuberculine donne un résultat relativement assuré, exécutée sur des animaux qui se tiennent tranquillement à la maison dans l'entourage accoutumé, le résultat est assez souvent incertain quand elle est exécutée sur des animaux qui viennent de faire des voyages ou qui ont été exposés dans des marchés, etc. Il semble que, dans ces circonstances, beaucoup d'animaux tombent dans un état anormal, dans lequel leur faculté de réagir à la tuberculine est diminuée ou disparaît temporairement. Dans les quarantaines allemandes, on a plusieurs fois eu des réactions chez des animaux injectés peu avant le voyage dans les étables des marchands ou dans les marchés, sans avoir offert de réaction. Il est donc évident qu'il faut être bien prudent en achetant des animaux, vendus par un marchand de bétail, munis d'un certificat d'avoir subi l'épreuve de la tuberculine chez lui et d'avoir été trouvés sains. De fâcheuses méprises peuvent arriver, quoique l'on n'ait nullement voulu commettre la moindre imposture. Il faut sans doute de-

mander que le bétail de commerce soit tenu plusieurs jours en repos, avant d'être injecté.

Il est clair que l'idéal — au point de vue de la police vétérinaire — serait :

1° De découvrir tous les animaux qui sont atteints de la tuberculose.

2° D'en abattre les plus atteints et tous ceux présentant la maladie dans une forme contagieuse (c'est-à-dire ceux sécrétant des bacilles).

3° De séparer complètement les animaux sains et de les faire abattre aussitôt que la maladie se développe chez eux.

En vérité, le procédé le plus rationnel serait de traiter la tuberculose bovine de la même manière que la péri-pneumonie, c'est-à-dire d'abattre toutes les bêtes qui ont cohabité avec des bêtes tuberculeuses. Mais il faut avouer qu'une telle mesure serait impossible à accomplir, sauf dans des cas où la tuberculose serait nouvellement introduite dans un pays jusque-là exempt de ce fléau. Et encore resterait la possibilité de l'infection du bétail de la part de l'homme.

Il faut donc convenir que, dans la plupart des pays civilisés, dans lesquels la tuberculose a, en vérité, une bien grande propagation, on est obligé de rabattre de ces prétentions les plus idéales et de se contenter de faire reculer lentement et graduellement la maladie, et il faut se rendre bien compte que, dans ce combat, nous aurons à subir beaucoup de déceptions.

Et quels moyens peut-on recommander?

La réponse à cette question dépend en première ligne de la somme d'argent qu'on veut dépenser. Si l'on ne recule pas devant de bien grands sacrifices pécuniaires, on peut, comme en Massachusetts et en Belgique, s'attacher en première ligne à exterminer autant que possible les animaux cliniquement atteints. Dans les pays où le gouvernement ne dispose pas des moyens nécessaires pour donner une indemnité pour toutes les bêtes cliniquement atteintes de la tuberculose, on n'a rien de meilleur à faire que d'engager les propriétaires à combattre eux-mêmes la tuberculose selon la méthode mise en pratique en Danemark, c'est-à-dire en éprouvant tous leurs bovidés à la tuberculine et en établissant une séparation aussi complète que possible entre les animaux réagissants et les animaux sains, l'Etat fournissant gratuitement la tuberculine et payant les vétérinaires pour l'exécution des épreuves, à condition que le propriétaire promît d'accomplir cette séparation.

La méthode danoise n'est nullement parfaite. Il va sans dire que l'avantage qu'on peut tirer de la séparation entre les animaux sains et les animaux réagissants dépend en première ligne de l'exactitude avec laquelle elle est maintenue. Si elle est mal faite, le résultat n'en est pas bon, mais si elle est exécutée avec un tel soin que les animaux sains ne sont, en vérité, pas exposés à la contagion, le résultat en est excellent.

S'il se confirme que la tuberculine nouvelle préparée par M. Behring est capable d'immuniser le bétail avec sûreté et pour un temps suffisamment long, on aura gagné une arme nouvelle et puissante dans le combat prophylactique contre la tuberculose.

Il est même possible qu'à l'avenir on s'occupera plus que jusqu'à présent de la guérison des bêtes malades. Il est cependant probable que la vieille maxime « qu'il vaut mieux prévenir que guérir » conservera sa valeur en ce qui regarde la tuberculose bovine.

Etude sur le mode d'emploi et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme.

MM. S. Arloing et **Paul Courmont** ont continué les recherches publiées par M. Arloing au Congrès de Montpellier (1898) et à l'Académie des sciences (mai 1898) sur l'agglutination des cultures liquides homogènes du bacille de Koch. Ils ont employé de préférence des cultures homogènes en bouillon glycériné, âgées de 8 à 12 jours; le mélange du sérum à la culture se fait dans les proportions de 1 p. 5 à 1 p. 20 dans des tubes où s'observe facilement, à l'œil nu, la production du dépôt des agglutinants et la clarification du liquide dans un temps variant de quelques heures à 24 heures, limite qu'il ne faut pas dépasser.

1° *Chez les phthisiques à lésions avancées* (26 cas) la réaction a été positive dans 92 p. 100 des cas, négative dans 7 p. 100. Deux tuberculeux cavitaires n'ont pas donné l'agglutination.

2° *Chez les tuberculeux à lésions peu avancées* (pleurésies, induration des sommets) (22 cas) la réaction a été positive 95 fois p. 100. Elle n'a fait défaut que dans un seul cas où l'examen bactériologique n'a d'ailleurs pas confirmé le diagnostic clinique.

3° *Dans les cas de tuberculose chirurgicale* (adénites, arthrites...) la réaction a toujours été positive, mais souvent assez faible.

4° *Chez les malades non tuberculeux et les individus sains* le sérum est, le plus souvent, non agglutinant; dans quelques cas il agglutine faiblement; dans quelques cas encore plus rares, la séro-réaction est forte. Les auteurs pensent qu'il s'agit, dans ces cas, de tuberculose latente comme l'autopsie en révèle souvent et qui pourraient être à l'avenir dépistés par la séro-réaction comme ils l'ont constaté dans plusieurs cas où des sujets non tuberculeux en apparence et présentant une séro-réaction positive ont été reconnus ultérieurement tuberculeux soit à l'examen clinique, soit, mieux encore, à l'autopsie. En tout cas, l'existence à peu près constante de la séro-réaction dans les cas de tuberculose peu avancée donne les plus grandes espérances pour le séro-diagnostic de la tuberculose au début.

En résumé : la séro-réaction peut fournir avec rapidité un élément d'information très important dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

Epidémie de tuberculose.

M. Ricochon (Champdenier) relate l'observation d'une véritable épidémie de tuberculose qui s'est déroulée dans un village où depuis 15 ans il n'y avait pas eu de phthisiques; il s'est produit coup sur coup une série de tuberculoses graves, après la réapparition d'un cas dans une maison du village; ce sont les maisons voisines qui ont été contaminées.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 Juillet 1898.

La thermogénèse dans le tétanos.

MM. d'Arsonval et **Charrin** ont pris des tracés normaux de la chaleur rayonnée par des animaux déterminés; puis ils ont injecté à ceux-ci, sous la peau ou dans le sang, des toxines tétaniques.

Les courbes obtenues permettent d'établir que parfois, avec des doses considérables de toxines, on enregistre des troubles (abaissement, élévation de ces courbes), dès la période dite d'incubation, avant tout désordre apparent.

En outre, quand éclatent les crises, celles-ci s'inscrivent assez souvent d'elles-mêmes sous forme de crochets ascensionnels, dont la disposition permet de calculer les proportions de calorique émis.

En dépit de ces élévations, la somme de thermogénèse n'est pas toujours excessive; on parvient à établir le fait important du désaccord possible entre le calorimètre, la chaleur organique émise, d'une part, et le thermomètre, la température périphérique, d'autre part.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Juillet 1898.

La sclérose du corps thyroïde chez les tuberculeux.

MM. H. Roger et **M. Garnier**. — Il se produit dans la tuberculose une sclérose du corps thyroïde qui serait très fré-

quente puisque les auteurs l'ont trouvée dans quatre cas étudiés à ce point de vue. Il s'agissait dans tous ces cas de malades ayant succombé à la phthisie vulgaire, chronique ou subaiguë.

Macroscopiquement l'organe ne paraît pas altéré, ce n'est qu'au microscope que les lésions se reconnaissent. Le tissu conjonctif forme au milieu des vésicules thyroïdiennes des bandes plus ou moins épaisses, qui décrivent un trajet elliptique ou dessinant les organes. Les artères présentent des lésions de périartérite et même d'endartérite. Quant au tissu thyroïdien lui-même il est peu altéré; il semble pourtant se trouver en état de suractivité fonctionnelle comme le montre l'accumulation de cellules dans les vésicules. Enfin en aucun point on ne constate ni productions tuberculeuses, ni cellules géantes, ni bacilles.

Pour montrer qu'il ne s'agit pas là d'une altération banale, les auteurs ont étudié le corps thyroïde chez 18 sujets ayant succombé à des affections variées et dont deux (un supplicié et un homme mort à la suite d'un traumatisme) pouvaient être considérés comme normaux. Jamais ils n'ont trouvé d'altération semblable.

Cette sclérose, qui est à rapprocher des cirrhoses tuberculeuses du foie, paraît due à l'action des toxines circulaires dans l'organisme; peut-être n'est-elle pas sans influence sur la production de certains symptômes observés chez les tuberculeux.

De la perception et de la conduction de l'irritant sonore par les nerfs de la sensibilité générale.

M. Max. Egger. — Plusieurs cas de surdité, soit labyrinthique, soit centrale, observés dans le service de M. Déjerine nous ont montré le fait curieux qu'un diapason vibrant sur un os du squelette transmet au sensorium sa qualité sonore.

Voici un malade qui a perdu toute perception sonore depuis une année. Il est sourd aux sons les plus bas, au roulement d'une voiture ainsi qu'aux cris les plus aigus d'un sifflet de Galton. Par transmission osseuse de la tête il n'entend que l'*ut* 1. Après lui avoir bandé les yeux, nous plaçons tour à tour divers diapasons sur le tibia, la malléole, l'olécrane, la clavicule ou sur une phalange. Dans ces conditions, le malade nous dit entendre très bien et, sur notre demande, il imite avec assez de justesse la hauteur des sons. En lui permettant d'entourer de ses mains un violon, sur lequel on joue un morceau de musique, il entend également très bien et il n'y a que les sons très aigus qui lui échappent.

Une autre malade totalement sourde, ne percevant plus aucune trace de son par transmission osseuse de la tête, entend les diapasons *ut* 1 jusque *ut* 4 inclusivement par son tibia ou son olécrâne; *ut* 5, *mi* 5, etc., sont entendus si la malade peut toucher la caisse de résonance. Chez les sourds-muets nous avons constaté le même fait.

L'homme normal paraît, du reste, jouir de la même faculté. En nous bouchant les deux conduits auditifs avec de la poudre de talc, nous avons pu remarquer que les sons graves des diapasons *ut* 1 et *ut* 2, de même que *ut* 3, s'entendent très bien, soit par le tibia, soit par l'olécrane. Quelle est la nature de ce phénomène? S'agit-il d'une transmission osseuse pure et simple qui se propagerait le long du squelette d'une extrémité, à travers la colonne vertébrale, jusqu'à la tête? En anémiant au moyen d'une bande d'Esmarch le bras d'un de nos sujets sourds, nous abolissons toute perception sonore par ce membre. Les tabétiques avec atrophie des membres inférieurs fortement ataxiques n'accusent plus aucune perception sonore par le tibia, tandis qu'ils entendent par les extrémités supérieures. Ces observations et l'expérience avec la bande d'Esmarch écartent toute idée d'une transmission osseuse et nous montrent nettement la nature nerveuse du processus. Les os creux jouent le rôle de résonnateurs. Entourés du périoste, dans lequel se répandent de nombreuses terminaisons sensitives, ils acquièrent par cette disposition la valeur d'un véritable appareil percepteur des ondes sonores.

Les membres ataxiques ayant perdu la perception sonore par le tibia ont cependant conservé la sensibilité superficielle de la peau. Ceci nous indique que l'irritant sonore se propage le long des nerfs de la sensibilité profonde. Le fait que la perception sonore fait défaut chez les tabétiques tandis qu'elle subsiste dans la syringomyélie rend probable l'hypothèse que la conduction de l'irritant sonore se fait le long du cordon postérieur.

En résumé, nous considérons comme prouvé par ces expériences que les nerfs de la sensibilité générale peuvent transmettre l'irritation sonore et que la soi-disant transmission osseuse est en réalité une transmission nerveuse.

Innervation motrice de la région pylorique de l'estomac.

MM. Courtade et Guyon. — Il résulte de nos recherches que l'excitation du pneumogastrique provoque la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'estomac, puis celle des fibres circulaires, c'est-à-dire qu'elle exagère les mouvements péristaltiques normaux; par contre, l'excitation du grand sympathique arrête les mouvements péristaltiques, en déterminant la constriction tonique des fibres circulaires et le relâchement des fibres longitudinales.

Le pneumogastrique agit donc sur la région pylorique comme le nerf érecteur sacré agit sur le rectum : l'un et l'autre, le nerf bulbaire comme le nerf rachidien, sont les nerfs de la fonction (évacuation). Le grand sympathique, au contraire, s'oppose à l'évacuation, puisqu'il paralyse la couche longitudinale et tend à resserrer le détroit pylorique : c'est le nerf d'arrêt de la fonction.

Contribution à l'étude des fibres endogènes de la moelle.

M. Long. — Sur une moelle de chien, un foyer de nécrose limité à une moitié de la substance grise au niveau de la 6e sacrée, développé accidentellement après la section de la 2e racine lombaire, a donné les dégénérescences suivantes : *a*) des fibres allant par la commissure blanche au cordon antérieur du côté opposé; *b*) des fibres allant au cordon latéral du même côté que la lésion. Ces fibres endogènes sont ascendantes et descendantes. Elles restent disséminées, mais vont en partie jusque dans les segments supérieurs de la moelle. En outre, le faisceau cérébelleux direct recevait des fibres dégénérées de la base de la corne postérieure quoique la lésion siégeât au niveau de la 2e racine sacrée, c'est-à-dire au-dessus de la limite inférieure de la colonne de Clarke.

D'un moyen de faire apparaître un bruit de souffle continu dans la jugulaire externe chez les chlorotiques.

M. Gilbert. — La jugulaire externe peut être le siège d'un bruit de souffle dans la chlorose et les chloro-anémies. Ce souffle continu comme celui de la jugulaire interne, a un timbre plus élevé et prend dans certains cas les caractères dits de *bruit de mouche*. Mais alors que celui de la jugulaire interne ne fait pour ainsi dire jamais défaut, celui de l'externe est inconstant.

Il est un moyen simple de le faire apparaître quand il manque et de le renforcer quand il existe. Il consiste à comprimer la jugulaire interne entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Chez certains malades la compression unilatérale suffit, chez d'autres il faut l'exercer bilatéralement. A la faveur de cette manœuvre, le sang de l'extrémité céphalique, grâce aux nombreuses anastomoses qui unissent entre elles les veines du cou, prend la voie de la jugulaire externe qu'il distend et dans laquelle il fait naître le bruit de souffle que dans les conditions de la circulation normale l'oreille armée du stéthoscope pouvait n'y pas percevoir.

Influence de la dessiccation sur l'action de l'air liquide sur les êtres monocellulaires.

M. d'Arsonval. — La Société se souvient des résultats obtenus en faisant agir l'air liquide, l'oxygène, l'oozone, dans ces conditions de basse température, sur les êtres monocellulaires : nous n'avons enregistré que des atténuations peu marquées. Avec M. Charrin, j'ai préparé des cultures que j'ai desséchées. Dans ces conditions, peut-être parce que les contacts sont plus aisés, ces atténuations augmentent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Juillet 1898.

Traitement du pied bot.

M. Félizet estime que si l'on doute encore des bons résultats que donne l'opération de Phelps, cela tient à ce qu'elle est insuffisamment connue et qu'on ne la pratique pas d'une façon assez radicale. Personnellement, M. Félizet a vu toujours réussir l'opération de Phelps qu'il a légèrement modifiée. Telle qu'il la pratique, elle comprend les 5 temps suivants : 1° Incision verticale pour découvrir le scaphoïde; 2° division du scaphoïde en épaisseur; 3° attaque du cuboïde; 4° redressement du pied; 5° section du tendon d'Achille.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il pratique l'opération de Phelps depuis 10 ans après l'avoir modifiée par l'introduction de l'arthrotomie médio-tarsienne.

M. Lucas-Championnière estime que le véritable traitement du pied bot paralytique ou congénital consiste à faire une résection aussi large que possible des os du pied.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Tuffier a fait une soixantaine de fois la colpotomie pour des suppurations pelviennes. L'incision vaginale réussit bien et peut amener la guérison définitive dans les grosses collections postérieures ou unilatérales ou aiguës, de nature phlegmoneuse. Elle échoue ordinairement dans les salpingites suppurées et dans les collections à parois épaisses avec gros gâteau inflammatoire.

Au point de vue des résultats définitifs, il faut encore tenir compte du traitement post-opératoire. Il est très long, et s'il peut être continué pendant le temps nécessaire à la résorption de l'exsudat, c'est-à-dire pendant des mois, la guérison définitive est presque la règle; mais dans la clientèle d'hôpital, où le traitement post-opératoire ne peut être que de courte durée, la récidive est fréquente.

M. Chaput est partisan de la colpotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Sur 40 colpotomies, il n'a eu que deux récidives; toutes les autres malades ont guéri. Il réserve la laparotomie pour les poches haut situées, et l'hystérectomie vaginale pour les cas qui ne peuvent être opérés par l'abdomen.

M. Monod trouve que les discussions provoquées par sa communication n'ont pas sensiblement modifié ses premières conclusions. N'envisageant donc que la salpingo-ovarite suppurée, il maintient que toute collection unilatérale récente chez une femme jeune doit être traitée par la colpotomie. Souvent l'opération amènera la guérison définitive: en cas d'échec, on pourra intervenir d'une façon plus active. Cette opération doit donc être employée plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Adéno-lymphocèle de l'aine.

M. Schwartz a eu l'occasion d'enlever à un garçon de 13 ans, originaire de la Plata, une adéno-lymphocèle présentant cette particularité qu'elle contenait une filaire adulte. La tumeur, qui occupait la région inguinale droite, avait toutes les apparences d'une hernie crurale, était étalée, lobulée, molle. Son ablation, qui a nécessité la section de trois pédicules, n'a présenté aucune particularité, si ce n'est une certaine difficulté pour arrêter l'écoulement de lymphe, véritable lymphorrhagie, par la ligature de tous les vaisseaux lymphatiques ouverts au cours de l'opération. M. Schwartz insiste sur la nécessité d'assurer d'une façon parfaite la lymphostase, seul moyen d'obtenir la cicatrisation de la plaie et d'éviter la suppuration.

M. Bazy lit deux observations tendant à montrer les avantages de la néphrotomie précoce dans le traitement des pyonéphroses.

M. Tuffier montre un verre qu'il a retiré du rectum d'un malade, en se servant de pinces garnies de caoutchouc.

M. Schwartz montre une malade à laquelle il a fait la gastro-entérostomie pour linite de l'estomac.

M. Hartmann montre un malade auquel il a fait la pylorectomie pour cancer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 Juillet 1898.

Abcès gazeux sous-phrénique.

MM. L. Gaillard et **Ch. Monod.** — Une femme, âgée de trente-six ans, mère de quatre enfants, ayant eu, dans l'enfance, la fièvre typhoïde, et présentant depuis un an des signes d'ulcère de l'estomac, éprouve brusquement, le 2 juin dernier, une chaleur violente un côté gauche. Elle a bientôt des vomissements, du météorisme, des signes de péritonite aiguë, de la fièvre; elle maigrit et s'affaiblit.

Le 16 juin, on constate à l'épigastre une voussure très remarquable avec sonorité exagérée et bruit de succussion. Le tympanisme s'étend à la base gauche du thorax où l'on retrouve, en arrière, le bruit de succussion et où les bruits respiratoires sont abolis; pas de souffle amphorique, pas de tintement métallique. La malade ne vomit plus, mais elle a de la diarrhée. Elle souffre beaucoup. Nous la décidons à entrer à l'hôpital Saint-Antoine où elle est opérée le 18 juin.

L'incision longitudinale pratiquée au niveau de la voussure épigastrique donne issue à des gaz fétides et à une grande quantité de pus. Drainage.

Au réveil, après l'opération, la malade se déclare soulagée. Immédiatement la fièvre cesse. La température qui oscillait autour de 39° s'abaisse, dès le premier soir, à 37°5.

La cavité se rétrécit progressivement. Cicatrisation presque complète le 17 juillet. Ce jour-là, notre malade veut absolument quitter l'hôpital. Son état général est excellent, sa digestion régulière. Actuellement, M. Pflimlin qui la soigne en ville nous dit que la plaie est complètement cicatrisée. La malade conserve un peu de pleurésie à la base gauche.

L'abcès gazeux sous-phrénique doit être attribué, dans ce cas, à une perforation de l'estomac. La plaie gastrique était probablement oblitérée, d'ailleurs, le jour où nous avons vu la malade, car elle ne vomissait pas de pus. Nous insistons, au point de vue du diagnostic, sur la voussure spéciale de l'épigastre.

Exanthème scarlatiniforme dans la rougeole.

MM. L. Rénon et **R. Follet** rapportent un cas d'anomalie d'éruption de la rougeole chez un homme de trente ans, atteint d'abord d'un catarrhe oculo-nasal abondant. L'éruption débuta par la face, elle était constituée par une série de petites plaques rouges, foncées, papuleuses, ne disparaissant pas à la pression, semées sur un fond rouge, ayant tous les caractères d'un exanthème scarlatiniforme. C'est là un fait rare, exceptionnellement rencontré par Sanné et signalé seulement au début de la rougeole avant l'éruption (Robet) et au cours de rougeole contemporaine de varicelle (Feltz).

Méningite cérébro-spinale.

M. Florand rapporte deux nouveaux cas de méningite cérébro-spinale. Dans l'un de ces cas l'examen bactériologique fut pratiqué par M. Netter, qui trouva le diplocoque dans le sang.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Séances des 11 Mai, 21 Juin, 1er et 21 Juillet 1898.

Sérothérapie de la septicémie gangréneuse.

M. Leclainche rappelle que les expériences de Chauveau et Arloing ont montré que l'inoculation intra-veineuse du liquide de l'œdème malin, chez certains animaux (âne, mouton, etc.), ne provoque généralement aucun accident et confère un certain degré d'immunité. Si l'on pratique, chez l'âne, des

inoculations intra-veineuses successives de sérosité virulente provenant des tumeurs gangréneuses, on crée, chez lui, un état de résistance qui lui permet de ne pas succomber à l'inoculation sous-cutanée du vibrion septique. Les accidents provoqués diminuent d'intensité à chaque inoculation nouvelle, en même temps que se complète l'immunité active conférée. Le sérum de l'animal ainsi traité acquiert rapidement des propriétés immunisantes; l'injection au cobaye d'un mélange de sérum et de sérosité virulente ne produit aucun accident. Il est possible de rendre le cobaye réfractaire au vibrion septique par une inoculation préalable de sérum antitoxique. Le traitement de la gangrène gazeuse ne donne pas de résultats chez le cobaye, en raison de la rapidité de l'évolution de la maladie (10 à 15 heures). L'inoculation simultanée en des points différents du virus et du sérum ne retarde pas cette évolution. Par contre, la sérothérapie curative est déjà possible chez le lapin; les animaux qui reçoivent le sérum 6 à 12 heures après l'inoculation virulente présentent une survie de plusieurs jours ou résistent complètement. Ces premiers résultats permettent d'espérer qu'un sérum plus fortement antitoxique sera capable d'enrayer l'infection pendant ses premières périodes.

Rupture du sinus circulaire du placenta.

M. **Secheyron** rapporte une observation de rupture du sinus circulaire du placenta ayant produit la mort de l'enfant et annoncée seulement par une légère hémorrhagie pendant le travail.

M. Secheyron insiste sur la gravité de cette complication, heureusement rare, qui amène fatalement la mort de l'enfant et souvent aussi la mort de la mère par hémorrhagie foudroyante; ces cas sont, d'ailleurs, d'un diagnostic à peu près impossible, et le traitement en est des plus difficiles.

Pseudo-hydrocéphale.

M. **Secheyron** montre des pièces anatomiques provenant d'un fœtus mort qu'on croyait hydrocéphale. Or, il s'agissait simplement d'un enfant mort depuis longtemps et macéré, et chez qui une volumineuse accumulation de liquide sous le cuir chevelu avait simulé l'hydrocéphalie. On avait constaté dans ce cas de l'hydramnios et la syphilis doit vraisemblablement être incriminée.

Tétanos traité par le sérum antitétanique.

M. **Secheyron** relate un fait de tétanos développé le 9[e] jour après une fracture de jambe compliquée; l'auteur pratiqua un débridement de la plaie, qui permit de donner issue à de gros caillots résultant d'une hémorrhagie secondaire. Après désinfection du foyer septique, on pratiqua une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique; deux nouvelles injections faites les jours suivants furent suivies de la disparition de la fièvre et du trismus, et la guérison fut complète; aussi M. Secheyron déconseille-t-il en pareil cas l'amputation d'emblée et propose-t-il la désinfection simple du foyer et les injections de sérum antitétanique.

De la toxicité du sérum sanguin chez le cheval atteint de tétanos.

MM. **Baylac** et **Rouma** ont injecté 224 centimètres cubes de sérum d'un cheval tétanique pour produire la mort d'un lapin; le coefficient sérotoxique était ici de 137 c.c. 8. Or, le coefficient sérotoxique du sérum du cheval sain étant de 324 centimètres cubes, d'après Guinard et Dumarest, ce sérum tétanique serait hypertrophique, mais avant de conclure, il faut tenir compte des résultats variables obtenus par différents auteurs dans l'évaluation du coefficient sérotoxique normal.

Traitement des épithéliomas de la face et des paupières par le bleu de méthylène.

MM. **Clavelier** et **Landreire** résument une étude basée sur 15 observations inédites; les 5 premiers malades ont été traités par la méthode de Darier (bleu de méthylène, galvanocautère, acide chromique), les 10 autres par le curetage complet suivi d'application de bleu de méthylène en poudre ou en solution glycérinée. Cette dernière méthode a donné des résultats plus complets et plus rapides; ils concluent en disant que c'est là un traitement de choix, car, tout en permettant l'ablation en cas d'insuccès, il a toujours donné sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations; il permet, enfin, d'éviter des déformations du visage et supprime les autoplasties; dans tous les cas récents, il est préférable à l'extirpation.

Hydrocéphalie.

MM. **Baylac** et **Rey** présentent une fillette âgée de 10 ans, atteinte d'hydrocéphalie, dont les premiers symptômes ont apparu, sans cause appréciable, trois mois après la naissance. On constate une impotence fonctionnelle des membres, à peu près absolue, avec rigidité spasmodique généralisée, mais surtout marquée du côté droit; l'ossification complète du crâne contre-indique toute intervention chirurgicale.

M. **Rispal** insiste sur la rigidité spasmodique des membres qu'on rencontre souvent dans les cas d'hydrocéphalie; ce symptôme est explicable soit par la sclérose des faisceaux pyramidaux qui a été constatée dans certaines autopsies, soit simplement par des lésions de la zone motrice corticale ainsi que cela s'observe dans la forencéphalie.

Spina-bifida.

MM. **Baylac** et **Lagriffe** présentent une fillette de 12 ans, atteinte d'un spina-bifida dorso-lombaire avec scoliose, accompagné de paraplégie flasque, d'anesthésie totale et d'incontinence des sphincters; ils concluent à l'inutilité de l'intervention chirurgicale dans ce cas.

M. **Jeannel** déclare qu'il a renoncé à l'extirpation précoce chez les enfants très jeunes, car, dans 5 cas, cette opération lui a donné de très mauvais résultats. Il attire l'attention sur ce fait que les enfants atteints de spina-bifida survivent plus fréquemment qu'on ne l'admet. C'est par la production d'un lipome autour de la tumeur ou par l'épaississement des parois du kyste méningé qu'on peut expliquer la longue survie des malades; aussi l'opération pratiquée à un âge plus avancé donne-t-elle de meilleurs résultats.

Fractures du rachis.

M. **Desforges-Mériel** communique deux observations de fractures du rachis; chez le premier malade, mort une semaine après l'accident avec de la paraplégie, de la paralysie des réservoirs et des eschares, on trouve, à l'autopsie, une fracture du corps des 3[e], 4[e] et 5[e] vertèbres dorsales, des apophyses transverses et de l'apophyse épineuse de la troisième dorsale, deux fractures de côte avec arrachement de leur tubérosité. Le deuxième malade ne présentait pas de paraplégie, mais de l'immobilité de la tête avec craquements dans la colonne cervicale, de la gêne de la déglutition, en un mot tous les signes du mal de Pott sous-occipital; l'autopsie montra une fracture des 4[e] et 5[e] vertèbres cervicales.

Sur la toxicité du naphtol camphré.

M. **Baylac** a étudié la toxicité du naphtol camphré chez le lapin et le cobaye; ce corps injecté dans les veines du lapin à des doses très minimes (1/10 de centimètre cube) détermine la mort immédiate au milieu de phénomènes convulsifs. Injecté dans le péritoine ou sous la peau du lapin ou du cobaye, il les tue rapidement à des doses variant de 2/3 de centimètre cube par la voie péritonéale à 2 centimètres cubes par la voie sous-cutanée, par kilogramme d'animal. L'injection préalable, dans la cavité péritonéale, d'une certaine quantité d'eau, ne fait que retarder les accidents convulsifs. La toxicité du naphtol camphré paraît être due en grande partie au camphre, car les injections d'huile camphrée ou d'alcool camphré dans le péritoine entraînent la mort des animaux bien plus rapidement que les solutions naphtolées; cependant le naphtol camphré est plus toxique que

les diverses solutions camphrées employées. Avec les injections intra-veineuses, la mort paraît être le résultat d'embolies pulmonaires, car elle est d'autant plus rapide que le naphtol camphré est injecté en un point plus rapproché des capillaires du poumon. Ces embolies seraient formées par les leucocytes rendus sphériques et adhérents; en effet, il suffit d'arrêter ces embolies leucocytiques avant leur arrivée dans les poumons pour empêcher les accidents graves de se produire. C'est ainsi qu'en injectant le naphtol camphré dans le système artériel et notamment dans l'aorte ou l'artère rénale, on peut atteindre des doses cinq et six fois supérieures à celles qui sont nécessaires par la voie intra-veineuse pour tuer l'animal.

M. Rispal rapporte l'observation d'une femme âgée de 44 ans, atteinte, depuis un an, de troubles gastro-intestinaux; la palpation de l'abdomen permettait de sentir, dans la région ombilicale, une tumeur allongée transversalement et l'existence d'une ascite abondante. On porta le diagnostic d'épiploïte et de péritonite tuberculeuses; et, après une paracentèse, qui donna issue à une dizaine de litres de liquide citron, on injecta 10 centimètres cubes de naphtol camphré dans la cavité péritonéale. Une heure après l'injection survint une attaque épileptiforme très violente, qui fut suivie, jusqu'à 6 heures du soir, de 13 attaques analogues; dans l'intervalle des attaques, on constata des vomissements, de l'agitation et du délire. Le lendemain, les attaques avaient cessé et il ne persista plus pendant deux jours que du délire suivi de dépression qui disparut au bout de deux jours. Malgré ces accidents très graves, qui firent craindre un instant la terminaison fatale, la malade se remit et survécut pendant un mois. Il sera donc prudent à l'avenir, suivant en cela le conseil donné récemment par MM. Legendre et Desesquelle, de n'injecter dans le péritoine qu'une dose de 5 centimètres cubes de naphtol camphré pour se mettre à l'abri de pareils accidents.

Pied tabétique.

MM. Sorel et **Buy** montrent un malade atteint de tabès depuis 2 ans et présentant, depuis quelques mois, une tuméfaction indolente avec déformation du pied gauche. Les épreuves radiographiques montrent qu'il ne s'agit pas seulement d'une arthropathie tabétique tibio-tarsienne, mais d'une ostéo-arthropathie étendue à tout le tarse postérieur avec fractures du calcanéum. Du côté du pied droit, qui paraît intact cliniquement, la radiographie a décelé de l'ostéite raréfiante commençante au niveau du calcanéum. Cet exemple montre la possibilité d'un diagnostic précoce des ostéopathies tabétiques par les rayons Röntgen.

Parotidite polymicrobienne par infection ascendante.

M. Mériel communique deux cas de parotidite survenus successivement chez le même malade, en dehors de toute fièvre grave et dont le point de départ fut une gingivite. L'analyse bactériologique du pus a révélé la présence de staphylocoques dorés, de streptocoques et de bacterium coli. Cette parotidite polymicrobienne est rare puisqu'il n'existe qu'un semblable dû à Achalme. En outre dans ce cas, le bacterium coli n'avait pas été signalé.

Sous-maxillite phlegmoneuse.

M. Mériel. — Affection peu commune, est survenue chez une malade à la suite de l'introduction fortuite d'une fine arête de poisson dans le canal de Warthon. C'est encore un cas d'infection ascendante par un corps étranger bactérifère.

Un cas de polyurie insipide.

M. Sorel. — Sans aucun signe de diabète que de la polydypsie, la malade urinait 10, 12, 14 litres par jour. Cette polyurie nerveuse semble donc se rattacher à l'état névropathique général, état qui n'a aucun rapport avec l'hystérie. C'est donc un cas de polyurie essentielle.

MM. Rispal, Secheyron et **Basset** incrimineraient plutôt l'hystérie, ayant observé des exemples semblables d'hystérie fruste.

Cas de cancer primitif du foie.

M. Sorel. — Le foie avait l'aspect général de la cirrhose atrophique; en outre l'aspect trabéculaire et les cellules cylindriques de certaines portions de tissu hépatique contribuant à faire de ce cas une variété signalée comme rare par Hanot et Gilbert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Juillet 1898.

Anurie calculeuse.

M. Loumeau a communiqué l'observation d'une femme de trente-trois ans, antérieurement néphrectomisée du rein droit par un chirurgien de Paris, et prise depuis deux jours d'anurie calculeuse par oblitération du rein gauche. La néphrotomie proposée immédiatement fut d'abord refusée. Elle ne fut permise qu'à la fin du cinquième jour de l'anurie qui était complète et entrait dans la période urémique. Au moment où on allait faire transporter sur la table d'opération la patiente à demi comateuse, une débâcle urinaire survint, au milieu de laquelle on retrouva des graviers. Toute intervention devint dès lors inutile, et la malade, maintenant à Paris, n'a pas eu depuis un an d'accidents relatifs à sa fonction urinaire, un instant si troublée.

Dans un autre cas analogue observé par M. Loumeau, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, sujet depuis quatre ans à de fréquentes attaques de coliques néphrétiques, toujours localisées du côté gauche. En novembre 1897, apparut une suppression absolue de la sécrétion urinaire qui se termina, au bout de trois jours, par l'émission naturelle des deux plus petits graviers contenus dans ce flacon. Puis la guérison se fit, mais pour être de nouveau troublée par une seconde crise d'anurie calculeuse, le 24 avril 1898. Appelé à voir le malade le 29 avril, M. Loumeau le trouve somnolent, sans urine dans la vessie. Son rein gauche est augmenté de volume et douloureux à la pression. Par le toucher rectal, on provoque une assez vive douleur en comprimant le bas-fond vésical au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche, qui est également sensible à la pression dans son trajet abdominal. L'anurie a évidemment pour cause l'oblitération calculeuse du rein gauche; le rein droit, absolument silencieux et négatif à l'exploration, doit être depuis longtemps supprimé physiologiquement, sans doute par des poussées lithiasiques antérieures. La néphrotomie sera pratiquée dans la journée, si la débâcle ne se produit pas avec le traitement médical indiqué en pareille circonstance.

Le soir du cinquième jour, le malade expulse spontanément une série de gros graviers de cette bouteille et, avec eux, l'urine s'écoule en abondance excessive, amenant, avec le dégonflement du rein gauche, l'indolence normale de cet organe et de l'uretère correspondant.

En terminant M. Loumeau rapporte deux autres maladies non plus de lithiase rénale primitive, acide, mais de lithiase alcaline, secondaire à une infection antécédente du rein. Il s'agissait, en ces deux cas appartenant au sexe féminin, de pyonéphroses calculeuses. Ici, les calculs furent extraits par la néphrotomie lombaire.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 Juin 1898.

Tuberculose miliaire aiguë; séro-diagnostic positif.

M. Micheleau a communiqué l'observation d'une femme de 35 ans, domestique, entrée à l'hôpital en se plaignant d'un

violent mal de gorge; en même temps elle avait de la fièvre : 38°2 le soir de son entrée, 38°8 le lendemain matin et 39°2 le lendemain soir. La gorge était un peu rouge, les ganglions de l'angle de la mâchoire engorgés, volumineux, un peu mous, libres sous la peau, douloureux au toucher. La malade était dans un état d'accablement assez notable; elle se trouvait très fatiguée, toussait un peu, se plaignait d'une céphalalgie assez intense, d'une anorexie absolue. En présence de ces symptômes, on porta le diagnostic d'angine catarrhale.

La température s'abaissa le lendemain, mais en 2 jours remonta aux environs de 39°, où elle s'est maintenue depuis. L'état général de la malade continua d'être aussi mauvais; un peu de diarrhée se déclara, et la langue devint sèche et fendillée. Un examen bactériologique du fond de la gorge, donna comme résultat : diplocoques.

Devant la persistance de ces phénomènes, devant surtout l'abattement croissant de la malade, la légère diarrhée et la toux avec signes stéthoscopiques de congestion pulmonaire à la base droite. On pensa à la possibilité d'une dothiénentérie et fit pratiquer le séro-diagnostic; celui-ci fut fait dans le laboratoire de M. le professeur Ferré : il donna un résultat franchement positif.

A ce moment-là, les phénomènes morbides semblèrent se préciser un peu plus nettement : l'accablement, la céphalalgie, l'état général de la malade persistèrent; mais la toux devint un peu plus fréquente, la dyspnée devint plus forte, très considérable même, et la malade présenta un véritable aspect asphyxique du visage; aussi, pensa-t-on très fermement à une granulie, malgré la netteté de la réaction, malgré le séro-diagnostic. Les signes stéthoscopiques, quoique toujours fort peu accusés, avaient également augmenté d'étendue.

La malade mourut au bout de 4 jours. La nécropsie, pratiquée le 19, permit de constater l'intégrité absolue de la muqueuse intestinale et une infiltration granulique totale des deux poumons. Il est d'ailleurs facile de faire les mêmes constatations malgré la légère modification d'aspect qu'ont subi l'intestin et les poumons pendant leur séjour dans une solution de formol. L'éruption miliaire était localisée aux poumons; ni le péricarde, ni la plèvre, ni le péritoine n'en présentaient.

Anomalies de la circulation artérielle du rein.

M. Micheleau présente deux reins intéressants au point de vue de l'anomalie de leur circulation artérielle.

La circulation du premier est assurée par trois artères; elles naissent toutes les trois directement du tronc de l'aorte et, un peu avant de se terminer, se divisent chacune en deux branches qui abordent l'organe au niveau du hile, plus ou moins haut. En outre, les deux branches terminales de l'artère inférieure passent en avant de la veine au lieu de passer en arrière. L'autre rein ne présentait rien de particulier; aussi a-t-on jugé inutile de l'apporter ici.

Le deuxième rein ne possède, lui, que deux artères : l'une inférieure, l'artère rénale normale, qui aborde l'organe au niveau du hile en se divisant en plusieurs branches terminales; l'autre supérieure; qui, sans subir aucune division, aborde l'organe au niveau de sa partie supérieure; celle-ci, dont le calibre est presque aussi gros que celui de la première, naît également du tronc de l'aorte, à 1 centimètre 1/2 ou 2 au-dessus de l'artère normale.

De ces deux présentations, de la dernière surtout, il paraît résulter ce fait qu'il est nécessaire, dans une néphrectomie, par exemple, de laisser un pédicule assez large pour pouvoir y faire contenir des artères surnuméraires possibles, et surtout qu'il est nécessaire de ne pas sectionner ce pédicule sans s'être au préalable assuré qu'il n'existe pas à côté quelque artère surnuméraire, parfois très volumineuse, comme dans le deuxième cas, artère ayant échappé à la ligature et pouvant donner lieu à une hémorrhagie capable d'entraîner la mort du malade.

Coexistence du cancer et de la tuberculose.

MM. Laubie et **Brengues** ont communiqué l'observation d'une femme de 56 ans entrée à l'hôpital pour une tumeur du sein gauche dont le début remonte à 2 mois seulement.

Deux mois auparavant elle avait été soignée à l'hôpital pour une pleurésie qui fut ponctionnée deux fois. On retira un liquide citrin qui devint ensuite hémorrhagique. A la suite, elle eut des hémoptysies attribuées à la ponction. L'examen des crachats n'avait pas décelé la présence de bacilles.

La tumeur qu'elle présente au niveau du rein est mobile, non douloureuse, adhérente à la peau, du volume d'une orange, dure, irrégulière; elle s'accompagne de quelques ganglions axillaires. La peau n'est pas altérée à la surface, mais un peu plissée. Le mamelon n'est pas rétracté et n'a jamais donné lieu à du suintement. La tumeur ne forme qu'une seule masse mobile sur le pectoral.

L'examen des crachats fait quelques jours avant l'opération, à l'occasion d'une légère hémoptysie a montré la présence des bacilles tuberculeux. Quelques jours plus tard on pratiqua l'ablation du sein.

L'examen histologique montra que la tumeur était un squirrhe à tendances scléreuses avec phénomènes de dégénérescence graisseuse. Le diagnostic de tuberculose mammaire avait été écarté à cause de l'intégrité de la peau, de l'absence de noyaux disséminés, etc.

Chez cette femme, la tuberculose et le cancer ont donc évolué ensemble.

Coexistence de fibromes utérins, de kyste de l'ovaire et de salpingite.

MM. de Boucaud et **Laubie** ont communiqué l'observation d'une femme de 56 ans entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie. A l'examen on trouva au toucher un col volumineux, largement déchiré à gauche. Au niveau de la lèvre postérieure, dure et épaisse, sont quelques irrégularités bourgeonnantes et saignant sous le doigt. Le corps est volumineux, en antéversion. Les annexes du côté gauche sont volumineuses. L'hystérométrie donne 8 centimètres 1/2. On pensa à une coexistence d'un fibrome et d'épithélioma au début, et l'intervention fut décidée.

L'hystérectomie vaginale, faite par M. le professeur Lanelongue, fut très laborieuse. Après section du corps utérin sur la face antérieure, l'organe ne basculait pas. On sectionne une adhérence épiploïque et, après des efforts assez considérables, on amenait enfin le fond de l'utérus et les annexes du côté gauche, puis celles du côté droit. L'opération fut ensuite très simple, l'hémostase facile. Après ligature des vaisseaux, on tamponnait avec une bande de gaze aseptique.

Les suites opératoires furent parfaites et la malade vient de sortir guérie.

L'examen anatomo-pathologique a montré que l'ulcération du col qui avait fait penser à un épithélioma était une ulcération simple. Il existe un tissu fibromateux sous-jacent. Le chorion de la muqueuse qui recouvre le fibrome est parsemé de leucocytes infiltrés. Les tubes glandulaires sont végétants et sinueux. Il existe donc un processus de métrite.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 25 Juillet 1898.

Sur l'imperméabilisation des planchers au point de vue de l'hygiène hospitalière.

M. Annequin, médecin chef de l'hôpital militaire Willemanzy, rapporte les résultats d'une série d'études faites par lui sur l'imperméabilisation des parquets.

Il insiste sur l'importance de cette question au point de vue de l'hygiène hospitalière, importance en rapport avec la facilité des contaminations. Il y a déjà plusieurs années que l'on s'inquiète avec raison des dangers des poussières d'hôpital, résidus desséchés de toute sorte de produits, alimentaires ou pathologiques.

Les poussières, soulevées par le balayage à sec du sol où elles reposent, ne donnent pas lieu seulement à des contagions par les voies respiratoires et digestives, mais sur le sol même elles peuvent être la source d'inoculations directes. MM. Kelsch et

Simonin rapportaient il y a quelques mois, à l'Académie de médecine, deux cas de tuberculose hospitalière dont la porte d'entrée etait une plaie du pied. Dans le sol recouvert d'un plancher, les poussières trouvent en effet un inviolable asile. Non seulement les interstices des planches ne sauraient être désinfectés facilement, mais surtout l'espace méningé entre le parquet et le sol lui-même, se trouvant à l'abri des agents physiques de purification, le soleil et l'air, est nécessairement un réceptacle de germes de toute nature.

Ainsi s'expliquent des faits de contagion certains après désinfection complète des fournitures des malades et même désinfection des locaux, celle-ci échouant souvent à l'égard des recoins sous-jacents au plancher.

M. Annequin rappelle les divers procédés employés dans ces dernières années (planches démontables, revêtements minéralisé). Les revêtements minéralisés (bitume, gris céramique) ont contre eux leur bonne conductibilité, et le temps qu'il faut pour les établir. Divers moyens permettent de remédier à la bonne conductibilité, mais ils sont inapplicables en cas d'urgence.

On s'est servi de diverses subtances pouvant rapidement être appliquées sur le plancher lui-même, et ne changeant pas sa conductibilité (huile de lin ou résine appliquées à chaud, peinures diverses, carbolinéum, coaltar). Ce dernier a été abandonné assez généralement parce qu'il a souvent de la peine à sécher complètement. Pourtant, dissous dans un tiers de son poids d'huiles lourdes de houille, il peut donner de très bons résultats. Il permet non le lavage à grande eau, mais le balavage humide.

Depuis peu de temps, la paraffine a été l'objet de nombreux essais que justifient ses qualités d'étanchéité parfaite. Dissoute dans le pétrole, elle a donné des résultats satisfaisants, mais de beaucoup inférieurs à ceux de la paraffine pure, appliquée bouillante.

M. Annequin insiste sur la nécessité de combler soigneusement les vides des planchers, avec un mastic très adhérent, avant de verser la paraffine. On enlève ensuite les saillies au rabot et à la paille de fer, puis on répand la paraffine pure après l'avoir laissé bouillir 1 h. 1/2 à 2 heures à feu nu. Après refroidissement, on enlève l'excès en raclant, et l'imperméabilisation se trouve réalisée pour un temps très long, pouvant atteindre plusieurs années. Le prix moyen de l'opération est de 0 fr. 37 par mètre carré. Le nettoyage se fait ensuite avec un chiffon mouillé auquel on substitue un chiffon sec pour obtenir du brillant. On sait que les diverses paraffines qui se trouvent dans le commerce ont des points de fusion très différents, variant de 45° à 65°. On prendra naturellement celles à point de fusion élevé, pour éviter l'inconvénient d'une liquéfaction partielle au voisinage d'une source de chaleur intense. La valeur du procédé au point de vue hygiénique et ses avantages économiques évidents méritent d'être signalés.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 20 et du 27 Juillet 1898.

Modifications de la respiration par l'excitation du bout périphérique du sciatique.

M. Lépine rapporte plusieurs expériences faites sur le chien, dans lesquelles les nerfs sciatique et crural ayant été coupés, l'excitation faradique du bout périphérique du sciatique a été suivie d'une amplitude plus grande, et d'une modification très notable du rythme de la respiration. On peut supposer qu'il s'agit d'une excitation réflexe qui serait transmise par les anastomoses nerveuses, et peut-être par les nerfs sensitifs vasculaires, mais M. Lépine croit que pour une bonne part, ces modifications de la respiration doivent être attribuées à l'action du sang veineux provenant de la patte dont le nerf est excité. A l'appui de cette interprétation, il remarque :

1° Que les modifications en question ne débutent pas en même temps que la faradisation du nerf, mais seulement après un temps très appréciable.

2° Que si, pendant la faradisation, on fait couler au dehors le sang de la veine crurale du côté excité, il n'y a pas de modifications respiratoires, jusqu'au moment où l'anémie générale intervient.

Variations de l'élimination du rouge trisulfonate de soude chez le chien à l'état de santé.

M. Lépine a soumis plusieurs fois un chien, à quelques jours d'intervalle, et toujours à la même heure (8 h. matin), à l'injection sous-cutanée de 4 centigr. de rouge trisulfonate de soude, et a étudié avec soin l'élimination de cette substance en sondant l'animal régulièrement d'heure en heure, pendant les premières heures, puis à intervalles plus espacés, mais toujours les mêmes.

Presque toujours, au bout de 24 heures, on ne trouve plus trace de rouge dans l'urine, mais la quantité de rouge retrouvé varie beaucoup suivant les conditions dans lesquelles on a placé l'animal.

Si on lui a fait boire largement du lait avant l'injection, on retrouve presque entièrement les 4 centigrammes injectés. Si l'animal est à l'inanition depuis la veille, le déficit, toujours assez considérable, peut dépasser 30 p. 100.

Si l'animal, également à l'inanition depuis la veille, ingère, en même temps qu'on lui fait l'injection sous-cutanée de rouge, de 30 à 40 centigrammes par kilogramme de phloridzine, ce qui amène une forte glycosurie, l'élimination du rouge est légèrement augmentée, mais dans une proportion assez faible.

Le déficit moyen est alors de 22 p. 100, au lieu de 30 p. 100.

Ainsi la phloridzine, qui rend le rein si perméable au sucre, ainsi que le prouve, comme on sait, l'absence d'hyperglycémie, et qui produit un certain degré de polyurie, n'augmente que d'une manière presque insignifiante l'élimination du rouge. C'est une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion soutenue par M. Lépine que chaque substance a son coefficient d'élimination.

Glaucome chez un lapin.

M. L. Dor montre les yeux d'un lapin présenté dans une précédente séance, et atteint de glaucome. A droite surtout, la lésion était des plus évidentes, et il y avait une excavation notable de la papille. C'est la première observation de glaucome observé chez le lapin.

Anatomie pathologique de la chorée du chien.

M. Taty présente des dessins représentant les altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle d'un chien mort de chorée. En 1883, M. Pierret avait déjà établi la similitude existant entre la paralysie infantile et la chorée du chien.

Le syndrome est le même dans les deux cas : paralysie avec atrophie musculaire. A l'autopsie, on trouve une myélite infectieuse microbienne pouvant gagner le bulbe, et même le cerveau.

Kyste du ligament large.

M. A. Pollosson présente un kyste volumineux du ligament large, enlevé par lui chez une femme de 35 ans. Il y avait, en même temps, un écoulement de lait abondant par le mamelon.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 Juillet 1898.

Hémicrânie avec hémorrhagies oculaires.

M. Brasch communique l'observation d'un jeune homme de 23 ans qui depuis 1896 a éprouvé plusieurs accès d'hémi-

cranie. Au mois d'avril de l'année dernière, un de ces accès se compliqua d'une hémorrhagie au niveau des deux paupières, à la suite de laquelle les douleurs disparurent.

Il y a 6 jours, un nouvel accès fut encore accompagné d'une hémorrhagie oculaire telle, que pour le moment le patient a perdu la vue du côté gauche. La pupille rétrécie ne réagit pas à la lumière, elle suit seulement les mouvements de l'autre pupille.

M. Levinshon a vu ce malade au mois de novembre 1896 : il présentait une légère proéminence des deux globes oculaires, dont la mobilité en dehors était un peu diminuée, surtout du côté gauche. La pression intra-oculaire était augmentée. A l'ophthalmoscope, les veines paraissaient dilatées, les artères rétrécies. Le champ visuel était normal.

Myosite ossifiante.

M. Jacoby a observé récemment un homme, âgé de 27 ans, qui fut atteint il y a 8 ans de douleurs rhumatismales. Actuellement, il a la tête inclinée en avant et de côté, ce qui tient à une ossification des muscles cervicaux. De plus, on constate chez lui des parties sclérosées au niveau des masséters et des muscles du dos. Il existe, enfin, un certain degré d'artério-sclérose, un peu de nystagmus, du tremblement des bras et une augmentation de l'excitabilité mécanique des muscles qui ne sont pas encore en voie d'ossification.

Dégénérescence graisseuse du rein.

M. Zondeck montre un rein atteint de dégénérescence graisseuse, provenant d'une femme de 49 ans, qui, il y a 9 années, avait commencé à souffrir de la région rénale gauche, en même temps qu'elle rendait du sang par ses urines. Au mois de juin dernier, M. Israël pratiqua la néphrectomie. Tout le rein était transformé en une masse graisseuse. Le bassinet contenait quelques calculs. Les suites de l'intervention furent des plus simples.

Sur 250 opérations intéressant les reins, c'est la première fois que M. Israël constate cette altération.

Sarcome chez un nouveau-né.

M. Gluck a montré l'avant-bras amputé qui provient d'un enfant âgé de 6 semaines; il est le siège d'un sarcome à cellules fusiformes. En raison de la malignité de ce néoplasme, l'amputation fut jugée nécessaire; l'enfant est actuellement guéri.

Maladie de Little.

M. Nasse présente un sujet atteint de rigidité spasmodique congénitale des deux membres inférieurs avec pieds bots équins varus, chez lequel il pratiqua la ténotomie des deux tendons d'Achille, des muscles fléchisseurs des genoux et des adducteurs de la cuisse, puis procéda au redressement.

L'écartement des jambes, qui auparavant était impossible, s'effectue maintenant d'une manière presque normale.

Hémorrhagie rénale consécutive à un traumatisme.

M. Nasse a communiqué l'observation d'un garçon, agé de 8 ans, qui se contusionna la région rénale en faisant de la gymnastique. A la suite de cet accident, il eut une urine contenant du sang, puis cessa d'uriner.

Bien que la vessie remontât jusqu'à l'ombilic, le cathétérisme n'en fit sortir que quelques gouttes de sang; on en conclut qu'elle était remplie de sang coagulé provenant du rein lésé. Après avoir vidé la vessie par aspiration, on pratiqua la néphrectomie, au cours de laquelle on trouva le rein, qui avait été écrasé à sa partie moyenne, entouré d'un sac fortement distendu renfermant du sang et de l'urine. Il fut extirpé par morceaux, avec le sac qui l'enveloppait. Après l'intervention on constata encore la présence de sang et d'albumine dans l'urine, mais bientôt ces symptômes disparurent et l'enfant guérit.

L'extirpation du rein dans les cas d'hémorrhagie abondante consécutive à une lésion traumatique de cet organe est la seule chance de salut pour le malade. Küster a pratiqué 8 fois cette opération avec succès dans le courant de l'année.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 11 Juillet 1898.

Acromégalie avec absence de corps thyroïde.

M. Mendelsohn montre un homme atteint d'acromégalie ayant débuté il y a environ six mois par des maux de tête. Chez ce malade, la palpation ne permet pas de sentir la moindre trace de glande thyroïde. Il est probable qu'il existe chez lui une hypertrophie compensatrice de l'hypophyse, comme le fait s'observe chez les animaux après l'extirpation de la glande thyroïde.

Diabète infantile.

M. Lennhoff présente un enfant de 4 ans, atteint de diabète sucré; dans la région épigastrique on perçoit nettement par la palpation des tumeurs ganglionnaires et un gros cordon induré : il s'agit très vraisemblablement d'un diabète consécutif à une tuberculose du pancréas.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 4 Juillet 1898.

Tumeur du rétro-pharynx.

M. Gallet présente deux observations de tumeurs du rétro-pharynx opérées par la voie interthyro-maxillaire. Dans le premier cas, on avait affaire à un polype du volume d'une petite mandarine, adhérent à l'apophyse basilaire et aux premières vertèbres cervicales. Dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur qui semblait s'être développée aux dépens des amygdales.

Sur les échanges nutritifs dans le système nerveux.

M. Heger présente un travail sur la valeur des échanges nutritifs dans le système nerveux.

Autant les physiologistes sont unanimes à reconnaître l'action du système nerveux sur les échanges, autant il y a de discordance entre eux relativement à ce qui se passe dans les éléments nerveux eux-mêmes, soit pendant le repos, soit pendant la fonction. Les expériences que M. Heger a faites avec différents collaborateurs et en dernier lieu avec M. Philippen prouvent que les échanges intrinsèques sont très réduits; l'idée de faire du cerveau un appareil générateur de l'énergie, comme le veut entre autres l'éminent professeur de physiologie de Turin, A. Mosso, ne lui paraît pas conforme aux faits; c'est l'idée de la répartition de l'énergie par un commutateur, selon l'expression de Belmonds, qui semble la plus plausible d'après ses observation et ses expériences. Ce rôle de commutateur n'exclut par certains actes chimiques liés à la fonction elle-même : disparition de la nucléine (Mann, Pergens), état moniliforme et modifications du protoplasme (Demoor) ou des appendices piriformes des dendrites (Stefanowska). L'acte chimique se révèle dans les appareils terminaux (rétine, plaque terminales) et dans les appareils centraux (corps et noyau des neurones); il n'apparaît pas le long des nerfs (De Boeck).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme. — Création temporaire ou définitive d'un méat hypogastrique.

(Résultats de 114 opérations.)

Communication à l'*Académie de médecine*

Par M. le professeur Antonin Poncet.

Ma première opération de *cystostomie sus-pubienne*, destinée à lutter contre des accidents urinaires graves, d'origine prostatique, remonte au mois d'avril 1888, et c'est en février 1889 que j'appelai l'attention de la Société de médecine de Lyon sur cette nouvelle méthode thérapeutique, dans un mémoire qui avait pour titre : *De la création d'un urèthre contre nature (cystostomie sus-pubienne) dans les rétentions d'urine d'origine prostatique.*

Depuis lors, la cystostomie est entrée dans la pratique. J'ai dû y recourir bien des fois pendant ces dix ans, et c'est en m'appuyant sur 114 opérations personnelles que je désire en apprécier aujourd'hui la valeur. — L'opération, comme son nom l'indique, a pour but d'assurer le libre écoulement de l'urine par une voie contre nature, qui est la voie hypogastrique. Ses premiers temps sont, à quelques variantes près, les mêmes que ceux de la taille sus-pubienne. Le manuel opératoire en est donc des plus simples. Il n'en diffère vraiment, en dehors du siège, des dimensions de l'incision vésicale, etc., que par une dernière manœuvre, dans l'espèce, importante, qui est : *la suture des lèvres de la vessie avec les bords de la paroi abdominale sectionnée.* Ce dernier temps de l'opération, qui lui vaut le nom de : *cystostomie*, et non simplement celui de : *cystotomie*, a pour but, en principe, l'établissement définitif d'un urèthre contre nature.

Mais, quel que soit, à ce point de vue, le résultat obtenu, et quelle que soit la nécessité chez certains prostatiques dont la miction normale se trouve complètement et irrémédiablement compromise, d'établir un nouvel urèthre qui doit être permanent, il n'en est pas moins vrai, ainsi que je l'ai indiqué dès le début de mes recherches, que le grand avantage de l'opération est, par l'ouverture de la vessie, de conjurer les accidents immédiats de rétention, d'infection, etc., en mettant au repos l'appareil urinaire tout entier.

La cystostomie antérieure ou simple taille hypogastrique remplit donc les premières indications thérapeutiques, qui sont de conjurer des complications urinaires, mettant, à plus ou moins brève échéance, la vie des malades en danger. — La suture des bords de la plaie vésicale avec ceux de la paroi abdominale doit être pratiquée cependant, toutes les fois que cela est possible, et cela, non seulement parce que, ignorant le plus souvent ce qu'il en adviendra définitivement de la fonction naturelle, il est bon de rechercher un méat hypogastrique permanent, mais aussi, parce que cette suture rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine. Elle s'oppose, en effet, à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, elle maintient le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal, elle s'oppose ainsi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner, pendant si longtemps, la taille sus-pubienne.

Il est telle circonstance cependant où cette suture, par suite de conditions anatomo-pathologiques individuelles : grande épaisseur de la paroi abdominale (nous l'avons vu, chez des cystostomisés obèses, de 8 à 12 centimètres, friabilité, rétraction profonde de la vessie, etc.), est particulièrement difficile, parfois même impossible. L'opération, qui n'est autre alors que la taille hypogastrique, comme pour un calcul, avec quelques différences ainsi que je l'ai dit, dans le siège et les dimensions de l'ouverture vésicale, n'en est pas moins des plus utiles, quel que soit l'avenir du nouveau canal. Cystostomie, cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique. Cette dernière est cependant une sorte de pis-aller. Elle remplit moins bien que la cystostomie quelques indications immédiates et définitives.

Mais telle quelle, elle peut rendre, comme on le voit journellement, les plus grands services. A la cystotomie, en effet, appartiennent, plus volontiers les *méats hypogastriques temporaires* (Desnos), à la cystostomie les *méats permanents*. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, ainsi que deux de mes élèves l'ont démontré dans leurs remarquables thèses, MM. Lagoutte (1) et X. Delore (2), que la grande cause, je dirais volontiers, l'unique, d'un méat sus-pubien définitif, est dans l'obstacle prostatique incurable, qui empêche définitivement le retour de la fonction normale et qui maintient ainsi la perméabilité de l'urèthre sous-ombilical. Malgré les meilleures conditions anatomiques d'un urèthre contre nature, tapissé dans toute sa longueur (3 à 6 centimètres) par la muqueuse

1. Lagoutte, Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne (th. de Lyon, 1894).

2. Delore, De la fonction du nouvel urèthre (urèthre hypogastrique) chez les prostatiques anciennement cystostomisés (th. de Lyon, 1897).

vésicale, il n'en persistera pas moins, sans cette muqueuse, un canal cicatriciel permettant l'évacuation de la vessie. J'ai vu, maintes fois, un conduit de ce genre donner une survie de plusieurs années à de vieux prostatiques; car, bien souvent, quoique les lèvres de la plaie vésicale aient été fixées avec soin à l'orifice cutané, la réunion de la muqueuse à la peau, par suite de l'infection vésicale, ne se fait pas par première intention, et le nouveau méat, sur une profondeur plus ou moins grande, n'est constitué que par un canal cutanéo-aponévrotique.

La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont donc que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves, qui ne pouvaient être conjurés par les moyens jusqu'alors employés de traitement : cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. Depuis lors, mon opinion n'a pas varié, et j'ai montré que les indications d'agir étaient nombreuses, que non seulement cette opération devait être considérée comme une suprême ressource, mais que, à la manière de beaucoup d'interventions, le pronostic en était subordonné à la gravité des lésions existantes, à l'état général du malade et non à l'opération.

L'ouverture méthodique de la vessie sur sa paroi antérieure a, disons-nous, des indications fréquentes. Elles ont été acceptées, pour la plupart, dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1894, et à laquelle prirent part MM. Segond, Lucas-Championnière, Lejars, Bazy, Tuffier, Nélaton, etc.

L'opération est indiquée chez les prostatiques, que nous avions divisés déjà en deux grandes classes (1) :

1° Les prostatiques indemnes de tout empoisonnement urineux et chez lesquels les urines, parfois, ne présentent pas d'altération pathologique. Il s'agit de *prostatiques mécaniques*, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Chez eux les troubles fonctionnels dominent la scène et les malades doivent être considérés comme *non infectés*.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent alors fréquemment au second plan. Le danger réside dans l'aggravation d'accidents généraux déjà existants.

Pour la première catégorie de sujets, chez les prostatiques mécaniques, la cystostomie doit être pratiquée : *lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est particulièrement difficile, douloureux, uréthrorrhagique, thermogène, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux; lorsqu'il existe des fausses routes, dans le cas également d'hémorrhagies vésicales ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction*, etc. Nous rejetons l'emploi de la sonde à demeure et les ponctions avec les aiguilles capillaires, les trocarts. Lorsque ces moyens de traitement paraissent indiqués, il faut leur substituer la création d'un méat hypogastrique, opération méthodique, bien réglée et innocente.

La cystostomie est tout aussi indiquée : *chez les prostatiques empoisonnés, c'est-à-dire chez ceux atteints d'urinémie, d'infection urinaire : forme aiguë, forme chronique grave avec ses diverses modalités. Dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques, rebelles, douloureuses, ayant résisté au traitement cathétérien, aux lavages de la vessie, etc., la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen chez les urinaires dont l'état général trahit l'infection, et cela, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urineux, dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme, reste toujours des plus réservés.*

1. Indications de la cystostomie sus-pubienne (création d'un urèthre contre nature temporaire ou permanent, chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, par M. A. Poncet (*Gaz. hebd.*, juin 1894).

A ce propos, je citerai, entre autres observations, celle d'un vieillard que j'ai opéré l'année dernière, en pleine septicémie urinaire aiguë (1).

Ce prostatique, âgé de 87 ans, soigné depuis quelques semaines par la sonde, fut pris de rétention complète d'urine. Lorsque je vis le malade, il existait une fausse route uréthrale, le cathétérisme était impossible, et on constatait tous les signes d'un empoisonnement urinaire à marche rapide : température 40°, délire continu, langue sèche, rôtie, etc. Je pratiquai immédiatement la cystostomie. — Rapidement les phénomènes infectieux disparurent, si bien que trois semaines après l'opération, le malade reprenait progressivement sa vie habituelle. Deux mois plus tard, la miction se rétablissait définitivement par la voie naturelle. — L'obstacle prostatique n'étant que temporaire, il en avait été de même du méat sous-ombilical. Cet opéré continue de se très bien porter.

Pour plus de simplicité, j'ai établi deux grandes classes de malades, mais cette classification est un peu artificielle et en clinique, les distinctions sont loin d'être aussi nettes; raison de plus pour recourir à l'opération chez les urinaires mécaniques et infectés.

Le pronostic de l'intervention est naturellement tout différent pour les prostatiques mécaniques, pour ceux qui n'ont que des troubles fonctionnels uréthro-vésicaux, sans lésions, sans altération notable de l'appareil urinaire supérieur. La guérison doit être alors considérée comme la règle (je compte 37 guérisons sur 39 cas, 2 morts d'intoxication urinémique se rattachant à des lésions rénales, non manifestes au moment de l'opération), et, pour me servir d'une comparaison visant une opération acceptée par tous, la kélotomie, je puis assurer que la cystostomie n'est pas plus grave qu'une kélotomie inguinale ou crurale par exemple, lorsque l'intestin peut être considéré comme sain.

Existe-t-il, au contraire, des signes d'urinémie, de septicémie urinaire qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pyélo-néphrite ascendante, le pronostic de l'opération est différent. Il est, on le comprend, subordonné à la gravité de l'état général, au degré de l'empoisonnement urineux, et l'on trouve alors une mortalité relativement élevée et qui s'est toujours expliquée, à l'autopsie, par des altérations des reins. C'est ainsi que nous comptons : 1° 16 morts dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë sur 29 opérés; 2° 13 morts dans l'empoisonnement urinaire chronique sur 46 opérés.

Nous avons donc le tableau suivant :

39 prostatiques mécaniques, sans phénomènes urinémiques, sans infection, appréciables.		Guéris.	37
		Morts.	2
75 prostatiques infectés avec lésions rénales graves, constatées à l'autopsie, lorsqu'elle a été possible.			
Empoisonnement urinémique aigu	29	Guéris.	17
		Morts.	12
Empoisonnement urinémique chronique	46	Guéris.	33
		Morts.	13

Aussi sommes-nous partisans de l'intervention précoce qui peut seule, en faisant disparaître la rétention et les

1. X. Delore, De la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques (*Gaz. des hôp.*, 21 sept. 1897).

phénomènes congestifs concomitants, en modifiant puissamment le terrain local, au point de vue de son infection, triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Pour la taille vésicale, la lésion, il ne faut pas l'oublier, et non l'acte chirurgical, fait le pronostic. Encore une fois, c'est l'état des reins que l'on doit rendre responsable, après l'opération, au même titre que l'état de l'intestin dans la hernie étranglée. Je n'ai pas eu à me repentir d'avoir cystostomisé trop tôt des prostatiques, mais bien souvent j'ai regretté de n'avoir pu intervenir qu'un temps relativement long après le début des accidents. Même dans ces cas particulièrement graves, l'ouverture de la vessie peut sauver des urinaires. J'ai vu plusieurs fois des prostatiques, dont la situation était désespérée, revenir à la vie, alors que les autres moyens étaient impuissants, dangereux.

Opération d'urgence, de nécessité, la taille constitue, à l'heure actuelle, une puissante méthode de traitement des complications urinaires. Elle a des indications propres, et d'autres, au même titre que l'anus artificiel, que la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires (Terrier), etc.

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la miction impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inenlevable de la vessie, provoquant des troubles urinaires graves, des hémorragies abondantes, rebelles, des douleurs vives, continues, etc., la cystostomie, qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystostomie.

J'ai envisagé les résultats immédiats ou post-opératoires, il me reste à montrer les résultats éloignés, c'est-à-dire la fonction du nouvel urèthre chez les anciens cystostomisés. La permanence du méat artificiel reconnaît pour cause chez eux, je l'ai déjà signalé, l'incurabilité de l'obstacle prostatique, se traduisant par la suppression complète de la fonction normale. Cette cause de persistance de l'urèthre sus-pubien a été bien mise en lumière par les recherches également citées de Lagoutte et de Delore qui ont nettement établi que le méat hypogastrique n'est jamais que temporaire, lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle. Voici, du reste, les conclusions formulées par Delore dans son importante thèse (Lyon, 1897, *loc. cit.*) : « Chez 34 cystostomisés observés depuis plus de 6 mois et dont l'un date de 7 ans 1/2, il existe un méat hypogastrique, et au point de vue anatomique, un véritable urèthre contre nature, au moins dans la majorité des faits. Ce canal possède un trajet et deux orifices, l'un vésical, l'autre cutané. Il est entouré par un anneau fibro-élastique, souvent fort épais et tapissé d'une muqueuse partout continue. Sa longueur moyenne est de 3 à 4 centimètres et nous l'avons vu atteindre le chiffre de 4 à 6. Sa direction est ordinairement oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés, ayant gardé leur nouveau méat perméable, ont :

Continence	14
Continence partielle	7
Incontinence	13

La fonction n'est pas dépendante, en règle générale, de telle disposition spéciale, mais plutôt de l'ensemble des dispositions anatomiques nouvelles. Parmi ces dispositions, nous rangerons, par ordre d'importance, la longueur de l'urèthre contre nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux péri-canaliculaire, surtout au pourtour du nouveau méat, la résistance des muscles droits, la présence de valvules dans l'intérieur du canal. Toutes concourent, à des degrés divers, à l'amélioration de la continence.

L'âge moyen de nos malades était de 72 ans. Plusieurs, qui ont déjà une survie de quelques années, avaient été opérés *in extremis*.

Ajoutons que, chez les incontinents, le port d'un urinal de Collin ou de Souel, atténue suffisamment les inconvénients de cette infirmité, pour leur permettre de reprendre leur vie sociale habituelle.

Ces observations ont été empruntées la plupart à la pratique de M. Poncet et à celles d'autres chirurgiens lyonnais, MM. Pollosson, Jaboulay, Vincent, Villard, Rollet, Curtillet, Orcel, Bérard, Duchamp, l'une d'elles, et l'une des plus intéressantes, nous a été fournie par M. Hartmann.

Je citerai, en terminant, trois observations, résumées, d'anciens cystostomisés, également rapportées par Delore dans sa thèse, et qui sont on ne peut plus démonstratives au point de vue de la survie et du bon fonctionnement du méat sus-pubien.

Dans la première de ces observations, la cystostomie remontait à plus de 3 ans. — Durant cette période, l'opéré gardait ses urines pendant 3 à 4 heures. L'urination se faisait, chaque fois, par le méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge. Dans l'intervalle des mictions, il n'y avait pas d'incontinence, si petite fût-elle. Le jet était fort, projeté à 1 mètre environ; les vêtements n'étaient jamais souillés. Un état général excellent permettait les travaux les plus pénibles. Cet homme, ainsi que l'a montré l'autopsie, est mort d'une tuberculose vertébrale et pulmonaire. Son appareil urinaire était sain, mais la prostate présentait un volume énorme, elle avait celui d'une grosse orange. Cette constatation faisait comprendre, jusqu'à l'évidence, que cette hypertrophie était la seule et la vraie cause de la permanence nécessaire de l'urèthre hypogastrique.

Je rapporterai également l'observation de M. Diday, qui, opéré à l'âge de 80 ans, eut une survie de 2 ans et qui succomba à une affection néoplasique de la plèvre, sans aucun rapport avec ses voies urinaires. Ce maître regretté, excellent juge en cystostomie, a raconté lui-même, les bienfaits de l'opération, la façon dont il vidait facilement sa vessie, toutes les fois qu'il en éprouvait le besoin, etc.

Voici encore l'histoire d'un malade cystostomisé dans les plus mauvaises conditions, à l'âge de 78 ans, en avril 1894. Depuis la veille, l'état de ce vieillard, soigné par le Dr Rondet, de Neuville, avait rapidement empiré. Le malade était dans le coma, la température rectale s'élevait à 40°6. La mort paraissait d'autant plus imminente que l'on ne pouvait, avec la sonde, arriver dans la vessie. Aujourd'hui, c'est-à-dire *4 ans 1/2 après la cystostomie* cet homme garde ses urines 3 à 4 heures pendant le jour et plus longtemps pendant la nuit. Il satisfait à l'émission urinaire par des mictions uniquement hypogastriques. Son état général est parfait. Il n'accuse aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle.

Je rappellerai, enfin, comme dernier exemple, non moins probant que les précédents, l'observation d'un cystostomisé de M. Rollet, qui exerce actuellement, *6 ans après l'opération*, le métier pénible de forgeron. Cet homme robuste, très bien portant, peut garder ses urines facilement pendant 3 à 5 heures. Le jet est projeté à une distance de 30 à 40 centimètres par la voie hypogastique. La miction ne s'est pas rétablie par la verge, car la pros-

tate, restée énorme, fibreuse, bosselée, continue de former un obstacle insurmontable.

REVUE GÉNÉRALE

La maladie d'Addison chez l'enfant.

D'après le Dr H. Dezirot.

Rare chez l'enfant, la maladie décrite en 1855 par Addison (à propos de 11 malades dont le plus jeune avait 24 ans) existe néanmoins dans le jeune âge; sans parler du cas de Schotte, antérieur à Addison (chez une jeune fille de 15 ans et dont le diagnostic n'a pu être établi que rétrospectivement) (1), une observation en fut publiée dès 1855 par Startin chez un sujet de 12 ans (2); en 1878 Monti (3), dans un court article d'ensemble, en réunit 11 cas avant 15 ans; étudiée rapidement en 1892 dans le traité de Baginsky (4), la maladie d'Addison chez l'enfant a fait récemment l'objet d'un article de M. Comby (5) qui cite 23 observations. Enfin M. Dezirot (6) vient d'y consacrer sa thèse inaugurale basée sur 3 cas observés par lui et où il a pu réunir 48 observations nettes.

Etiologie. — Comme chez l'adulte, la *tuberculose* est la lésion la plus fréquente, ce qui se comprend, vu la fréquence de l'infection tuberculeuse dans l'enfance. Il n'y a guère de relations entre la tuberculose des reins, assez fréquente chez l'enfant et celle des capsules surrénales; de même, si le cancer du rein n'est pas rare chez l'enfant, le *cancer* des capsules est exceptionnel. Le *traumatisme*, important pour Greenhow (7), n'est que rarement constaté dans les observations de M. Dezirot, bien qu'il puisse être une cause prédisposante importante. Le sexe masculin semble chez l'enfant comme chez l'adulte plus fréquemment atteint (29 garçons pour 19 filles, Dezirot). De ces 48 observations une concerne un nouveau-né de 7 jours, une un enfant de 3 ans; puis, à partir de 10 ans les cas deviennent plus nombreux : 17 sont observés de 14 à 14 1/2, 10 à 15 ans, 6 de 15 à 16 ans. L'affection, extrêmement rare avant 10 ans, rare avant 12 ans, devient donc plus fréquente à mesure que l'enfant s'approche de la puberté.

Symptômes. I. *Début.* — Il passe souvent inaperçu, et les premiers symptômes sont insidieux.

C'est un affaiblissement général, une lassitude extrême sans cause apparente, l'enfant reste apathique, sans forces; une fillette s'asseoit en se promenant sur tous les bancs qu'elle rencontre; des garçons, placés en apprentissage, sont bientôt obligés de le cesser.

D'autres fois, on observe des troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements, diarrhée ou constipation, c'est là un mode de début particulièrement fréquent chez les enfants.

Les phénomènes douloureux, la mélanodermie sont rarement signalés à cette période. Pourtant Darier (8) a publié un cas où la coloration anormale apparut à l'âge de 10 ans avant tout autre trouble morbide important

Parfois la maladie a débuté soit par des convulsions, soit par de la chorée, par une chlorose ou une cardiopathie, souvent on observe une localisation tuberculeuse antérieure, pulmonaire ou rénale, adénites, synovite, etc.

Enfin la période silencieuse du début peut manquer, la maladie prend une forme rapide comparable à un empoisonnement, au choléra.

II. *Etat.* — L'ensemble symptomatique devient caractéristique au bout de quelques mois avec les phénomènes cardinaux de la cachexie addisonienne.

Asthénie. — La fatigue est portée à son maximum; cet accablement domine les autres symptômes et ne manque jamais; mais il n'y a jamais de paralysie; l'intelligence conserve d'ailleurs longtemps son intégrité; cette prostration ne coïncide que rarement avec l'amaigrissement et l'anémie. Enfin la perte de la force musculaire peut être démontrée et calculée à l'aide de l'ergographe de Mosso ou du dynamomètre; tel malade ne produit qu'une pression de 28 kilogr. au lieu de 60, chiffre normal pour un enfant de son âge; de plus la force musculaire s'épuise rapidement, et les épreuves successives montrent chaque fois une diminution de 4 ou 5 kilogrammes (Darier).

Symptômes gastro-intestinaux. — Très importants dans l'enfance ils consistent d'abord en diminution de l'appétit et répulsion prononcée pour certains aliments, la viande principalement. Des nausées puis des vomissements surviennent. Quoique moins fréquents que ceux-ci, la diarrhée est souvent prédominante; parfois pourtant on observe de la constipation; souvent vomissements et diarrhée apparaissent au milieu d'un état général grave revenant par crises, fébriles ou non, ou peu de temps avant la mort; coexistant avec la fièvre, les convulsions, ils simulent la méningite, avec les douleurs une péritonite.

Douleurs. — Signe moins constant dans le jeune âge; manifeste pourtant dans 11 des cas de Dezirot elles s'observent surtout chez les grands enfants. Des douleurs, le plus souvent spontanées, siègent dans le dos, les lombes, l'abdomen, tantôt dans l'hypochondre, tantôt dans la région épigastrique. L'hyperesthésie de l'abdomen peut être telle qu'elle simule une péritonite. On signale aussi une céphalalgie très pénible et des douleurs dans les membres.

Mélanodermie. — C'est là le phénomène le plus frappant; la teinte, d'abord gris sale, bistrée ou jaune, puis brune ou bronzée, finalement peut être tout à fait noire. Au début elle peut passer inaperçue, on croit que l'enfant est brûlé du soleil, on croit à la malpropreté, la coloration est prise pour celle de la jaunisse.

La surface du corps est totalement pigmentée mais plus ou moins uniformément, ou la pigmentation n'est que partielle. La teinte, plus foncée sur les parties exposées à l'air et à la lumière (visage, cou, face dorsale des mains), l'est aussi dans les régions normalement très pigmentées (aréoles du sein, ombilic, aisselle, aines, parties génitales). Les excitations extérieures, une pression continue ou répétée au même point amènent le même résultat, la révulsion, la vésication, la cautérisation provoquent l'hyperpigmentation qui peut aussi exister sur les cicatrices.

La coloration atteint rarement le cuir chevelu, mais les cheveux peuvent subir l'hyperpigmentation, de blonds devenir châtains, de bruns, tout à fait noirs (Descroizilles (1), Darier, Smith Shand) (2). Dans les cas de Pittmann (3)

1. Schotte, *Halle hosp. Reports*, 1823.
2. Startin, *Med. Times, and Gaz.*, 15 décembre 1855.
3. Monti. *Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten*, art. *M. d'Addison*, 4e vol, 499. 1878.
4. Baginsky, *Mal. de l'enfance*, 2e vol., 1892.
5. Comby, *Traité des maladies de l'enfance*, Grancher, Comby, Marfant. t. III.
6. Dezirot, thèse de Paris, n° 353, 1897-98, (Steinheil).
7. Greenhow, On Addison's disease (*Bristsh med. Journal*, 1875).
8. Darier, *Ann. de dermatologie*, mai 1895, p. 464.

1. Descroizilles, *Méd. infantile*, 15 févr. 1895.
2. Smith Shand, *Brit. med. Journ.*, p. 591, 1876.
3. Pittmann, *the Lancet*, p. 175, 1865.

concernant une fillette de 3 ans, le corps se couvrit de poils noirs surtout marqués au mont de Vénus. On peut donc observer aussi le développement insolite et prématuré du système pileux.

Rien n'a été signalé du côté des conjonctives chez l'enfant; les ongles, dans un cas de Cowan et Fernie (1), prirent d'abord une coloration noire avant les autres parties du corps. Dans l'observation d'Ezio Castoldi (2), dans celle de Darier, les ongles devinrent jaunâtres; enfin sur les ongles d'un garçon de 14 ans observé par M. Variot on peut constater des stries noirâtres parfaitement nettes.

Sur les muqueuses, on peut rencontrer des taches disséminées, brunes ou violacées. On les trouve sur les muqueuses génitales mais surtout sur les lèvres, les gencives, les joues, le voile du palais, la langue, le pharynx, sur les joues elles forment des bandes horizontales, comme sur la muqueuse buccale chez certaines races de chiens; ici comme chez l'adulte, ce signe a une valeur séméiologique considérable.

Malgré son importance la mélanodermie peut manquer, surtout dans les cas à marche rapide.

Enfin parfois on a noté le développement de nævi pigmentaires, ou au contraire des plaques de vitiligo.

D'autres signes moins importants ont été aussi signalés chez l'enfant. L'*incontinence d'urine* est apparue chez un malade de Variot 3 mois avant les premiers symptômes et a persisté; pour Variot ce serait une manifestation de l'asthénie, dépendant de la perte de la toxicité musculaire. Les *urines* n'ont rien présenté de spécial, peut-être leur coefficient urotoxique serait-il augmenté (Colosanti et Bellati, Gioffredi et Zinno). Les *altérations du sang* sont mal connues; la fièvre peut exister à toutes les périodes, comme manifestation de la tuberculose avérée ou latente, ou d'une auto-intoxication spéciale. Le *pouls* est rapide, serré, fuyant, filiforme; on trouve quelquefois du souffle vasculaire, des palpitations, des *vertiges* et plus souvent des *syncopes*. Les *convulsions* sont bien plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte; elles se manifestent sous forme d'accès épileptiformes longtemps avant la terminaison fatale, ou au contraire dans les derniers jours, dans les dernières heures.

III. *Terminaison.* — Les symptômes prennent rapidement un caractère de gravité annonçant une issue funeste; c'est la période de dépression extrême, de cachexie. La répugnance pour tout aliment devient complète, l'amaigrissement fait des progrès, le pouls est irrégulier, très rapide, presque imperceptible. Souvent une maladie intercurrente emporte l'enfant en quelques jours, dans le cas contraire il tombe dans le coma, la température s'abaisse graduellement; le malade s'éteint progressivement. La mort n'est pas toujours aussi lente, d'autres fois elle arrive rapidement au milieu d'un état cholériforme ou d'une crise semblable à la forme gastro-intestinale de l'urémie. Enfin la *mort subite*, c'est-à-dire la mort rapide imprévue, survenant au bout de quelques minutes ou de quelques heures n'est pas rare. M. Dezirot en réunit 10 observations dont 3 instantanées. Dans quelques faits la terminaison rapide semble due à une intoxication suraiguë, liée à l'insuffisance surrénale, seule ou aggravée par une complication. D'autres fois la mort paraît bien due à une syncope; d'après M. Dezirot le mécanisme de l'inhibition semble intervenir ici, et il rappelle à ce propos l'expérience de Claude Bernard arrêtant les battements du cœur par écrasement des ganglions semi-lunaires, cet effet suspensif ne se produisant plus après section du pneumogastrique. La mort subite est d'ailleurs en général assez fréquente chez l'enfant (Brouardel); aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que, signalée 12 fois seulement chez l'adulte, elle le soit 10 fois chez l'enfant, chiffre qui indique sa fréquence relative.

Marche. Durée. — La maladie déclarée marche plus ou moins rapidement avec des alternatives d'exacerbations et de rémissions; ses intermittences ne sont jamais que passagères, même alors que la mélanodermie disparaît, et ne doivent pas être prises pour des guérisons. Des complications diverses, maladies intercurrentes, pneumonie, érysipèle, déterminations tuberculeuses peuvent activer la marche de la maladie et emporter le malade. Dans 10 cas la durée a dépassé un an, dans 18 cas elle a été moindre, la plus longue durée a été de 7 ans, la moindre de 8 semaines. L'évolution semble donc, réserve faite du petit nombre d'observations plus rapide dans le jeune âge que chez l'adulte.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions des capsules surrénales, les plus fréquentes sont celles dues à la *tuberculose*, on y trouve soit des granulations, soit des masses caséeuses ou crétifiées, soit des abcès ou du tissu fibreux. Les deux capsules sont généralement atteintes, atrophiées, ou hypertrophiées, déformées, plus ou moins détruites par la formation des produits tuberculeux. Lésion bien moins fréquente, le *cancer*, presque toujours unilatéral, si, dans le cas de Pitmann, il a donné naissance à tous les signes de la maladie bronzée, existe le plus souvent sans déterminer le syndrome addisonien. Les *hémorrhagies* déterminent ce syndrome encore plus rarement que le cancer, elles sont presque l'apanage exclusif des nouveaux-nés (1) occasionnent des convulsions et la mort à brève échéance; le diagnostic est impossible et la lésion constitue une trouvaille d'autopsie.

Chez l'enfant plus encore que chez l'adulte ont été signalés l'altération des *ganglions mésentériques*, des *plaques de Peyer*, les premiers dans 1/4 des cas, les seconds dans 1/8 des cas. L'hypertrophie de la rate (1/9 des cas) celle du thymus (3 cas), sa tuberculisation (Faure et Barthez) sont signalées. Signalées chez l'enfant dans 4 cas, les lésions du grand sympathique abdominal et de ses ganglions sont souvent absentes dans des cas bien observés et étudiés de près. Quand elles existent on y voit l'hyperplasie du tissu conjonctif, la dégénérescence des fibres nerveuses, l'infiltration graisseuse; elles sont localisées dans les ganglions semilunaires, le plexus solaire, les filets nerveux péricapsulaires et même la moelle (Kalindero, Babes, Demange).

La mélanodermie n'est que l'exagération de l'état pigmentaire normal, le pigment pathologique, s'il occupe l'épiderme et les différents éléments du derme, a cependant été vu dans différents organes (viscères abdominaux, séreuses, ganglions).

Nous n'insistons pas sur la *pathogénie*, car l'étude des observations réunies par M. Dezirot ne peut apporter aucun appui ou aucune objection aux théories existantes (théorie capsulaire, théorie nerveuse, théorie mixte).

Diagnostic. — Facile en présence des symptômes cardinaux, il est plus difficile avant l'apparition de la mélanodermie, symptôme tardif et qui peut manquer. C'est ainsi qu'on peut rapporter à la *tuberculose pulmonaire* les symptômes observés lorsqu'ils surviennent au cours de

1. Cowan et Fernie, *Brit. med. Journ.*, 1857.
2. Ezia Castoldi, *Ann. Univ. de méd.*, Milan, p. 625, 1874.

1. Droubaix, thèse de Paris 1887; Lecomte, thèse de Paris 1897.

celle-ci, qu'on peut ainsi penser à la *neurasthémie*, à la leucocythémie, à l'anémie pernicieuse, mélanies faciles à dépister si on les recherche. Si la mélanodermie apparaît, le diagnostic devient aisé; il faut seulement reconnaître les pigmentations dues à d'autres causes : *paludisme* où la coloration est uniforme et diffuse, où l'intégrité des muqueuses, les commémoratifs, l'hypertrophie du foie et de la rate, l'examen du sang permettent le diagnostic; *pellagre* présentant des troubles cérébraux, de la boulimie, un érythème caractéristique apparaissant à époque fixe sur les régions exposées aux rayons solaires, etc. *L'acanthosis nigricans*, la *phthiriase invétérée*, le *diabète bronzé* ne s'observent pas chez l'enfant. La pigmentation de la *péritonite tuberculeuse* a pu dans deux cas (Baginsky, Brun) faire soupçonner la maladie d'Addison, mais l'absence de signes physiques du côté du péritoine, l'extension de la mélanodermie, la présence de taches buccales distinguent suffisamment celle-ci. Dans la *maladie bronzée hématique* des nouveau-nés (Charrin, Bar et Grandhomme) le diagnostic se fait par l'hématurie, la coloration spéciale de la peau.

Les pigmentations d'origine médicamenteuse seront rapportées à leur véritable cause. Elles sont assez fréquemment signalées chez l'enfant après l'usage de préparations arsenicales, consécutives au traitement de la chorée, par exemple, et leur coloration peut se rapprocher parfois de celle de la maladie d'Addison. Dans un cas de maladie de Basedow traitée par l'arsenic, Forster crut à une maladie d'Addison chez un enfant de 10 ans, puis la coloration s'effaça; la plupart de ces pigmentations cessent d'ailleurs rapidement après la cessation du médicament. D'autres mélanoses peuvent être dues à l'antipyrine, au bromure de potassium, etc.

Enfin les taches brunes de la sclérodermie, les syphilides pigmentaires, certains érythèmes polymorphes, des hyperchromies congénitales ou par irritation pourront par exception faire errer le diagnostic. M. Dezirot cite aussi 2 cas dont un de Comby et Coulon (1) où la mélanodermie semblait de cause nerveuse.

Pronostic. — La maladie d'Addison semble avoir un pronostic absolument fatal, la plupart des cas de guérison devant être mis en doute; il n'est pas impossible pourtant que, chez un sujet à lésions limitées la tuberculose des capsules entre en voie de guérison, et que l'hypertrophie compensatrice conserve une fonction un instant troublée.

Traitement. — Le traitement est resté purement symptomatique jusqu'en 1892. A cette époque on essaya l'opothérapie surrénale d'abord par greffe et sans succès (Augagneur chez un enfant de 12 ans), puis par injection d'extrait capsulaire, enfin par ingestion. Essayée chez 6 enfants (2) cette dernière méthode a dans deux cas été suivie d'amélioration momentanée certaine, mais l'issue fatale n'a pas tardé à survenir; chez un troisième, vivant encore actuellement, l'état est seulement un peu plus satisfaisant. Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'opothérapie surrénale est donc loin d'avoir fait ses preuves et seul le cas de M. Béclère (3) semble réellement encourageant. On peut pourtant continuer à l'essayer, en employant soit les injections d'extrait glycériné, soit, de préférence, l'ingestion de glandes fraîches de veau hachées ou réduites en bouillie.

P. L.

1. Comby et Coulon, *Médecine infantile* (1896).
2. Trois de ces observations sont dues à M. Variot (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, juillet 1897).
3. Béclère, *Soc. méd. hôpitaux*, 28 février 1898.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Souleyre (C.). *Neurasthénie et génitopathies féminines. (Etude des formes utérines secondaires de la névrose.* N° 332. (Bordier et Michalon.)

M. Cocard (R.). *Symptomatologie des fractures de la base du crâne.* N° 333. (Germain et G. Graisin.)

M. Pomme de Mirimande. *Etude sur les kystes épithéliaux paradentaires.* N° 342. (H. Jouve.)

M. Chauvel (F.). *L'exclusion du pylore.* N° 343. (Steinheil.)

M. Gouffier (G.). *Contribution à l'étude des traitements de l'hydrocèle et en particulier de la cure radicale.* N° 344. (Steinheil.)

M. Dubois (H.). *Des atrophies musculaires d'origine hystérique.* N° 345. (H. Jouve.)

M. Arnaud (P.). *Contribution à l'étude des uréthrites liées aux rétrécissements de l'urèthre.* N° 362. (H. Jouve.)

M. Larroumets (J.). *Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne d'urine des enfants et des adolescents.* N° 361. (H. Jouve.)

M. Battigne (P.). *Traitement chirurgical de l'infection péritonéale post-opératoire précoce chez la femme.* N° 364. (Carré et C. Naud.)

M. Guedj (R.). *Des résultats fonctionnels éloignés de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore.* N° 365. (Carré et C. Naud.)

M. Boullet (J.). *Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hygiène et les sanatoria.* N° 366. (G. Steinheil.)

M. J. Carcanague. *Médication révulsive cutanée par le vésicatoire.* N° 367. (A. Maloine.)

M. Bonnard-Favre (Pierre). *La température dans la pneumonie chez les enfants.* N° 321. (G. Steinheil.)

M. Josué (Otto). *Moelle osseuse des tuberculeux et histogénèse du tubercule.* N° 309. (G. Carré et C. Naud.)

M. Ramond (Félix). *Fièvre typhoïde expérimentale.* N° 314. (G. Steinheil.)

D'après M. Souleyre l'appareil génital interne féminin au cours de son évolution peut, dans ses fonctions ou dans sa texture, présenter des altérations qui seront des causes occasionnelles de la neurasthénie. Ces altérations sont les suivantes : lésions de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire, troubles de la menstruation, grossesses et accouchements pénibles, suite de couches pathologiques, accidents de la ménopause. Interventions opératoires.

Le degré de gravité du facteur génital, en tant qu'agent pathogénique, est en raison inverse de l'idiosyncrasie nerveuse primitive.

Les principaux symptômes de la neurasthénie utérine secondaire sont : la dépression cérébro-psychique, les troubles gastro-intestinaux, l'entéroptose et l'asthénie motrice des membres inférieurs.

Il existe des formes mixtes caractérisées par la localisation des accidents neurasthéniques secondaires sur l'appareil génital : elles y donnent lieu à des troubles de la sensibilité, de la circulation, de la motricité et de la statique.

L'évolution et le pronostic de la neurasthénie utérine secondaire sont liés au degré de l'idiosyncrasie nerveuse primitive.

Son traitement doit être avant tout médical et le plus rarement possible chirurgical.

M. Cocard étudie la symptomatologie des fractures de la base du crâne.

Ces fractures s'accompagnent le plus souvent de symptômes multiples; exceptionnellement, on a pu observer des fractures, même étendues, qui ne donnaient lieu à aucun symptôme.

La valeur diagnostique de ces symptômes est fort inégale; elle augmente avec le nombre des signes observés.

La recherche des commémoratifs est importante et ne doit être négligée dans aucun cas.

L'issue de matière cérébrale est pathognomonique des fractures de la base du crâne. Aucun autre symptôme ne permet à lui seul de conclure à l'existence d'une fracture de la base.

Quelques-uns des symptômes permettent de déterminer le siège précis de la lésion osseuse. Telles les paralysies du facial, du moteur oculaire externe.

Il existe aux deux mâchoires des kystes ayant pour origine les débris épithéliaux paradentaires.

D'après M. Pomme de Mirimande, ces kystes qui avaient été divisés en un certain nombre de classes répondant à des variations cliniques qui n'ont rien d'absolu, peuvent être tous réunis sous l'appellation générale de kystes épithéliaux paradentaires qui rappelle leur nature pathogénique.

Les kystes sont dus à la prolifération des bourgeons épithéliaux, débris paradentaires que l'on trouve normalement au pourtour du follicule dentaire.

Cliniquement les kystes paradentaires peuvent être divisés en deux catégories : 1° Les kystes dits appendiculaires qui restent pendus à l'extrémité de la racine d'une dent cariée qu'on arrache et qui ne sont pas cliniquement diagnostiquables et ne peuvent être que rarement soupçonnés. Ils se caractérisent par de violentes douleurs à point de départ nettement dentaire, à irradiations très variables, survenant par crises et rendant la mastication presque impossible. 2° Les kystes de volume appréciable formant au niveau d'une molaire, la première le plus souvent, une tumeur arrondie, dure, indolente et plus ou moins rénitente, fixe, qui suivant le volume de la tumeur et son siège fait simplement une saillie sur les gencives ou détermine une déformation de la face ou de la mâchoire inférieure; cette tumeur s'accompagne de douleurs moins vives que les kystes appendiculaires cependant la pression de la dent est douloureuse et montre que la racine est mobile et semble être plus ou moins libre dans une cavité.

Le diagnostic ferme est impossible quand il s'agit de kystes appendiculaires, à peine peut-on en émettre l'hypothèse.

Les kystes appréciables peuvent être caractérisés par leur siège au niveau d'une molaire, par leur consistance, leur immobilité, leur indolence à la pression jointe à la douleur provoquée par la dent cariée qui en est l'origine et dont la racine est souvent mobile. Enfin par l'absence de voussure nasale et palatine. On peut ainsi les séparer des abcès des sinus, des tumeurs solides de la région. En cas de doute la ponction tranche la question.

Les kystes appendiculaires ne sont reconnus qu'au moment de l'extraction de la dent, c'est donc les symptômes douloureux qu'ils provoquent et qu'on attribuait à la périostite alvéolo-dentaire qui a nécessité l'opération; leur ablation amène naturellement la guérison.

Les kystes plus volumineux peuvent être ou simplement ponctionnés ou extraits en totalité. La ponction ne met pas à l'abri des récidives, aussi doit-elle être réservée pour les cas simples ou comme moyen de diagnostic. Le véritable traitement est l'incision du kyste et le grattage à la curette de ses parois, ou son extirpation en totalité, si elle est possible. Les complications inflammatoires doivent être traitées comme les abcès dentaires et la pénétration dans le sinus doit amener la trépanation de celui-ci pour évacuer la collection.

Pratiquer l'exclusion d'un segment du tube digestif, c'est, dit M. Chauvel, éliminer ce segment du trajet que doivent suivre les matériaux de la digestion. Cette méthode générale est applicable au pylore. Elle doit être unilatérale.

Les indications de l'exclusion du pylore ne peuvent encore être posées d'une manière définitive, vu le petit nombre d'observations publiées.

Néanmoins, on peut déjà dire que l'exclusion s'adresse, d'une part, à des tumeurs de la région pylorique de nature maligne ou douteuse et inextirpables, d'autre part, à des tumeurs pyloriques dont l'extirpation serait possible, mais dont la nature bénigne ne laisse pas de doute.

Il y a avantage à mettre par l'exclusion unilatérale la région pylorique à l'abri du contact du contenu gastrique en cas de douleurs vives, d'hémorrhagies tenaces, de menace de perforation. L'exclusion très incomplète réalisée par la gastro-entérostomie simple n'est pas toujours suffisante en pareilles circonstances.

La suppression absolue et définitive de toute continuité entre le segment sain et le segment malade de l'estomac peut en outre rendre au segment sain sa motricité normale, supprimer les douleurs qui résultent du tiraillement des adhérences par la portion de l'estomac qui fonctionne encore et, en cas de cancer, protéger la bouche anastomotique contre un envahissement plus ou moins rapide du néoplasme. Enfin, ainsi que le montrent certains cas de gastro-entérostomie, en éloignant les causes d'irritation qui agissent sur un cancer du pylore, on parvient souvent à retarder son évolution d'une façon très appréciable.

La thèse de M. Gouffier est un nouveau plaidoyer en faveur du traitement chirurgical de l'hydrocèle.

D'après l'auteur la ponction suivie d'injection iodée constitue un mode de traitement de l'hydrocèle, infidèle et inconstant; elle ne répond pas aux indications pathogéniques de cette affection et la simplicité de son manuel opératoire, seul avantage réel qu'elle présente, ne saurait suffire à faire oublier ses multiples inconvénients (lenteur de la guérison, fréquence des récidives, douleurs, dangers d'hématocèle, de phlegmon, etc.).

La cure radicale de l'hydrocèle constitue au contraire une intervention efficace, assurant rapidement une guérison presque toujours définitive. Rien ne la contre-indique. C'est le traitement de choix de toutes les hydrocèles.

Le procédé de cure radicale de Bergmann, tel que le pratique M. Routier, c'est-à-dire la résection du feuillet pariétal de la vaginale, offre une grande simplicité opératoire, une efficacité certaine, une innocuité absolue; elle supprime toute chance de récidive et nous semble mériter la préférence de tout praticien sûr de son asepsie.

Il n'est pas d'affection que l'hystérie ne puisse réaliser. M. Dubois étudie les atrophies musculaires d'origine hystérique. Généralement consécutives à une hémiplégie, à un traumatisme, dans quelques cas sans cause apparente, ce sont des atrophies simples, c'est-à-dire sans lésion de la moelle.

Elles atteignent généralement les muscles en masse, toutefois elles peuvent affecter différents territoires en particulier, mais ce sont des cas exceptionnels.

Elles sont remarquables par leur début brusque, la rapidité avec laquelle elles arrivent à leur maximum, leur état stationnaire lorsqu'elles sont arrivées à ce maximum et enfin leur rétrocession qui coïncide avec la disparition des phénomènes qui les ont provoquées, tels que les paralysies et les contractures.

Elles sont toujours accompagnées de différents symptômes qui caractérisent l'hystérie, surtout l'hémianesthésie et l'anesthésie des muqueuses oculaires et pharyngées et les différents états de l'œil hystérique.

Elles sont quelquefois accompagnées de tremblements fibrillaires. Quant à la réaction de dégénérescence signalée par M. Gilles de la Tourette et M. le professeur Charcot, l'auteur croit, jusqu'à ce que des observations plus convaincantes soient fournies, qu'elle n'entre pas dans les signes de certitude des atrophies musculaires hystériques.

Le traitement général de l'hystérie, l'hydrothérapie, l'isolement, les voyages et enfin l'électricité sont les moyens qui devront être employés pour arriver à la guérison.

Il est de notion vulgaire que, dans bien des cas, les rétrécissements de l'urèthre, par leur origine inflammatoire, ou par l'irritation qu'ils provoquent dans le canal, peuvent déterminer des écoulements empruntant à la stricture des caractères spéciaux.

Pour M. Arnaud ces écoulements sont aigus ou chroniques.

Dans la majorité des cas, ils se traduisent par un suintement catarrhal qui ne cède guère au traitement que lorsqu'on s'adresse à la cause, c'est-à-dire au rétrécissement lui-même.

Il est donc nécessaire, lorsqu'on se trouve en présence d'une blennorrhée, de pratiquer une exploration sérieuse de l'urèthre. En cas de rétrécissement, on soignera tout d'abord ce rétrécissement par un traitement approprié, c'est-à-dire par la dilatation progressive.

A ce traitement causal doit se joindre le traitement du symp-

tôme, l'écoulement, et dans bien des circonstances on y parviendra efficacement en joignant à la dilatation les instillations de nitrate d'argent et surtout les grands lavages de l'urèthre avec des solutions antiseptiques.

En dehors des rétrécissements blennorrhagiques, la dilatation s'impose encore, pour la cure de certains suintements uréthraux, par suite de la présence de brides ou de strictures nettement valvulaires, dont la situation et la forme peuvent s'expliquer par un vice de conformation, d'origine congénitale, dont l'auteur rapporte un exemple.

D'après M. Larroumets les incontinences nocturnes des enfants et des adolescents peuvent être divisées en deux grandes classes :

A. — Incontinences essentielles;

B. — Incontinences symptomatiques.

Parmi ces dernières une variété rare, mais qui mérite d'être signalée est celle qui est due à l'étroitesse congénitale du méat urinaire chez les garçons.

Dans ces cas d'incontinence, l'étroitesse du méat agit en exagérant le réflexe médullaire (réflexe de la miction) qui fait contracter les fibres musculaires de la vessie.

Il est donc indiqué de supprimer cette cause d'exagération du réflexe médullaire en incisant le méat congénitalement rétréci.

La méatotomie est une opération des plus simples, des plus bénignes, facilement acceptée des malades et qui donne de bons résultats. Elle doit être considérée comme une intervention vraiment curative de l'incontinence.

L'infection péritonéale post-opératoire est justiciable d'une thérapeutique énergique, de l'intervention chirurgicale active.

L'important, pour agir avec efficacité et chances de réussite, est d'intervenir de très bonne heure, de ne point attendre que l'infection soit installée, car il faut à fond connaître la symptomatologie de l'infection post-opératoire afin de l'attaquer dès son début dépisté, et non pas quand tous les signes sont évidents, c'est-à-dire quand il est trop tard.

Cette symptomatologie, quoi qu'on ait dit, existe nettement, même dès le début de l'infection ainsi que le montre M. Battigne dans son excellente thèse.

Si, jusqu'à ces derniers temps, on ne l'a reconnue que trop tard (ce qui a paralysé toute intervention), c'est, d'une part, que ses manifestations fonctionnelles étaient prises pour autre chose (schock, intoxication, anémie rapide...); c'est d'autre part, que, dans les cas de mort, ses lésions ne sont souvent pas bien apparentes à la vue, le péritoine n'ayant pas eu le temps de réagir.

Plusieurs modes de traitement ont été employés, d'une réelle efficacité; malheureusement on ne doit les considérer que comme des adjuvants, très précieux d'ailleurs :

1° Parce qu'ils n'agissent pas avec assez de rapidité et d'énergie;

2° Parce qu'ils ne s'adressent pas directement à la cause.

Un seul remplit ce desideratum, c'est la réouverture et le drainage abdomino-vaginal, suivi, le plus souvent, de lavages.

L'ouverture vaginale est bonne :

Parce qu'elle est déclive, logique, faisant suivre aux sécrétions les lois naturelles de la pesanteur et ne nécessitant pas de manœuvres compliquées;

Parce qu'il n'y a aucune difficulté d'aborder le cul-de-sac postérieur et que l'antisepsie vaginale est facile.

Parce qu'on évite ainsi l'infection de la plaie abdominale.

Parce qu'il s'agit ici de septicémies à point de départ pelvien;

Parce qu'enfin les drainages exagérés de Sims et Bardenheuer ont du moins servi à montrer l'innocuité de cette voie.

L'ouverture abdominale doit être faite :

Parce qu'elle facilite beaucoup les irrigations abdominales, souvent répétées, toujours abondantes;

Parce qu'elle permet de les faire suivant les règles, c'est-à-dire de haut en bas.

Pour M. Guedj, la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore a de nombreux avantages.

Elle amène une amélioration considérable de l'état général, provoque la disparition des troubles subjectifs et des troubles objectifs.

Le liquide résiduel disparaît et l'hyperchlorhydrie est remplacée par un certain degré d'hypopepsie; elle entraîne la persistance de la digestion gastrique grâce à la rétention, pendant un certain temps, des ingesta dans la cavité gastrique. Enfin on constate l'état normal de l'absorption au niveau de la muqueuse et un fonctionnement physiologique du pylore artificiel.

Ces résultats sont d'autant plus favorables que l'intervention est plus précoce.

La gastro-entérostomie est le traitement curatif des sténoses moyennes et serrées.

M. Boullet a donné dans sa thèse une nouvelle étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par les sanatoria.

D'après l'auteur le meilleur traitement actuel des tuberculeux consiste dans la pratique de la cure d'air, de l'hygiène, d'une alimentation forte, de l'hydrothérapie, de la révulsion.

La majorité des tuberculisations relèvent de quatre causes, les mariages de tuberculeux, aussi funestes aux parents qu'aux enfants, la dissémination des bacilles de Koch, le manque d'hygiène des différents milieux de travail, l'alcoolisme.

La prophylaxie de la tuberculose a pour but de supprimer dans la mesure du possible ces causes; elle est complétée par l'isolement des malades et la création de sanatoria.

Les résultats obtenus dans les sanatoria de l'étranger et ceux des œuvres de Villepinte et des Enfants tuberculeux en France, doivent précipiter chez nous le mouvement de création d'établissements semblables dans l'intérêt des malades et celui de la société.

Les climats d'altitude devront être recherchés de préférence pour la construction de sanatoria, à cause de leur action physiologique et thérapeutique spéciale.

La méthode révulsive cutanée par la vésicatoire cantharidien est utile, et souvent nécessaire en médecine comme en chirurgie. On peut à la rigueur employer le vésicatoire classique; un peu de prudence dans son application, et un peu de soin dans son pansement permettent d'éviter les accidents.

Pour M. Carcanague, il est préférable de lui substituer le vésicatoire à la cantharidine, parce que la cantharidine peut être exactement dosée, et parce qu'on peut arrêter sa trop grande absorption en rendant acide le liquide de l'ampoule formée.

L'emploi des cantharidates est plus dangereux, parce qu'ils sont plus solubles dans la sérosité de l'ampoule et que par suite, l'absorption est plus rapide.

De ses recherches sur la température dans la pneumonie chez les enfants, M. Bonnard-Favre conclut que la période d'état est atteinte rapidement, le thermomètre marquant souvent dès le premier soir plus de 40°. La période d'état se présente le plus souvent sous la forme de fastigium discontinu, à petites ou à grandes oscillations. Plusieurs fois s'est manifesté un véritable stade amphibole.

Le plus souvent le thermomètre a atteint et dépassé 40°. Les maxima se sont offerts le soir dans la grande majorité des cas. La fièvre a atteint des degrés plus élevés chez les filles que chez les garçons. Ce sont les pneumonies du lobe moyen gauche qui évoluent avec les températures les plus hautes; viennent ensuite les pneumonies doubles, puis celles de la base droite (relativement rares), et celles du sommet droit (qui sont les plus fréquentes). Les pneumonies du sommet gauche sont celles qui évoluent avec les températures les plus basses.

La défervescence rapide s'est produite dans 58 p. 100, la défervescence lente dans 32 p. 100 des cas.

On observe assez souvent de fausses défervescences.

Après la défervescence, la température a été plus souvent sus-normale que sub-normale. Un certain nombre de fois il se produit, après défervescence, une ascension éphémère.

Le nombre de pulsations par minute paraît suivre une marche assez parallèle à celle de la température.

Le nombre de respirations par minute n'est point en relation simple avec la température.

Les formes cliniques, comme les complications de la pneumonie, ne paraissent pas influencer d'une manière sensible le tracé thermique, exception faite pour quelques cas de pneumonie à forme typhoïde ou nompliquée d'infection bronchique.

Dans un important mémoire, M. Josué étudie la moelle osseuse des tuberculeux. Dans la première partie de son travail, il expose la technique qu'il a suivie et rappelle la description qu'il a donné de la moelle osseuse normale avec M. Roger. Il insiste sur l'importance de l'anatomie topographique de la moelle des os. Cette moelle normale une fois connue, l'auteur aborde la description des moelles osseuses des tuberculeux basée tant sur des faits anatomo-pathologiques que sur des recherches expérimentales.

Tantôt on observe des modifications à distance qui se produisent en dehors de toute localisation médullaire du bacille de Koch. Une de ces modifications est en rapport avec la défense de l'organisme : c'est la prolifération cellulaire qui semble être l'indice de l'activité fonctionnelle de la moelle des os et peut être reproduite expérimentalement soit en déterminant des tuberculoses locales en des régions éloignées de l'os; soit en injectant de la tuberculine sous la peau des animaux. Les autres modifications à distance constituent de vraies lésions, ce sont la sclérose et la dégénérescence amyloïde de la moelle osseuse; la sclérose coexiste le plus souvent avec la prolifération cellulaire.

D'autres fois il s'agit de lésions tuberculeuses de la moelle des os.

Le tubercule de la moelle osseuse a la structure du tubercule en général; cependant on trouve des cellules graisseuses dans l'intérieur du néoplasme; de plus il est nécessaire de faire le diagnostic entre les cellules géantes tuberculeuses et les myéloplaxes.

L'auteur, reproduisant expérimentalement le tubercule de la moelle osseuse, tire de son étude des conclusions importantes au point de vue de l'histogénèse du tubercule en général. A son avis, ce sont les cellules mésodermiques, leucocytes, cellules du tissu conjonctif, qui englobent les bacilles, mais les toxines sécrétées par ces microbes peuvent agir sur les cellules épithéliales voisines pour leur faire subir également la dégénérescence épithélioïde. Au point de vue histologique tous les cellules concourent donc à former le tubercule, au point de vue de la lutte contre le germe les cellules mésodermiques jouent le principal rôle.

Dans des recherches expérimentales entreprises sous la direction de M. Chantemesse, M. Ramond prouve que certains animaux (singe, rat, lapin, cobaye, etc.), peuvent contracter la fièvre typhoïde par ingestion de cultures de bacilles d'Eberth. Ceux-ci envahissent la paroi intestinale laissant pour traces de leur passage l'hypertrophie ou l'ulcération de la plaque de Peyer, puis se répandent dans tout l'organisme. S'il n'a obtenu, contrairement à Remlinger que des résultats peu favorables en se contentant d'arroser de cultures typhiques les aliments des animaux, le succès opératoire fut de règle en affaiblissant au préalable la résistance des animaux; dans ce but, d'une part il pratiquait au préalable pendant trois semaines chez ses animaux des injections sous-cutanées de sérum humain ou d'urine humaine, d'autre part il pratiquait quelques minutes avant l'injection de bacilles typhiques, dans le péritoine de l'animal, une injection de 50 gouttes de laudanum. Les symptômes observés chez les animaux les lésions observées rappellent assez bien la fièvre typhoïde humaine, pourtant il faut noter la moindre étendue des ulcérations, le peu d'abondance des microbes dans les viscères, l'absence de lésions rénales; c'est que normalement l'animal ne contracte pas la fièvre typhoïde, par suite sans doute d'une grande résistance de ses tissus au virus typhique; aussi si l'on parvient à réaliser cette infection, la défense organique sera considérable, les fonctions digestives; la dépuration urinaire ne subiront que de minimes entraves. L'enfant cependant semble réaliser une infection presque calquée sur celle de l'animal, et l'évolution morbide est chez lui plus favorable que chez l'adulte. Le bacille d'Eberth peut donc, ingéré par l'animal dans certaines conditions, produire une infection expérimentale très voisine de la fièvre typhoïde humaine.

Thèses de la Faculté de Nancy.

Année 1897-98.

M. Mathieu (C.). *De la cellule interstitielle du testicule et de ses produits de sécrétion (cristalloïdes).*

M. Alamelle (Emile). *Contribution à l'étude des méningites séreuses et de leurs reliquats particulièrement chez l'enfant.*

Seul le testicule adulte est apte à contenir des cristalloïdes. Pour M. Mathieu, la présence de cristalloïdes réclame deux conditions essentielles qui sont ;

1° L'intégrité de la cellule interstitielle;

2° La non-utilisation de ses produits de sécrétion.

La quantité de cristalloïdes est en raison directe de la production des matériaux nutritifs (par conséquent de l'activité et du nombre des cellules interstitielles); en raison inverse de l'utilisation de ces matériaux (activité de la spermatogénèse, dépense de sperme).

La cellule interstitielle de certains animaux sécrète aussi une substance analogue aux cristalloïdes de l'homme.

L'auteur considère donc les cristalloïdes du testicule comme des matériaux sécrétés par les cellules interstitielles et destinés à être utilisés par les cellules séminales dans la production des spermatozoïdes.

En dehors de son rôle sécrétoire, la cellule interstitielle semble douée d'un autre rôle actif, se traduisant par l'envahissement et la destruction des tubes séminifères dont le rôle serait terminé au point de vue spermatogénétique.

Dans son intéressante thèse, M. Alamelle, discutant à nouveau la question du méningisme, admet à côté de celui-ci l'existence des méningites séreuses d'origine infectieuse, pouvant exister isolément en dehors de toute autre lésion appréciable de l'organisme; mais elles sont ordinairement en rapport avec une autre localisation microbienne qui ouvre la scène; elles peuvent avoir une marche subaiguë.

La distinction clinique entre la méningite tuberculeuse, la méningite purulente simple, la méningite séreuse et le méningisme, est souvent impossible sans la ponction lombaire.

Les méningites peuvent, après leur guérison relative, laisser des traces irréparables de leur passage; elles peuvent engendrer l'hydrocéphalie chronique et, très probablement aussi, des scléroses cérébrales plus ou moins localisées.

Les épanchements séreux intra-ventriculaires accompagnant les méningites sont, au même titre que les épanchements séreux sous-arachnoïdiens et que les méningites dont ils dérivent, d'origine inflammatoire et infectieuse.

Les plexus choroïdes, la toile choroïdienne et la pie-mère corticale peuvent contribuer, isolément ou simultanément, à la production du liquide hydrocéphalique.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Viry (Henry). *De l'utilisation de la viande congelée à l'alimentation du soldat.* N° 72.

M. Bernard (Alfred). *Du cancer primitif de la vésicule biliaire considéré comme complication de la lithiase.* N° 41.

M. Dessèvre (Paul). *De l'alcalinité du sang dans certains états physiologiques et pathologiques.* N° 92.

Etudiant la conservation de la viande par la congélation, M. Viry rappelle d'abord que celle-ci s'opère en plaçant la viande dans une atmosphère sèche et froide (— 20° C) jusqu'à ce que le centre ait atteint une température de — 4° C, et en la maintenant ensuite dans l'air froid et sec à — 4° C. Dans ces conditions les germes de la putréfaction, et en général tous les microbes existant dans ou sur les viandes, aussi bien que les ferments qui sont normalement contenus dans la chair musculaire, cessent de manifester leur vie par leur développement

et les phénomènes chimiques qui en sont la manifestation; mais ils reprennent leur vitalité, dès que, la décongélation opérée, ils sont soustraits à l'action du froid sec. La viande conservée par la congélation garde tous les caractères de la viande fraîche, savoir : odeur, goût, consistance, constitution microscopique, propriétés chimiques, digestibilité et valeur nutritive. L'auteur montre qu'elle garde, maintenue dans l'air sec à — 4°, ces caractères d'une manière indéfinie, que soustraite à l'action du froid, elle se conserve absolument comme la viande fraîche abattue et aussi longtemps.

Aussi son emploi présente-t-il de grands avantages pour l'armée aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre et il y a tout avantage à introduire la viande congelée dans l'alimentation normale du soldat.

On sait que le cancer primitif de la vésicule biliaire peut survenir chez des malades atteints antérieurement d'accidents imputables à la lithiase. Il s'accompagne dans tous les cas de la présence de calculs et il semble bien, conclut M. Bernard, que la lithiase favorise le développement du cancer primitif de la vésicule. Ce résultat corrobore d'ailleurs les données générales sur l'influence de l'irritation dans l'étiologie du cancer. L'auteur résume les caractères du cancer primitif et insiste sur les moyens cliniques de diagnostic; celui-ci est important à faire, car si l'intervention chirurgicale est justifiée dans les cas de lithiase commençant à devenir chronique, elle est en revanche formellement contre-indiquée dans les cas de cancer de la vésicule.

L'alcalinité du sang, conclut M. Dessèvre varie dans certains états physiologiques. Elle diminue à la suite du jeûne, d'un travail musculaire prolongé et augmente après le repas. Dans les affections aiguës, au début l'alcalinité est le plus souvent normale ou augmentée, à la période de convalescence la diminution est sensible dans la majorité des cas. L'intensité de la fièvre n'a aucun rapport avec l'abaissement de l'alcalinité. Dans les maladies chroniques, l'alcalinité est ordinairement diminuée si la maladie est ancienne. On ne peut artificiellement augmenter d'une façon stable l'alcalinité du sang.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Ivresse cocaïnique (Cocain-inebriety), par T. Crothers (*Philadelphia med. Journal*, p. 1002, 28 mai 1898). — L'usage de la cocaïne a pris dans ces dernières années une extension considérable ce qui est dû en partie à la grande diminution de son prix. L'abus de ce médicament a entraîné des troubles si nombreux que l'ébriété cocaïnique peut être considérée comme une véritable maladie pouvant aller jusqu'à la vésanie. Le cocaïnisme sévit de préférence chez ceux que leur profession oblige à se servir de ce médicament. Bon nombre de personnes commencent à se servir de la cocaïne pour calmer une affection de la gorge ou des voies respiratoires. D'autres l'emploient contre la dépression nerveuse et quelques-uns pour des névralgies.

La cocaïne produit au début un certain degré d'exaltation avec sentiment de bien-être, activité mentale et physique agréable. Il ne s'agit pas de confusion mentale : le seul symptôme, c'est la bonne humeur et la satisfaction générale.

L'effet hypnotique, lorsqu'il apparaît, n'est pas très marqué et le lendemain il n'y a ni céphalée, ni confusion. Le premier moment d'exaltation mentale ne tarde pas à se transformer en hallucinations et en illusions. Les sens paraissent plus aigus. Il faut noter une tendance à la conversation, le malade s'exprime clairement mais ne peut aller au bout de ses idées ni conclure. A un degré plus grave le cocaïnisme peut entraîner une véritable folie, et assez fréquemment on peut observer des convulsions suivies de mort. Le traitement consiste dans l'isolement, dans la suppression de la cause et de tous les excitants nerveux.

Pour remédier à l'anémie cérébrale on aura soin d'employer les toniques : l'arsenic en particulier donne les meilleurs résultats.

Un cas d'empoisonnement par la lactophénine (Ueber ein Fall von Laktopheninvergiftung), par le Dr Wefers (*Cent. f. Therapie*, 1898, p. 246). — Il s'agit d'une dame, qui avant son repas prit contre un mal de tête o gr. 50 de lactophénine, et que 20 minutes après le Dr Wefers trouva le visage décomposé, la face rouge, le pouls faible et sans connaissance.

Au bout de 10 minutes environ la malade revint à elle, puis pendant les premières heures qui suivirent eut quelques vertiges et finalement tout disparut. La malade décrivit son état ainsi : « Tout à coup elle fut prise de vertige elle n'entendit plus rien, un nuage se fit devant ses yeux, et pendant peu de temps ne sut plus où elle se trouvait. Une sensation de froid parcourut son dos, des tremblements se firent sentir dans ses mains et ses jambes, et la parole devint impossible. Elle n'eut aucune palpitation. »

Cause de mort rare dans la diphthérie (Seltener Sectionsbefund bei einem an Diphterie verstorbenem Kinde), par M. Flesch (*Wiener klin. Wochensch*, 1898, p. 353). — Dans le cas rapporté par l'auteur la mort fut due à des embolies multiples du poumon.

Le point de départ était une thrombose de la veine jugulaire due à la présence d'une ulcération dans la gorge. Avant la mort, l'enfant présenta de l'œdème de la région sous-maxillaire.

Action de l'extrait thyroïdien (Note on thyroïd extract), par C. Wood (*Philadelphia, med. Journ.*, 1898, p. 1012). — M. le Dr Wood a eu l'eccasion d'observer récemment 4 cas où l'administration de l'extrait thyroïdien fut suivie d'une violente attaque de goutte ou de rhumatisme qui n'existait pas avant que le malade prît le médicament. Dans l'un de ces cas, le malade n'avait jamais eu rien qui ressemblât au rhumatisme.

Le second malade avait vraiment des tendances à la goutte dont il avait déjà eu des attaques, mais lorsque l'extrait thyroïdien lui fut ordonné pour son obésité, il était exempt de toute manifestation goutteuse ou arthritique. Au bout de 10 jours de traitement thyroïdien il eut une violente attaque le confinant au lit. Le traitement fut interrompu et la médication antigoutteuse instituée.

Au bout de quelques jours tous les symptômes ayant disparu, il reprit de l'extrait thyroïdien et à nouveau les douleurs articulaires réapparurent.

Dans un troisième cas, une jeune fille de 16 ans qui avait déjà eu une légère attaque de rhumatisme, l'extrait thyroïdien détermina au bout de quelques jours une poussée grave de rhumatisme. L'extrait thyroïdien fut supprimé, un simple tonique donné et l'attaque de rhumatisme cessa aussitôt.

Sans vouloir exagérer la valeur de ces observations, M. Wood pense qu'il est utile d'attirer l'attention sur ce point qui paraît mériter de nouvelles recherches.

Forme typhoïde de l'influenza (La forma tifoïde dell' influenza), par Gasparini (*Gazzetta medica Lombarda*, 16 mai 1898, p. 167). — Les manifestations cliniques de l'influenza sont multiples. La forme typhoïde est particulièrement intéressante à connaître au point de vue du diagnostic. En temps d'épidémie, l'erreur est facile. L'auteur repasse en revue en les comparant les symptômes des deux affections : ce n'est que par l'analyse clinique exacte des symptômes qu'on arrivera au diagnostic.

CHIRURGIE

De la greffe dans les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (Experimentelle Untersuchungen uber die Verimpfung der multiplen Echinococcus in der Bauchhöhle), par J. Alexinsky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LXV, p. 796). — Les expériences faites sur des lapins et 1 mouton et l'étude clinique de la littérature de cette question amènent l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° Il faut considérer comme définitivement établie la théorie d'après laquelle les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale résultent de la rupture et de l'écoulement du contenu d'un kyste hydatique primitif d'un viscère abdominal.

2° Les vésicules du kyste multiple proviennent non seulement des vésicules filles du kyste primitif rompu, mais encore des scolices.

3° La situation extra-péritonéale des vésicules du kyste multiple ne peut être invoquée contre la théorie de la dissémination des germes.

4° La ponction exploratrice d'un kyste hydatique est dangereuse en vertu de la dissémination des germes dans la cavité abdominale, qui peut provoquer l'écoulement éventuel du liquide.

5° Dans les interventions pour kystes hydatiques, la cavité abdominale doit être soigneusement protégée comme la pénétration éventuelle du contenu du kyste.

Les opérations du goitre à la clinique chirurgical de Berne, par E. Wormser (*Rev. de chir.*, 1898, n° 4, p. 308). — A la clinique chirurgicale du prof. Kocher (de Berne) la thyroïdectomie est faite 1° pour les tumeurs malignes de la glande thyroïde; 2° pour les strumites aiguës et chroniques; 3° pour les goîtres parenchymateux (hypertrophies diffuses de la glande); 4° pour les goîtres polykystiques, 5° pour les goîtres à noyaux multiples. Cette opération est contre-indiquée dès que du côté opposé il ne se trouve pas de tissu thyroïdien normal.

La strumectomie (énucléation intra-glandulaire) est indiquée 1° dans les goîtres kystiques uniloculaires; 2° dans les noyaux isolés, couchés dans du tissu normal, s'ils se laissent enlever rapidement et sans hémorrhagie notable; sinon, on fera la thyroïdectomie; 3° contre les noyaux se trouvant dans des goîtres immobiles.

De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes, par Tuffier et Dujarier (*Rev. de chir.*, 1898, n° 4, p. 277). — Les auteurs communiquent dans leur travail une observation d'extirpation totale de la vessie pour cancer avec abouchement des uretères dans le rectum. Le malade a guéri.

En étudiant les observations d'extirpation totale de la vessie, dans la littérature, les auteurs montrent que la cystectomie totale ne doit être pratiquée que dans les cas où le malade présente encore un état général satisfaisant et où la tumeur vésicale très étendue n'a pas envahi les tissus voisins.

La greffe des uretères dans l'intestin est, d'après les auteurs, l'opération de choix après l'extirpation de la vessie. Lorsque cet abouchement est pratiqué avec les précautions suffisantes, c'est-à-dire quand on peut éviter le rétrécissement, on n'a pas d'infection à craindre. De plus, les malades retiennent très bien leurs urines, et émettent régulièrement des selles liquide de trois à huit fois par jour.

Pour réussir, les auteurs conseillent d'implantation non dans dans le rectum, qui est profond et fixé à la concavité sacrée, mais l'S iliaque qu'on peut facilement amener dans la plaie.

MÉDECINE PRATIQUE

Du nosophène et de l'antinosine dans le traitement des affections génito-urinaires et vénériennes,

Par le Dr Duncore (de Philadelphie) (1).

Le nosophène est obtenu par l'action de l'iode sur le phénolphtaléine en solution. C'est une poudre gris jaunâtre, inodore et insipide, qui contient 61 7 p. 100 d'iodure. Elle fond à 255° C en donnant des vapeurs d'iode. Elle est insoluble dans l'eau et les acides, peu soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Sa qualité de corps acide lui permet de former des sels variés. Son sel de sodium, l'*antinosine* est une poudre bleue très soluble dans l'eau qu'elle teint en bleu.

L'action cicatrisante du nosophène est supérieure à tous les autres agents usités; son pouvoir germicide a été prouvé par le Dr Lieven. L'absence d'odeur le rend également précieux. Ajoutons à cela qu'il est légèrement analgésique, hémostatique et astringent. Il convient merveilleusement pour les pansements secs.

L'antinosine en solution a le même effet sur les surfaces enflammées, suppurantes que le nosophène. Elle paralyse et prévient l'issue des leucocytes hors des vaisseaux et accélère le processus de réparation. Elle a parfois l'inconvénient de déposer lorsqu'on laisse la solution exposée à l'air. Le dépôt est formé par le nosophène qui a été précipité par l'action de l'acide carbonique. On peut éviter ce dépôt en étendant la solution aqueuse de moitié glycérine.

Ces deux médicaments rendent de très grands services dans la thérapeutique des affections génito-urinaires et vénériennes.

Les ulcères à tendance phagédénique tout particulièrement justiciables de ce mode de traitement.

Dans l'uréthrite, l'antinosine en solution a donné de bons résultats employée sous forme de grands lavages comme dans la méthode de Jarret, à la dose de 1/2 p. 100.

Les pommades à l'antinosine donnent dans certains cas de très bons résultats et trouvent en particulier leur application dans l'herpès préputial, dans la balanite et la balanoposthite, dans les abcès des glandes vulvo-vaginales.

1. *New York med.*, 1898, p. 571.

Le strontium et ses sels,

Par le Dr Alex. Briggs (de Montréal) (1).

Les préparations salines dérivées du strontium les plus usitées sont le bromure, l'iodure et le lactate.

Le bromure de strontium est un sel incolore transparent se présentant en métaux de formes hexagonale. Il n'est pas incompatible avec les bromures alcalins et est soluble dans l'alcool et dans l'éther, on peut l'administrer sous forme de teinture alcoolique ou d'extrait fluide.

Ces indications sont les mêmes que celles du bromure de potassium, mais on peut en prolonger son emploi à forte dose sans inconvénient et sans avoir des troubles gastriques et cutanés qui accompagnent si souvent l'emploi du bromure de potassium.

En outre il n'exerce pas sur le système nerveux une action aussi dépressive que ce dernier sel.

Dans les cas d'épilepsie, dans les névroses spasmodiques où depuis longtemps le sel de potassium a épuisé son action, on peut substituer avec avantage le bromure de strontium.

On peut l'employer également avec grand avantage dans certaines affections d'estomac, le Dr Briggs (de Montréal) en a obtenu les meilleurs effets dans trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse et dans certaines gastralgies.

Dans un cas de goître exophthalmique avec bourdonnements d'oreilles, le bromure de potassium à forte dose avait été prescrit sans résultat. Finalement le bromure de strontium lui fut substitué avec un succès complet.

Certains malades pléthoriques souffrant de lassitude générale, de céphalée frontale, de constipation, avec tendance au sommeil, urine chargée d'urates et asthéniques cardiaques ont été fort améliorés par le bromure de strontium et un régime approprié.

Il en est de même de certains troubles digestifs avec fermentations acides, flatulence et diarrhée chronique, où ce médicament donna de très bons résultats.

L'iodure de strontium est un sel incolore, transparent, de goût amer, facilement soluble dans l'eau et l'alcool.

C'est un tonique excellent et un altérant qui remplit les mêmes indications que l'iodure de potassium, mais il a sur ce dernier l'avantage de ne pas produire d'irritation stomacale.

1. *Canada med. Record*, 1898, p. 165.

Il donne les meilleurs résultats dans l'asthme avec catarrhe, dans la bronchite chronique et dant les affections cardio-pulmonaires.

Son élimination par le rein est parfaite et on se trouvera bien de son emploi dans tous les cas où l'iodure de potassium produit des phénomènes d'intolérance.

Le lactate de strontium est une poudre granuleuse, sans odeur, légèrement amère, elle est soluble dans quatre fois son volume d'eau, mais se dissout facilement dans l'alcool.

Le lactate a été souvent prescrit dans le mal de Bright aigu ou chronique avec d'excellents résultats. Constantin Paul le conseille dans la néphrite parenchymateuse, dans le rhumatisme et dans la goutte.

Dans deux cas d'albuminurie de la grossesse, où le Dr Briggs l'employa, il en obtint les résultats les plus satisfaisants. Dans un cas il y avait de la céphalée grave avec insuffisance urinaire, hydropisie, et les diurétiques, les purgatifs et les diaphorétiques avaient été donnés sans résultat.

Le lactate de strontium leur fut substitué et une amélioration manifeste s'ensuivit.

Dans quelques cas de cystites avec hypertrophie de la prostate, le lactate donné concurremment au buchu amena une amélioration marquée.

De tout ce qui précède il résulte que les sels de strontium méritent dans bien des cas de remplacer les préparations alcalines en raison de leur moindre toxicité et de la tolérance plus grande avec laquelle ils sont supportés.

Indépendamment des sels dont il vient d'être question, Bartholew dit que le phosphate de strontium augmente l'appétit, facilite l'assimilation et peut être regardé comme un véritable reconstituant. Récemment enfin on a fortement recommandé l'emploi du salicylate de strontium dans le rhumatisme.

De l'action du phosphore sur la nutrition,

D'après M. le Dr Clovis Germain (de Lyon).

Le phosphore est un stimulant diffusible, d'une extrême énergie, dont le praticien doit n'user qu'avec réserve, mais qui, employé avec discernement et mesure, donnera les meilleurs résultats dans le rachitisme et l'ostéomalacie, dans la tuberculose pulmonaire et dans certaines affections chroniques du système nerveux. C'est au moins ce qui ressort de l'intéressante thèse de M. le Dr Cl. Germain (1) qui a basé ses conclusions sur 10 observations où l'on trouve pour chaque malade l'analyse complète et quotidienne des urines avant et pendant toute la durée du traitement.

M. Cl. Germain a examiné l'action du phosphore dans la tuberculose pulmonaire, la chloro-anémie, la cachexie, la neurasthénie, la paralysie spinale de l'adulte. Il a constaté chez tous ces malades un relèvement marqué de l'état général, une augmentation à peu près constante de la quantité de l'urine et du taux de l'urée.

Chez les tuberculeux notamment, les fonctions digestive et assimilatrice se sont accrues, ce qui s'est traduit par une augmentation du poids des malades et du produit des oxydations organiques; ajoutons à cela une action modificatrice favorable sur l'expectoration et les sueurs nocturnes.

Cette action sur les sueurs, constante dans chaque observation, a amené M. Germain à étudier spécialement dans ce sens les effets de la médication phosphorée chez un plus grand nombre de malades. Il a employé dans ce but les capsules d'huile phosphorée, dosées à 1 milligramme de phosphore. Il donnait une capsule le soir au moment du coucher, puis 2 capsules au bout de 4 ou 5 jours.

Sous l'influence de cette médication, il a à peu près toujours constaté une atténuation très accusée des sueurs nocturnes et même leur disparition.

Il faut de temps à autre suspendre le traitement pour éviter l'accoutumance.

Sauf dans ces cas particuliers, M. Germain a utilisé la voie hypodermique pour l'administration du phosphore. Il s'est servi dans ce but d'une solution huileuse phosphorée à 1 p. 1 000 suivant la formule de Roussel, de Genève. Il injectait chaque fois 1/2, puis 1 milligramme de substance active. L'expérience lui a montré qu'il n'y avait aucun avantage à augmenter les doses, car, d'une part, l'action du médicament ne croît pas avec la quantité et, d'autre part, l'intolérance s'établit très rapidement.

D'autres préparations phosphorées peuvent être utilisées.

Le phosphore peut s'ordonner en pilules de 1 milligramme à la dose de 2 à 10 par jour. La meilleure formule est celle de Trousseau, où le phosphore est simplement incorporé à de la mie de pain. Néanmoins cette préparation est infidèle, puisque le phosphore s'oxyde à l'air et à la lumière. Les pilules de Wegner composées de phosphore, sirop simple, réglisse, gomme arabique et adragante, et dosées à 1 milligramme, sont aussi facilement altérables.

L'éther phosphoré à 4/200 d'éther sulfurique est une préparation dangereuse et infidèle. On en prend 10 gouttes et au delà dans une potion.

Les solutions dans le chloroforme sont à peu près abandonnées. Celle de Dujardin-Beaumetz à 1/1 000 introduit une trop grande quantité de chloroforme, puisque chaque milligramme de phosphore ne comporte pas moins de 1 gramme ou 30 gouttes de véhicule.

Les solutions huileuses sont les meilleures de toutes, puisque le véhicule est inerte, fixe et conservateur. L'huile phosphorée du codex se prépare avec :

Phosphore blanc	1 gr.
Huile d'amandes douces décolorée	95 gr.
Ether officinal	4 gr.

Pour l'usage interne, il convient de préparer une huile phosphorée à 1/1 000 d'après la formule :

Huile phosphorée au centième	10 gr.
Huile d'amandes douces décolorée	90 gr.

Méhu a préparé des capsules d'huile phosphorée renfermant 1 milligramme de phosphore.

A. Thompson a donné la formule que voici ;

Phosphore	0 gr. 06
Alcool absolu	10 gr.
Glycérine	24 gr.
Essence de menthe poivrée	2 gr. 50

La dose est de 2 gr. par jour.

Nous aimons mieux la préparation de Kassowitz :

Phosphore	0 gr. 01
Huile d'amandes douces	70 gr.
Sucre blanc en poudre	30 gr.
Essence de fraises	XX gouttes.

Glower a eu l'idée d'ajouter du phosphore à l'huile de foie de morue. Cette association n'est appelée à rendre le double service qu'on en espère que si la proportion du stimulant est assez faible pour que le malade prenne les fortes doses d'huile habituellement nécessaires sans qu'il en puisse résulter le moindre inconvénient.

Le collyre de Tuvignot ne renferme pas moins de 0 gr. 50 de phosphore en dissolution dans 150 gr. d'huile d'amandes douces.

Quelle que soit la préparation employée, il faut de temps en temps en suspendre l'administration, pour éviter à la fois l'accoutumance et l'accumulation. La médication est contre-indiquée dans les maladies inflammatoires, dans les maladies de l'appareil digestif et dans toutes celles qui se compliquent d'excitation nerveuse.

G. Maurange.

1. Cl. Germain, Contribution à l'étude de l'action du phosphore sur la nutrition et de son rôle thérapeutique (th. de Lyon, 1898, n° 81).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux,

Communication au *Congrès de la tuberculose.*

Par M. A.-J. Martin.

Le logement du tuberculeux est-il une des causes de transmission de sa maladie? Est-il possible, par la désinfection, d'y supprimer, ou, tout au moins, d'y atténuer les chances de la propagation de la tuberculose? L'hygiène, au point de vue scientifique tout autant que par les enseignements de sa pratique, permet de répondre affirmativement à ces deux questions. Comment et sous quelles condition? Tel est le point spécial de ce problème que M. Martin voudrait exposer, ausssi brièvement que possible, devant le Congrès.

Il n'est assurément pas un seul logement de phtisique dans lequel un examen quelque peu approfondi ne puisse permettre de recueillir des germes, ou, tout au moins, des poussières bacillifères. Il n'en est qu'un bien petit nombre dans lesquels des précautions suffisantes soient prises pour que ni les poussières, ni les objets mobiliers, ni les effets ou autres tissus à l'usage du malade ne renferment aucun germe tuberculeux. Plus encore que tant d'autres, dont l'histoire épidémiologique évoque le souvenir pour la plupart des pandémies, les locaux occupés par des phthisiques pourraient être considérés comme des *lieux maudits*, si la prophylaxie n'y pouvait intervenir avec efficacité. Les observations abondent, et de tant de côtés à la fois, que l'accord est aujourd'hui unanime : le séjour d'un tuberculeux dans une habitation, soit collective, soit privée, expose ceux qui l'occupent avec lui ou qui l'occupent après lui. D'où ces manifestations pathologiques répétées dans les familles, les bureaux, les ateliers, les casernes, les magasins, les écoles, les hôpitaux, etc., etc., sur lesquelles l'Académie de médecine vient d'appeler de nouveau l'attention.

La désinfection joue, on le conçoit, l'un des principaux rôles dans cette lutte contre la tuberculose. Elle est, en quelque sorte, de tous les instants : elle doit assurer l'innocuité du crachat; elle doit rendre indemne de tout contage tout ce qui a été souillé par le malade ou les personnes qui le soignent ou l'approchent; elle doit débarrasser de tout germes infectieux les locaux que son séjour a contaminés.

Si l'on a pu obtenir que le tuberculeux ne crache que dans un crachoir, il importe surtout d'empêcher que les crachats se dessèchent avant leur expulsion au dehors de l'habitation. Il suffit donc d'y mettre de l'eau sur une hauteur d'environ deux à trois travers de doigt et de ne jamais les garnir de sable, de sciure de bois, de cendres ou de n'importe quelle matière susceptible de transformer les crachats en poussières dangereuses.

Il serait assurément préférable de plonger les crachats tuberculeux, dès leur émission, dans un liquide bactéricide et d'en garnir les crachoirs; mais ici, comme nous le verrons tout à l'heure, à propos de la désinfection du logement, les antiseptiques non toxiques sont odorants et ceux qui sont sans odeur sont éminemment toxiques. Or, il peut ne pas être sans de graves inconvénients de laisser dans une chambre de tuberculeux des antiseptiques de l'une ou de l'autre de ces catégories : dans le premier cas, le malade en est incommodé, et des vomissements, des hémoptysies peuvent s'ensuivre; dans le second cas, et surtout dans les habitations populaires, des accidents sont à craindre pour l'entourage.

Quoi qu'il en soit, chaque fois que le médecin le jugera possible, il pourra faire garnir le crachoir d'une solution de sublimé ou d'acide phénique ou d'eau de Javelle commerciale au dixième, etc.

Que les crachats baignent dans de l'eau ou dans un liquide désinfectant, il n'en faut pas moins les éloigner de l'habitation. A l'égal des autres matières usées, le contenu des crachoirs sera jeté dans les appareils destinés à l'évacuation de ces matières et l'on s'efforcera de les expulser par les mêmes moyens, variables suivant les localités. En tout état de cause, le crachoir sera chaque jour vidé et rincé à grande eau.

Tout linge dans lequel on aura craché (mouchoir, serviette, etc.) ou sur lequel des crachats auront été projetés soit directement, soit indirectement, sera, *à la maison,* plongé pendant cinq minutes dans l'eau bouillante ou dans l'eau de Javelle étendue de 20 fois son volume d'eau tiède ou chaude. A défaut de ces précautions, qu'il n'est pas toujours facile ni même passible de prendre, le linge ainsi souillé sera mis soigneusement à part, en paquet fermé, pour être remis au service public de désinfection, qui le rapportera désinfecté.

Plus difficile, à coup sûr, est la désinfection du local qui a été occupé par un tuberculeux. Désinfecter un logement, c'est vouloir y faire pénétrer, dans toutes ses parties, un agent capable d'y détruire en surface et en profondeur les germes nocifs qui y peuvent être partout déposés. Or, les qualités à rechercher dans un agent désinfectant, sont : 1° la destruction rapide, sûre, définitive des principes virulents; 2° l'innocuité relative ou absolue pour les personnes (habitants du local ou agents de la désinfection), pour les objets à désinfecter, pour les appareils; 3° le bon marché et la facilité de l'emploi; 4° autant que possible, l'absence d'odeur désagréable. Possède-t-on aujourd'hui, pour la pratique de la désinfection, un agent qui présente toutes ces garanties?

Deux méthodes de désinfection sont applicables aux logements : l'emploi de gaz antiseptiques ou le lavage des surfaces à l'aide de désinfectants appropriés. *A priori,* la première de ces méthodes paraît supérieure et d'une facilité d'application incomparablement plus grande. Il est à craindre, toutefois, que longtemps encore la seconde ne doive lui être préférée, si l'on en juge par les

résultats des très nombreuses expériences, et si l'on consulte, comme il est du devoir d'un hygiéniste de le faire, les mémoires publiés en si grand nombre déjà, plus d'une centaine, sur ce même sujet.

Parmi les gaz microbicides, il en est deux seulement que pourrait actuellement utiliser la pratique de la désinfection : l'acide sulfureux et l'aldéhyde formique gazeuse. L'un et l'autre peuvent donner des résultats efficaces, pourvu que leur action soit prolongée assez longtemps et à une dose assez élevée pour qu'ils aient pu pénétrer toutes les parties du logement à désinfecter. L'acide sulfureux ne peut approcher de tels résultats qu'à la dose de 40 grammes de soufre brûlé par mètre cube de l'espace à désinfecter, avec fermeture pendant 12 heures et au moins 24 heures d'aération consécutive, sans compter de multiples précautions contre le danger d'incendie, contre la détérioration des surfaces, etc., etc. ; aussi ce procédé ne saurait-il être employé que dans des conditions exceptionnelles.

L'aldéhyde formique gazeuse promettait mieux; sa puissance antiseptique incontestable, son innocuité relative justifient la faveur qui l'a accueillie tout d'abord. Aussi s'est-on ingénié à faciliter son mode d'action.

Malgré tout, l'aldéhyde formique est resté jusqu'ici, au point de vue de désinfection, un désinfectant de surface, et de surface seulement.

On est ainsi forcément conduit à choisir d'autres méthodes pour débarrasser rapidement les logements des germes nocifs qu'ils recèlent dans toutes leurs parties. Le lavage et le nettoyage, pratiqués avec énergie et de façon à ce qu'ils pénètrent partout, tel est le procédé qui aura d'autant plus de succès qu'il aura réussi à porter le désinfectant sur tous les points où les microbes pathogènes auront pénétré et qu'il l'y aura laissé un temps suffisant pour que son action microbicide ait pu s'exercer. Pratiquée avec soin, une telle désinfection dépassera à coup sûr cette épaisseur de 20 millimètres de poussières que les gaz les plus antiseptiques n'atteignent, toutes les expériences concordent pour le prouver, qu'au prix de difficultés pratiques considérables, sinon tout à fait insurmontables, pour la désinfection des locaux.

Le lait de chaux fraîchement préparé, la solution de chlorure de chaux suivant la formule de Chamberland et Fernbach (100 grammes de chlorure de chaux du commerce mélangés à 1 200 grammes d'eau, puis dilués après filtration au dixième), l'eau de Javelle commerciale au dixième, la solution de formol commercial à 5 grammes par litre d'eau, l'acide phénique à 5 pour 100, les crésyls à la même dose, le vinaigre de bois, les solutions savonneuses, et surtout la solution de sublimé, additionnée de chlorure de sodium, qui, d'après les récentes recherches faites par Miquel pour le service de désinfection de la Ville de Paris, assure presque immédiatement et indéfiniment la stérilisation des crachats tuberculeux, grâce à la propriété du sel marin de dissoudre les albuminates de mercure insolubles, ce sont les principaux antiseptiques dont il y a lieu de faire usage en pareil cas.

Laver, frotter énergiquement toutes les surfaces à désinfecter, les imprégner aussi profondément que possible de l'antiseptique, tel est le but de la désinfection des locaux contaminés ou suspects. Il va de soi que cette pratique variera forcément avec la nature des surfaces et des locaux, de même qu'il faudra bien faire choix d'un antiseptique différent suivant les conditions de l'habitation, sous peine de voir la désinfection elle-même redoutée ou refusée, en raison des dégâts et des frais qu'elle occasionnerait.

Lors donc qu'il s'agit de surfaces revêtues de matériaux sans valeur, le lavage avec la brosse, le balai, l'éponge, etc., pratiqué au seau ou à la lance, doit être sans crainte mis en usage. Les murs blanchis à la chaux seront badigeonnés de nouveau; les sols carrelés ou même planchéiés sur lesquels, comme l'a montré Mareuge, se déposent surtout les germes pathogènes, les murs garnis de papiers de tenture ou de peintures qui ne craignent pas un lavage vigoureux, seront ainsi désinfectés.

Mais il n'en saurait être de même dans la plupart des habitations, surtout dans les agglomérations; la désinfection doit user de procédés plus délicats, et c'est ici que la pulvérisation méthodiquement faite de liquides antiseptiques s'impose. On l'a beaucoup critiquée, car de nombreuses recherches de laboratoire ont justement montré ce que, dans des conditions insuffisantes et avec des antiseptiques dont la valeur bactéricide n'était pas suffisamment contrôlée, elle peut présenter de lacunes. Mais il faut aussi reconnaître que, faite méthodiquement, de manière à désinfecter de très près les surfaces et à les mouiller très également, renouvelée au moins deux fois à quelques minutes d'intervalle, elle permet de couvrir ces surfaces d'une couche continue de liquide, les imprégnant assez profondément pour que l'action microbicide se prolonge, en raison de la puissance antiseptique du désinfectant choisi et de la lenteur calculée de son évaporation. Les expériences de contrôle auxquelles on s'est livré à Paris à ce sujet ont précisément montré qu'avec des pulvérisations de sublimé salé, ainsi pratiquées, on pouvait parvenir à stériliser sur les surfaces une proportion de poussières sensiblement et pratiquement équivalente à celle dont on obtient la destruction après un contact bien autrement prolongé des gaz antiseptiques.

La technique de la désinfection publique qui vient d'être esquissée est celle que les instructions émanant des conseils techniques compétents prescrivent avec les modifications de détail, toujours soumises au contrôle scientifique du Comité de perfectionnement de service de la Ville de Paris.

Telle qu'elle est, cette technique paraît avoir obtenu des succès indéniables. On veut bien s'accorder à reconnaître qu'elle a une part marquée dans l'abaissement de la mortalité, dans la diminution si considérable des maladies pour lesquelles elle est surtout mise en œuvre, et surtout dans la suppression si rapide aujourd'hui de tous les mouvements épidémiques qui viennent à surgir dans la capitale. Ces constatations confirment celles que de pareils services de désinfection enregistrent dans toutes les villes de France et de l'étranger qui en sont également dotées.

Si, depuis 1892, on voit à Paris, d'une part, la mortalité successivement descendre de 23 p. 100 à 19 p. 1000, la mortalité par maladies épidémiques n'y plus compter que pour 1/30 au lieu de 1/10, et que l'on constate, de ce dernier fait seul, un gain assuré et progressif de plus de 2 000 existences humaines sur les périodes antérieures, on trouve, d'autre part, que les désinfections opérées ont subi une marche croissante qui, de 18 000 en 1892, s'est élevée les années suivantes jusqu'à 38 000, et qui dépassera probablement cette année 45 000.

Aussi le Conseil municipal et l'Administration, se faisant l'interprète des désirs émis de tous côtés par les conseils spéciaux et par l'opinion, ont-ils résolu d'appliquer également la désinfection à la lutte contre la tuberculose. Déjà les opérations faites par le service municipal témoignaient en faveur de cette résolution. Le nombre

des désinfections demandées ou acceptées pour des cas de tuberculose a suivi, en effet, la marche suivante :

4 541 en 1892; 8 128 en 1893, 7 514 en 1894, 9 925 en 1895; 9 330 en 1896; 10 194 en 1897, et 6 970 dans les six premiers mois de 1898.

Ce chiffre sera sans nul doute augmenté pour le second semestre; car une des raisons pour lesquelles le service municipal de désinfection vient d'être augmenté, c'est précisément de pouvoir étendre, à titre de nouvel essai, à tout un arrondissement, les mesures prophylactiques qu'il a tenté d'appliquer systématiquement chez les indigents tuberculeux soignés à domicile.

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris dn 27 juillet au 30 août.

De l'application des rayons Röntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. H. Claude, *rapporteur*. — Les travaux parus jusqu'à ce jour ont établi la possibilité de poser un diagnostic dans les cas de tuberculose pulmonaire avec le secours de l'écran fluorescent ou de la plaque radiographique. Grâce à ces recherches la valeur séméiologique des diverses images radioscopiques et radiographiques sont devenues suffisamment précises pour permettre de donner une description des signes de la tuberculose pulmonaire, à l'examen par les rayons X.

Dans la tuberculose pulmonaire au début, les lésions consistent à la fois en des néoformations constituant un obstacle à la pénétration de l'air (tubercules crus, isolés ou agminés) et en congestion plus ou moins intense suivant les moments. A cette période, l'écran fluorescent montrera, dans un des sommets, ou dans les deux, parfois en plusieurs points des poumons, des petites taches mal délimitées à leur périphérie, ou bien un léger brouillard voilant un sommet, dans d'autres cas, un véritable piqueté de petites ombres se distinguant sur un fond moins voilé.

Les infiltrations pulmonaires confluentes, avec tendance au ramollissement, à l'ulcération, donnent lieu à des opacités à peu près complètes. Celles-ci sont plus accusées s'il s'agit d'infiltrations lobulaires confluentes (Maragliano). L'intensité des ombres est proportionnelle au défaut de pénétration de l'air dans le poumon; si la lésion est massive, forme un noyau compact, volumineux, absolument impénétrable à l'air, l'obscurité figurée sur l'écran est complète; s'il existe une série de petits nodules séparés par des parties encore perméables à l'air, l'opacité générale est moins intense et sur le fond général sombre se détachent des ombres plus foncées répondant aux parties complètement caséifiées.

La fonte caverneuse des poumons se traduira, à l'examen radioscopique comme sur la plaque, tantôt par une opacité absolue, tantôt par des zones relativement claires entourées de taches d'opacité variable. L'opacité absolue se rencontrera soit dans les cas de caverne remplie de pus; soit lorsque l'excavation est profondément située, entourée de tissu pulmonaire farci de tubercules, ou quand un revêtement d'adhérences épaisses s'opposera au passage du faisceau lumineux. Si la caverne est superficielle, vide, limité par une paroi mince, elle apparaît, au contraire, comme une zone claire, comparativement aux parties voisines du poumon plus fortement teintées, de forme ovalaire, et laissant apercevoir quelquefois les côtes qui se trouvent au devant d'elle. La caverne vient-elle à se remplir, la clarté qui la signalait diminue; on ne distingue plus qu'une grande ombre un peu moins foncée sur une partie de son étendue. Tous les intermédiaires sont possibles entre ces différents cas, mais le caractère essentiel dans toutes ces modalités de l'image radioscopique des cavernes, c'est la présence d'une zone plus ou moins annulaire, très foncée, encerclant une région relativement claire, ou tout à fait lumineuse, tandis que le reste du poumon, au voisinage, est baigné dans une ombre diffuse. C'est l'opposition entre ces deux éléments de la lésion, taches relativement claires, apparaissant sur un fond franchement sombre, celui-ci dégradé à la périphérie et arrêté nettement autour de la zone claire centrale, qui caractérise les cavernes.

La forme pneumonique, confluente, de la phthisie aiguë, se manifeste à l'écran fluorescent par une opacité complète des parties malades. Le fait s'explique aisément, car, en pareil cas, la perméabilité du poumon à l'air est complètement supprimée.

L'épanchement de la base se traduira par une ombre épaisse, dissimulant le diaphragme et se confondant en bas avec l'obscurité de la masse abdominale, en haut limitée par une zone de pénombre à direction oblique de haut en bas, de la région axillaire à la colonne vertébrale, ou courbe à concavité supérieure. Des examens, répétés à plusieurs jours d'intervalle, montreront les variations d'étendue et de forme de l'ombre et, par conséquent, de l'épanchement liquide.

Une opacité intense, de forme générale arrondie, occupant la partie moyenne d'un poumon dont la partie supérieure et la partie inférieure ont conservé à peu près leur clarté, fera penser à un épanchement interlobaire. Ici encore la variabilité des ombres sera un élément précieux de diagnostic.

La pachy-pleurite, les adhérences épaisses, étendues des plèvres se traduiront, au contraire, par des tache moins foncées mais invariables dans leur forme. Dans ce cas le diagnostic avec les lésions parenchymateuses sera souvent impossible par le seul examen radioscopique.

Au contraire, l'existence de brides, de fausses membranes peu étendues, limitées, se révélera par des taches, des bandes obscures dont la forme, la disposition, l'aspect général ne tromperont pas un œil exercé.

Enfin, dans le pneumothorax, la radioscopie donnera des renseignements importants sur l'état du poumon, sur les adhérences qui peuvent l'unir encore à la paroi, sur la présence de liquide surajouté. Le pneumothorax est caractérisé par une transparence anormale d'un des côtés du thorax qui laisse passer complètement la lumière. Celle-ci n'est arrêtée que sur une petite étendue de l'aire du côté malade; cette dernière zone d'obscurité représente le poumon rétracté. Le cœur et les vaisseaux peuvent être déplacés. La courbe du diaphragme est abaissée.

Dans l'hydro-pneumothorax et dans le pyo-pneumothorax les aspects sont différents suivant la position prise par le malade. S'il est couché, tout le côté affecté apparaît obscur; s'il est debout, la partie supérieure du thorax est claire, plus transparente qu'à l'état normal, et la partie inférieure est opaque.

Les lésions pleurales peu accusées, les altérations tuberculeuses même légères modifient la motilité du diaphragme. En général, on peut dire que dans la tuberculose pulmonaire on note une diminution des mouvements d'ascension et descente du diaphragme. Cette diminution existe des deux côtés ou d'un seul.

L'examen radioscopique donnera encore chez les tuberculeux des renseignements importants sur l'état des ganglions du thorax.

Certains états morbides ont, jusqu'à un certain point, leur symptomatologie propre.

Dans la bronchite aiguë ou subaiguë, les deux côtés du thorax ne présentent guère de différences avec l'état normal, les mouvements respiratoires du diaphragme ne sont pas modifiés, double signe négatif d'une certaine importance.

Dans la pneumonie, l'opacité est complète dans la partie répondant à la lésion; mais cette opacité varie dans ses limites et son intensité de jour en jour, on la voit se constituer, s'étendre, rétrocéder à chaque examen. Les mouvements du diaphragme sont diminués du côté malade.

Les foyers de broncho-pneumonie non tuberculeuse déterminent une légère opacité; mais, d'après Maragliano, cette opacité s'atténue et devient moins accusée dans les aspirations fortes. Les foyers de sclérose pulmonaire, au contraire, comme les zones d'infiltration tuberculeuse, ne s'éclaicissent pas dans les inspirations profondes.

Dans l'emphysème simple l'aspect du thorax est assez caractéristique. La perméabilité des poumons est augmentée et la clarté

est exagérée, les côtes se distinguent moins bien, il semble que la substance osseuse arrête moins les rayons qu'à l'état normal. Il en résulte que la surface lumineuse, répondant à l'organe, s'étend plus en dedans, vers le médiastin, et surtout descend plus bas vers l'abdomen. Au-dessous du diaphragme, quand on examine le sujet par le dos, on voit, à gauche, une surface lumineuse beaucoup plus étendue qu'à l'ordinaire. Cette surface correspond, sans doute, à l'estomac et à l'intestin remplis de gaz, mais elle répond aussi, pour une part, à la base du poumon plein d'air pénétrant profondément dans le cul-de-sac pleuro-diaphragmatique. C'est dans ces cas qu'on voit si nettement la silhouette du diaphragme se dessiner entre deux zones claires sous forme d'un mince ruban onduleux.

Les mouvements respiratoires du muscle sont eux-mêmes très modifiés dans l'emphysème : ils sont moins étendus qu'à l'état normal, et la diminution de l'excursion diaphragmatique est plus grande du côté du poumon le plus atteint. Enfin, dans les emphysèmes très accusés le diaphragme est situé plus bas dans l'abdomen que dans les conditions physiologiques.

I. *Tuberculose latente.*

M. Béclère, *rapporteur*, envisage d'abord la tuberculose latente. Il définit ainsi les lésions tuberculeuses cachées sous les apparences d'une santé parfaite et ne se révélant par aucun signe physique non plus que par aucun trouble fonctionnel. C'est une notion courante, enseignée par ous les anatomo-pathologistes depuis Laënnec, que la fréquence avec laquelle on rencontre, à l'autopsie des sujets, de tout âge, morts d'affections diverses ou frappés, en pleine santé, de mort violente, des foyers tuberculeux anciens, en voie de transformation fibreuse ou caséo-calcaire dans les ganglions bronchiques, au sommet des poumons, des plèvres, alors que pendant la vie aucun symptôme n'avait fait songer à l'existence d'une affection tuberculeuse. Tous les groupes humains, enfants dans les écoles, ouvriers dans les ateliers, détenus dans les prisons, soldats dans les casernes, renferment donc en plus ou moins grand nombre des individus porteurs de tubercules latents et qui, cependant, présentent les signes habituels d'une excellente santé.

Mais l'appellation de tuberculose latente ne doit pas s'appliquer seulement aux lésions tuberculeuses cachées sous les attributs extérieurs de la force et de la santé. Elle convient également aux cas si nombreux où la tuberculose se dissimule sous le masque de l'anémie, de la chlorose, de la dyspepsie, de la neurasthénie sans qu'aucun signe, aucun trouble fonctionnel trahisse les altérations pulmonaires à leur début. Dans ces divers états morbides on peut supposer que l'examen radioscopique révélera des lésions cachées plus souvent encore que chez les jeunes soldats, c'est-à-dire plus de deux fois sur cinq, et qu'il dévoilera de meilleure heure, sous le syndrome banal, sa cause spécifique, mais il nous faut avouer que, sur ce point, les observations font défaut. Tôt ou tard, d'ailleurs, chez les malades de cette catégorie, une petite toux sèche, l'expectoration de quelques filets de sang, des douleurs thoraciques viennent témoigner d'un trouble dans la fonction respiratoire. La tuberculose ne peut se révéler encore par aucun des signes habituels, elle ne mérite plus tout à fait d'être appelée latente, déjà elle est soupçonnée, au moins redoutée, si elle ne l'était pas tout d'abord. Il convient de citer encore toutes les formes aiguës si diverses d'embarras gastrique, de fièvre synoque, de fièvre typhoïde que revêt la phthisie granulique sans que rien attire l'attention sur l'appareil respiratoire. Si l'on se rappelle ce que quelques auteurs désignent sous le nom de loi de Buhl, l'existence presque constante de foyers caséeux anciens pulmonaires, pleuraux ou ganglionnaires dans ces cas de tuberculose miliaire aiguë, il est vraisemblable que l'examen radioscopique pourra souvent venir en aide à un diagnostic toujours très difficile, mais pas plus que pour l'anémie, la chlorose, la dyspepsie et la neurasthénie symptomatiques, nous ne connaissons encore d'observations probantes.

II. *Tuberculose douteuse.*

Sous cette rubrique, on peut grouper tous les cas si nombreux où une altération de l'état général, diminution des forces, fièvre, dénutrition, ou bien un trouble respiratoire, toux persistante, bronchite, hémoptysie, pleurésie, fait redouter au médecin la tuberculose et attire avec sollicitude son attention sur les poumons, sans que les signes physiques, absents ou incertains, l'autorisent à porter un diagnostic sûr.

Dans tous ces cas, l'expectoration purulente fait défaut ou, si elle existe, on n'y trouve pas de bacilles de Koch. L'apparition des bacilles dans les crachats n'est un signe précoce que par exception, dans la forme rapide de la phthisie pulmonaire dans la phthisie galopante. Au contraire, dans les formes banales, communes, c'est un signe tardif puisqu'il coïncide avec le ramollissement et la fonte ulcéreuse des tubercules. A défaut de ce signe de certitude, dans la tuberculose pulmonaire commune, c'est aux renseignements fournis par l'auscultation, la percussion et la recherche des vibrations thoraciques qu'on demande le diagnostic, à la période de congloméràtion ou d'accumulation des tubercules, c'est-à-dire suivant la classification de Laënnec, au premier degré de la phthisie. Mais, pour distinguer sûrement de minimes altérations du murmure vésiculaire, une simple diminution de sa douceur, de son moelleux physiologique, combien il faut que l'oreille du médecin soit fine et exercée ! Comme il s'agit de nuances délicates, on comprend que ces sensations diffèrent d'un observateur à l'autre, et toujours elles demeurent personnelles puisqu'elles ne peuvent être mesurées ni enregistrées.

Dans la phthisie commune, à aucun moment, le diagnostic n'est à la fois si nécessaire et si difficile qu'à cette période de germination des tubercules. Quant à l'épreuve par les injections sous-cutanées de tuberculine, son innocuité absolue n'est pas assez certaine pour que le médecin ait le devoir de la proposer aux malades qui, d'ailleurs, se refuseraient souvent à l'accepter.

On comprend donc quel intérêt de premier ordre il y aurait, à cette période, à juger de l'existence, du siège et de l'étendue des lésions à l'aide des yeux plutôt qu'avec l'oreille et surtout à enregistrer, sous une forme immuable et impersonnelle, l'image de ces lésions. Dans la poursuite du diagnostic précoce de la tuberculose commune, la radioscopie et la radiographie peuvent-elles devancer les autres modes d'examen ? Tel est, sans aucun doute, le point capital du sujet que nous étudions.

a) *Tubercules pulmonaires.* — Le professeur Bouchard, dès sa seconde note à l'Académie des sciences, résolut la question en relatant le cas d'un homme chez qui les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, tandis que l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles et que les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain ; chez cet homme la radioscopie montra que le sommet de l'un des poumons était moins perméable et, quelques jours après l'auscultation comme l'examen bactériologique ne laissaient pas le moindre doute. En Italie, le professeur Maragliano, dans sa communication au Congrès de Naples, ne fut pas moins affirmatif.

Au Dr Williams revient surtout le mérite d'avoir montré que, pour le diagnostic précoce de la tuberculose, la diminution de la transparence normale du poumon à son sommet n'est pas le seul signe fourni par la radioscopie et qu'elle en fait voir deux autres. C'est d'abord une moindre étendue de l'image pulmonaire d'un côté ; ce signe indique une diminution dans le volume du poumon correspondant. C'est surtout un changement dans la position et dans les mouvements de l'une des moitiés du diaphragme. Du côté malade, le diaphragme, à la fin des inspirations, surtout des inspirations volontairement profondes, descend moins bas que du côté sain tandis qu'à la fin de l'expiration il remonte aussi haut des deux côtés. Ce signe, très important, témoigne qu'une des moitiés du diaphragme rencontre pendant l'inspiration plus de résistance que l'autre moitié à allonger le diamètre vertical du poumon correspondant et indirectement fait soupçonner que quelque induration rend moins extensible qu'à l'état normal une portion de son parenchyme. De fait, ce signe peut accompagner les lésions de toute nature qui solidifient le tissu pulmonaire ; M. Williams a montré sa fréquence dans la pneumonie et sa persistance tant que le poumon n'a pas retrouvé, avec son intégrité anatomique, sa transparence normale. Cette diminution de l'excursion d'une moitié du diaphragme peut être exactement mesurée : il suffit de tracer sur la peau du malade des lignes correspondant aux positions extrêmes de l'ombre du muscle, à la fin de l'inspiration et de l'expiration.

Tels sont donc les deux signes principaux, à l'examen radio-

scopique, de la tuberculose commençante : diminution dans la clarté de l'image pulmonaire au sommet et diminution de l'abaissement du diaphragme du côté malade.

Il est donc prouvé que de très bonne heure, dans la phthisie commune, la radioscopie peut aider au diagnostic en confirmant les signes encore minimes et incertains donnés par une auscultation très attentive. La conséquence pratique c'est que le médecin a le devoir de soumettre à l'examen radioscopique tous les malades chez qui il suspecte ou redoute la tuberculose, mais il ne s'ensuit nullement qu'on puisse négliger l'emploi des autres modes d'examen et qu'en particulier l'étude des respirations anormales ne doive pas être minutieusement poursuivie.

En tout cas, chez un sujet suspect de tuberculose, il ne faut pas se contenter de l'examen radioscopique; si celui-ci ne donne que des résultats incertains, il y faut joindre l'examen radiographique qui, souvent, montrera de façon sûre, précise et impersonnelle, ce que l'écran n'aura pas révélé.

b) *Pleurésie diaphragmatique tuberculeuse.* — Elle est loin d'avoir toujours les allures bruyantes qu'on lui décrit communément. C'est toujours une question difficile que celle de savoir si cette névralgie phrénique est liée ou non à une inflammation de la plèvre diaphragmatique. Chez ces malades, l'examen du contour et des mouvements du diaphragme peut fournir des renseignements précieux.

c) *Pleurésies sèches tuberculeuses.* — La radioscopie peut révéler des pleurésies sèches et plus particulièrement des pleurésies diaphragmatiques dont l'existence bien constatée aide au diagnostic de la tuberculose à ses débuts, car tous les médecins admettent aujourd'hui que la tuberculose est la condition étiologique la plus habituelle de la pleurésie sous toutes ces formes anatomiques.

d) *Tuberculose pulmonaire à début pleurétique.* — On n'a pas encore eu l'occasion de comparer, chez les pleurétiques, les diverses associations de signes physiques sous-claviculaires avec les résultats fournis par l'examen radioscopique et radiographique, c'est un des nombreux points qui réclament de nouvelles recherches, mais, dès maintenant, on est en droit d'affirmer que, dans les cas de pleurésie en apparence simple et primitive, le sommet du poumon devra être soigneusement exploré à l'aide des rayons de Röntgen ; il est vraisemblable qu'ils y révéleront une diminution de la transparence normale. Cette diminution de transparence témoignera d'une condensation du tissu pulmonaire qui ne sera pas forcément d'origine tuberculeuse, car elle pourra dépendre d'une simple congestion du sommet, mais dans bien des cas ce signe de présomption possédera, aussi bien que le schème en l'absence de celui-ci, la valeur d'un signe de certitude.

Phthisie aiguë. — A défaut d'observations précises, on ne peut que signaler le secours que dans la forme suffocante de la granulie, l'emploi des rayons de Röntgen peut apporter au diagnostic : en l'absence de signes d'auscultation, il montrerait un aspect finement et légèrement tacheté de l'image pulmonaire dans toute son étendue, mais nous n'avons pas eu l'occasion de la vérifier. Par contre, quand la phthisie aiguë revêt la forme de broncho-pneumonie lobulaire ou pseudo-lobaire, les rayons de Röntgen peuvent servir à préciser le siège et l'étendue des lésions, mais ne sauraient indiquer leur nature mieux que les autres modes d'examen.

III. — Tuberculose certaine.

Les cavernes se traduisent à l'écran fluorescent par des espaces clairs, plus ou moins brillants, mais des cavernes, dûment reconnues par l'auscultation, échappent complètement à l'examen radioscopique : l'angmentation de clarté qui devrait résulter de la présence de l'air dans leur cavité est surpassée ou compensée par la diminution de clarté qu'entraîne la condensation du tissu fibreux de leurs parois et du parenchyme pulmonaire environnant,

Les tubercules sont souvent l'origine et le centre de poussées congestives, plus ou moins étendues, qui se traduisent sur l'écran fluorescent par une diminution de la clarté normale du poumon. Les ombres qui leur correspondent pourraient facilement tromper le médecin sur l'étendue des lésions tuberculeuses si, pour les distinguer des ombres de ces dernières, il n'était attentif aux caractères suivants. L'ombre des parties du poumon seulement congestionnées offre une teinte plus claire, elle s'atténue notablement et disparait presque dans les inspirations profondes, enfin des examens successifs montrent qu'elle présente, à quelques jours d'intervalle, de grandes variations dans son étendue et son intensité.

Dans le pneumothorax le côté de la poitrine qui est le siège de cette complication apparaît comme un verre à moitié plein d'encre, sous la forme de deux zones superposées : l'une supérieure très claire correspond à l'air qui emplit la cavité pleurale, l'autre inférieure très sombre traduit l'opacité de l'épanchement liquide, séreux ou purulent, accumulé à la partie la plus déclive de la plèvre. La ligne de séparation de ces deux zones est rigoureusement horizontale, elle demeure telle et contraste avec le changement de direction des côtés quand le malade quitte la position verticale pour s'incliner lentement à gauche ou à droite, mais elle ondule et forme des vagues s'il fait quelque mouvement brusque; c'est le phénomène de la succession hippocratique devenue visible et pouvant être vu simultanément par de nombreux spectateurs. Ces signes concordent exactement avec ceux que fournissent les autres méthodes. Mais la supériorité des rayons de Röntgen sur les procédés usuels, c'est qu'ils révèlent l'exacte situation du poumon perforé. On voit, en effet, à l'écran, sur la zone supérieure très claire qui correspond à l'air intra-pleural, se détacher l'ombre plus foncée du moignon pulmonaire rétracté vers le hile ; le contour en est nettement dessiné, sa forme varie suivant qu'il est libre de toute adhérence ou fait corps dans une plus ou moins grande étendue avec le sommet de la cavité thoracique.

Des examens répétés du même malade, à plusieurs jours d'intervalle, permettront de mesurer tous les changements qui se produisent dans la forme et les dimensions du poumon. Quand un nouvel examen radioscopique fera constater une augmentation de volume de cet organe, c'est que la perforation pulmonaire sera fermée puisqu'à cette condition seulement l'air contenu dans la cavité pleurale aura pu se résorber et le poumon être attiré vers les parois du thorax. L'emploi des rayons de Röntgen permettra donc de diagnostiquer de bonne heure la cicatrisation des perforations pulmonaires avant que les feuillets de la plèvre aient repris contact, avant que l'auscultation l'ait révélée.

IV. — Maladies simulant la tuberculose.

Les rayons de Röntgen permettent, dans ces cas, d'écarter le diagnostic de tuberculose soit en montrant l'image des poumons suspects parfaitement claire sur l'écran, du sommet à la base, et spécialement au sommet, plus brillante même qu'à l'état normal, soit en révélant des lésions profondes et ignorées, capables, mieux que les tubercules supposés, d'expliquer les symptômes de consomption.

Comme exemples de la première catégorie de faits, on peut citer, chez l'adulte, ces catarrhes chroniques avec dilatation des bronches où l'expectoration purulente, les hémoptysies, l'amaigrissement et la perte des forces simulent la phthisie commune; chez l'enfant, ces bronchites subaiguës consécutives à la rougeole et surtout à la coqueluche, où une abondante sécrétion de crachats nummulaires se joint à la fièvre hectique, à l'émaciation rapide pour entraîner, presque sans réserves, le diagnostic de tuberculose. On peut citer aussi ces cas de neurasthénie profonde, d'anémie et de dyspepsie graves où les troubles de la nutrition prédominent et font admettre, à tort, l'existence d'une tuberculose latente.

Comme exemple des faits d'un autre ordre, on peut signaler les collections purulentes interlobaires inaccessibles aux modes usuels d'examen et simulant la tuberculose.

MM. J. Bergonié (Bordeaux) et **Teissier** (Paris), *rapporteurs*, ont résumé et soumis à la critique d'une part tous les faits où les rayons X ont été expérimentés vis-à-vis du bacille tuberculeux et de la tuberculose expérimentale et, d'autre part, les tentatives cliniques faites avec ces mêmes rayons contre les différentes formes de tuberculose. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les résultats bien observés de l'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses pulmonaires sont tous à peu près négatifs, Non seulement la maladie n'a pas été guérie, mais encore son évolution n'a été ni enrayée, ni retardée, et l'on doit jusqu'à

aujourd'hui considérer comme démontrée, par les travaux actuellement parus, que si cette action n'est pas dangereuse, du moins son *efficacité thérapeutique est nulle*.

Les rayons X n'exercent aucune influence sur la morphologie, la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux.

Les effets physiologiques ou pathologiques observés sur les animaux sains ou tuberculisés soumis aux rayons X plaident contre l'application de la radiothérapie à la tuberculose.

L'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses expérimentales du cobaye et du lapin peut être considérée comme nulle. Les faits d'amélioration de la lésion locale, ou de survie signalés chez les animaux soumis s'observent assez fréquemment chez les animaux témoins.

L'inflammation réactionnelle entraînant chez certains animaux tuberculisés soumis aux rayons, la production d'hémorrhagies intestinales ou la formation d'un processus scléreux qui devient véritablement excessif lors des inoculation intra-pleurales du tuberculose, ne peut être considérée, dans les conditions actuelles d'expérimenation et quelle qu'en soit la cause, comme une réaction salutaire. Malgré la symphyse pleurale les lésions tuberculeuses sont, en effet, plus étendues et plus diffuses chez les animaux soumis.

M. Teissier a recherché l'influence que pouvaient exercer sur la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux les rayons uraniques ou les rayons émis par le sulfure de zinc.

L'oxyde d'urane et le sulfure de zinc à l'état pulvérulent, disposés entre une lame de verre et une lame de celluloïde étaient maintenus adhérents à cette dernière par une solution de gomme arabique : le tout était uni sur le pourtour par une bande de papier gommé. Ces deux plaques fluorescentes étaient, après exposition aux rayons solaires, placées, la lame de celluloïde en bas, sur des boîtes de Pétri débarrassées de leur couvercle, et renfermant de l'agar-agar sur lequel avaient été disposées des parcelles de culture de tuberculose. Celle-ci provenait d'une culture sur bouillon glycériné datant d'un mois, dont la vitalité et la virulence étaient connues; le tout était placé dans l'obscurité.

Les cultures furent exposées trois heures, et, dans une seconde série d'expériences, quatre jours aux radiations uraniques, et aux radiations émises par le sulfure de zinc.

Quatre cobayes furent inoculés chaque fois avec des cultures ainsi traitées; deux furent inoculés avec des proportions semblables d'une culture témoin conservée à l'abri de toute radiation. Or, les animaux inoculés avec les cultures exposées aux radiations succombèrent pour la plupart, avant les cobayes témoins, et avec des lésions comparables. La réensemensement donna chaque fois une culture abondante.

Les radiations uraniques ou les rayons émis par le sulfure de zinc n'exercent donc, dans les conditions expérimentales données, aucune action ni sur la vitalité, ni sur la virulence des bacilles tuberculeux.

MM. A. Rodet et **H. Bertin-Sans** communiquent leurs expériences qui ont consisté à soumettre aux rayons X (sans élimination du champ électrique) des cobayes auxquels ils avaient inoculé la tuberculose à la cuisse. Ils ont fait varier les conditions du traitement, en ce qui concerne l'intensité, la durée, la fréquence des séances, la disposition des tubes par rapport aux animaux. Tantôt le traitement a été commencé un certain temps après l'inoculation (essai de traitement curatif), tantôt immédiatement après (traitement préventif). Ils ont observé les effets suivants :

Les rayons X ont déterminé des troubles trophiques locaux souvent graves, sous la forme d'ulcérations étendues, sur les régions plus directement exposées aux radiations, ulcérations favorisées par la présence de lésions tuberbuleuses locales préexistantes.

Ils ont exercé une influence fâcheuse sur la nutrition générale, les animaux traités présentant un moindre accroissement ou une plus grande perte de poids que les témoins. La mort a généralement été hâtée par le traitement, plus particulièrement chez les sujets qui ont souffert des effets caustiques, mais aussi indépendamment de cet accident.

Le traitement a exercé une influence manifeste sur l'infection du système lymphatique, déterminant la régression des ganglions déjà pris et restreignant l'infection générale du système.

Par contre, loin de modérer l'envahissement des viscères, le traitement l'a un peu favorisé; la rate, le foie, les poumons ont été trouvés, dans l'ensemble, plus tuberculeux chez les traités que chez les témoins.

Dans aucun cas, les animaux n'ont bénificié du traitement.

M. Espina (Madrid). — La radiographie est un moyen de plus pour l'étude de la tuberculose pulmonaire. Elle fournit des données suffisantes pour différencier les lésions tuberculeuses des autres processus, et déterminer les zones atteintes. Dans les épanchements pleurétiques elle est de meilleur moyen de diagnostic, surtout pour déterminer la limite supérieure.

MM. Destot (de Lyon) et **Dubard** (de Dijon) communiquent leurs recherches qui ont porté sur trois ordres de faits : 1° action sur les cultures *in vitro;* 2° action sur l'intoxication tuberculineuse expérimentale de cobayes tuberculisés; 3° action sur l'homme. Ils les résument ainsi.

C'est aux *radiations électriques* qui accompagnent les rayons X que l'on doit attribuer les résultats signalés. L'ampoule de Crookes n'agit que comme une résistance et les radiations électriques obtenues d'une autre façon donnent des résultats supérieurs bien que de même ordre et présentent cet avantage d'être plus maniables.

Sur l'emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose.

M. Landouzy, après avoir exposé l'état actuel de la question, estime que les conclusions générales à tirer du long exposé qui précède seraient que la sérothérapie appliquée à la tuberculose ne nous a pas donné encore de résultats assez appréciables, assez constants, assez complets et s'appliquant suffisamment à la généralité des affections tuberculeuses, pour que nous nous croyions en pleine puissance d'un traitement vraiment spécifique, immunisateur et curateur.

La meilleure des sérothérapies antituberculeuses reste loin encore de la sérothérapie préventive antitétanique et ne peut prétendre comparer ses effets à ceux que donne la sérothérapie antidiphthérique, si nettement préventive et curative.

Après tout, elle n'en serait peut-être pas tant éloignée qu'on pense si, dans l'appréciation des faits, les médecins prenaient soin de procéder en matière de sérothérapie tuberculeuse comme il procèdent en matière de traitement des diphthériques, dans lequel le sérum n'est merveilleux qu'alors seulement qu'il s'adresse d'emblée au bacille de Löffler, isolé, et n'a pas à compter avec les associations microbiennes.

Avant de pouvoir porter un jugement suffisamment éclairé et parfaitement équitable sur la sérothérapie antituberculeuse, il faut aux médecins s'entendre pour remettre, méthodiquement, à l'étude la question de la cure spécifique de la tuberculose; pour ce, on fera bien de procéder tout autrement qu'on ne s'y est pris jusqu'ici.

Avant de juger de la valeur des sérums, on devrait commencer par ne pas s'attaquer qu'à des cas minutieusement analysés, scientifiquement catégorisés, appartenant tous à une même période, et surtout, sinon exclusiuement, aux premiers degrés de la maladie. On devrait s'attaquer à la tuberculose pulmonaire alors qu'elle n'est encore qu'à ses débuts, alors qu'elle se dénonce seulement par cette inspiration rude et basse dont le professeur Grancher nous appris à reconnaître toute la valeur séméiotique. On devrait s'attaquer à la *tuberculose* dès que la germination des premières granulations, modifie la perméabilité du parenchyme pulmonaire, avant que ces granulations, autant par action de contact que par action spécifique, aient sollicité toute la série des désordres à la faveur desquels — pour peu que des associations microbiennes se mettent de la partie — la *phthisie* entre en scène. On ne s'est pas rendu compte qu'en matière de tuberculose, la plupart des sérothérapeutes avaient, dans leurs essais, fait ce qu'ils n'auraient sans doute pas eu l'idée de tenter en matière de diphthérie, par exemple; ils ont demandé à la sérothérapie antituberculeuse l'impossible.

Que demandaient en effet les sérothérapeutes, alors qu'ils injectaient aussi bien les phthisiques, atteints de ramollissement. aussi bien les phthisiques porteurs de dilatations bronchiques, aussi bien les phthisiques cachectiques et fébricitants, que les

tuberculeux torpides, aussi bien que les bacillaires fraîchement atteints d'infiltration limités. C'est en pareilles conditions que les médecins s'adressaient à la sérothérapie, lui demandant de réduire et de guérir les lésions de grosse anatomie pathologique, aussi que les adultérations histologiquement ou humoralement commençantes.

MM. Arloing et Guinard (de Lyon). — 1° On peut obtenir une tuberculine complète beaucoup plus active que les tuberculines courantes.

2° Suivant la participation plus ou moins grande du bouillon de culture et des corps des bacilles dans la préparation, on obtiendra un produit dont les réactions circulatoires, gastro-intestinales ou thermiques seront différentes.

3° Les poisons gastro-intestinaux, vaso-dilatateurs et cardiaques sont contenus au maximum dans le bouillon de culture.

4° Les poisons modérateurs cardiaques et hypothermisants sont surtout retenus dans le corps des bacilles.

5° Les éléments précipitables par l'alcool, bien qu'ayant une faible nocuité en eux-mêmes, sont indispensables à la production des effets de la tuberculose ordinaire.

6° Une spoliation peut changer profondément les effets de la tuberculine, qu'elle soit produite par précipitation, par oxydation ou par la chaleur.

Ce travail est le préambule d'une recherche sur les principes vaccinants et favorisants contenus dans la tuberculine.

MM. S. Arloing, Jules Courmont et J. Nicolas (de Lyon) ont fait de la tuberculine TR une longue étude qui est comme une suite naturelle de celle que MM. Arloing, Rodet et Courmont ont communiquée au Congrès de 1893 sur la première tuberculine.

Ils déclarent avec regret n'avoir pu constater plusieurs des qualités essentielles que M. Koch a attribuées à la tuberculine TR et cherchent à expliquer une si grande divergence dans les résultats soit par une variation dans la propriété de la tuberculine ou dans la virulence de la tuberculose, soit par un *modus operandi* différent. Il est fâcheux que M. Koch n'ait pas été plus explicite sur sa façon d'opérer.

Toujours est-il qu'à titre d'agent préventif et curatif de la tuberculose expérimentale, la tuberculine TR a constamment échoué entre leurs mains.

Les auteurs reconnaissent avec M. Koch que la nouvelle tuberculine trouble peu les grandes fonctions des animaux tuberculeux, ce qui tient en grande partie à sa composition (expériences pharmacodynamiques sur des animaux sains [cobayes et chiens]; quant aux animaux tuberculeux ils ont pu recevoir sans inconvénients des doses élevées de TR [1 à 2 milligr. d'extrait sec]).

Cependant, sans aller jusqu'à dire que la tuberculine TR « mobilise » les bacilles dans l'organisme, ils ont vu qu'elle paraît favoriser l'extension de la tuberculose dans les ganglions lymphatiques. En effet, sur des cobayes inoculés de la tuberculose à une cuisse, on constate que ces animaux prennent plus souvent et plus tôt que les témoins des lésions ganglionnaires du côté opposé à l'inoculation.

Ils concluent en ces termes : la tuberculine TR est inefficace contre la tuberculose expérimentale, avant ou après l'inoculation, comme l'ont déjà signalé Letulle et Péron, Baugmarten et Walz, etc., elle est débarrassée des substances hyperthermisantes, vaso-dilatatrices, vaso-paralytiques, toxi-cardiaques et nauséeuses qui se rencontraient dans la tuberculine primitive : elle renferme encore un poison qui ralentit le cœur; enfin, malgré tout, elle paraît favoriser le développement de l'adénite spécifique dans les régions qu'elle traverse pour pénétrer dans l'organisme.

M. Vaquier a employé TR dans cinq cas de tuberculose pulmonaire chez des enfants de divers âges; il a constaté que les doses inférieures à 1 milligramme d'extrait sec étaient bien tolérées, mais que les doses plus élevées déterminaient une réaction marquée et élevaient la température.

Quant aux résultats thérapeutiques ils ont été absolument nuls.

M. Bounhiol (d'Alger) n'a eu que de mauvais effets de la tuberculine TR dans la cure des tuberculoses; la durée totale du traitement a été de un mois et demi à trois mois; il a injecté jusqu'à 9 milligrammes d'extrait sec. Dans aucun cas il n'a observé d'action favorable, l'évolution est restée aussi rapide, les symptômes ne se sont pas amendés, les bacilles n'ont pas disparu des crachats. Il y a eu souvent production de réactions locales intenses, d'hyperthermies marquées, diminution de l'appétit et l'état général s'est quelquefois aggravé.

M. Leclerc (de Lyon) a traité huit malades par TR à des doses ne dépassant pas 3 milligrammes; ces malades étaient les uns des tuberculeux pulmonaires apyrétiques, les autres des tuberculeux chirurgicaux. TR paraît plus maniable que la première tuberculine de Koch; employée prudemment elle ne donne pas d'accidents; mais elle ne semble pas douée de propriétés curatrices.

M. Benoit (de Paris), à l'inverse des médecins précédents, se montre favorable à TR; cette tuberculine ne peut avoir aucun effet nocif, et lorsqu'on choisit convenablement les malades, elle produit des améliorations remarquables et rapides chez les tuberculeux pulmonaires au premier et au second degré sans infections secondaires. Elle donne aussi de bons effets dans certaines tuberculoses viscérales (cystites, tuberculoses testiculaires) et dans les tuberculoses osseuses.

D'ailleurs, on ne peut se faire une opinion sur l'action de TR qu'après une étude prolongée, et on ne saurait, dès maintenant, conclure définitivement.

M. Denys (de Louvain). — Depuis dix-huit mois l'institut de bactériologie de Louvain étudie une tuberculine qui exerce, sur le chien infecté de tuberculose, une action préventive quand elle est injectée avant les microbes, et une action curative quand elle est injectée pendant le cours de la tuberculose. Cette tuberculine a été, après ces heureux essais sur le chien, employé chez l'homme dans 120 cas, savoir : 106 tuberculoses de l'appareil respiratoire, 5 osseuses, 4 cutanées et 5 urinaires. Elle s'est montrée sans influence dans les tuberculoses du dernier degré, mais a agi très heureusement dans les tuberculoses afébriles, et même dans les fébriles avec lésions modérées ou légères.

De l'influence d'une infection streptococcique antérieure sur les suites d'une inoculation tuberculeuse chez le lapin.

MM. Arloing et Nicolas (de Lyon) ont entrepris des expériences non encore complètement achevées dans le but d'établir l'influence sur l'évolution de la tuberculose d'une infection antérieure par les agents de la suppuration, staphylocoque pyogène et streptocoque de l'érysipèle, ou d'une imprégnation par leurs produits solubles.

Les auteurs apportent les seuls résultats obtenus jusqu'à présent par eux, ceux concernant le rôle de l'infection par le streptocoque.

Des lapins infectés à trois reprises différentes avec du streptocoque de l'érysipèle de l'homme et ayant présenté tous les symptômes classiques de l'érysipèle expérimental, sont inoculés après guérison complète, ainsi que des lapins témoins avec de la tuberculose humaine.

Il n'y eut pas de grosses différences dans les lésions locales pour les deux lots de lapins mais, en revanche, des différences extrêmement accusées pour les lésions viscérales, surtout pulmonaires.

Tandis que les lapins témoins n'avaient pas de lésions apparentes du foie, de la rate et seulement quelques très rares et petits tubercules pulmonaires, les lapins antérieurement infectés avec le streptocoque avaient tous des lésions pulmonaires tuberculeuses très développées, et même confluentes pour quelques-uns. Deux avaient des tubercules miliaires du foie.

Il ressort de cette expérience qu'une infection antérieure par le streptocoque de l'érysipèle favorise sans aucun doute le développement de l'infection tuberculeuse et l'extension des lésions chez le lapin.

Séro-diagnostic des épanchements tuberculeux des séreuses.

M. Paul Courmont (de Lyon). — Les moyens bactériologiques actuels dont nous disposons pour le diagnostic d'un épanchement tuberculeux sont infructueux (recherches des bacilles) ou d'une application difficile et à longue échéance (inocu-

lation du liquide au cobaye). L'agglutination du bacille de Koch en culture liquide homogène par le liquide de l'épanchement donne, au contraire, un procédé de séro-diagnostic rapide et facile. M. Courmont a expérimenté avec 45 liquides de séreuses (pleurésies, ascites, arthrites, hydrocèle, etc.); sur 11 pleurésies, cliniquement tuberculeuses, 10 ont donné une séro-réaction positive; dans le seul cas à réaction négative, l'inoculation au cobaye a été négative également et fait douter de la nature tuberculeuse de la pleurésie; sur 9 épanchements non cliniquement tuberculeux, 4 ont donné la séro-réaction positive; sur les 5 cas où la réaction fut négative, l'autopsie fut faite 2 fois et montra qu'il ne s'agissait pas, en effet, de tuberculose. Sur les 12 ascites, 5 dues à la péritonite tuberculeuse ont donné, en effet, la réaction agglutinante, tandis que les 7 autres, liées à des cirrhoses hépatiques, ont montré une séro-réaction négative. De même, dans les cas d'affections articulaires, d'hydrocèle, de méningite, etc., l'absence ou la présence de séro-réaction a fourni un élément de diagnostic concordant avec la clinique.

Par conséquent : 1° pas une seule sérosité sûrement non tuberculeuse n'a donné la réaction agglutinante.

2° Presque toutes les sérosités cliniquement tuberculeuses ont donné l'agglutination.

3° Ces faits prouvent qu'une séro-réaction positive peut faire diagnostiquer la nature tuberculeuse d'un épanchement, et l'étude des cas précédents vient à l'appui de la théorie soutenant que, en grande majorité, les épanchements inflammatoires des séreuses sont tuberculeux.

De l'identité des tuberculoses aviaire et humaine.

M. Nocard (Alfort). — Les bacilles de la tuberculose aviaire et de la tuberculose humaine se distinguent l'un de l'autre par une série de caractères dont les plus importants sont les suivants : aspect différent des cultures, sèches, verruqueuses pour la tuberculose humaine, grasses, luisantes, molles pour l'aviaire; températures différentes auxquelles les bacilles cessent de se développer, la tuberculose humaine ne poussant plus au-dessus de 42°, la tuberculose aviaire se développant encore très bien à 43-44°; enfin, actions différentes sur les animaux : la poule se montre presque toujours réfractaire aux inoculations de tuberculose humaine, elle succombe rapidement quand on lui injecte de la tuberculose aviaire. Inversement le chien meurt tuberculeux à la suite d'inoculations intra-veineuses et intra-péritonéales de cultures humaines, tandis qu'il est impossible de l'infecter en lui injectant dans les veines ou dans le péritoine des doses énormes de bacilles aviaires. Le cobaye, inoculé sous la peau, est relativement réfractaire à l'aviaire, tandis qu'il réagit à de très petites doses de tuberculose humaine; inoculé dans le péritoine il meurt avec des lésions tout autres suivant qu'on s'est servi de tuberculose aviaire ou de tuberculose humaine. Le lapin offre une réceptivité sensiblement égale pour les deux tuberculoses, mais les animaux ne meurent pas de la même manière dans les deux cas (tubercules généralisés avec la tuberculose humaine, septicémie bacillaire avec la tuberculose aviaire); il faut observer néanmoins qu'après quelques passages de lapin à lapin, la tuberculose aviaire détermine, chez cet animal, des lésions identiques à celles que cause la tuberculose des mammifères.

Le cheval est difficile à tuberculiser expérimentalement, mais il est parfois atteint de tuberculose spontanée, laquelle revêt deux types parfaitement distincts, type abdominal, type pulmonaire. Or, ces deux types correspondent à deux origines différentes de l'infection; en effet, M. Nocard vient de constater que les bacilles isolés dans la forme pulmonaire de la maladie ont les propriétés de la tuberculose humaine, alors que ceux de la forme abdominale se rapprochent de l'aviaire.

Bien plus, l'homme, comme le cheval, semble capable de cultiver les deux bacilles; il y a 2 ans, M. Nocard a trouvé dans les crachats d'un phtisique des bacilles tuberculeux que leurs caractères de cultures et d'inoculations rapprochaient singulièrement des bacilles aviaires. Donc l'homme peut, dans certaines conditions qui sont encore à déterminer, être infecté par la tuberculose aviaire; ce qui montre qu'il est jusqu'à un certain point dangereux de livrer à la consommation des oiseaux atteints de tuberculose.

Un argument sérieux en faveur de l'identité d'espèce des deux microbes est fourni par les cas où une basse-cour, n'ayant jamais eu de poules tuberculeuses, et bien protégée contre les chances de contamination par le bacille aviaire, présente de la tuberculose à partir du moment où on la fait soigner par un phtisique à expectoration bacillifère. On objecte, il est vrai, les expériences de Straus et de M. Nocard lui-même, où il a été impossible de tuberculiser des poules en leur faisant avaler des quantités prodigieuses de crachats tuberculeux; mais cette objection n'est pas irréfutable; les conditions d'une expérience de laboratoire sont bien différentes de celles d'une basse-cour se tuberculisant spontanément : on comprend que sur un lot de 200 ou 300 poules il puisse s'en présenter quelques-unes qui, en raison de circonstances spéciales, se laissent envahir par les bacilles humains plus facilement que les autres; le bacille humain ainsi acclimaté dans l'organisme de la poule pourra dès lors contaminer le reste de la basse-cour.

Ces faits n'ont pas réussi à convaincre les adversaires de l'identité d'espèce des deux tuberculoses; ils exigent des preuves plus formelles, à savoir la transformation directe de la tuberculose humaine en aviaire ou inversement; prenez, disent-ils, un des deux bacilles et faites en sorte qu'il acquière les propriétés de l'autre, alors seulement la question pourra être considérée comme résolue.

M. Nocard croit avoir réussi à réaliser ce desideratum; partant d'une culture de tuberculose humaine, il a pu transformer cette culture en tuberculose aviaire. Il a utilisé pour cela les propriétés remarquables des sacs de collodion inclus dans le péritoine d'animaux d'expérience : on sait que le collodion est absolument infranchissable aux microbes et aux phagocytes, tandis qu'il est perméable pour les liquides et les substances dissoutes; donc les microbes introduits dans un sac de collodion placé lui-même dans la cavité péritonéale, peuvent se développer en toute sécurité, mais en restant en connexion nutritive avec l'organisme de l'animal choisi pour l'expérience.

M. Nocard a donc rempli un sac de collodion avec une culture de tuberculose humaine sur bouillon glycériné, et il a placé le sac dans le péritoine de poules.

Au bout de 6 à 8 mois, on sacrifie les poules; généralement alors le sac ne renferme plus de liquide, mais il contient bien plus de bacilles qu'à l'origine, la culture est restée parfaitement vivante; on peut facilement la réensemencer, et on voit alors qu'elle a pris tout à fait les caractères morphologiques de la tuberculose aviaire; elle est grasse, onctueuse, molle et elle pousse à des températures élevées (supérieures à 42°); si on l'inocule aux poules, elle se montre inoffensive. Son mode d'action sur les animaux n'est pas encore changé.

Mais il n'en est plus de même après 3 ou 4 passages en sacs dans le péritoine des poules; on finit par obtenir des cultures plus profondément transformées qui tuent le cobaye et le lapin de la même manière que les cultures de tuberculose aviaire, et même on parvient à obtenir des bacilles pathogènes pour la poule. Dans une expérience de M. Nocard le sac placé dans le péritoine d'une poule se rompit et provoqua le développement autour de lui d'une tumeur d'apparence sarcomateuse, riche en bacilles, et qui était, en somme, un volumineux tubercule péritonéal.

En résumé, en cultivant des bacilles de tuberculose humaine dans le péritoine de la poule par le procédé des sacs de collodion, on leur confère peu à peu les caractères de la tuberculose aviaire. Les deux tuberculoses, si distinctes en apparence, sont donc deux variétés d'une même espèce et non pas deux espèces différentes.

Sur l'agglutination des bacilles de Koch.

M. Dubard (Dijon). — Le sang de l'homme et des animaux tuberculeux a agglutiné et immobilisé momentanément les bacilles de Koch mobiles dans la plupart des cas.

Sauf le cobaye qui présente, lorsqu'il est soumis à un régime normal, un sang toujours inactif, l'homme sain, le lapin sain, le cheval, le chien ont présenté irrégulièrement un sang doué de puissance agglutinante.

Il nous a paru exister une relation entre la puissance agglutinante du sang d'un animal sain et son immunité relative contre la tuberculose. Nous classerions ainsi en ordre décroissant la force agglutinante du sérum des animaux que nous avons étudiés (cheval, chien, mouton, chèvre, homme, lapin, cobaye) (nul), et pour les animaux à sang froid qui, tous, agglutinent momentanément le bacille humain (vipère, lézard vert, couleuvre, carpe, grenouille, lézard gris).

Le sang des goutteux (2 cas) s'est montré très puissant.

Les extraits aqueux du foie d'animaux sains et d'organes malades (ganglions caséeux, poumons tuberculeux) sont doués de la propriété d'agglutiner.

Un très grand nombre de composés chimiques antiseptiques ou non déterminent la précipitation des bacilles mobiles alors que la tuberculine brute est sans action.

On peut doter de la puissance agglutinante le sang du cobaye.

a) Par l'injection de certaines substances antiseptiques, ainsi que M. Arloing l'a montré.

b) Par l'injection de tuberculines, d'extraits de produits caséeux qui font apparaître, au bout de 48 heures à 60 heures, dans le sang, la réaction spécifique.

On peut *in vitro*, augmenter la puissance agglutinante d'un sérum en le mettant en contact avec de la tuberculine, des produits caséeux.

Quelle que soit la tuberculine employée en injections au cobaye sain (aviaire, humaine, pisciaire), elle détermine, dans le sang l'apparition de la réaction spécifique vis-à-vis de tous les bacilles tuberculeux aviaires, humains, pisciaires indistinctement.

L'ingestion de bacilles de Koch tués par le chloroforme, de tuberculine, d'extraits caséeux, détermine l'apparition dans le sérum sanguin du cobaye, de l'homme, de substances actives, ou augmente cette activité si, au préalable, elle existait.

Un sérum ne doit être considéré comme actif que s'il détermine la précipitation et l'immobilisation en moins de 24 heures et à la dose de 1 p. 5 de culture; certains sérums produisent leur action en moins de 2 heures.

La radiographie dans la coxalgie et particulièrement dans la coxalgie au début.

M. P. Redard (Paris). — La radiographie rend de grands services pour l'étude des affections des articulations profondes, recouvertes de muscles puissants. Dans le cas particulier de coxalgie, l'examen clinique ne permet pas toujours de se renseigner exactement sur la nature, le siège, l'étendue des lésions. Les radiographies que nous présentons démontrent que ce nouveau mode d'investigation, qui permet de faire, sur le vivant, l'anatomie pathologique, peut utilement servir comme moyen de diagnostic et de traitement aux diverses périodes de la coxotuberculose.

Les radiographies, prises à diverses périodes de la coxalgie, indiquent les lésions suivantes : atrophie du fémur et du bassin du côté correspondant à la coxalgie; teinte claire de tout le fémur indiquant des lésions dans toute l'étendue de l'os; teinte foncée indiquant des fongosités ou la présence d'abcès froids; os spongieux, à petites cavités anfractueuses, moins dense, tassé, tête irrégulière, disparition du col, diminution de l'angle du col du fémur, lésions de la cavité cotyloïde; séquestres, foyers osseux intra- ou extra-articulaires; luxation ou subluxation de la tête fémorale.

D'après ces indications, on peut établir un diagnostic précis de l'affection et de ses particularités, différencier la coxalgie de l'ostéo-myélite, des lésions périarticulaires, juxta-coxales et des arthrites de diverses natures, instituer un traitement basé sur les conditions anatomo-pathologiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Neuvième session tenue à Angers du 1er au 6 août 1898.

Les troubles psychiques post-opératoires.

M. Rayneau (d'Orléans), *rapporteur*. — Si l'on parcourt les nombreuses observations destinées à mettre en relief des troubles psychiques post-opératoires, on est frappé tout d'abord par un fait, c'est que les manifestations mentales morbides consécutives aux interventions chirurgicales n'offrent pas toujours et partout le même aspect. Il est impossible de dégager un type à part, nettement reconnaissable, dont les caractères seraient toujours les mêmes, avec une évolution constante. Pour pouvoir créer une entité morbide, il faudrait que les faits groupés présentassent une symptomatologie identique ou tout au moins fort voisine.

Or, on trouve signalés, à la suite des opérations, presque tous les états pathologiques du cerveau : manie avec tous ses degrés, mélancolie sous toutes ses formes, depuis la simple dépression jusqu'à la mélancolie anxieuse, avec refus d'aliments et idées de suicide, confusion mentale, délire hallucinatoire, délire aigu, délire de persécution, démence, paralysie générale; puis était neurasthéniformes, hypocondrie, sans oublier l'hystérie, l'épilepsie, l'hystéro-neurasthénie, voire même la morphinomanie.

La diversité d'aspect des troubles mentaux consécutifs aux opérations permet donc d'affirmer qu'il n'existe pas un type spécial de psychose méritant la dénomination de folie post-opératoire. Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans certains cas que l'on ne peut guère prévoir, chez certains prédisposés qu'on ne peut désigner d'avance, l'opération détermine l'éclosion d'une bouffée délirante, le réveil d'un délire éteint ou l'exaspération d'une psychose déjà en voie d'évolution.

La plupart des auteurs se sont appliqués à faire ressortir le rôle de la prédisposition et presque tous les faits communiqués à la Société de chirurgie de Paris, lors de la récente discussion sur les psychoses post-opératoires, viennent confirmer l'influence de la prédisposition ou bien montrent que certaines opérées étaient déjà folles avant l'intervention.

A côté de la prédisposition on a invoqué un certain nombre d'autres facteurs. M. Rayneau ne fait que signaler, sans y insister, le choc moral ou physique inhérent à l'opération, les agents employés pour obtenir l'anesthésie (chloroforme, éther, cocaïne), les antiseptiques communément usités pour les pansements, l'état d'anémie ou de cachexie de certains opérés, etc. Ces différentes causes n'ont en réalité qu'une action très secondaire, mais il en est quelques autres dont l'importance est plus considérable et plus manifeste, ce sont : l'alcoolisme, dont l'influence a été admise de tous temps; l'infection par les microbes de la suppuration ou leurs produits de sécrétion et, enfin, l'auto-intoxication résultant soit de la perturbation des échanges nutritifs engendrée par l'opération, soit de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux, liées à l'ablation de certains organes.

C'est par l'auto-intoxication qu'on explique le myxœdème qui survient à la suite de la thyroïdectomie, et les nombreux cas bien connus aujourd'hui d'amélioration ou même de guérison de cette affection par le rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne constituent une preuve irrécusable à l'appui de cette opinion. Etant donnée la corrélation constante qu'on observe entre l'extirpation de la glande et les troubles psychiques consécutifs, on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, qu'il s'agit là d'un véritable type de folie dont l'origine ne peut être rapportée qu'à l'opération.

Mais doit-on interpréter de la même façon les troubles psychiques qui succèdent à l'ablation d'autres organes importants, les ovaires, par exemple, et faut-il rapporter à l'auto-intoxication les délires consécutifs à l'extirpation des annexes? Il y a lieu de remarquer d'abord que les opérations gynécologiques ne semblent pas être suivies plus souvent que les autres de troubles psychiques et, d'autre part, que la médication ovarienne, au moyen de laquelle on a cherché à combattre ces psychoses, n'a pas donné jusqu'ici de résultats bien concluants. M. Rayneau ne croit donc pas qu'on soit autorisé actuellement à rapporter uniquement à l'auto-intoxication les troubles mentaux consécutifs à la castration : là encore c'est la prédisposition héréditaire ou personnelle qui paraît jouer le rôle principal.

Il ne reste plus en terminant qu'à dire un mot de la fréquence des délires post-opératoires, de leur évolution et de leur pronostic.

Sur le premier point la presque unanimité des auteurs s'accordent pour admettre que l'on n'observe guère plus de 1 ou

2 cas de folie post-opératoire sur cent interventions chirurgicales. Le moment de son apparition est des plus variables : le plus souvent elle survient immédiatement après l'opération; dans d'autres cas, au contraire, elle n'apparaît qu'à une époque plus éloignée. Quant à son évolution et son pronostic, ils sont nécessairement liés aux causes qui l'ont fait naître et à la forme qu'elle revêt on ne peut donc poser aucune règle générale à ce sujet et chaque cas doit être considéré en particulier.

M. Régis (de Bordeaux). — Le désaccord qui existe entre les auteurs sur la question des délires post-opératoires provient de ce que les uns ont observé ces délires dans les asiles d'aliénés et les autres dans les hôpitaux. A la vérité, il n'y a qu'un très petit nombre de délires consécutifs aux opérations qui soient assez prolongés pour conduire ceux qui en sont atteints dans un asile d'aliénés. Il en résulte que seuls les chirurgiens ont été en mesure jusqu'ici de suivre ces malades; or, M. Régis ne croit pas faire injure aux chirurgiens en disant qu'ils ne sont pas tout à fait qualifiés pour cette étude; c'est ainsi qu'on peut s'expliquer le peu de lumière apportée à la question des psychoses post-opératoires par la discussion qui a eu lieu récemment sur ce sujet devant la Société de chirurgie de Paris. D'autre part, les aliénistes n'ont eu l'occasion d'observer dans leurs services respectifs que les malades dont le délire s'est prolongé suffisamment pour nécessiter l'internement; or, ces cas étant relativement rares, on comprend que l'expérience de ces confrères soit elle-même assez restreinte. Pour acquérir des notions exactes sur les psychoses post-opératoires, il faut aller les étudier dans les hôpitaux ordinaires où ils sont survenus ou chez les malades de la ville. C'est ce qu'a fait M. Régis, dont nous avons déjà résumé les opinions (voir *Gazette*, 1898, p. 718).

Quant au traitement des délires post-opératoires, il découlera nécessairement des notions pathogéniques et devra viser surtout la possibilité d'une intoxication, d'une infection ou d'une auto-intoxication.

M. Picqué (de Paris) estime, contrairement à l'opinion que vient de soutenir M. Régis, que les délires d'origine infectieuse ou septicémique n'appartiennent pas au groupe des délires post-opératoires. Il en exclut également les troubles psychiques causés par les agents employés pour obtenir l'anesthésie ou pour réaliser l'antisepsie. Pour M. Picqué le type du délire post-opératoire est celui du malade qui devient mélancolique, par exemple, à la suite d'une intervention chirurgicale lui ayant laissé une infirmité (telle que la taille hypogastrique avec méat permanent) et qui guérit de sa mélancolie quand on le débarrasse, plus tard, de cette infirmité. Ici, c'est bien l'acte opératoire seul qui est en cause et qui peut être considéré, à bon droit, comme la véritable origine de la psychopathie.

M. Picqué revient à ce propos sur les opinions qu'il a exprimées il y a peu de temps à la *Société de chirurgie*.

M. Garnier (de Paris) a eu l'occasion d'observer une femme de 40 ans, fille d'un alcoolique, qui a subi successivement l'ablation d'un fibrome utérin, l'extirpation des deux ovaires et une hystérectomie abdominale. Ces trois opérations ont été faites à plusieurs années de distance; or, à la suite de chacune d'elles, cette femme a présenté un accès de délire de persécution, ébauché seulement à la première opération, plus accentué à la seconde et tellement grave à la troisième, qu'un internement est devenu nécessaire. Bien qu'il s'agisse dans ce cas d'une prédisposée, il est impossible de ne pas être frappé de la corrélation qui a existé chez elle entre les accidents cérébraux et les actes opératoires.

M. Garnier a vu un certain nombre d'autres exemples de vésanies survenues à l'occasion d'une opération, mais jamais, contrairement à l'opinion que vient d'émettre M. Régis, ces vésanies n'ons revêtu la forme de la confusion mentale. Il serait donc tenté de croire que les délires que M. Régis considère comme des délires post-opératoires ne sont en réalité que des délires toxiques.

M. Joffroy (de Paris) estime qu'il y a lieu de rapprocher des troubles psychiques post-opératoires des paralysies hystéro-traumatiques. Qu'observe-t-on en effet, dans ces paralysies? Des troubles moteurs d'origine psychique consécutifs à des traumatismes et se manifestant seulement chez des hystériques. Il est impossible de ne pas être frappé de l'analogie qui existe entre les paralysies psychiques et les psychoses des opérés : les unes et les autres ont la même origine, surviennent à la suite d'un ébranlement du système nerveux et ne se manifestent que chez des sujets prédisposés, hystériques dans le premier cas, hystériques dégénérés ou intoxiqués dans le second.

Cette analogie s'expliquera facilement si l'on veut bien se rappeler le rôle que joue dans leur genèse la préoccupation, la « rumination » intellectuelle des malades, avec cette différence, toutefois, que dans les cas de paralysies hystérotraumatiques cette rumination ne commence qu'après l'accident, tandis que dans le cas de troubles psychiques post-opératoires elle débute à partir du moment où la question d'une intervention chirurgicale se pose, pour se poursuivre durant toute la [période qui précède l'opération et quelquefois même lui survivre. Il n'y a rien d'étonnant qu'une même cause engendre les mêmes effets.

Une autre preuve du rôle considérable joué par la préoccupation dans la production des troubles psychiques post-opératoires, c'est que ces troubles ne s'observent jamais chez les enfants mais seulement chez les vieillards ou les adultes. Pourquoi cette différence, si ce n'est que les enfants ignorent le plus souvent qu'ils vont subir une opération et en tout cas sont incapables d'en comprendre l'importance et la gravité?

Il serait facile également d'établir le même rapprochement entre les troubles psychiques post-opératoires d'origine infectieuse et les vésanies puerpérales. Cette analogie n'est plus fondée seulement sur la clinique, mais encore sur la bactériologie, puisque dans les deux cas c'est le même agent infectieux qui intervient. Sans insister sur ce rapprochement, M. Joffroy fait toutefois remarquer que si les troubles psychiques sont plus fréquents chez les accouchées que chez les opérées, cela tient à ce que la réceptivité des premières a été considérablement accrue par les modifications nutritives résultant de la grossesse.

Avant de terminer, M. Joffroy tient à déclarer, comme M. Picqué, qu'il n'est nullement démontré que l'ablation de l'utérus ou des annexes favorise d'une façon spéciale l'éclosion des troubles psychiques. Il ne nie pas que des modifications du caractère et de l'intelligence ne puissent s'observer à la suite de la castration, mais il affirme que ces modifications sont trèt rares, tout à fait exceptionnelles chez les adultes et ne sont véritablement à redouter que chez les jeunes gens.

Quant à la pathogénie des troubles psychiques post-opératoires, il reconnaît qu'elle est très complexe. Il a montré tout à l'heure le rôle qu'il convenait de faire jouer à l'état de préoccupation, de rumination intellectuelle dans lequel les malades étaient le plus souvent plongés à l'idée de subir une opération, mais il est loin de considérer cette cause comme unique. A côté d'elle méritent de prendre place celles que signalait M. Régis : l'infection, la septicémie, l'auto-intoxication, etc. Toutefois, quelle que soit la complexité de la pathogénie des délires post-opératoires, on peut affirmer que leur développement n'est possible que grâce à l'existence d'une prédisposition manifeste ou latente, mais incontestable.

M. Ladame (de Genève) communique un cas de folie opératoire survenu 50 ans après l'opération; il s'agit d'une enfant qui, à l'âge de 10 ans, fut atteinte d'une fracture du crâne, laquelle nésessita une trépanation. La petite fille guérit parfaitement et ne présenta jamais aucun trouble de la santé, lorsque, 50 ans plus tard, étant retournée dans la ville habitée par le chirurgien qui l'avait opérée, elle eut l'idée d'aller le remercier.

Celui-ci, un peu étonné de la revoir en aussi bonne santé, lui fit subir un interrogatoire en règle, l'ausculta, la percuta et se montra très surpris qu'elle n'accusât aucun trouble, qu'elle n'éprouvât jamais de maux de tête, etc. Cette femme rentra chez elle très impressionnée et quelques jours après elle offrait des troubles très accusés de l'intelligence. C'est là un bel exemple de folie post-opératoire par suggestion et par rumination.

M. Granjux (de Paris) fait remarquer qu'à sa connaissance, aucun cas de psychose post-opératoire, du moins en temps de paix, n'a encore été signalé chez les militaires. Cette immunité est probablement due à la sélection à laquelle sont soumis les militaires et qui élimine en partie les prédisposés. C'est donc là un nouvel argument en faveur de l'opinion qui attribue une part prépondérante au terrain dans la genèse des psychoses post-opératoires.

D'un autre côté, le choc inhérent au traumatisme semble ne devoir jouer qu'un faible rôle, puisque sur plus de 900 blessés des membres inférieurs on en trouve qui, pendant plus de huit jours, furent mal logés, mal soignés et mal nourris à la suite de la bataille de Frœschwiller, sans qu'on ait constaté parmi eux un seul cas de psychose.

Des délires transitoires au point de vue médico-légal.

M. Ch. Vallon. — Sous ce titre : délires transitoires, il faut passer en revue tous les troubles mentaux transitoires, tous les états passagers d'aliénation mentale qui sont de nature à donner lieu à une expertise médico-légale.

Mais, tout d'abord, il est nécessaire de classer ainsi les états transitoires d'aliénation mentale :

1° Vésanies transitoires (manie, mélancolie);

2° Troubles mentaux transitoires de la sphère émotive; émotions pathologiques;

3° Impulsions irrésistibles conscientes de courte durée;

4° Troubles mentaux de la puerpéralité et de la menstruation;

5° Troubles mentaux liés à une intoxication : alcoolisme, morphinisme, etc.;

6° Troubles mentaux liés à une névrose : épilepsie, hystérie, neurasthénie, migraine ophthalmique;

7° Troubles mentaux liés à une affection des centres nerveux ou des nerfs;

8° Troubles mentaux dans les maladies autres que celles du système nerveux;

9° Troubles mentaux liés à des troubles du sommeil : état intermédiaire à la veille et au sommeil. Somnambulisme. Rêves prolongés;

10° L'égarement momentané.

Il faut donc éliminer, d'une part, les troubles mentaux à début brusque, mais à évolution durable, d'autre part les folies périodiques, intermittentes, revenant par accès. La question ainsi limitée à l'accès transitoire d'aliénation mentale doit être maintenant examinée au point de vue de la pratique médico-légale.

L'aliénation mentale, d'une façon générale, peut donner lieu à expertise au double point de vue du droit criminel et du droit civil, mais les troubles mentaux transitoires, eux, ne sont guère de nature à devenir le point de départ d'une action civile telle, par exemple, que la contestation d'un testament, ces troubles mentaux, en effet, semblant acquérir en intensité ce qui leur manque en durée, en sorte qu'ils se traduisent presque uniformément par des actes violents (homicide, coups et blessures, etc.).

Voilà donc le médecin expert en présence d'un individu inculpé de violences envers les personnes. Si, par un exceptionnel et heureux hasard, la crise d'aliénation, qui va n'être que passagère, n'a pas encore pris fin, le problème à résoudre est relativement simple; il consiste à reconnaître si les troubles mentaux sont réels ou simulés, c'est-à-dire, dans le cas particulier, s'ils présentent bien les caractères d'une des formes transitoires de l'aliénation mentale ou s'ils n'en ont, au contraire, que l'apparence, que le masque.

Dans l'immense majorité des cas, au moment de l'examen, le trouble mental qui a donné lieu à l'acte incriminé a disparu, et sa constatation directe, par conséquent, n'est plus possible. L'expert alors n'est plus un témoin; il peut encore cependant, par un examen et un interrogatoire minutieux, par une enquête rétrospective bien conduite, arriver à se faire une conviction et éclairer la justice qui a fait appel à ses lumières.

Les règles de l'expertise n'ont, en somme, ici rien d'absolument spécial; elles se réduisent, comme toujours, en matière d'aliénation mentale, à envisager parallèlement :

1° L'acte incriminé examiné dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi;

2° L'inculpé étudié dans son état présent, dans ses antécédents personnels, dans ses antécédents de famille.

Etude de l'acte incriminé. — Souvent c'est l'absurdité même de l'acte incriminé qui motive l'expertise. L'inculpé, par exemple, a frappé sans raison, sans mobile, etc. Parfois, l'acte présente des caractères tellement spéciaux qu'il suffit, pour mettre sur la voie du diagnostic, telle l'impulsion épileptique, qui porte pour ainsi dire la signature de son auteur.

Les circonstances qui ont suivi l'acte ont quelquefois une grande signification : nul souci de fuir de la part de l'inculpé, état d'hébétude, sommeil, torpeur.

Enfin, les circonstances qui ont précédé l'acte revêtent ici une particulière importance. Il faut rechercher si l'inculpé n'a pas été atteint dans son cerveau par une de ces influences puissantes (poisons, alcool, émotions, fièvres, insolation, froid), qui, nous l'avons vu, constituent autant de conditions étiologiques favorables à l'explosion de la folie transitoire.

Pour s'édifier sur les caractères et circonstances de l'acte, l'expert aura recours aux pièces de l'information, à l'interrogatoire des témoins, à celui de la victime si elle est en état de s'expliquer; en un mot, il s'entourera de tous les renseignements capables d'éclairer son jugement.

Examen de l'inculpé. — Il peut révéler, à défaut de troubles mentaux caractérisés, quelques vestiges de ces troubles, par exemple une légère obnubilation intellectuelle. On peut constater de la débilité mentale, des stigmates physiques de dégénérescence, des stigmates permanents d'hystérie, des cicatrices de la tête et de la langue, résultant de blessures ou de morsures au cours d'un accès comitial, du tremblement des mains et de la langue, de nature à faire penser à une intoxication alcoolique, une maladie des centres nerveux ou des nerfs, d'autres maladies telles que la syphilis, etc., etc., en un mot reconnaître que l'inculpé constituait un terrain favorable pour l'éclosion d'un accès de folie.

En étudiant minutieusement l'existence entière de l'inculpé depuis sa naissance, au moyen des renseignements fournis et par lui-même et par sa famille, on arrivera souvent à se convaincre qu'on se trouve en présence d'un individu atteint d'épilepsie (épilepsie méconnue ou épilepsie larvée), d'un neurasthénique, d'un de ces dégénérés dont l'insuffisance cérébrale éclate plus dans la conduite que dans les opérations intellectuelles, d'un de ces déséquilibrés, qui, avant de faire une courte excursion sur le territoire de la folie en a longtemps côtoyé les frontières.

Enfin, l'examen des parents, les renseignements recueillis sur eux, apprendront souvent que l'inculpé se trouvait héréditairement prédisposé à l'aliénation mentale.

Existe-t-il des cas dans lesquels ni l'examen de l'inculpé, ni les commémoratifs ne révèlent rien d'anormal chez l'inculpé ou dans sa famille? La presque unanimité des auteurs français répond non, et Régis, résumant pour ainsi dire leur opinion, s'exprime ainsi : « L'expert doit se souvenir expressément que les faits de folie soudaine et transitoire s'observent rarement, pour ne pas dire jamais, mais que ces faits sont, en général, l'indice ou le résultat d'une prédisposition héréditaire ignorée, de vertiges méconnus » etc.

Personnellement, M. Vallon, dans une pratique médico-légale qui date déjà de 10 ans, parmi une quantité respectable de faits soumis à son examen, n'en a rencontré, en dehors de l'épilepsie, qu'un très petit nombre méritant d'être qualifiés d'états d'aliénation mentale transitoire. Tous, sans exception, relevaient manifestement soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique.

En Allemagne, on se fait généralement de la folie transitoire et des conditions dans lesquelles elle apparaît une idée différente de celle qui a cours en France. Krafft-Ebing, à côté de la folie transitoire causée par une névrose ou une maladie cérébrale, décrit une manie ou un délire transitoire « qui survient chez des individus sains avant et après l'accès, qui se reproduit rarement ». Schwarzen et Kraeplin n'admettent pas la prédisposition héréditaire; pour eux, le délire transitoire survient brusquement chez les individus jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite. Mendel paraît professer la même opinion.

On admet donc, en Allemagne, qu'une forme au moins d'aliénation mentale transitoire peut survenir en dehors de toute prédisposition héréditaire et chez des individus parfaitement normaux. On conçoit l'importance de pareilles données au point de vue médico-légal.

M. Vallon ne voudrait pas heurter de front une opinion émise par des hommes aussi considérables que ceux dont il vient de

citer les noms ; il est cependant des objections qu'il ne peut s'empêcher de mettre en avant.

Pour les auteurs allemands, la folie transitoire est liée à des états congestifs du cerveau. Krafft-Ebing insiste beaucoup sur ce fait : « L'ensemble des phénomènes peut, dit-il, anatomiquement se ramener à un processus hypérémiant intense, mais transitoire dans l'écorce cérébrale ». Or, quels sont les individus chez lesquels on observe le plus communément des états congestifs transitoires du cerveau? C'est précisément les aliénés dits héréditaires : raisonnants de toutes sortes, périodiques, intermittents. Il est bien étrange que la folie transitoire, qui reconnaît pour base anatomique un état congestif du cerveau, se développe précisément chez des individus indemnes d'antécédents héréditaires.

D'un autre côté, rien ne ressemble à un accès de folie transitoire comme un accès de folie périodique. La folie périodique reconnaissant plus que toute autre l'hérédité comme cause, la folie transitoire devrait également s'observer chez les héréditaires. Ce second argument n'est pas sans réplique, car on peut répondre, que si l'accès transitoire et l'accès périodique se ressemblent, ils sont cependant d'une nature très différente puisque le premier, à l'encontre du second, disparaît pour ne plus revenir.

Quant à la manie, nous savons que certains auteurs considèrent la manie transitoire comme une manie ordinaire à évolution exceptionnellement rapide; d'autres, au contraire, comme Krafft-Ebing, en font un type morbide spécial. Il faut avouer que, quand on lit la description du professeur de Vienne, on songe malgré soi à l'épilepsie. Comme il ressemble à un comitial, ce malade qui, à la fin d'une crise, qui a duré au maximum quelques heures, « tombe dans un profond sommeil, dont il se réveille parfaitement lucide quelques heures plus tard, n'ayant gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé (!) ».

Malgré la grande et légitime autorité de Krafft-Ebing et d'autres savants allemands : Schwarzen, Kraeplin, Mendel, si M. Vallon admet sans réserve l'aliénation mentale transitoire symptomatique de divers états morbides, il ne peut se défendre d'un doute à l'égard de la folie transitoire idiopathique. Ce doute, M. Vallon le traduit par les questions suivantes qui lui servent de conclusions :

1° Existe-t-il une folie transitoire se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition héréditaire, en l'absence de tout état pathologique antérieur, tels que l'épilepsie, l'intoxication alcoolique, etc.?

2° Si oui, quels sont les caractères de cette folie transitoire?

3° Quelles sont ses conditions pathogéniques, ou, tout au moins, ses causes déterminantes?

M. Charpentier (de Paris). — M. Vallon n'a rencontré en dehors de l'épilepsie qu'un très petit nombre d'états d'aliénation mentale transitoires, ceux-ci, sans exception, relevant manifestement soit de l'épilepsie, soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique. Mais, à côté des délires transitoires admis par M. Vallon, il y a lieu d'admettre l'existence des délires transitoires sans cause connue, ce qui ne veut pas dire que ces délires n'ont pas de cause.

Toute émotion, toute passion peut produire un délire transitoire, même en dehors de la dégénérescence mentale ou héréditaire, de l'épilepsie, des intoxications et de tout traumatisme ou maladie appréciable.

Les délires transitoires, quels qu'ils soient, n'ont pas de caractères spécifiques en dehors de ceux empruntés à leur étiologie, quand il y en a une, et en dehors du fait d'être transitoires, ainsi que l'indique leur nom.

Si un individu a commis un délit sous l'influence d'un délire transitoire, quelle que soit la cause de ce délire, et, alors même qu'il n'y a pas de cause pour expliquer ce délire, cet individu échappe à l'application de la loi qui nous régit actuellement en matière de responsabilité criminelle; il est irresponsable.

M. Régis (de Bordeaux) fait observer que M. Vallon paraît avoir traité la question bien plus au point de vue nosologique qu'au point de vue médico-légal. Il s'est essentiellement attaché à cet effet, dans un excellent rapport, à démontrer que les délires transitoires n'existaient pas en tant qu'états pathologiques distincts et qu'ils se rattachaient toujours à un état pathologique antérieur.

Mais, symptomatiques ou non, il n'en existe pas moins des troubles psychiques transitoires, c'est-à-dire des troubles psychiques éphémères, précédés et suivis de l'état de raison, qui, au point de vue médico-légal, sont très délicats à apprécier et à juger.

M. Régis croit que c'est bien moins la démonstration du caractère symptomatique de ces troubles psychiques que l'étude des difficultés médico-légales qu'ils soulèvent qui était en cause, et il regrette que M. Vallon, étant donné sa compétence toute spéciale, n'ait pas donné plus d'étendue à cette partie de son rapport.

M. G. Lalanne (de Le Bouscat, Gironde). — Les délires transitoires peuvent se ramener à trois types :

1° Ceux qui sont sous la dépendance d'un état congestif, comprenant eux-mêmes les troubles transitoires de la sphère curative;

2° Ceux qui sont sous la dépendance d'une intoxication (alcoolisme);

3° Ceux qui sont liés à une névrose (épilepsie, hystérie). Les délires transitoires d'origine congestive sont toujours liés à un état d'hyperhémie cérébrale. Témoin l'observation d'un malade qui, à la suite d'un violent accès de colère, rentra chez lui, s'empara d'un couteau et d'un oreiller sur lequel il voulait appuyer, pour la trancher, la tête d'une jeune fille, sa nièce, qu'il élevait, et pour laquelle il avait beaucoup d'affection. Conduit dans une maison de santé, ce malade présenta des symptômes de paralysie générale : inégalité pupillaire, léger tremblement de la langue, délire absurde, idées de grandeur (il se dit l'amiral Avellan), etc. Deux jours après, ce malade guérit spontanément. Chez les alcooliques, on rencontre fréquemment des délires transitoires, et le malade peut être persécuté ou persécuteur. Il serait facile de citer des observations concluantes.

Enfin, c'est surtout chez les épileptiques qu'on rencontre les délires transitoires les mieux caractérisés. Même dans ces cas, on peut reconnaître une influence émotive, et, par suite, congestive. Un des malades de M. Lalanne, très probablement épileptique, passe brusquement de l'état le plus lucide au trouble le plus profond, cela au milieu d'une phrase, et le seul souvenir de sa famille, qu'il accuse de le tenir injustement enfermé, produit une irritation qui suffit pour amener un changement d'état.

M. Motet (de Paris) n'a pas souvenance d'avoir eu d'exemple de délire transitoire ne se rattachant pas à un état pathologique antérieur. Une seule fois il croit en avoir rencontré un; mais l'examen plus approfondi du malade montra qu'il avait commis un acte passionnel et non un acte commis sous l'influence d'un accès de délire transitoire. La passion et non l'aliénation mentale peut conduire à des accès incohérents. En dehors de ces actes passionnels, il croit qu'il n'y a pas de délire transitoire ne se rattachant pas à un état pathologique antérieur.

M. Ballet (de Paris) a examiné un homme dont l'histoire vient à l'appui de l'opinion de M. Motet. Celui-ci étrangla sa maîtresse dans des circonstances absolument inexplicables. M. Ballet crut que cet homme était un épileptique, mais il ne persista pas dans ce diagnostic, car le souvenir du crime était resté gravé dans la mémoire du sujet. L'enquête fit apprendre que cet homme avait fait précédemment deux tentatives de suicide; ceci, joint à d'autres faits, fit penser à M. Ballet que, chez cet homme, il y avait un fond de dépression mentale habituelle, et, sur ce fond, survenaient des poussées impulsives.

M. Kéraval (d'Armentières) vient également d'observer un homme ayant commis un crime sous l'influence de la passion. Ces cas sont à distinguer soigneusement de ceux qui relèvent d'un délire transitoire.

M. Vallon était appelé à donner son avis dans le cas suivant : une femme donna un coup de couteau à son mari : avait-elle agi sous l'influence d'un délire transitoire? M. Vallon put répondre en s'appuyant sur l'état pathologique antérieur : cette femme était un véritable dipsomane; elle éprouvait des impulsions irrésistibles, et c'est sous l'influence d'une de celles-ci qu'elle a frappé son mari.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

La mort aux trois périodes de la paralysie générale,

Par le Dr E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Dans un précédent mémoire (1), nous avons étudié d'une manière générale, en nous basant sur 104 hommes, suivis du début de la maladie à sa terminaison par le décès, la mort et ses causes dans la paralysie générale. Mais là n'est pas peut-être le seul point intéressant de la question. Il importe aussi d'examiner les décès, croyons-nous, aux trois périodes de la maladie, et c'est précisément ce côté qu'on a le plus négligé, surtout dans les rapports possibles avec l'âge, l'étiologie, la forme mentale et les troubles moteurs.

MM. Magnan et Sérieux disent que les ictus cérébraux, plus fréquents à la phase terminale, peuvent se manifester à toutes les périodes de la maladie et amener une terminaison fatale, même à la phase initiale. Pour MM. Christian et Ritti, ainsi que pour M. Mickle, le suicide ne se rencontre guère qu'au début de l'affection, et, d'un autre côté, M. Arnaud a déclaré perdre debout la presque totalité de ses paralytiques; dans sa statistique de 33 cas, les six qui ont succombé à des affections intercurrentes, broncho-pneumonie, insuffisance aortique, accidents gastro-intestinaux étaient dans ce cas; également 12 de ceux qui moururent par ictus cérébral. M. Weilbronner raconte que 25 p. 100 des paralysés généraux entrés à l'asile de Munich pendant vingt ans sont morts dès le premier trimestre, mais il ne spécifie pas à quelle période de la maladie ils étaient, et comme cause de mort il signale seulement que la tuberculose est surtout fréquente durant ce premier trimestre de séjour; tout cela est bien vague. Il en est de même pour les indications fournies par M. Th. Kaes, qui rapporte que 40 p. 100 de ses malades moururent après un séjour de six mois à l'asile et 73,9 à la fin de la deuxième année de leur internement. M. Janin, dans sa thèse inaugurale, est celui qui a accordé le plus d'attention à ce point particulier de l'histoire de la paralysie générale. Cet auteur étudie en détail la mort à chacune des trois périodes de la maladie. A la première, il est rare, d'après ses constatations, que le décès survienne; cependant, le paralytique général peut être pris subitement d'un délire aigu consécutif à une congestion encéphalique et alors mourir en quelques jours. Un petit nombre meurent à la deuxième phase, néanmoins quelquefois un paralytique, dont la maladie paraissait évoluer lentement, est pris subitement d'un violent accès d'agitation maniaque avec exaltation excessive de tout le système musculaire, fièvre, insomnie, et pour peu qu'il soit déjà débilité, il maigrit rapidement (fonte paralytique) et meurt d'épuisement et d'usure du système nerveux. A cette période un paralytique général peut aussi succomber à une attaque congestive, mais c'est surtout à la troisième période qu'elle se présente. Il semble résulter de tout cela que la mort serait assez rare aux deux premières phases de l'affection paralytique. Cependant, immédiatement après, M. Janin dit que les malades parcourent rarement les trois périodes, car ils sont fréquemment emportés par une maladie intercurrente, telle que pneumonie, attaques congestives. Quoiqu'il en soit, voilà tout ce que nous avons glané dans nos recherches bibliographiques effectuées avec l'aide de notre interne, M. Maurice Dide. Nous allons essayer de combler en partie ces lacunes.

Et, tout d'abord, quand meurent les paralytiques généraux? Succombent-ils tous au même moment? Non; ces malades sont exposés, pas par suite d'accidents, mais du fait même de leur maladie, à mourir à tout instant. La paralysie générale tue à la phase initiale comme à la phase intermédiaire et à la phase intermédiaire comme à la phase terminale. Il importe de le savoir, car l'opinion contraire est la plus répandue; on répète volontiers que le mal parcourt d'ordinaire toutes ses périodes. Rien n'est plus faux. Les paralysés généraux qui arrivent à la dernière étape constituent même une minorité; le plus grand nombre d'entre eux sont emportés aux deux premiers stades et il peut arriver que la mortalité soit, pour une série donnée, plus forte à la première période qu'à la seconde, ainsi qu'il advint précisément pour nos 104 malades décédés, dont la mort se répartit comme il suit : 1re période : 32, soit 30,7 p. 100; 2e période : 30, soit 28,8 p. 100; 3e période : 42, soit 40,3 p. 100. Ainsi la mortalité est parfois très élevée à la première phase de la paralysie générale. Néanmoins nous sommes tombé sur une série exceptionnellement malheureuse, car il résulte de l'examen de nos décès en général de paralytiques, depuis dix ans à Ville-Evrard, que la mortalité est d'ordinaire plus forte d'un tiers au moins à la seconde période qu'à la première, et plus forte à la troisième qu'à la seconde; il y a donc plus de malades succombant à cette phase terminale qu'aux deux autres considérées isolément, mais moins par rapport à la somme des décès aux deux premières phases.

L'étude des causes de mort aux trois périodes va

1. *Revue de médecine*, 1898.

maintenant nous montrer que c'est par les ictus cérébraux que la paralysie générale tue surtout à la phase initiale et à l'intermédiaire.

Nous avons réuni en un seul groupe toutes les causes de mort qui ne découlent pas directement de la maladie ou qui ne sont pas habituelles.

Notre tableau prête à quelques considérations intéressantes. Nous y voyons tout d'abord que la congestion cérébrale est surtout propre aux périodes initiales, alors que l'organisme n'est pas encore complètement miné et que les tendances congestives décroissent parallèlement aux progrès du mal et à la destruction de la couche corticale, contrairement à l'assertion de MM. Magnan et Sérieux. Là est, ainsi que nous l'avons dit, la grande cause des décès aux deux premières périodes. Nous constatons ensuite la possibilité de la mort subite à toutes les phases du mal, mais la fréquence plus grande de cette catastrophe avant le stade terminal. Les affections pulmonaires et les troubles intestinaux se sont présentés en sens inverse, les premiers sévissant surtout au début, les seconds quand l'organisme est déjà épuisé. Nous n'avons eu de décès par refus d'aliments qu'à la seconde période; à la troisième, cette complication, en effet, ne se présente, pour ainsi dire, jamais, le paralytique n'étant plus alors, ainsi qu'on l'a justement remarqué, qu'un tube digestif, et quand elle se présente à la première, le malade a encore assez de vigueur pour bien supporter l'alimentation forcée, ce qui n'existe déjà plus à la phase intermédiaire, tandis que les conceptions délirantes hypochondriaques et mélancoliques persistent alors avec assez de force pour amener le refus de toute nourriture. La mort par marasme sitiophobique se rencontrera donc surtout à la seconde période. Par contre, le suicide, quand il se perpétrera, aura lieu à la phase initiale comme dans notre tableau, car la mort volontaire pour se produire exige un dégoût de la vie incompatible avec l'inconscience du malade à la deuxième et à la troisième période.

	1re PÉRIODE	2e PÉRIODE	3e PÉRIODE	TOTAUX
	p. 100	p. 100	p. 100	
Congestion cérébrale.	22 soit 44	20 soit 40	14 soit 16	56
Marasme.	0 — 0	0 — 0	24 —100	24
Mort subite	4 — 44,4	4 — 44,4	1 — 11,2	9
Sithiophobie	0 — 0	4 —100	0 — 0	4
Affections pulmon. .	5 —100	0 — 0	0 — 0	5
Troubles intestinaux.	0 — 0	2 —100	0 — 0	2
Suicides.	1 —100	0 — 0	0 — 0	1
Autres causes . . .	0 — 0	0 — 0	3 —100	3
Totaux. . . .	32	30	42	104

Enfin, c'est surtout au stade terminal que les autres causes, c'est-à-dire les maladies incidentes, auront prise sur l'organisme épuisé et auront vite fait d'emporter le paralytique. Inutile d'ajouter que le décès par marasme paralytique est exclusif des autres périodes. En résumé, nous voyons que les principales causes de mort sont à la première période : la congestion cérébrale, la mort subite, les affections pulmonaires et le suicide; à la seconde période : la congestion cérébrale, en proportion moindre qu'à la première, la mort subite, le refus d'aliments et les troubles intestinaux; à la troisième période, le marasme paralytique, la congestion cérébrale en proportion moindre qu'aux deux autres et les maladies incidentes ou complications. Quant à l'asphyxie par bol alimentaire qui ne figure pas dans notre tableau, le cas ne s'étant pas produit, c'est un accident de la deuxième période, à la troisième les malades étant au régime liquide.

L'âge influe-t-il sur la mort plus ou moins rapide dans la paralysie générale? Le tableau suivant répond à cette question :

AGES	1re PÉRIODE	2e PÉRIODE	3e PÉRIODE	TOTAUX
	p. 100	p. 100	p. 100	
25 à 30 ans.	0 soit 0	2 soit 33,3	4 soit 66,7	6
30 à 35 ans.	1 — 3,5	10 — 35,6	17 — 60,9	28
35 à 40 ans.	5 — 15,6	8 — 25	19 — 58,4	32
40 à 45 ans.	16 — 66,8	6 — 24,9	2 — 8,3	24
45 à 50 ans.	6 — 60	4 — 40	0 — 0	10
50 à 55 ans.	4 —100	0 — 0	0 — 0	4
Totaux.	32	30	42	104

Ce tableau est très expressif et met bien en évidence que la mort est d'autant plus retardée et se produit à une période d'autant plus avancée que le sujet est plus jeune. Les décès de 25 à 40 et de 40 à 55 tranchent nettement, les premiers ayant leur maximum à la troisième période et les seconds à la première; l'écart se fait même avec une grande brusquerie par une différence en plus à partir de 40 ans de 51,2 p. 100 à la phase initiale, et une différence en moins de 50,1 p. 100 à la phase terminale; même de 50 à 55, tous les décès se sont produits à la première période. A la phase intermédiaire, les différences sont un peu moins tranchées, mais néanmoins encore très caractéristiques; nous voyons la proportion des décès être sensiblement la même de 25 à 35 et de 35 à 45 avec un écart de 10 p. 100 au moins en faveur de ces derniers âges, à cause du grand nombre de ceux qui succombent dès le début; puis de 45 à 50 les décès à la seconde période s'élèvent brusquement, car à partir de cet âge, il n'y en a plus à la troisième période, comme, à partir de 55, il n'y en a plus ni à celle-ci, ni même à la seconde, tous succombant à la phase initiale.

Il est donc permis d'affirmer que, dans la paralysie générale, la mort a lieu à une période d'autant plus avancée que le sujet est plus jeune.

L'étiologie influencerait-elle au même titre que l'âge l'époque où se produit la mort dans la péri-encéphalite chronique?

Voici ce que nous donnent nos 104 décès :

	1re PÉRIODE	2e PÉRIODE	3e PÉRIODE	TOTAUX
	p. 100	p. 100	p. 100	
Syphilis.	14 soit 28	16 soit 32	20 soit 40	50
Alcool	3 — 20	4 — 26,6	8 — 53,4	15
Syphilis et alcool. . .	5 — 41,6	0 — 0	7 — 58,4	12
Traumatismes	2 — 50	2 — 50	0 — 0	4
Autres causes	8 — 34,8	8 — 34,8	7 — 30,4	23
Totaux. . .	32	30	42	104

Ce tableau prouve que la paralysie générale qui tue le plus aux phases initiales est celle d'origine traumatique : le traumatisme crânien est, en effet, la seule cause qui n'ait permis à aucun sujet d'arriver à la troisième période. Avec les causes autres que le traumatisme, l'alcool et la syphilis, la mort est survenue en proportion sensiblement la même aux trois périodes, mais notre tableau semble bien montrer qu'avec l'intoxication alcoolique et l'infection syphilitique isolée, la maladie tend le plus souvent vers la phase ultime, cela est surtout vrai de la première avec laquelle plus de la moitié de nos sujets sont arrivés à la troisième période. Si l'alcool et la syphilis se trouvent combinés chez le même sujet, à en juger par nos constatations, ou celui-ci serait emporté tout de suite, dès le début de la maladie, ou il en parcourrait toutes les étapes : nous n'avons eu, en

effet, aucun décès avec cette étiologie mixte à la deuxième période.

Les paralytiques généraux sont-ils exposés à mourir à une période plutôt qu'à une autre selon les diverses formes mentales qu'ils présentent : expansive, dépressive, mixte, démentielle? Nous avons pour répondre à cette question le tableau suivant :

	1re PÉRIODE	2e PÉRIODE	3e PÉRIODE	TOTAUX
	p. 100	p. 100	100	
Expansives	29 soit 48,3	14 soit 23,3	17 soit 28,4	60
Dépressives	0 — 0	2 — 50	2 — 50	4
Mixtes	2 — 6,3	12 — 37,5	18 — 56,2	32
Démentielles	1 — 12,5	2 — 25	5 — 62,5	8
Totaux	32	30	52	104

Il n'est pas contestable, d'après ce tableau, que ce sont les paralytiques généraux de la variété expansive qui succombent en plus grand nombre à la première période et ceux de la variété démentielle à la troisième; entre les deux se placent les variétés dépressives pures et les variétés mixtes. La mortalité de celles-ci, d'après nos constatations, irait constamment en augmentant de la première à la seconde période et de la seconde à la troisième, tandis que la mortalité de celles-là, nulle à la phase initiale, serait la même aux deux autres. Si donc les paralytiques expansifs sont ceux qui meurent le plus au début de la maladie, les paralytiques déprimés sont ceux qui meurent le moins à ce moment.

Chacun sait combien est variable l'intensité des troubles moteurs à la première période de la paralysie générale. Les paralytiques ont-ils des chances de succomber plus tôt ou plus tard selon cette intensité? Nous avons à cet égard le tableau qui suit :

	1re PÉRIODE	2e PÉRIODE	3e PÉRIODE	TOTAUX
	p. 100	p. 100	p. 100	
Légers	6 soit 17,6	10 soit 29,4	18 soit 53	34
Modérés	6 — 24	12 — 48	7 — 28	25
Les deux	12 — 20,3	22 — 37,2	25 — 42,5	59
Marqués	16 — 39	8 — 19,9	17 — 41,1	41
Excessifs	4 — 100	0 — 0	0 — 0	4
Les deux	20 — 44,4	8 — 17,7	17 — 37,9	45
Totaux	32	30	42	104

Si on envisage ce tableau dans ses grandes lignes, il semble incontestable que la mort survient à une période d'autant plus rapprochée du début que les troubles moteurs sont d'emblée plus marqués et que les paralytiques généraux qui ont le plus de chances de succomber à la phase ultime sont ceux chez lesquels ces troubles sont légers à la première période. Nous constatons tout d'abord, en effet, ce fait caractéristique que nos quatre sujets qui eurent dès la première période des troubles moteurs excessifs sont morts tous les quatre à cette phase initiale; d'un autre côté, nous voyons avec les troubles légers la mortalité être bien plus faible à la première période qu'à la seconde, et bien plus faible à la seconde qu'à la troisième; l'écart que nous donne notre tableau est de 17,8 p. 100 et de 23,6 p. 100. Avec les intensités intermédiaires, troubles modérés et troubles marqués, ce fait ne ressort pas clairement du tableau, mais les résultats fournis par les troubles extrêmes, légers et excessifs, que nous venons de mettre en relief, et qui, en somme, sont les plus importants, les plus propres par leur exagération même en plus et moins, à fournir des indications, sont trop caractéristiques pour légitimer le moindre doute.

De ces recherches, nous tirerons donc les conclusions suivantes, relatives aux seuls hommes, notre service étant unisexué :

I. Il n'est pas vrai que la paralysie générale parcoure habituellement ses trois périodes : c'est seulement la minorité des paralytiques qui arrive à la troisième, le plus grand nombre succombant aux deux premières; toutefois, si on considère chaque période isolément, il est vrai de dire que la mortalité est plus faible à la première qu'à la seconde, et à la seconde qu'à la dernière.

II. Contrairement à l'opinion généralement acceptée, les tendances congestives sont plus marquées aux périodes initiales de la paralysie générale et décroissent parallèlement aux progrès du mal.

III. La mort subite se produit à toutes les périodes de la paralysie générale, mais sa fréquence est beaucoup plus grande aux deux premières et égale pour les deux.

IV. La mort par affections pulmonaires est plus fréquente aux premières périodes et la mort par troubles gastro-intestinaux aux périodes avancées.

V. Le suicide ne se produit qu'à la première période et la mort par marasme sitiophobique est plus spéciale à la seconde, tandis que, de toute évidence, le marasme paralytique ne se rencontre qu'à la troisième.

VI. La mort par complications se montre surtout à la troisième période et la mort par asphyxie due au bol alimentaire à la seconde, à la phase ultime le régime des malades étant presque toujours liquide.

VII. La mort se produit d'ordinaire à une période d'autant plus avancée que la paralysie générale est plus précoce.

VIII. La paralysie générale traumatique est celle qui expose le plus à la mort aux périodes initiales.

IX. La paralysie générale alcoolique et la paralysie générale syphilitique, surtout la première, sont celles qui, d'ordinaire, n'emportent les malades qu'à la troisième période; mais les sujets qui ont à la fois cette intoxication et cette infection sont très exposés à succomber à la première.

X. La paralysie générale due à des causes autres que le traumatisme, l'alcoolisme et la syphilis, tue en proportion sensiblement égale aux trois périodes.

XI. La paralysie générale expansive est surtout celle qui tue à la première période, et la démentielle à la troisième, tandis que la dépressive ne tue pour ainsi dire jamais à la phase initiale.

XII. Les paralytiques généraux avec troubles moteurs légers à la première période parcourent d'ordinaire les trois phases de la maladie, tandis que ceux avec troubles moteurs d'emblée très accusés succombent aux périodes initiales.

REVUE GÉNÉRALE

La camptodactylie,

Par le Dr Herbert.

Sous le nom de camptodactylie, M. Landouzy a décrit dès 1885 (1) une malformation caractérisée par la flexion permanente d'un ou plusieurs doigts de la main, flexion produite soit isolément de la seconde phalange sur la

1. Landouzy, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, nov. 1885.

première, soit d'une façon associée de la seconde sur la première et de la troisième sur la deuxième, l'aponévrose palmaire restant saine.

La camptodactylie, distincte de la rétraction de l'aponévrose palmaire, est, malgré son importance diagnostique, un symptôme encore aujourd'hui peu connu et souvent confondu avec le rhumatisme chronique. Aussi avons-nous cru intéressant de reprendre à nouveau son étude (1).

I. Description. — La camptodactylie est unilatérale ou bilatérale. Lorsqu'elle est unilatérale elle siège le plus souvent à la main droite : lorsqu'elle est bilatérale, elle est habituellement plus marquée du côté droit.

Elle siège avec une très grande constance sur l'auriculaire ; mais elle peut aussi atteindre les autres doigts, l'annulaire, le médius, et beaucoup plus rarement les deux premiers doigts : elle peut être généralisée à tous les doigts de la main qui devient alors concave et prend un peu la forme d'une griffe.

La courbure de l'auriculaire est toujours plus marquée que celle des autres doigts.

Lorsqu'elle est isolée, elle peut être très légère, et l'on observe tous les degrés depuis le doigt à peine incurvé jusqu'au doigt en crochet. Lorsque la courbure est très forte, les doigts ne peuvent s'appliquer sur une surface plane.

La courbure est habituellement régulière ; elle porte à la fois sur les deux articulations du doigt, mais elle est toujours plus accentuée au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. L'articulation métacarpo-phalangienne est généralement libre et la première phalange du doigt peut être portée dans l'extension complète sur la main.

La peau des doigts est normale. Les articulations se fléchissent facilement; on n'y perçoit pas de craquements, à moins qu'il n'y ait coïncidence de rhumatisme chronique.

Les extrémités osseuses ne sont généralement pas déformées ni épaissies. Quelquefois cependant les phalanges présentent une légère déviation en dedans ou en dehors; le doigt est parfois un peu tordu sur son axe. Enfin les deux derniers peuvent être tous deux déviés vers l'axe de la main.

Lorsqu'on essaie de redresser le doigt, on éprouve une résistance et on voit le tendon fléchisseur se tendre et faire saillie à la face palmaire du doigt.

La camptodactylie est une déformation indolente et peu gênante ; beaucoup de malades ne s'en sont jamais aperçus; aussi est-il souvent très difficile de se renseigner sur l'âge auquel la camptodactylie a apparu.

L'évolution est lente, progressive; la courbure augmente avec l'âge et les doigts primitivement respectés sont atteints après plusieurs années.

La camptodactylie est souvent, chez les jeunes sujets, la seule déformation qu'on constate à la main. Mais chez les gens âgés, elle peut être accompagnée d'autres affections, telles que les nodosités d'Heberden, les arthrites phalango-phalanginiennes (nodosités de Bouchard), diverses aberrations de la forme, de la structure et de la direction des doigts, l'état lisse de la peau, l'eczéma sec phalangien et périunguéal, parfois même la rétraction de l'aponévrose palmaire.

II. Etiologie. — La camptodactylie, manifestation de l'arthritisme, n'est pas une déformation rare, mais il est difficile d'en établir avec exactitude la fréquence générale, car elle varie suivant les milieux sociaux, que l'on considère.

Pourtant, même dans les milieux hospitaliers, la camptodactylie se rencontre encore avec une certaine fréquence; nous avons pu, à l'hôpital Laënnec, sur une population de 240 malades, en recueillir 38 cas.

Elle existe beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme (27 cas contre 11).

C'est aussi une affection de l'âge adulte et de l'âge avancé. On la voit rarement chez l'enfant.

M. Landouzy admet pourtant que la camptodactylie apparaît dans la seconde et même dans la première enfance; dans ses observations elle est signalée chez un enfant de 6 ans.

La camptodactylie est souvent héréditaire. On peut la trouver à la fois chez les parents et chez les enfants; elle peut se montrer même dans trois générations successives. L'hérédité peut être directe et de même nature, ou indirecte, la camptodactylie alternant avec d'autres manifestations de la même diathèse.

Un fait domine toute l'étiologie de la camptodactylie, c'est sa relation avec l'arthritisme. M. Landouzy la considère comme un stigmate de cette diathèse. Dans ses observations, sur 35 arthritiques il l'a rencontrée 18 fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas; mais elle est surtout fréquente dans l'arthritisme des femmes : sur 18 femmes arthritiques, elle existait 12 fois, tandis que sur 17 hommes elle n'est notée que 6 fois.

Sur nos 38 malades, 25 étaient des individus éminemment arthritiques.

Dans les familles où se voit la camptodactylie, on trouve aussi la goutte, le diabète, la lithiase hépatique ou néphrétique, l'obésité, les cardiopathies.

L'interrogatoire des malades révèle dans leur passé nombre de symptômes permettant de les classer parmi les neuro-arthritiques (urticaire, rhumatisme, obésité, névralgies diverses, lithiase biliaire ou rénale, goutte, diabète, asthme, artério-sclérose, etc.).

Nous avons observé la camptodactylie chez une douzaine de tuberculeux ; la plupart de ceux-ci étaient atteints de tuberculose pulmonaire, mais quelques-uns avaient des tuberculose chirurgicales. Dans la moitié des cas, la camptodactylie s'accompagnait de la déformation désignée sous le nom de doigt hippocratique. Elle existait le plus souvent chez des sujets pourvus d'antécédents arthritiques, à tuberculose généralement hémoptoïque, fébrile et à tendance fibreuse; quelquefois cependant les antécédents arthritiques faisaient complètement défaut.

III. Pathogénie. — Les données que nous possédons sur la pathogénie de la camptodactylie sont peu précises. Cette déformation ne relève d'aucune cause locale; les frottements répétés, les irritations chroniques professionnelles, ne sont pour rien dans son apparition.

La position habituelle imprimée à la main par la profession n'y prédispose pas.

La condition étiologique la plus constante est l'arthritisme. Cette diathèse, exerçant principalement son action sur le tissu conjonctif et le tissu fibreux, amènerait une rétraction lente et progressive du tendon fléchisseur du petit doigt et des ligaments des articulations phalango-phalangiennes.

A l'examen clinique, les os et les synoviales paraissaient indemnes, et la résistance à l'extension des doigts semble être de nature fibreuse. De plus, M. Landouzy, qui a fait, avec Mme Déjerine-Klumpe, la dissection de plusieurs doigts camptodactyliques, a pu constater *de visu* l'inté-

1. Les observations se trouvent dans la thèse de Herbert (Paris, 1898, n° 408, H. Jouve).

grité absolue de la synoviale et des têtes osseuses, ainsi que l'épaississement des ligaments périarticulaires.

IV. Diagnostic. — Le diagnostic de la camptodactylie est généralement facile. On ne confondra pas cette déformation indolore, le plus souvent limitée à l'auriculaire, avec les tophus et les déviations des jointures dans la *goutte*, ni avec les altérations du *rhumatisme chronique progressif* qui a une évolution très douloureuse, envahit successivement toutes les articulations des doigts, puis les autres articulations de l'économie et leur imprime des attitudes particulières; la *sclérodermie* atteint toute la main, en même temps la face et s'accompagne d'une altération spéciale de la peau.

Les *nodosités d'Heberden* doivent être séparées de la camptodactylie. Si elles ont un certain nombre de points communs avec la camptodactylie (étiologie arthritique, prédominance chez la femme et dans un âge avancé) elles en sont cependant bien distinctes, car tandis que la camptodactylie est une maladie du tissu fibreux et laisse intactes les articulations, la nodosité d'Heberden est, comme Charcot l'a montré, une maladie du tissu osseux et s'accompagne d'altérations des surfaces articulaires.

Les *nodosités décrites par Bouchard et Legendre* (1) dans la dilatation de l'estomac et constituées par deux nodules latéraux situés sur les côtés des articulations phalango-phalangiennes des quatres derniers doigts qui s'accroissent progressivement et s'ossifient, signalées par Coutaret (2) dans une série de dyspepsies de nature arthritique, sont absolument distinctes de la camptodactylie, qui est au contraire de nature fibreuse et siège avec une prédilection remarquable sur le petit doigt : un seul point rapproche ces deux affections, c'est leur origine arthritique.

Si les déformations du *rhumatisme chronique fibreux* sont bien, comme la camptodactylie, le fait exclusif du déplacement des surfaces articulaires et du maintien de ce déplacement par les rétractions fibreuses péri-articulaires, sans altérations osseuses, elles s'en distinguent cependant par leur aspect : les doigts au lieu d'être fléchis sont en extension, la première phalange est au contraire fléchie sur la paume, tandis qu'elle est étendue dans la camptodactylie et l'affection a souvent un début aigu et douloureux.

La *rétraction de l'aponévrose palmaire* ou maladie de Dupuytren est plus délicate à séparer de la camptodactylie avec qui on a voulu la confondre. Si la rétraction de l'aponévrose palmaire peut en effet venir compliquer la camptodactylie, son aspect et sa pathogénie l'en distinguent absolument.

La rétraction de l'aponévrose palmaire est souvent douloureuse dès son début, tandis que la camptodactylie est toujours indolente; l'une atteint primitivement la paume de la main, où elle produit des sillons et des nodosités, et ne rétracte que secondairement les doigts; l'autre fléchit exclusivement le doigt et laisse absolument intacte l'aponévrose palmaire; l'une fléchit la première phalange, l'autre la laisse en extension et ne fléchit que la seconde et la troisième. La camptodactylie survient dans l'arthritisme héréditaire ou acquis sans cause provocatrice; la rétraction de l'aponévrose palmaire succède le plus souvent à des traumatisme répétés.

La camptodactylie est donc bien une déformation spéciale, distincte du rhumatisme chronique progressif, du rhumatisme chronique fibreux, des nodosités d'Heberden, des nodosités de Bouchard et de la maladie de Dupuytren.

1. Legendre, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1892.
2. Coutaret, *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, 1892.

La fréquence remarquable avec laquelle elle se produit dans l'arthritisme en fait un des stigmates de cette diathèse qui peut aider à la reconnaître en l'absence de la plupart de ses symptômes révélateurs.

Or il peut être important de connaître l'arthritisme du sujet étant donné la manière spéciale dont se comporte le neuro-arthritique vis-à-vis de nombre d'affections aiguës ou chronique.

Il sera donc intéressant, au début de toute maladie, de rechercher la camptodactylie. Notamment chez des individus présentant de la camptodactylie et atteints de tuberculose pulmonaire on peut vérifier l'évolution lente, hémoptoïque et curable de cette affection, ce qui est l'allure de la tuberculose chez les arthritiques.

Chez l'enfant, la camptodactylie est encore d'une plus grande utilité permettant de rattacher à l'arthritisme certaines affections (dyspepsies rebelles, colites muco-membraneuses, coryzas spasmodiques répétés, etc.).

L'apparition prématurée de ce stigmate de l'arthritisme si elle indique chez l'enfant une dystrophie durable, permet aussi de s'opposer de bonne heure par de sages mesures d'hygiène au progrès de la diathèse, et d'éviter la plupart des accidents qu'entraîne avec lui l'arthritisme héréditaire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Carnot (Paul). *La pathogénie des pancréatites. (Recherches expérimentales et cliniques.)* N° 213. (Steinheil.)

M. Guessarian (K.). *Incontinence d'urine chez la femme par anomalies de développement des organes génito-urinaires.* N° 346. (A. Malverge.)

M. Robineau. *Traitement chirurgical des phlébites.* N° 347. (G. Steinheil.)

M. Georgiadès-Sassi. *Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes.* N° 348. (H. Jouve.)

M. Audat (E.). *Rhino-pharyngite chez les enfants.* N° 354. (H. Jouve.)

M. Kouindjy. *Appendicectomie, difficultés de l'opération et accidents consécutifs.* N° 349. (Carré et C. Naud.)

M. Vico (D.). *Essai d'étude sur la thérapeutique thyroïdienne.* N° 358. (H. Jouve.)

La pathologie du pancréas est actuellement à l'étude et les travaux à son sujet sont nombreux; celui de M. Carnot, qui s'est attaché à l'étude expérimentale des pancréatites, comptera parmi les plus importants. Dans cette thèse l'auteur essaie de déterminer comment la glande réagit aux infections et aux intoxications et quels sont les divers actes (auto-digestion, infection ascendante secondaire) qui les accompagnent. D'une façon générale, les lésions obtenues dépendent moins de la nature que de la grandeur de la cause; une même cause peut produire diverses lésions, une même entité morbide est occasionnée par une série de causes. Pour type d'infection pancréatique expérimentale, l'auteur a choisi l'infection coli-bacillaire. Or les lésions varient suivant le lieu de l'infection et la virulence de la culture. Virulent et porté directement dans la glande le coli-bacille reproduit des pancréatites hémorrhagiques, moins virulent des pancréatites suppurées, moins virulent encore des scléroses; enfin de faibles injections de microorganismes atténués produisent des lésions à peine appréciables. M. Carnot a pu très souvent provoquer indirectement l'infection ascendante soit en

affaiblissant les défenses de la glande, soit en exaltant la virulence des coli duodénaux (infection intra-parenchymateuses de bacille de Koch, de tuberculine, de papaïne ou bien irritation du duodénum). L'infection tuberculeuse, si à doses massives elle peut déterminer des abcès caséeux, ne détermine le plus souvent qu'une sclérose très marquée mais non spécifique; parfois même l'inoculation reste négative; la tuberculine détermine de même une sclérose atrophique intense et rapide.

La toxine diphthérique détermine par injections intra-glandulaires des pancréatites hémorrhagiques considérables avec mort par hémorrhagie péritonéale, par injection sous-cutanée elle produit des irritations prolifératives glandulaires avec début de sclérose; la papaïne, la trypsine à forte dose provoquent une pancréatite hémorrhagique, à faible dose une sclérose extrêmement rapide. Dans une étude synthétique l'auteur montre ensuite que la pancréatite hémorrhagique représente l'inflammation la plus aiguë de la glande; puis viennent les pancréatites aiguës non hémorrhagiques, et les pancréatites suppurées, celles-ci marquant une réaction de la glande aux infections aiguës. Elles peuvent aboutir à la guérison par sclérose consécutive où à la mort, si la défense ne l'emporte pas sur l'infection; il peut arriver qu'on ait des suppurations canaliculaires par infection ascendante. Les pancréatites chroniques se présentent sous forme de scléroses, de stéatoses ou de lithiases. L'auteur étudie en terminant les troubles apportés aux fonctions du pancréas par les pancréatites; il montre que les troubles des fonctions digestives sont caractérisés par la voracité, la dyspepsie pancréatique, l'amaigrissement très rapide; la stéarrhée, la lipurie, le défaut de digestion des fibres musculaires sont des signes utiles, mais manquent souvent; quant à la fonction glycémique, l'auteur a observé le diabète dans certains cas expérimentaux, comme en clinique, alors qu'une grande partie de la glande paraissait saine; dans d'autres cas il ne l'a pas obtenu que la lésion, plus aiguë, était beaucoup plus considérable; la glycosurie est donc un symptôme de lésions pancréatiques aussi net qu'inconstant; sa présence est très significative, on ne peut rien conclure de son absence.

M. Guessarian, dans une excellente thèse. a étudié d'après les travaux de l'école de Necker l'incontinence d'urine chez la femme, par anomalies de développement des organes génito-urinaires.

La seule théorie acceptable du développement du rein est celle qui admet l'uretère, canal excréteur, ayant un développement distinct de celui du rein, glande de sécrétion.

L'uretère surnuméraire est dû, chez l'homme, au canal de Müller et, chez la femme, au canal de Wolff; l'inverse peut se produire, c'est-à-dire que le canal de Wolff, chez l'homme, peut devenir uretère surnuméraire; dans ce cas, il y a naturellement absence des voies spermatiques du côté correspondant; la science en possède un exemple. Chez la femme, ce canal de Müller pourrait également devenir uretère surnuméraire et, dans ce cas, l'utérus n'aurait qu'une seule corne, mais il n'y a pas d'exemple relaté dans la science.

Cette théorie se base sur le développement distinct de l'uretère et du rein; sur l'origine des canaux de Wolff et de Müller, aux dépens de la plaque intermédiaire, directement ou indirectement ; cette origine s'établissant au-dessus du point où le rein définitif se développe. Mais comme le rein, à mesure qu'il se développe, s'avance vers l'extrémité céphalique de l'embryon, c'est-à-dire à la rencontre des points d'origine des canaux de Wolff et de Müller, il est tout naturel de penser que, si l'uretère, par anomalie, n'arrive pas à drainer tout le rein, une portion, et toujours la supérieure sera drainée par un des deux canaux qu'il trouve à sa disposition, de préférence celui qui n'a pas de fonction et est condamné à l'atrophie, c'est-à-dire le canal de Wolff, chez la femme, et le canal de Müller, chez l'homme.

L'uretère surnuméraire qui a un abouchement ailleurs qu à la vessie est presque toujours dilaté; il correspond à la portion supérieure du rein qui est en état d'hydronéphrose et d'atrophie plus ou moins avancées, et se termine en bas par une poche adhérente aux organes voisins, poche placée dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le col utérin de la vessie ou bien dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale; cette poche a des parois minces, le plus souvent, mais quelquefois épaisses, surtout quand elle n'a pas d'ouverture.

L'incontinence partielle d'urine, quand elle est diurne, quand, après une miction volontaire, l'urine continue à s'écouler, que cette incontinence existe dès la naissance, il faut avant tout chercher s'il n'y a pas une ouverture anormale laissant passer directement l'urine du rein sans traverser la vessie.

La cystoscopie est un examen très important qui montre le plus souvent que l'uretère anormal est surnuméraire.

L'examen de l'urine perdue est chose importante : il faut se rendre compte de sa quantité, de sa qualité chimique, au point de vue de l'urée, des chlorures, des phosphates, de ses caractères physiques par rapport à ceux de l'urine issue de la vessie. Tout cela donne une idée exacte de la valeur réelle du rein drainé.

Le seul traitement possible des anomalies d'ouverture de l'uretère est l'intervention chirurgicale : plusieurs procédés existent qui sont excellents, mais ils doivent être modifiés suivant les cas.

S'il y a une terminaison borgne d'un uretère surnuméraire, si l'urine perdue est d'une quantité insignifiante ou n'a aucune valeur physiologique au point de vue de la quantité d'urée, de chlorures et de phosphates, la suppression de cet uretère, effectuée aussi haut que possible, est indiquée.

S'il y a ouverture au méat d'un uretère surnuméraire sans poche, il faut établir une communication, le plus simplement possible, entre ce canal et la vessie et détruire la portion terminale.

Dans les cas où l'uretère surnuméraire possède une poche et draine de l'urine en assez grande abondance et de bonne qualité, l'opération de Colzi par la voie pubienne, celle de Tauffer par la voie sus-pubienne et enfin, de préférence, la brillante opération de M. Albarran par la voie vaginale ont leurs indications.

A côté de l'incontinence d'urine par anomalie d'abouchement d'un uretère surnuméraire, plusieurs anomalies congénitales et embryonnaires peuvent aussi provoquer l'incontinenoe des urines; il peut y avoir :

a) Incontinence par anomalie d'abouchement d'un uretère unique.

b) Incontinence par absence complète de la vessie.

c) Incontinence par défaut de musculature du trigone, ressemblant à l'incontinence par cystocèle; et de la région du sphincter ressemblant à l'incontinence par atonie du sphincter.

d) Incontinence par adhérence de la vessie à l'utérus.

e) Incontinence par vagin double.

D'après M. Robineau le traitement chirurgical des phlébites se compose essentiellemeet de deux temps principaux :

A. *La ligature des veines efférentes, ou tout au moins la principale;* conduite inoffensive, précieuse pour barrer la route vers le cœur aux embolies volumineuses ou septiques; ses effets sont moins utiles quand elle n'est pas placée au delà de la limite de l'inflammation. Pour s'opposer efficacement à la propagation de la phlébite, il faut associer à la ligature la résection d'un segment veineux.

B. *La désinfection des veines enflammées;* on l'obtient par divers moyens. L'ablation totale, à la manière des tumeurs, convient aux varices des membres, aux hémorrhoïdes en bourrelet, à certaines phlébites bien localisées, etc. Des lésions très limitées (ampoule hémorrhoïdaire thrombosée) sont justiciables de l'incision suivie de nettoyage et suture. L'incision avec drainage est préférable dans les phlébites des sinus crâniens, du varicocèle, et en général dans les phlébites suppurées graves, où la réunion ne saurait être cherchée; l'emploi judicieux du thermocautère est parfois d'un grand secours, surtout en cas de gangrène.

Ces deux temps opératoires se succéderont autant que possible dans l'ordre indiqué, afin d'éviter la contamination de la ligature; le chirurgien doit se souvenir que les fautes d'asepsie en chirurgie veineuse peuvent entraîner de funestes conséquences.

S'il était permis d'étendre ces notions générales de thérapeutique des phlébites, on pourrait concevoir un traitement chirurgical de la phlegmatia alba dolens; on ne serait d'ailleurs autorisé à l'appliquer qu'en présence d'accidents graves d'embolie ou de septicémie.

D'après M. Georgiadès-Sassi l'incision vaginale doit être préférée à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginale, toutes les fois qu'il s'agit d'une jeune femme dont on veut conserver les annexes. Quelques-unes des patientes ayant subi l'incisision du cul-de-sac vaginal postérieur ont été depuis enceintes.

Le procédé opératoire en est très simple, mais il y a lieu de se servir plutôt du bistouri que du trocart de Laroyenne, celui-ci pouvant amener avec une hémorrhagie grave la rupture d'un organe voisin.

L'antisepsie vaginale peut être facilement obtenue pour ne pas compromettre le succès. Toutefois, l'auteur croit que le drainage du cul-de-sac de Douglas est nécessaire.

La blessure de l'artère utérine et des uretères peut être facilement évitée. Quant à l'hémostase, une petite éponge ou quelques pinces hémostatiques l'assureront.

Cette opération n'est d'ailleurs nullement un obstacle en vue d'une intervention chirurgicale ultérieure plus complète laparotomie ou hystérectomie.

Les collections pelviennes en général ne sont point justiciables d'une seule et unique intervention opératoire.

Toute collection pelvienne suppurée, accessible par le cul-de-sac vaginal postérieur et n'ayant pas été modifiée par le traitement médical, est justiciable de l'incision de ce cul-de-sac, suivie d'un drainage complet et d'un repos d'au moins six semaines.

La rhino-pharyngite est une affection très fréquente chez les enfants; elle existe aussi bien dans les premiers mois que vers 12 ou 13 ans; le tempérament lymphatique y prédispose incontestablement; les végétations adénoïdes et les granulations qui souvent coexistent avec elle en sont plutôt l'effet que la cause.

Cette affection est très souvent méconnue parce qu'on n'y pense pas; on porte le diagnostic de bronchite, de coqueluche, parfois même de tuberculose ou d'adénopathie trachéo-bronchique simple; il suffit d'examiner la gorge pour redresser l'erreur.

L'adénopathie trachéo-bronchique simple a été très souvent confondue avec elle et, d'après M. Audat, bien des prétendues adénopathies ne sont autre chose que des rhino-pharyngites méconnues, surtout chez les jeunes enfants où l'auscultation est si difficile.

Le traitement comprend des instillations de principes antiseptiques dans les fosses nasales; l'huile mentholée semble le médicament à employer de préférence; si cela ne suffit pas, des badigeonnages du pharynx avec des préparations astringentes et antiseptiques. Enfin il ne faut pas négliger le traitement général (huile de foie de morue, saison au Mont-Dore).

L'appendicectomie constitue pour M. Kouindjy le traitement classique des appendicites.

L'appendicectomie est une opération bénigne, mais présente parfois de grandes difficultés. C'est à cause de ces difficultés qu'il faut considérer l'appendicectomie comme une opération sérieuse, qui exige de la part du chirurgien une grande attention, une connaissance complète de la question et une certaine habileté.

Dans quelques cas, l'appendicectomie peut devenir une opération curative mais nullement définitive. Les malades peuvent présenter des accidents sérieux et consécutifs à l'intervention. Parfois même ils peuvent être atteints d'une appendicite récidivante, malgré l'ablation ou l'amputation spontanée de l'appendice vermiforme. Ces cas sont encore rares, mais une fois mis à l'index, ils ne manqueront pas d'être étudiés.

D'après M. Vico la glande thyroïde en nature (légèrement cuite) ou en poudre (sous forme de tablettes) doit être préférée aux différents principes actifs isolés du corps thyroïde.

Le traitement thyroïdien est spécifique, mais non curatif, dans le myxœdème.

La médication thyroïdienne est une méthode thérapeutique précieuse dans le traitement du goître hyperplasique simple; elle échoue le plus souvent dans le cas de goîtres ayant subi la dégénérescence kystique, colloïde ou fibreuse.

Dans l'obésité, souvent même dans les cas de lipomatose due à une alimentation vicieuse et excessive, la médication thyroïdienne donne des résultats remarquables. Le traitement est contre-indiqué chez les cardiaques.

La médication thyroïdienne semble avoir une action très directe sur les arrêts de croissance, même en dehors du myxœdème.

La médication thyroïdienne peut être très utile dans la maladie de Bassedow :

1° S'il y a dysthyréosis, elle est le traitement de choix.

S'il y a hyperthyréosis, nuisible dans la période d'hypersécrétion, elle sera favorable dans la période d'hyposécrétion.

La médication thyroïdienne est symptomatique dans la tétanie consécutive à la thyroïdectomie. Elle paraît justifiée dans certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde.

La médication thyroïdienne a donné des résultats très encourageants dans certaines hémorrhagies.

La sécrétion lactée est augmentée sous l'influence du traitement thyroïdien; mais il n'est pas sans dangers pour l'enfant. Le nourrisson myxœdémateux ou goîtreux peut être traité par l'ingestion de corps thyroïde chez la mère.

Il est un certain nombre de maladies dans lesquelles la médication thyroïdienne, ayant été tentée, est loin d'avoir fait ses preuves (tuberculose pulmonaire et cutanée, syphilis, cancer, goutte, tachycardie). Il ne faut recourir qu'avec la plus grande circonspection à la médication thyroïdienne pour modifier le rhythme cardiaque. Le traitement peut avoir des conséquences mortelles chez les angineux.

Dans le psoriasis, cependant, on a signalé quelques cas très heureux (Bramwell). Les résultats sont nuls dans l'acromégalie.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence, car si elle est parfois si merveilleuse dans ses résultats et si fréquemment utile, elle n'est pas sans dangers, tout au moins sans inconvénients.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Blary. *Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières*. N° 31. (Imprimerie des Facultés.)

M. Tartavez. *Le décollement de la plèvre et le refoulement du diaphragme dans les interventions transthoraciques sur la face convexe du foie* (Abcès, kystes, empyème sous-phrénique). N° 33. (Imprimerie des Facultés.)

M. Vidal (Paul). *Maladie hypertrophiante singulière. Lésions éléphantiasiques des parties molles et au squelette*. N° 34. (Imprimerie Bourgeon.)

M. Sandras. *Contribution à l'étude de la topographie et de la chirurgie du pancréas*. N° 37. (Alex. Rey.)

M. Magerand. *Les rétrécissements du cavum pharyngo-laryngé et leur traitement par la pharyngotomie trans-hyoïdienne*. N° 39. (Alex. Rey.)

M. Emmanuel Daireaux. *De l'abcès rétro-lingual*. N° 8. (Alex. Rey.)

Laissant de côté les gommes conjonctivales, on peut d'après M. Blary, diviser les manifestations syphilitiques tardives de la paupière en : *a*) gommes circonscrites de la peau; *b*) gommes disséminées; *c*) syphilome diffus du cartilage tarse (tarsite de Fuchs).

Les gommes de la peau peuvent se diviser, suivant leur marche, en infiltration gommeuse aiguë qui a une tendance très marquée à l'ulcération, et en infiltration gommeuse subaiguë, qui se termine le plus souvent par résorption, sans passer par une phase d'abcédation.

La scléro-gomme du tarse se traduit par une induration ligneuse du cartilage, rendant difficile l'éversion de la paupière, par le ptosis, la chute des cils, quelquefois par un léger œdème conjonctival.

Le diagnostic de la gomme est difficile à établir. Il faudra différencier la tumeur du chancre primitif, du chalazion, de l'épithélioma, du lupus. La coexistence ou les reliquats de cer-

taines affections de l'œil, dues à la syphilis — rétinites, iritis, — et la présence de signes certains d'affection, anciens ou concomitants, aideront puissamment au diagnostic.

Le pronostic est subordonné à l'exactitude et à la rapidité du diagnostic. Bénin, lorsque l'affection est soignée de bonne heure, il devient plus sérieux lorsqu'elle est méconnue. Dans ce dernier cas, l'ulcération peut détruire complètement la paupière.

Le traitement devra être général et local Le traitement général sera basé sur la médication spécifique : frictions quotidiennes avec 3 à 4 grammes d'onguent napolitain et iodure de potassium à la dose de 5 à 6 grammes par jour.

Au point de vue local, l'iodoforme suffit à éviter les complications septiques.

Les collections liquides de la face convexe du foie (abcès, kystes, pyothorax sous-phrénique, abcès tuberculeux sus-hépatiques) sont justificiables de la méthode transpleuro-diaphragmatique ou de la résection du bord inférieur du thorax (méthode de Lannelongue-Canniot).

Ces deux méthodes ont cependant leurs inconvénients : la méthode transpleurale ne donne pas toujours un accès suffisamment large ; elle ne permet pas dans tous les cas un drainage efficace ; elle expose surtout à l'infection de la plèvre et au pneumothorax. La méthode de Lannelongue et Canniot ne permet pas d'atteindre les foyers haut situés sur le dôme hépatique ; elle nécessite de grands délabrements de la paroi thoracique.

L'anatomie montre qu'il est possible d'arriver, sans traverser la plèvre, sur ces foyers haut situés, de les évacuer et de les drainer directement.

Pour M. Tartavez, le procédé qui permet d'atteindre ce but consiste à pratiquer, après résections costales, une incision sur le diaphragme, au-dessous de la ligne de réflexion de la plèvre et parallèlement à cette ligne et à récliner en haut la lèvre supérieure de l'incision diaphragmatique, qui entraîne avec elle le cul-de-sac pleural jusqu'au cinquième espace intercostal au besoin.

Sous le nom de maladie hypertrophiante singulière, M. Vidal décrit dans sa thèse des lésions hypertrophiques généralisées des parties molles et du squelette chez un malade observé, il y a quelques années, dans le service de M. le professeur Poncet et dont l'observation fut publiée par M. le Dr Tournier, alors son interne, sous cette dénomination (*Province médicale*, 1891).

Les recherches bibliographiques, ne donnent aucun cas vraiment comparables à celui de M. Vidal.

Cette observation paraît cependant devoir prendre place à côté d'observations d'éléphantiasis, dont elle se distingue cependant par l'hyperostose considérable d'une grande partie du squelette.

Dans la description de l'éléphantiasis, on signale bien la possibilité de lésions squelettiques, mais elles sont le plus ordinairement caractérisées par des exostoses, plutôt que par une hyperostose diffuse.

Ici, non seulement la peau, le tissu cellulaire, les lymphatiques, mais encore les os sont atteints d'éléphantiasis.

Cette maladie hypertrophiante singulière, paraît rentrer dans le cadre des manifestations éléphantiasiques. M. Vidal a noté, en effet, chez son malade, comme dans les états typiques d'éléphantiasis, des poussées avec accès fébriles.

Les recherches de MM. Courmont et Tournier ont décelé, dans le cas présent, les microorganismes de la suppuration et le streptocoque en première ligne. Il est donc probable qu'on doit avoir à faire à des lésions infectieuses.

Cette maladie hypertrophiante singulière se différencie de l'acromégalie par sa pathogénie et sa symptomatologie. Les signes présentés par le malade de M. Poncet n'offrent aucune analogie essentielle avec ceux de la maladie de Marie.

M. Sandras a étudié l'anatomie chirurgicale du pancréas, ainsi que les affections de cet organe qui peuvent conduire à l'intervention.

Les affections pancréatiques les plus fréquentes sont les kystes et les tumeurs solides.

Cependant, on doit noter les hémorrhagies et les abcès du pancréas. Contre les hémorrhagies, le seul traitement rationnel est le tamponnement ; contre les abcès, il faut employer la laparotomie suivie de drainage, après avoir protégé la cavité péritonéale du contact du pus, par suture du péritoine pariétal aux bords cutanés de la plaie abdominale.

Les kystes du pancréas ont pour siège d'élection la queue de l'organe. Les tumeurs solides, au contraire, ont plus de tendance à envahir la tête et provoquent des symptômes d'obstruction du duodénum ou du cholédoque. Quels que soient le siège et la nature de la tumeur, elle ne tarde pas à contracter des adhérences parfois très solides.

Le traitement qui a donné le plus grand nombre de succès opératoires dans les cas de kystes est la laparotomie suivie d'incision et de drainage.

Mais le traitement de choix sera l'extirpation totale, toutes les fois qu'elle sera possible. On l'effectuera à l'aide d'une laparotomie médiane suivie de ponction du kyste, puis de l'excision totale de la poche et d'un drainage soit antérieur, soit postérieur, soit antéro-postérieur.

Contre les tumeurs solides du pancréas, le traitement radical sera le plus souvent préféré au traitement symptomatique.

Si l'on tente l'extirpation totale, il faudra faire la laparotomie médiane, former un pédicule que l'on sectionnera. Si l'ablation complète, en bloc, est impossible, on procédera au morcellement.

Enfin, si les adhérences sont trop intimes ou si le volume de la tumeur est trop considérable, on pratique soit la cholécystentérostomie ou la cholédochentérostomie, soit la gastro-entérostomie, ne gardant la cholécystostomie et la cholédocostomie que comme des pis-aller.

Les rétrécissements du pharynx sont presque tous d'origine syphilitique.

D'après M. Magerand, une variété qui a été jusqu'ici très peu étudiée par les chirurgiens est celle qui siège au-dessus du larynx et dans la partie inférieure du pharynx. Les troubles considérables de la déglutition et de la respiration qui en résultent nécessitent une intervention active et précoce.

Les rétrécissements syphilitiques succèdent à l'évolution des accidents tertiaires.

Une ulcération suite de gomme circonscrite ou un syphilome en nappe dont la rétraction fibreuse est considérable sont nécessaires pour les produire.

La gomme circonscrite donne naissance à un rétrécissement qui affectera plus ou moins la forme valvulaire.

Le syphilome en nappe engendre la forme la plus grave, le rétrécissement canaliculé.

Les traitements employés jusqu'ici se résument dans le traitement spécifique, les procédés de dilatation et le pharyngotomie interne.

Les procédés de dilatation employés seuls ne sont pas capables de supprimer la sténose. Il faut leur adjoindre la pharyngotomie interne. Cette dernière opération peut être utile dans les cas de néomembrane, mais on peut lui reprocher de nécessiter l'emploi du laryngoscope, d'exposer à des hémorrhagies graves quand on veut débrider largement et d'être insuffisante si l'on se contente d'incisions peu profondes.

Pour M. Magerand, la pharyngotomie transhyoïdienne de M. Vallas est une opération bien supérieure aux précédentes. Elle permet de parer à tous les dangers, d'opérer à ciel ouvert et sous anesthésie. Jamais il n'y a eu de complications. Elle ne nécessite pas de trachéotomie préliminaire et en cas d'urgence elle peut remplacer avantageusement cette dernière opération.

La loge glosso-thyro épiglottique est une cavité parfaitement close, qui devient quelquefois le siège d'abcès. D'après M. Daireaux ces abcès sont le plus souvent consécutifs à une angine. Ils tendent à envahir la région sublinguale. Ils se rapprochent beaucoup par leurs symptômes et par leur évolution clinique des phlegmons auxquels on a donné le nom d'angine de Ludwig. Ils peuvent revêtir soit la forme grave, soit la forme franche, bénigne. Le pronostic toujours sérieux est quelquefois fatal. Il faut intervenir de bonne heure, d'abord par la voie sous hyoïdienne, lorsque le pus est encore collecté dans la loge glosso-thyro-épiglottique, puis par la voie sus-hyoïdienne si les fusées purulentes envahissent le plancher de la bouche.

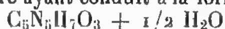
REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Hoquet et spasme pharyngé et diaphragmatique dans un cas d'hystérie (Hiccough with pharyngeal and diaphragmatic spasm characterizing a case of hysteria), par Th. Diller (*the Philadelphia med. Journ.*, 16 avril 1898, p. 697). — L'auteur rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans réglée depuis l'âge de 12 ans. Depuis 1 an elle est sujette à des attaques fréquentes de vomissements et dans les derniers temps ces vomissements ont été accompagnés de spasme particulier portant sur le diaphragme, les muscles du palais et la langue. Ces spasmes apparaissent régulièrement et se succèdent avec rapidité, jusqu'à 58 par minute. A chaque fois le diaphragme est violemment contracté, la langue est repoussée et un bruit particulier se fait entendre, qui semble dû à la contraction des muscles du naso-pharynx. L'action de parler ou de boire interrompt les accès, qui, de même, ne se produisent pas pendant le sommeil. Ces spasmes se sont continués régulièrement pendant 10 mois et à la suite la malade présenta des crises de hoquet. Comme traitement le Dr Blenne simula une opération et lui fit une incision sur la peau du ventre. Le hoquet cessa et ne reparut que quelques mois plus tard.

Au point de vue du diagnostic l'origine hystérique de ces troubles n'est pas douteuse.

Echanges nutritifs à la suite de l'alimentation avec le thymus (Ueber Stoffwechselprodukte nach Thymusfütterung), par le professeur Minkowski, de Strasbourg (*Centrabl. f. inner. Medic.*, 1898, p. 501). — Au dernier congrès de médecine interne à Wiesbaden, l'auteur a fait une communication sur l'existence d'un nouveau corps albuminoïde non décrit dans l'urine de chiens nourris avec du thymus de veau ou avec les nucléines qui en sont tirées. L'acide urique était en même temps fortement augmenté (jusqu'à 4 grammes par litre). L'analyse élémentaire ayant conduit à la formule



$$C_5N_5H_7O_3 + 1/2\ H_2O$$

le professeur Minkowski pense qu'il s'agit d'un imidopseudourique que l'on pouvait regarder comme un produit de désassimilation de l'imidohypoxanthine ou de l'adénine.

Les chiffres obtenus par l'analyse correspondent tout aussi bien à la formule $C_4N_4H_6O_3$ qu'à la formule donnée plus haut.

On a en effet :

	Calculé sur la formule $C_5N_5H_7O_3 + 1/2\ H_2O$	Moyenne de plusieurs analyses.	Calculé sur la formule $C_4N_4H_6O_3$
C —	= 30,9	30,6	30,4
N	= 36,1	36,0	35,5
H	= 4,1	4,1	3,8

Il est donc très possible que la substance trouvée par le professeur Minkowski ne soit autre que de l'allantoïne que l'on sait être un produit d'oxydation de l'acide urique et que Salkowski a retrouvé dans l'urine de chiens auxquels on faisait absorber de l'acide urique. Les propriétés de la substance en question sont conformes à cette hypothèse. Avec le furfurol et l'acide chlorhydrique elle donne une coloration violette, et en chauffant avec du sel de baryte on a en même temps que NH_3 et CO_2 de l'acide oxalique.

Deux cas de tumeurs du médiastin chez la femme (Observations on two cases of mediastinal tumour in women), par Affleck (*Edinburgh med. Journal*, juin 1898, p. 586). — Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 68 ans, qui entra à l'hôpital à cause de douleurs thoraciques accompagnées de toux et de dyspnée, qui, bien que datant de deux ans, avaient pris dans ces derniers temps une plus grande gravité.

A l'examen on trouve que la paroi thoracique antérieure est proéminente au niveau de la seconde et de la troisième articulation chondro-sternale.

A ce niveau on sent des battements expansibles.

Le pouls est régulier, mais plus ample à droite qu'à gauche; l'examen laryngoscopique établit l'existence d'une paralysie des cordes vocales.

Le diagnostic d'anévrysme de l'aorte descendante fut fait et la mort permit d'en vérifier l'exactitude. Elle survint par rupture du sac anévrysmal.

Le second cas est celui d'une femme de 23 ans, qui fut admise à l'hôpital pour des douleurs dont elle se plaignait dans le côté gauche depuis quelque temps, et chez laquelle l'examen fit supposer l'existence d'une tumeur sarcomateuse ou de ganglions hypertrophiés dans le médiastin. A l'autopsie on trouva une tuberculose étendue du corps des deux premières vertèbres; le sommet du poumon gauche adhérait à la colonne dorsale et une large cavité gangréneuse existait à ce niveau.

Érythème dû à la morphine (Un caso di eritema da morfina), par Pignalli Morano (*Gazetta medica lombarda*, 1898, p. 157). — Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'une femme sujette aux manifestations cutanées, qui à l'occasion de douleurs sciatiques reçut une injection de morphine et atropine associées.

A la suite de l'injection, elle fut prise d'une grande agitation avec prurit intense dans tout le corps, forte céphalée. A l'examen du corps on le trouva recouvert d'une éruption rosée intense avec léger œdème en certains points, au niveau des paupières en particulier. La température était élevée à 39°. Les jours suivants la malade alla mieux et la guérison complète ne tarda pas à se faire.

CHIRURGIE

Un cas de carcinome primitif de l'épiglotte et de son traitement chirurgical (Ueber ein primäres Carcinom der Epiglottis und dessen operative Entfernung), par Harmer (*Wiener klinische Woch.*, p. 348). — Le cas suivant est intéressant par sa rareté et par les particularités qu'il présente.

Il s'agit d'une femme de 65 ans qui depuis 4 mois présentaient des troubles de la voix. Deux mois avant son entrée à l'hôpital elle sentit avec son doigt une tumeur au fond de sa gorge qui au contact saigna légèrement.

A l'examen laryngoscopique on put constater à l'entrée du larynx une tumeur grosse comme une noisette, rougeâtre, sessile, ne laissant voir de la glotte qu'une partie du repli ary-épiglottique et de la corde vocale supérieure gauche.

Elle était insérée en grande partie sur l'épiglotte et sur le repli ary-épiglottique droit.

L'extirpation fut faite le 28 juin 1893 sous chloroforme, par le Dr Eward au moyen de la pharyngotomie subhyoïdienne.

La tumeur fut enlevée en partie avec les ciseaux en partie avec le bistouri en même temps que la plus grande partie de l'épiglotte du repli ary-épiglottique et du ligament pharyngo-épiglottique.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome.

Récemment, le 3 février 1898, le malade qui a aujourd'hui 70 ans, écrivait qu'elle pouvait bien parler, boire et avaler et qu'elle se trouvait en parfaite santé.

Deux cas traités par les injections de sérum antistreptococcique (Two cases treated with injections of antistreptococcusserum), par A. Carden (*British med. Journ.*, 1898, p. 1445). — Les 2 cas qui suivent sont utiles pour montrer l'utilité et la bénignité du sérum antistreptococcique.

1er cas. *Appendicite suivie de péritonite aiguë.*

W. R..., 32 ans, atteint d'appendicite, présente à son entrée une dureté étendue du ventre remontant jusqu'au-dessous des côtes et dépassant l'ombilic sur la ligne médiane. Le malade présente les symptômes généraux d'une péritonite.

Une première injection de sérum antistreptococcique de 10 centimètres fut faite le soir même de son entrée.

Le lendemain on notait une amélioration marquée dans l'état local et une seconde injection fut faite.

La guérison survient en très peu de temps et à la suite de cette seconde injection la matité constatée à droite disparut complètement.

2e cas. *Néphrite suppurée.*

Femme de 29 ans, enceinte de 6 mois, se plaignant de douleurs dans la région lombaire avec urines purulentes, rein augmenté de volume, fièvre.

2 injections de sérum furent faites; la température redevint normale et à partir de ce moment la guérison se fit progressivement d'une façon complète et rapide.

Deux cas de tétanos traités par l'antitoxine (Two cases of tetanus treated with antitoxin), par Lund (*Boston med. et surg. Journ.*, 1898, p. 295). — Dans le 1er cas, il s'agit d'un homme de 51 ans qui, 10 jours après avoir fait une chute sur la tête présenta les premiers symptômes du tétanos.

Dès son entrée à l'hôpital, on lui fit 20 centimètres cubes d'injection d'antitoxine. Le jour suivant il n'y eut pas de changement dans l'état du malade. On lui donna du bromure de potassium et 50 centim. cubes d'antitoxine. La maladie fut dès lors manifestement influencée par le sérum. Le malade reçut en tout 270 grammes d'antitoxine et la guérison fut complète en 15 jours.

Dans le 2e cas, un homme de 28 ans, le malade vint à l'hôpital 8 jours après le traumatisme qui servit de point de départ à l'infection. Malgré le sérum, la mort survint rapidement.

Le malade avait reçu 270 grammes d'antitoxine en 3 jours.

Un cas d'attaques épileptoïdes paraisssant dues à une obstruction nasale (Epileptoid seizures apparently due to nasal obstruction. Report of a case), par E. Root (*New York med. Journ.*, 21 mai 1898, p. 716). — Femme de 35 ans souffrant d'attaques epileptiques depuis 2 ou 3 ans. Depuis 4 mois les crises sont devenues très fréquentes, 1 ou 2 par semaine. Elles offrent le caractère du *grand mal* type.

La malade vient demander d'être soignée de troubles utérins auxquels elle attribue sa maladie. A l'examen le Dr Root constate une endométrite cervicale avec congestion de tous les organes pelviens.

Les jours suivants, il découvre une ulcération des narines. La région voisine est tuméfiée et enflammée et les fosses nasales plus ou moins complètement obstruées.

Le Dr Root fit suivre à la malade un traitement approprié et par des pansements répétés réussit à guérir l'affection nasale.

Les crises épileptiques disparurent en même temps et un an plus tard la malade se trouvait tout à fait bien, guérie de son épilepsie et de son obstruction nasale.

Nouveau procédé de gastro-entérostomie (Remarks on the surgical treatment of pyloric obstruction, with an account of twenty cases and of a new way of performing gastro-enterostomy) par F. Paul (*The British med. Journ.*, 1895, p. 1437, t. I). — L'auteur, après avoir rapporté une série de cas opérés par les procédés habituels (pyloroplastie, pylorectomie et gastro-entérostomie) propose une nouvelle méthode de gastro-entérostomie.

L'intestin et l'estomac ayant été mis à nu, on fait une incision longue de 2 pouces seulement portant sur la couche péritonéale et musculaire seule.

L'incision est curviligne et permet de disséquer un petit segment ovale d'enveloppe péritonéo-musculaire ayant 1 pouce de diamètre à son centre.

La sous-muqueuse qui apparaît alors est touchée avec un peu de chlorure de zinc. L'intestin est préparé de la même façon et lorsque les deux plaies placés en regard l'une de l'autre ont été cautérisées, les 2 bords sont unis par quelques sutures de Lembert.

L'opération n'a encore été faite que sur des chiens et a donné de bons résultats.

Les avantages sont que l'opération se réduit à un simple traumatisme; les viscères n'ayant pas été ouverts, tout danger est supprimé de ce côté; d'autre part on supprime ainsi les corps étrangers généralement employés, et l'anastomose qui en résulte est beaucoup plus durable.

MÉDECINE PRATIQUE

Combinaison de l'anesthésie par infiltration (méthode de Schleich) avec l'emploi de l'orthoforme,

D'après M. le Dr Isidor Dreyfus (d'Ottweiler) (1).

Dans ces derniers temps, il a été souvent question de la méthode de Schleich pour anesthésie locale, dite par infiltration (Infiltrationsanesthésie). Dans cette méthode indépendamment des propriétés chimiques spécifiques, on tient compte des propriétés physiques du liquide employé, c'est-à-dire de sa température et de son pouvoir osmotique. Au point de vue de la température, tout refroidissement du liquide au-dessous de la température normale du corps amène une irritation des nerfs sensibles. Au point de vue des propriétés osmotiques, il est préférable d'employer au lieu d'eau distillée une solution d'eau salée à 0,8 p. 100. L'action de la cocaïne est ainsi rendue beaucoup plus active.

Le Dr Dreyfus (d'Ottweiler) a combiné l'emploi de l'orthoforme avec la méthode de Schleich. On connaît les propriétés anesthésiques de l'orthoforme appliqué directement sur les plaies ou les ulcérations (2). L'orthoforme étant insoluble dans l'eau, et l'anesthésie produite par la solution de Schleich étant très courte, le Dr Dreyfus a réuni les avantages de ces deux procédés de la façon suivante :

Il fait une première injection suivant la méthode de Schleich, ce qui permet l'incision des tissus sans douleur. Cela fait, il complète l'anesthésie en la rendant à la fois plus profonde et plus durable, en saupoudrant la plaie d'orthoforme. Les résultats qu'il a observés ont été des plus satisfaisants.

Traitement de la cystite par la pyoktanine,

Par M. le Dr Graham (de New-York).

Il est peu d'affections chroniques aussi rebelles que la cystite. Cela est dû en grande partie, d'après M. le Dr Graham, à l'anatomie et à la fonction de l'organe, plus qu'à la résistance particulière des microorganismes facteurs de la maladie. Il est en effet impossible de débarrasser pour un certain temps la vessie de l'urine qui s'y accumule d'une façon constante et qui constitue un véritable irritant pour une surface enflammée. L'urine, en effet, est un milieu de culture très favorable aux microorganismes, qui peuvent ainsi en toute liberté y développer leurs poisons et leurs ptomaïnes.

Les difficultés du traitement antiseptique sont en premier lieu une action germicide suffisante ne peut s'obtenir sans altération de la muqueuse, et que, d'autre part, cette action ne s'exerce qu'au moment de l'application, ce qui est habituellement un temps fort court.

D'après le Dr Graham, la pyoktanine bleue est le meilleur remède que nous possédions. Il peut, en effet, être appliqué sur les membranes muqueuses les plus délicates, non seulement en solution concentrée, mais en poudre sans produire la moindre irritation.

Le pouvoir germicide et antiseptique de la pyoktanine est considérable. Elle détruit la vitalité du bacillus anthracis en solution à 1 p. 100 et retarde le développement des cocci pyogènes en solution à 1 p. 2000000. Appliqué sur les muqueuses enflammées, elle conserve la même coloration bleue intense et cela durant plusieurs jours : or l'action antiseptique persiste pendant tout le temps que persiste la coloration.

Dans 4 cas, où le Dr Graham a eu l'occasion de l'employer contre l'uréthrocystite, il a obtenu la guérison rapide d'un état inflammatoire déjà ancien. Il procède ainsi pour son application :

Après avoir vidé la vessie avec une sonde, il injecte de l'eau stérilisée chaude et à la suite une seringue de 2 grammes de solution concentrée de pyoktanine. Après un séjour de quelques minutes, le contenu de la vessie est évacué, puis, la sonde

1. *Münchener med. Woch.*, 1898, p. 527.
2. Voir *Gaz. hebd.*, 1898, p. 416.

étant toujours en place, la vessie est lavée avec de l'eau stérilisée jusqu'à ce que l'eau injectée revienne claire.

Le traitement est répété tous les 10 jours. Au bout de 7 ou 8 séances, la guérison est obtenue.

Traitement de la constipation chronique chez les enfants par le massage abdominal,

Par M. le Dr Cesare Cattaneo (de Parme) (1).

Bien que la constipation soit une des affections les plus fréquentes de l'enfance, les parents et souvent aussi les médecins n'y font aucune attention. Tout au plus les mères cherchent-elles à provoquer une selle en employant, à doses toujours trop élevées, un purgatif, sans viser à guérir le mal.

Il n'y a qu'à se rappeler les conséquences de la constipation chronique pour se convaincre de la nécessité d'un énergique traitement rationnel.

Les suites de la constipation chronique sont de deux sortes : l'irritation mécanique de la muqueuse et la résorption des produits de putréfaction qui se développent lorsque les excréments sont retenus dans l'intestin.

L'irritation mécanique des fèces durcies aggrave le catarrhe intestinal déjà existant ou, ce qui est plus rare, le fait naître. Cette irritation persistante de muqueuse qui s'étend de plus en plus aux différentes parties de l'intestin empêche finalement la résorption des substances nutritives et lorsque cette irritation porte de préférence sur le gros intestin, on peut voir survenir une colite grave (Marfan).

L'obstruction de l'intestin par les matières entraîne la dilatation par les gaz, avec distension plus ou moins marquée de l'abdomen, et la compression des organes abdominaux qui s'ensuit détermine souvent de la rétention d'urine; parfois même le refoulement du diaphragme peut gêner la respiration. En même temps l'enfant présente des coliques; la typhlite et la pérityphlite peuvent survenir car l'intestin présente des rhagades qui, pour Gray, pourraient conduire même à des perforations.

Les conséquences de la résorption sont d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune. La constipation est une cause suffisante de fièvre chez les tous les jeunes enfants. La résorption des matières entraîne en outre des phénomènes d'intoxication marqués que traduisent l'anémie, les céphalies, les vomissements, l'anorexie et un état de faiblesse général de tout l'organisme.

La constipation chronique en raison de ses dangers mérite d'être soignée et son traitement rationnel comprend trois points principaux : 1° régulariser la nourriture; 2° provoquer le peristaltisme de l'intestin; 3° améliorer l'état général et éviter les fautes de régime que favorisent la constipation.

I. Dans la constipation des nourrissons il suffit déjà de régulariser la nourriture pour obtenir la guérison. Si le lait contient trop de caséine ou trop de matières grasses, on rétablirait les proportions autant que faire se peut. Les tétées seront régularisées. Chez les enfants nourris artificiellement, le lait de vache donné pur entraîne très souvent une constipation opiniâtre qu'on combattra en donnant du lait étendu.

Chez les enfants plus âgés, on conseillera une nourriture variée. On veillera aussi à ce que les aliments ne soient pas trop durs. D'après Boas on conseillera :

a) Des aliments qui laissent après eux un assez fort résidu (pain noir, légumes verts, etc.).

b) Des aliments qui augmentent les sécrétions (lait, sucre, fruits cuits avec du sucre, raisin, etc.).

c) Des aliments qui, par la présence d'acides organiques augmentent le péristaltisme de l'intestin (lait, crème, képhyr.).

Mais le point essentiel c'est la régularité des repas.

II. Pour combattre l'atonie de l'intestin on a ordonné parfois la strychnine. Escherich a essayé l'atropine, mais ce sont là des moyens qu'il ne faut employer que dans l'atonie nerveuse pure. Forel, qui croit que la constipation est très rarement une manifestation de lésion intestinale, mais bien une névrose, emploie la suggestion.

L'électrisation de l'intestin ne peut être entreprise que dans les cas graves. L'emploi systematique de la faradisation ou des lavages électriques de l'intestin semble impossible. Ce traitement est rationnel, mais très douloureux, et peu d'enfants le supporteraient; en outre son action est trop violente.

Le massage abdominal est d'un emploi beaucoup plus pratique, plus simple et en même temps plus efficace. Nombreux déjà sont les auteurs qui l'ont conseillé chez l'adulte, cependant presque aucun des auteurs qui se sont occupés de la constipation de l'enfance ne font mention du massage. Seul Marfan propose son emploi.

M. le Dr Cattaneo a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants atteints de constipation chronique, qu'il a traités par le massage abdominal avec le plus grand succès.

Tous les enfants soumis à ce traitement l'ont parfaitement supporté. Il n'est nullement douloureux, n'exige aucun appareil et, ce qui est plus important, les mères peuvent l'apprendre très facilement.

Chez les enfants très jeunes en particulier, le massage abdominal est d'une grande facilité en raison de la minceur des parois.

La technique d'après Heubner comprend les différents temps suivants :

1° Pincement de la peau en larges plis.

2° Massage du muscle droit et du transverse.

3° Effleurement sphérique sur l'intestin grêle entre le nombril et le pubis.

4° Massage du gros intestin d'après sa situation anatomique.

Avant de pratiquer le massage, il faut avoir soin de vider l'intestin avec une cuillerée d'huile de ricin ou un lavement afin d'éviter que les fèces durcies ne blessent l'intestin pendant l'opération.

La 1re séance dure de 3 à 5 minutes, les séances suivantes durent jusqu'à 10 minutes.

La défécation volontaire ne s'obtient guère qu'après la 3e au 4e séance, et, lorsque le traitement a été fait quotidiennement et régulièrement, au bout de 2 ou 3 semaines, la guérison est généralement obtenue.

Les contre-indications du massage sont naturellement les états inflammatoires des organes abdominaux et aussi les cas très rares d'hyperesthérie.

III. Pour compléter le traitement il est bon d'observer quelques précautions, soit pour améliorer l'état général, chez certains enfants rachitiques ou anémiques, soit pour éviter certaines fautes d'hygiène fréquentes. On aura soin d'exiger la régularité dans la défécation; chaque jour l'enfant doit avoir au moins une selle; enfin on veillera à l'hygiène générale du corps.

1. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 1898, p. 436.

Effets de l'extrait amygdalien sur le système cardiovasculaire,

Par M. le Dr G. Masini (de Gênes) (1).

On est encore mal fixé sur le rôle exact des amygdales. Depuis quelques années seulement, à la suite des travaux de Metschnikoff sur la phagocytose, on leur attribue la propriété de fournir des cellules possédant à un haut degré le pouvoir phagocytaire et qui exerceraient leur action soit en se répandant dans le système circulatoire, soit en détruisant les germes de la cavité buccale. Cette théorie n'est nullement confirmée par l'expérimentation, mais repose simplement sur l'analogie de structure avec les ganglions lymphatiques.

En réalité l'action de l'extrait amygdalien sur le système cardio-vasculaire montre bien à quel point est obscur le rôle véritable des amygdales.

Le Dr Masini a employé pour ses expériences des amygdales de chien et de veau, dont l'extrait aqueux ou aquo-glycériné fut injecté dans la veine marginale de l'oreille d'un cobaye.

Le cardiographe fut appliqué sur le côté gauche du thorax, la pression artérielle prise à la fémorale.

Voyons d'abord les résultats :

I. *Action de l'extrait amygdalien sur la pression artérielle.* —

1. *La Clinica medica italiana*, mai 1898, p. 319.

Après avoir injecté 0 gr. 30 d'extrait amygdalien par kilog d'animal à un cobaye de 1 kg. 500, la pression fémorale fut étudiée avec l'appareil de Franck.

Immédiatement après l'injection on remarque une augmentation notable de la pression artérielle avec oscillations caractéristiques, comme à la suite des injections d'extrait des capsules surrénales.

L'élévation de la pression se maintient peu de temps. Les oscillations diminuent graduellement pour revenir peu à peu à la normale, puis la pression descend de quelques millimètres au-dessous de la normale pour revenir à son état primitif au bout de 10 minutes.

II. *Action de l'extrait amygdalien sur le cœur.* — Après avoir ouvert la cavité thoracique et appliqué le cardiographe, pour avoir un premier tracé normal, une injection de 0 gr. 30 d'extrait amygdalien par kilog d'animal, est faite à un cobaye de 1 kg. 700.

On obtint alors une augmentation puis un ralentissement notable de l'impulsion cardiaque (ventricule gauche) qui dura proportionnellement autant que l'augmentation de la pression artérielle dans l'expérience précédente, pour retourner rapidement à l'état normal. Dans quelques expériences l'augmentation d'impulsion cardiaque fut plus grande que le ralentissement, en sorte que plus était faible le ralentissement, plus était forte la contraction cardiaque.

Dans un certain nombre d'expériences, faites avec l'extrait d'amygdales d'individus souffrant depuis longtemps d'inflammation chronique des amygdales et où il y avait hyperplasie de la glande, les résultats restèrent complètement négatifs. Le cœur pas plus que la pression artérielle ne furent influencés par l'extrait aqueux ou aquoglycériné de ces amygdales.

Des expériences qui précèdent on est autorisé à retenir que les amygdales possèdent une sécrétion interne susceptible d'augmenter la pression artérielle.

VARIÉTÉS

Les suites d'une guerre.

On sait que l'une des plus lourdes charges du budget des Etats-Unis est constituée par les pensions de retraites accordées aux anciens combattants de la guerre de sécession. Ces pensions étaient d'abord réservées aux soldats que leurs blessures avaient rendus incapables de gagner leur vie. Mais les politiciens reconnurent vite qu'ils pouvaient se faire une clientèle en faisant attribuer de tels secours à leurs créatures. Et toute une multitude d'imposteurs, appuyés par des députés ou des sénateurs peu scrupuleux, munis de certificats rédigés par des médecins moins scrupuleux encore, postulent les indemnités attachées à la qualité d'ancien combattant de la guerre de 1863. La *Revue scientifique* publie quelques intéressants spécimens des certificats médicaux. Les uns se distinguent par l'abondance prétentieuse de leurs pathos : « Les soussignés constatent à la partie interne du pied droit une cicatrice molle et mobile, comme si le tégument avait été labouré par une balle. Ils constatent aussi que les incapacités du pétitionnaire sont, par moments, grandement accrues par la réaction de la cicatrice en question sur les centres nerveux supérieurs. Nous sommes convaincus qu'une impression sensitive, transmise de la cicatrice par la seconde paire de nerfs crâniens, est accrue dans le cerveau par certains processus d'intellection, dont l'un est connu sous le nom d'*expectant attention.* L'impression ainsi intensifiée est alors réfléchie sur la région où le trauma a été éprouvé, et les souffrances du pétitionnaire sont considérablement accrues. » Pour goûter toute la beauté de cette tirade, il faut savoir que la seconde paire de nerfs crâniens » n'est autre que les nerfs optiques. Faire servir les nerfs optiques à la transmission des sensations du pied droit, c'est assurément une idée de génie. — D'autres certificats ne signifient absolument rien : « Je certifie que j'ai traité ledit soldat depuis 1888. Autrefois, son tube stomacal était uni à son système nerveux; mais il s'est pourri maintenant, causant beaucoup d'expectoration et de la difficulté à respirer. » C'est le plus pur galimatias, un coq-à-l'âne médical. — Enfin, d'autres certificats sont fort clairs, comme celui-ci, dans lequel une pension est réclamée pour un individu parce que « le 17 septembre 1889, il a soulevé un cochon par-dessus une barrière, et qu'il a souffert de l'asthme depuis cette époque. » Notre budget contient bien des dépenses étranges. Mais nous ignorions encore celle qui consiste à pensionner comme un acte héroïque le transport d'un cochon par-dessus une barrière.

La solde des médecins militaires en Allemagne (budget de 1898-1899).

Une augmentation sensible de solde vient d'être accordée aux médecins militaires allemands. Les deux tableaux suivants permettent de s'en rendre compte.

Solde des médecins militaires en 1897-1898 :

	Effectif budg.	Montant de la solde
Médecins princ. de 1re classe. .	17	8 touchent 9 750 fr.
		9 touchent 8 250 »
Médecins princ. de 2e classe. .	33	6 750 »
Médecins-majors de 1re classe .	312	40 touchent 6 750 »
		116 touchent 6 000 »
		156 touchent 4 500 »
Médecins-majors de 2e classe .	444	2 700 »
Médecins aides-majors	819	331 touchent 1 350 »
		488 touchent 1 125 »

Solde à partir du 1er avril 1898 :

Médecins princ. de 1re classe. .	17	9 touchent 9 750 »
		8 touchent 9 000 »
Médecins princ. de 2e classe. .	33	7 500 »
Médecins-majors de 1re classe .	316	70 touchent 7 312 »
		129 touchent 6 750 »
		117 touchent 4 875 »
Médecins-majors de 2e classe .	443	56 touchent 4 875 »
		387 touchent 3 375 »
Méd. aides-majors de 1re classe.	331	1 875 »
Méd. aides-majors de 2e classe.	488	1 125 »

En France les soldes affectées aux mêmes grades sont les suivantes :

Médecins principaux de 1re classe.		8 156 fr.
Médecins principaux de 2e classe		6 588 »
Médecins-majors de 1re classe.		5 508 »
Médecins-majors de 2e classe.	Après 13 ans de gr.	4 140 »
	Après 10 —	3 780 »
	Après 6 —	3 420 »
	Avant 6 —	3 060 »
Méd. aides-maj. de 1re classe.	1re moitié. . . .	2 700 »
	2e moitié. . . .	2 520 »
Méd. aides-majors de 2e classe		2 340 »

En somme, sauf pour les aides-majors, les soldes des officiers du corps de santé allemand sont notablement supérieures à celles des mêmes officiers en France.

Ces améliorations réalisées dans la solde des médecins militaires allemands sont dictées par les difficultés qu'éprouve l'Etat à recruter ses médecins. Le rapporteur du budget fait remarquer que les incomplets dans le corps de santé ne font qu'augmenter depuis 1870. Ils étaient de 330 en 1875, soit 47 p. 100; au 31 mars 1897 ils s'élevaient à 591, soit 63 p. 100 et au 1er octobre de la même année ils étaient de 67 p. 100.

— Le IIIe Congrès italien de pédiatrie se tiendra à Turin au mois de septembre cette année. Le premier congrès s'était tenu à Rome en octobre 1890 et le second à Naples en octobre 1892. Les médecins qui voudront prendre part aux travaux du Congrès sont priés d'envoyer le titre de leurs communications au Dr Enrico Mensi, secrétaire du Comité d'organisation, 6, Corso Re Umberto (Turin). Prix de la cotisation : 10 lires.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums.

Communication au *Congrès de la tuberculose*,

Par MM. NETTER et BEAUVALON.

La Société semble s'être décidée aujourd'hui à entreprendre d'une façon sérieuse la lutte contre la tuberculose. Depuis moins de 2 ans, la question est mise à l'ordre du jour des différents Congrès; l'Assistance publique nomme une commission pour l'étude de la prophylaxie de la tuberculose à l'hôpital; plus récemment encore, l'Académie de médecine consacre de nombreuses séances au même sujet. Les rapports et les discussions qui en ont résulté ont à peu près épuisé la question, surtout en ce qui regarde la défense contre le danger tuberculeux. Ils ont fait apercevoir l'étendue du mal social qu'est la tuberculose qui, chaque année, fait en France 150000 victimes. A Paris même, une enquête faite par l'administration de l'Assistance publique nous a appris qu'en moyenne 1 200 de ses lits dans les hôpitaux étaient occupés par des tuberculeux, que 348 phthisiques recevaient des soins à domicile, qu'en outre, l'Assistance publique secourait en tout environ 6 000 tuberculeux.

Ainsi donc on en arrive toujours à conclure que les tuberculeux sont extrêmement nombreux et qu'on doit faire tous les efforts pour essayer d'en diminuer le nombre. La question du traitement a toujours été un peu négligée; si l'on parle de quartiers de tuberculeux et de sanatoriums, c'est bien plutôt pour se débarrasser de malades dangereux que pour les guérir.

Contre ceux qui restent dans la société on a, pour restreindre le danger de la contagion, institué des mesures de désinfection à domicile; mais les essais faits jusqu'à présent montrent que, dans le milieu indigent, la prophylaxie est bien difficile à pratiquer. Si les mesures recommandées contre le danger des crachats avaient été appliquées, auraient-elles même été suffisantes? On en peut douter et il suffit de rappeler des expériences récentes qui ont bien leur importance et qui montrent que la défense contre le bacille n'est peut-être pas seulement une question de réglementation de crachoirs. Les mesures recommandées pour la prophylaxie sont toutes dérivées de cette idée que seules les poussières provenant de crachats bacillifères desséchées étaient dangereuses. D'où la conclusion que, pour éviter le danger, il suffisait de recueillir les crachats dans un milieu humide et de les y conserver jusqu'au moment de leur destruction.

Mais, au fond, les expériences de Cornet, de Kirchner et d'autres avaient démontré uniquement que la poussière pouvait être bacillifère; rien ne montrait que dans les circonstances ordinaires de la vie, cette poussière pût être inhalée et donner la tuberculose. On sait, au contraire, combien sont difficiles les expériences positives de tuberculisation des animaux par inhalation de poussières sèches bacillifères. L'infection par les voies respiratoires devient, en revanche, des plus faciles lorsque le vecteur du bacille est un liquide et que ce liquide est pulvérisé sous forme de spray.

Or, Flügge vient de faire voir que beaucoup de tuberculeux lancent à chaque instant dans l'atmosphère des particules, des poussières liquides, qui restent en suspension dans l'air, que le courant atmosphérique le plus faible fait tourbillonner et qui portent avec elles des bacilles dans un état humide favorable à la conservation de leur virulence. Un tuberculeux qui parle dans une cage de verre envoie sur toutes les parois de cette cage des bacilles qui peuvent facilement être décelés. Ces particules liquides peuvent, dans un accès de toux, être projetés à une distance de 10 mètres et jusque sur le plafond de la pièce qui contient le malade. Une fois desséchées, les particules tomberont à terre avec leurs bacilles et il faudra pour les mobiliser de forts courants d'air ou un balayage énergique. Dans les circonstances ordinaires de la vie, les tourbillons d'air de nos appartements sont trop faibles pour soulever ces poussières sèches assez lourdes. Ces mêmes tourbillons peuvent, au contraire, transporter facilement les bactéries qui accompagnent la poussière liquide, puisqu'il suffit, pour les mettre en mouvement, d'un courant d'air de 2 millimètres par seconde.

Ainsi donc les tuberculeux ou, tout au moins, beaucoup de tuberculeux seraient surtout dangereux par leur présence. Ceux qui crachent rarement n'ont de bacilles dans leur bouche qu'au moment de l'expectoration. Si la toux est rare, limitée, comme il arrive aux premières heures du matin, alors que le malade est encore seul dans sa chambre, le danger est, on le comprend, très minime. Ceux, au contraire, qui toussent continuellement, qui finissent un accès de toux pour en commencer aussitôt un autre, ont perpétuellement des bacilles dans la bouche, dans la salive. Il suffit qu'ils toussent, même sans cracher, qu'ils éternuent, qu'ils parlent, pour que des particules infiniment ténues de salive bacillifère soient projetées incessamment par leur bouche. D'après Flügge, ce sont ces particules qui constitueraient le danger le plus grand de contagion, puisqu'elles transportent le bacille sous la forme la plus favorable à la conservation de sa

virulence. Si ces recherches sont exactes, et nous n'avons aucune raison de ne pas les tenir pour telles, le tuberculeux qui se précipite sur son mouchoir quand il sent venir un accès de toux, et qui met le linge protecteur entre sa bouche et ceux qui l'entourent, n'a peut-être pas tort, puisqu'il supprime ainsi une des plus importantes causes de contagion.

Quoi qu'il en soit, qu'on se rattache à l'une ou l'autre théorie contagionniste, le tuberculeux n'en reste pas moins un individu dangereux, qu'il nous faut isoler. Mais n'oublions pas que c'est, en même temps, un malade qu'il nous faut soigner et guérir si possible; voyons par quels moyens nous y pourrions arriver.

Si nous considérons ce qui a été fait à l'étranger, nous voyons que ce ne sont pas les mêmes mobiles qui ont dirigé la conduite des créateurs de sanatoriums. La plus ancienne des idées directrices est, sans contredit, celle qui a fait prendre des mesures d'isolement contre les tuberculeux. Un certain nombre de législateurs et de médecins de tous pays, et surtout d'Italie avaient bien vu les dangers de la contagion de la maladie pulmonaire et voulurent appliquer aux phthisiques le procédé qui réussissait si bien pour les lépreux. Les édits draconiens de Toscane (1754), de Naples (1782) prescrivaient la déclaration obligatoire de la phthisie ainsi que d'énergiques mesures pour la désinfection des locaux contaminés.

Les Anglais, en créant des hôpitaux spéciaux pour les phthisiques, semblent avoir eu simplement en vue les avantages de la spécialisation pour le traitement des maladies.

En Allemagne, on s'est d'abord placé au point de vue thérapeutique. Brehmer, ayant trouvé un nouveau mode de traitement de la tuberculose, l'appliquait aux malades dans le seul but de les guérir, sans se soucier le moins du monde du danger qu'ils présentaient pour la société comme une source d'infection. C'est toujours cette direction que suivent les sanatoriums pour les riches, qui reçoivent à peu près indistinctement tous les tuberculeux. Mais, quand on a vu que ce traitement était réellement efficace, que les guérisons n'étaient pas des raretés, qu'elles étaient même de règle générale lorsqu'on s'adressait à des malades au début de l'infection, les villes et les états, particulièrement en Allemagne et en Suisse, ont pensé qu'il y avait un intérêt social à sauver ces vies humaines; ils ont alors fondé des sanatoriums destinés surtout aux malades peu gravement atteints, c'est-à-dire à ceux qui devaient donner le plus grand nombre de guérisons, et compenser ainsi par leur travail ultérieur les frais nécessités par leur traitement.

Enfin, un calcul beaucoup plus terre à terre est encore intervenu; les Compagnies d'assurances contre l'invalidité et la vieillesse remarquèrent que la plupart des membres auxquels ils servaient des rentes étaient tuberculeux; elles conçurent le projet d'éviter de payer ces rentes, en empêchant leurs tuberculeux de devenir invalides. Elles s'adressèrent dans ce but aux diverses caisses d'assurances contre les maladies, qui paient ordinairement les frais de traitement de leurs membres malades, et leur proposèrent de prendre à leur propre compte les frais supplémentaires occasionnés par le traitement des tuberculeux dans les sanatoriums. En soignant les phthisiques tout au début de leur mal, les compagnies d'assurances espéraient en guérir un nombre suffisant, pour que l'économie, qui résulterait du fait de l'épargne des rentes, compensât les frais de traitement qu'elles s'imposaient volontairement.

On voit donc combien la question a été scindée et comme, du coup, la solution s'est trouvée simple dans chacun des cas particuliers. Pour isoler le tuberculeux, l'hôpital d'isolement suffit; en l'enfermant ainsi, nous évitons qu'il répande l'infection autour de lui; mais l'hôpital d'isolement ne suffit plus quand il s'agit de traiter les tuberculeux : il faut le sanatorium tel qu'on le comprend aujourd'hui, c'est-à-dire un établissement fermé où l'on reçoit des tuberculeux, et dont les installations sont telles qu'on puisse leur y faire suivre le traitement hygiénique diététique de la phthisie.

Quoi qu'il en soit, les sanatoriums, ainsi compris, comme établissements capables de sauver un capital social, remplissent-ils leur but? Certes oui, puisque les résultats obtenus à l'étranger, dans les sanatoriums pour les pauvres, donnent de 30 à 35 p. 100 de guérisons et de 40 à 45 p. 100 d'améliorations; ce qui fait de 70 à 80 p. 100 de malades à la société, capables de travailler pendant un temps plus ou moins long. Et, au point de vue financier, qu'arrive-t-il? La confirmation pure et simple des calculs des sociétés d'assurances.

D'ailleurs ces résultats sont tellement remarquables qu'ils ont frappé le gouvernement allemand, qui a fait le calcul suivant. Ces chiffres ont été cités par Penzoldt et reproduits dans la thèse récente de Sersiron : « Les résultats du traitement des tuberculeux dans les sanatoriums, dit-il, produisent ainsi, au point de vue de l'économie sociale, un bénéfice considérable, facile à évaluer. Ce bénéfice a été calculé, et suivant le Bureau d'hygiène de l'empire d'Allemagne, il s'établit ainsi qu'il suit : en admettant que sur les 90 000 malades de 15 à 60 ans qui meurent de tuberculose pulmonaire, 12 000 soient désignés pour suivre le traitement, et que, sur ceux-ci, 9 000 puissent, par suite de ce traitement, reprendre encore pendant 8 ans le travail interrompu, il s'ensuit qu'en portant à 500 marcs (625 francs) en moyenne le chiffre du salaire annuel, le bénéfice social sera de 3×500×9 000 ou 13 500 000 marcs, et si, de ce chiffre, on déduit les frais de traitement et les intérêts des capitaux engagés, ce bénéfice restera de 7 500 000 marcs, soit 8 875 000 francs. »

Ainsi donc, quel que soit le point de vue auquel on se place, on en arrive toujours à la conclusion, qu'il y a avantage à diriger les tuberculeux vers des sanatoriums, où ils seront isolés et soignés. Mais l'étude de ce qui se passe à l'étranger nous a montré que les solutions différaient un peu suivant le point de vue auquel on se plaçait, qu'en particulier les malades étaient divisés en plusieurs classes, suivant les chances de guérison qu'ils présentaient et que les sanatoriums ne s'ouvraient pas pour tous.

Pour nous, il nous faut envisager la question d'un seul coup aux différents points de vue que nous avons signalés, points de vue qui peuvent se réduire à trois principaux. Il nous faut : 1° isoler les tuberculeux pour notre préservation particulière; 2° leur donner à tous le meilleur traitement, par humanité; et 3° faire tous nos efforts pour sauver ceux qui sont peu atteints, pour en retirer un bénéfice social et financier.

On peut, *grosso modo*, diviser les tuberculeux en deux grandes classes comprenant : 1° ceux qui sont facilement curables, c'est-à-dire presque toujours ceux qui sont au début de la maladie; et 2° tous les autres, curables eux aussi, mais surtout dangereux pour la Société. Que pouvons-nous faire vis-à-vis de ces deux classes?

Envers les premiers, nous avons des intérêts de toutes sortes. Ils représentent un capital social qui est bien près de se perdre, mais que nous pouvons recouvrer assez

facilement au prix de quelques sacrifices. Pour sauver ces vies humaines pour rendre à la collectivité des unités capables de travailler, nous devons mettre en œuvre toutes nos ressources. Nous les traiterons donc dans des sanatoriums, puisque nous savons que ce mode de traitement donne en vies humaines un gain qui compense largement les sacrifices d'argent auxquels on consent.

Les malades de l'autre classe représentent avant tout un danger pour la société. Nous avons bien toujours à leur égard deux indications à remplir, leur isolement et leur traitement, mais de ces deux indications la première prime la seconde. Nous ne pouvons pas espérer, comme pour les malades de la première catégorie, sauver la plupart de ceux qui viendront en traitement; un petit nombre seulement pourra être guéri. Ils constituent avant tout, par leur présence, un danger pour la société. Pour ceux-là, il faut aussi naturellement le sanatorium qui seul permet de les guérir si possible en même temps qu'il les isole, mais le sanatorium à notre porte, facile à atteindre, dont l'éloignement ne sera pas assez grand pour que les malades s'y sentent exilés.

Il reste bien entendu que ces établissements suburbains sont, eux aussi, des sanatoriums où le malade, isolé, peut suivre le traitement hygiénique de la phthisie. Dans ces conditions, il n'est pas douteux qu'on y puisse aussi réaliser des cures. Si ces sanatoriums sont en nombre suffisant, nous y pourrons diriger, dès le diagnostic posé, tous nos tuberculeux : en agissant ainsi nous n'aurons pas perdu de temps dans le traitement de nos malades avant le moment où nous pourrons envoyer les cas les plus curables au sanatorium de montagne.

Nous possédons actuellement deux services d'isolement des tuberculeux dans Paris; celui de Boucicaut et celui de Lariboisière. A Boucicaut, grâce au système des pavillons séparés qui constituent l'hôpital, l'isolement des phthisiques s'est facilement réalisé. Il a suffi de consacrer deux salles à ces malades, une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Les malades sont mis au repos et bien nourris, sans qu'il soit permis de parler vraiment de suralimentation; les fenêtres ouvertes permettent de faire un peu la cure d'air. Naturellement, on enregistre des améliorations considérables, comme il arrive toujours quand les malheureux sont soumis sont soumis à une meilleure hygiène. Grâce aux belles installations de l'hôpital Boucicaut, les résultats sont certainement meilleurs que dans les hôpitaux ordinaires, et quand M. Letulle aura obtenu les tentes et les chaises longues qu'il sollicite, l'établissement méthodique de la cure d'air et de repos augmentera sans doute la proportion des améliorations. Mais, même dans ces conditions éminemment favorables, supérieures à celles qu'on rencontre ordinairement dans le milieu hospitalier parisien, de l'avis même du chef de service, on ne peut pas véritablement parler de traitement sérieux.

A Lariboisière, les conditions sont beaucoup plus défectueuses. Les anciennes salles ont été tant bien que mal aménagées pour leur nouvel usage au moyen de cloisons qui les séparent en petits compartiments. On a pu pratiquer ainsi l'isolement des phthisiques. Le milieu se prêtait moins bien qu'à Boucicaut à un essai de traitement, aussi n'en est-il pas question. Les résultats obtenus sont d'ailleurs bien différents. Les médecins de Lariboisière voient une effroyable mortalité sévir sur leurs phthisiques isolés, et M. Duguet a fortement insisté sur l'effroi qu'inspirent aux malades « les horribles boxes, ces antichambres de la mort ».

Ces quartiers d'isolement ne rappellent même que de fort loin les sanatoriums domestiques tels que les a conseillés et installés Unterberger en Russie, et M. le professeur Grasset à Montpellier. Là, on fait au moins tout son possible pour donner aux phthisiques l'air pur dont ils ont tant besoin pour guérir. Ces essais de l'Assistance publique nous indiquent seulement ce que seront les quartiers d'isolement que nous devons réserver dans nos hôpitaux aux tuberculeux qui ne pourront être dirigés sur les sanatoriums.

Quelle est donc la difficulté qui empêche les villes, et en particulier la Ville de Paris, de créer des sanatoriums dont l'utilité semble incontestable? La difficulté réside tout entière dans la question d'argent.

Conclusions : I. Le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums s'impose à trois points de vue :

1° Le sanatorium assure l'isolement du tuberculeux qui, par sa présence, constitue un danger pour la Société;

2° Le sanatorium, grâce à ses installations spéciales, permet seul de donner au tuberculeux les soins dont il a besoin;

3° Le sanatorium, destiné spécialement aux malades les plus curables, permet de réaliser un véritable gain financier et social, comme l'ont montré les résultats obtenus par les Compagnies d'assurances contre l'invalidité et la vieillesse.

II. Les hôpitaux d'isolement et les quartiers d'isolement, tels qu'on semble les comprendre, ne répondent qu'imparfaitement à une partie de la question : celle qui a trait au danger que présentent les tuberculeux pour la société. Leur création présente le grave inconvénient de nécessiter de très fortes dépenses qui ne seraient vraisemblablement pas surpassées par la création de sanatoriums qui résoudraient complètement le problème.

III. Nous devons faire tous nos efforts pour diriger vers les sanatoriums les tuberculeux les plus facilement curables, ceux qui sont au début de leur maladie. Il est urgent, pour aider à ce recrutement, de se préoccuper de secourir la famille des hospitalisés pendant l'absence du chef de famille.

IV. Etant donnés les sacrifices pécuniaires considérables exigés par ces réformes, il est nécessaire que toutes les bonnes volontés se mettent à l'œuvre et que l'initiative des particuliers s'associe à celle des pouvoirs publics dans la lutte à entreprendre.

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 30 août.

Danger de l'ingestion des viandes d'animaux tuberculeux.

M. Thomassen (d'Utrecht) a entrepris à l'abattoir d'Amsterdam une série d'expériences pour élucider cette question : il a uniquement utilisé de la viande d'animaux atteints de tuberculose généralisée, viande que l'on saisit dans tout pays civilisé, et il a nourri avec cette viande 10 porcelets, animaux qui ont une grande réceptivité pour la tuberculose. La durée de chaque expérience a été d'environ 3 à 4 mois, chaque porcelet a consommé en tout de 3 à 15 kilos de viande, que bien entendu on donnait crue.

Sept animaux sont restés indemnes, bien qu'ils aient consommé de grandes quantités de cette viande, jusqu'à 11 kilos 5.

Les animaux témoins, au nombre de 5, sont également restés tout à fait bien portants. Mais 3 des animaux d'expérience ont contracté la tuberculose; tués au 140e jour, ils présentaient des lésions bacillaires disséminées, notamment dans les ganglions sous-maxillaires.

M. Thomassen insiste sur ce point que dans deux cas où les porcelets se sont tuberculisés, on leur avait donné de la viande mélangée de petites esquilles osseuses, ce qui a probablement contribué à favoriser l'infection, d'abord par la présence de moelle osseuse qui représente un des meilleurs terrains pour le développement du bacille tuberculeux, et ensuite par les lésions du tube intestinal qu'elles peuvent produire.

On peut conclure que la viande des animaux tuberculeux peut, par ingestion, provoquer la maladie, mais que ce danger est fort minime, surtout lorsqu'il s'agit de tuberculose localisée. Cependant il faut admettre deux facteurs qui augmentent le danger dans l'ingestion naturelle, savoir :

1° Que toute viande d'animaux tuberculeux mise en vente a été exposée à une souillure par des matières virulentes.

2° Que la cuisson laisse souvent beaucoup à désirer, de sorte que, à l'intérieur d'un morceau de viande, la température est souvent insuffisante pour détruire le bacille tuberculeux.

M. Ch. Siegen (de Luxembourg). — Les viandes reconnues impropres à la consommation sont généralement dénaturées à l'aide d'antiseptiques; or, il arrive souvent que cette précaution n'empêche pas de les détourner et de les livrer au commerce directement ou sous forme de saucisson.

Pour éviter cette fraude si nuisible à la santé publique, il suffirait de stériliser ces viandes sur place dans les abattoirs, de façon qu'elles puissent encore servir à l'alimentation après cette opération. On aurait ainsi des viandes qu'on pourrait mettre à la disposition des indigents à très bas prix.

La tuberculose frappe un nombre si considérable de bovidés, que la destruction de la viande de tous les animaux atteints constituerait une perte énorme pour les éleveurs. Heureusement, on a pu s'assurer que la viande n'était bacillifère que dans les cas de tuberculose généralisée, les seuls où il fût nécessaire d'interdire la vente de la viande pour la boucherie. On pourrait faire mieux encore en stérilisant cette viande, non pas celle des bêtes émaciées, fébriles, dont tous les organes sont criblés de tubercules, mais bien de celles qui ont toutes les apparences de la santé et chez lesquelles on est surpris de trouver des lésions tuberculeuses multiples.

Ce qui rend la viande de tels animaux dangereuse, c'est surtout la tuberculose des ganglions enfermés dans les masses musculaires. Ici la cuisson simple ou l'ébullition ne suffiraient pas à la stérilisation. Le meilleur procédé à employer dans ce cas est la cuisson à la vapeur sous pression, qui élève la totalité de la viande à une température suffisante pour obtenir une stérilisation complète et donne de la viande et du jus savoureux et nutritifs. La graisse elle-même peut être parfaitement utilisée après ce traitement.

Un grand nombre d'appareils de stérilisation ont été construits, à cet effet, en Allemagne et en Hollande, tous soumettant la viande à la vapeur sous pression, à une température de 110° à 125° C. pendant deux à trois heures.

Un exemple suffira à montrer les avantages pécuniaires peut peut donner cette méthode. Un bœuf tuberculeux, de l'abattoir de Saint-Nicolas (Belgique), a fourni, après stérilisation, 238 fr. 88 de viande, de jus, de graisse et d'os, les frais de l'opération ne s'élevant qu'à 8 fr.

Cette méthode serait également économique pour l'Etat, qui pourrait déduire de l'indemnité allouée pour l'abatage d'un animal tuberculeux le prix de la vente de la viande et du jus après la stérilisation.

On objectera qu'il sera difficile de vendre ces produits : à cela qu'il nous suffise de répondre que, en Allemagne, en Belgique et en Hollande, les viandes et le jus ainsi stérilisés ont toujours été rapidement enlevés au prix de 0 fr. 50 le kilo.

M. Morot (de Troyes). — La stérilisation des viandes provenant d'animaux gras, mais porteurs de lésions tuberculeuses étendues, est mise en pratique à Troyes. Cette viande est cuite à l'eau bouillante ou par la vapeur sous pression, et livrée ensuite à la consommation. Jusqu'à présent les indigents en ont assuré le débit. Dans le cas où on n'en trouverait pas le placement immédiat, on pourrait sans danger faire de ces viandes stérilisées des conserves ou les soumettre à la salaison.

M. Stubbe (de Bruxelles) insiste sur la nécessité d'instituer dans les comices agricoles des primes pour encourager des projets rationnels d'étables hygiéniques, mesure justifiée par la malpropreté habituelle de ces locaux. Il signale également l'utilité de ne pas laisser la tuberculine à la disposition des éleveurs, sans contrôle officiel : il peut arriver, en effet, que les propriétaires s'assurent eux-mêmes par ce moyen de l'état de leurs bêtes et s'empressent de vendre clandestinement celles qui auront réagi et, par conséquent, de multiplier les animaux tuberculeux dans les marchés, résultat absolument contraire à ce qu'on se propose d'obtenir.

M. Magnan (de Nice) fait connaître que la municipalité de Nice a eu l'heureuse idée d'instituer une inspection des vacheries, complétée par un service de tuberculinisation gratuite. Dix vacheries ont déjà fait soumettre leurs bêtes à l'épreuve de la tuberculine et ont laissé abattre celles qui ont réagi. Pour encourager ceux qui se prêtent à ces mesures d'hygiène, on a autorisé les propriétaires à faire porter aux vaches n'ayant pas réagi à la tuberculine une plaque indicatrice et la ville délivre des certificats, constatant que la vacherie est indemne de tuberculose. On arrivera à répandre beaucoup plus encore ces mesures prophylactiques, si les journaux de la localité consentent à publier les noms des titulaires de ces certificats, si le public s'adresse plus volontiers aux vacheries ainsi contrôlées et que les institutions publiques stipulent désormais dans leurs cahiers des charges que le lait qui leur sera fourni ne devra provenir que de vaches ayant subi l'épreuve de la tuberculine.

Prophylaxie de la tuberculose dans les agglomérations humaines.

M. Hansen (Bergen) insiste sur la nécessité, pour obtenir des résultats utiles, d'une action officielle, d'une réglementation légale. La loi en préparation en Norwège exige les mesures prophylactiques classiques (crachoirs, désinfection des locaux, surveillance des viandes et du lait...), conseille l'isolement des tuberculeux qui seront soignés dans des sanatoriums, enfin rend obligatoire la déclaration de la tuberculose humaine.

M. Armaingaud (de Bordeaux) présente un rapport sur le fonctionnement de la *Ligue contre la tuberculose* depuis le dernier Congrès (1893).

La Ligue est un centre de propagande et de vulgarisation ayant pour but de faire l'éducation sanitaire du public, en ce qui concerne la tuberculose, et de faire passer dans les habitudes de la population toutes les notions pratiques définitivement établies. Depuis le dernier Congrès, 200 conférences ont été faites en France sous les auspices et la direction de la Ligue, dont 125 par des médecins et 70 par des instituteurs (lectures expliquées) qui reçoivent du Dr Armaingaud tous les documents et textes nécessaires pour les aider à faire ces conférences. D'innombrables exemplaires des instructions prophylactiques ont été distribués dans toute la France par les conférenciers et par les membres de la Ligue. A l'étranger, la Ligue a été imitée en Russie, aux Etats-Unis, au Canada, en Angleterre, en Suisse, en Belgique, etc.

MM. Séailles et Dufournier (Paris) font une communication sur le traitement des tuberculeux indigents par les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. Après avoir exposé le fonctionnement des bureaux de bienfaisance à Paris, en ce qui concerne les tuberculeux, et après avoir établi le nombre des malades traités, ils attirent l'attention sur l'insalubrité des logements et la nécessité de les assainir. Ils énoncent les mesures prophylactiques prises vis-à-vis des malades, désinfection des locaux, distribution de crachoirs, instructions sur les carnets d'ordonnances distribuées aux malades. Ils arrivent alors aux desiderata exprimés à plusieurs reprises par la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Soins spéciaux par des infirmiers envoyés à domicile; alimentation et suralimentation.

Isolement des malades incurables dans de petits hôpitaux.

Eloignement des curables dans des colonies agricoles.

Placement familial des enfants non touchés, issus des tuberculeux. Ce dernier procédé, déjà mis en œuvre pour les Enfants-

Assistés de la Seine, semble le meilleur moyen pour empêcher la dissémination de la tuberculose et sa propagation dans les milieux indigents et nécessiteux.

M. Gauchas (Paris). — La tuberculose est plus fréquente qu'on ne pourrait croire dans les crèches; bien qu'il s'agisse uniquement de jeunes enfants non malades (on les renvoie dès qu'ils sont atteints de bronchite ou de fièvre); M. Gauchas a rencontré, parmi 110 enfants qu'il a suivis, de 1895 à 1898, à la crèche de la rue Gauthey, 12 enfants atteints de tuberculose cliniquement certaine et 7 pouvaient être considérés comme suspects. Cette proportion assez considérable (10,9 p. 100) ne semble pas avoir déterminé, à la crèche, de cas nets de contagion; c'étaient, il est vrai, pour la plupart, les tuberculoses fermées, des enfants ne toussant pas. Cependant on peut admettre que des crachats déglutis peuvent, par l'intermédiaire des selles, souiller les linges et devenir ainsi des agents de contagion.

Il faut donc surveiller la désinfection des linges et des mains du personnel. En y joignant une désinfection fréquente du local, on se place suffisamment à l'abri de la dissémination du bacille de Koch dans les crèches; bien certainement le danger de la contagion pour les bébés des crèches est minime, c'est à la maison paternelle que ce danger existe et là il est considérable.

M. P. Richard (Paris) a observé 6,5 p. 100 de tuberculose dans la crèche de la rue de l'Arbre-Sec; il pense que, pour faire bonne œuvre prophylactique, le médecin devrait suivre ses petits pensionnaires à la maison pour faire prendre dans ce milieu les précautions nécessaires. Mais, de plus, on doit à la crèche assurer l'antisepsie des locaux, des enfants et du personnel, et ne donner que des aliments débarrassés de tout bacille par la cuisson.

M. Richard conseille, en particulier, d'exiger des vêtements spéciaux pour le personnel à l'intérieur de la crèche, de repousser impitoyablement toutes les tuberculeuses qui voudraient être admises à la direction d'une crèche (et pour cela, un examen complet des postulantes s'impose), de renvoyer tout enfant porteur de tuberculoses ouvertes ou fermées, d'assurer la toilette antiseptique des cavités buccale et nasale des enfants, enfin de ne pas admettre, dans les crèches, des enfants issus de parents tuberculeux et habitant avec eux.

M. Léon Dereoq (Paris) insiste sur les dangers auxquels sont exposés les enfants convalescents quand, sortant de l'hôpital, ils sont rendus à leur famille encore affaiblis, débilités, aptes à cultiver tous les germes, et qu'ils séjournent dans des logis insalubres, encombrés, souvent infectés : bien souvent alors, on voit la tuberculose se développer chez eux. Il est donc très important de s'occuper de protéger les enfants convalescents contre l'infection tuberculeuse qui les menace, et pour cela, on doit avant tout et surtout les éloigner du milieu familial et de l'atmosphère des grandes villes. Étant donné le chiffre de la population infantile de Paris qui, d'après le dernier recensement, est de 480 900 enfants de 0 à 14 ans, on conviendra que les hôpitaux de convalescence relevant de l'Assistance publique sont insuffisants.

L'éloignement méthodique de l'atmosphère urbaine s'impose pour tous les enfants convalescents d'affections aiguës, que ces enfants sortent des services hospitaliers ou qu'il s'agisse de nécessiteux convalescents soignés à domicile. Bien des progrès sont encore à réaliser dans cette voie.

La question du crachoir.

M. Chuquet (Cannes) présente les principaux modèles de crachoirs actuellement existants et il en fait une étude critique, de laquelle il résulte que le crachoir portatif vraiment pratique est encore à trouver.

M. Landouzy montre un modèle nouveau de crachoir de poche qui diffère des modèles courants par deux modifications avantageuses : 1° l'orifice, aura lieu d'être un cercle perpendiculaire au grand axe du flacon, est oblique par rapport à cet axe, ce qui lui donne une forme elliptique et une dimension plus grande relativement, ce qui, de plus, permet au malade couché de cracher plus facilement; 2° le couvercle s'ouvre par pression légère de l'ongle du pouce; ce petit détail est important, car M. Landouzy a vu plusieurs fois des phthisiques s'inoculer la tuberculose au doigt en faisant usage de crachoirs à ouverture trop dure.

M. Lalesque (Arcachon). — L'emploi des crachoirs de poche serait, au dire de bien des médecins, d'une vulgarisation difficile, les malades s'y montrant réfractaires; mais si le médecin fait comprendre à l'intéressé qu'il s'expose, en crachant dans son mouchoir, à une réinfection incessante, en crachant par terre à l'infection de son entourage, on réussira certainement à lui faire accepter le crachoir de poche. En fait, à Arcachon, cette éducation du malade a pu être réalisée; ce qui le prouve c'est que, l'hiver dernier, on y a vendu 563 crachoirs de poche.

M. Schrœtter (de Vienne) présente un crachoir de papier-carton imprégné de paraffine, qui est en usage au sanatorium d'Alland. On y met de la tourbe. Tous les soirs on brûle les crachoirs qui ont servi; c'est évidemment le procédé de stérilisation le plus efficace et le plus simple, et la dépense est minime, ces crachoirs fabriqués en grand ne revenant pas à plus de deux centimes pièce.

M. Landouzy, tout en approuvant le principe du crachoir de papier destiné à être brûlé dès qu'on s'en est servi fait, au modèle de M. Schrötter, le reproche d'être trop léger, par suite de se renverser trop facilement.

M. Gustave Weil (Paris). — Si dans certaines écoles primaires, on s'est occupé de recueillir les crachats et d'en empêcher la dissémination, par contre, dans les établissements d'instruction secondaire et supérieure, dans les lycées notamment, on ne prend pas les plus minimes précautions : dans ces grandes agglomérations d'enfants et de jeunes gens, ni dans les classes, ni dans les réfectoires, ni dans les dortoirs, on n'a trouvé bon de mettre des crachoirs : les professeurs eux-mêmes donnent souvent le mauvais exemple, et si on ne peut exiger du personnel enseignant qu'il soit absolument indemne de tuberculose pulmonaire, au moins devrait-on pouvoir obtenir de lui qu'il prenne les précautions indispensables.

M. Landouzy. — L'installation des crachoirs n'a pas seulement pour but de doter les locaux d'un instrument protecteur; ces crachoirs sont, de plus, des objets d'enseignement; il faut qu'il sorte de là une véritable leçon de choses; il faut que l'enfant emporte de l'école et du lycée l'habitude invétérée de ne pas cracher n'importe où, la notion ferme que ces précautions élémentaires ont une importance de premier ordre. On doit regretter à ce point de vue que, dans la nouvelle Sorbonne, on ait jugé bon de peindre les crachoirs de telle sorte qu'on ne les voit pas et qu'ils sont aussi dissimulés que possible.

Aussi, il serait à souhaiter que, dans la prochaine Exposition, on ait le courage de disposer des crachoirs en évidence pour que les millions de visiteurs qui viendront là, de tous les coins du monde, emportent cette idée qu'il est malséant et dangereux de cracher par terre, car les crachats sont des véhicules de germes nocifs.

Sur un procédé simple pour aseptiser les planchers.

M. Raymond Petit (Paris) préconise l'emploi d'une cire retirée du pétrole qui serait préférable à la paraffine pour obturer les fentes des parquets et rendre ceux-ci étanches. Cette cire a les avantages suivants : elle est un mauvais milieu de culture pour la plupart des espèces bactériennes et même elle paraît microbicide; elle n'est pas altérée par l'eau et par les liquides antiseptiques; elle permet d'obtenir une obturation durable; dans des salles du Louvre où ce procédé a été appliqué, il y a 2 ans, les parquets sont demeurés étanches; enfin, le remplissage des fentes avec ce produit n'empêche nullement de nettoyer les parquets par les moyens habituels ni de les cirer.

De la désinfection dans ses rapports avec la prophylaxie de la tuberculose.

M. Sedan. — Un des points importants de la prophylaxie de la tuberculose est la destruction du bacille tuberculeux là où il a été déposé, et, pour ne pas sortir de la question n° 5 posée par le Congrès, je n'envisagerai, dans cette communication, que les locaux habités.

Dans les locaux qui ont été habités par un phthisique, le bacille est, en général, à la surface; il est peu, ou point, recouvert, tout au plus par quelques doubles de couvertures; il peut être dans la poussière d'un bois de lit, dans les replis d'une moulure ou dans le capitonnage d'un meuble. Comment l'atteindre tout en agissant sur l'atmosphère de la pièce infectée?

Les désinfectants liquides n'ont d'action que sur ce qu'ils touchent, et le moins qu'on puisse dire c'est qu'ils sont insuffisants. C'est donc aux désinfectants gazeux qu'il faut s'adresser. Mais l'acide sulfureux et le soufre étant condamnés par les maîtres de l'hygiène française, il ne reste que les dérivés du formol. Nous les avons tous essayés et nous sommes restés fidèle au formochlorol.

C'est qu'en effet avec lui on obtient ce que ne donne aucun autre désinfectant. M. le professeur Rietch, de Marseille, chargé par le maire de cette ville d'expérimenter cette substance, écrivait, le 23 février 1897 : « La désinfection par le formol a rendu inoffensifs les crachats tuberculeux virulents avant cette opération ».

Le même confrère concluait, quelque temps après, un article publié dans le *Marseille médical* en disant « que l'efficacité du formol est suffisante pour les maladies contagieuses habituelles, la tuberculose, etc. ».

Dans les expériences contrôlées par le professeur Rietch la matière tuberculeuse avait été exposée sans entraves à l'action du formochlorol. Nous avons voulu voir ce qu'elle deviendrait si elle était moins accessible; à cet effet, dans de nouvelles expériences, nous l'avons placée dans une paillasse, dans une couverture double, dans un matelas, dans une rainure profonde de 7 millimètres et remplie de sable dans un godet au-dessous d'une couche de sable de 3 millimètres. Des cobayes, tous les témoins sont devenus tuberculeux. Des inoculés 2 sur 7 seulement sont devenus tuberculeux.

Je suis tellement sûr des résultats, que j'avais demandé, par écrit, à reproduire mes expériences devant une commission désignée par le bureau du Congrès, et assez à temps pour que les résultats puissent être proclamés en même temps que je lirais cette communication. Je n'ai été honoré d'aucune réponse; ce n'est donc pas ma faute si la rigoureuse vérité de ce que j'avance n'est pas affirmée par ceux-là même que j'ai demandés pour juges.

Mais M. Chiaïs, de Menton, à qui l'on doit la création du premier établissement de désinfection dans une station hivernale où la chose est pourtant si utile, m'a tracé un programme d'expériences graduées et méticuleuses. Du tubercule broyé avec du sable stérile a été mis dans des godets stériles, qui ont été placés dans une pièce à désinfecter par le formochlorol. Le premier tiers des échantillons était libre, le second était recouvert de trois doubles de gaze fine, enfin le troisième était protégé par un morceau de couverture de laine. Trois cobayes témoins sont devenus tuberculeux. Les quinze autres, inoculés après désinfection, sont à l'heure actuelle tous vivants, et bien portants; leur tubercule local s'est sphacélé, éliminé, et la cicatrice a été presque immédiate. MM. Chiaïs et Verharen (du sanatorium d'Alger) ont vu tous ces animaux. En terminant je signalerai la publication dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du 25 juillet, d'un travail de M. de Rechter, qui confirme avec la plus grande énergie toutes mes conclusions.

Nous traiterons ailleurs et plus tard la question de la destruction rapide et certaine du bacille dans le crachoir.

Prophylaxie de la contagion de la tuberculose de l'homme à l'homme.

M. J. Nicolas. — Des deux sortes de conditions qui président à cette contagion, germe pathogène et terrain, c'est sur celui-ci que le rapporteur a surtout insisté, pensant que son rôle était plus facilement laissé dans l'ombre; il a donc exposé les méfaits du surmenage, de l'alimentation insuffisante, de l'air confiné, du logement insalubre, de la densité de la population et du surpeuplement.

Sur ces notions M. Nicolas base la prophylaxie de la tuberculose, et en décrit ainsi les grandes lignes :

« 1° Empêcher autant que possible les bacilles de pouvoir se faire jour à l'extérieur et émigrer hors de l'organisme tuberculeux; éviter, en un mot, la transformation d'une tuberculose fermée en tuberculose ouverte.

« 2° Si la tuberculose est ouverte et que des agents pathogènes soient éliminés à l'extérieur, la prophylaxie aura pour tâche d'empêcher la dissémination de ces agents, de s'opposer à leur pénétration directe ou indirecte dans les organismes sains, d'éviter, en un mot, l'infection des sujets indemnes jusque-là, ou même de prévenir de nouvelles infections chez des sujets déjà antérieurement atteints.

« 3° Enfin, même si la contagion n'a pu être prévenue, si l'infection s'est effectuée en l'absence de toute précaution ou faute de précautions suffisantes, le rôle de la prophylaxie n'est pas achevé. Elle aura alors pour objet d'arrêter, d'entraver le développement de l'agent pathogène dans l'organisme infecté, en rendant le terrain où il a été semé inapte à sa germination, ou tout au moins apte à se défendre dans les meilleures conditions possibles. Comme il est à peu près impossible pratiquement d'empêcher, d'une façon certaine et constante, la transmission des bacilles de Koch des sujets malades aux individus sains, un des grands facteurs de la prophylaxie, celui sur lequel ont peut-être trop peu insisté les différents auteurs, sera précisément de chercher à rendre, d'une façon systématique, les individus rebelles au développement de la tuberculose, non pas seulement dans le cas et à la suite de l'infection, mais d'une façon constante. Elle se donnera pour but de les fortifier, de les rendre capables d'avance de lutter efficacement contre les agents pathogènes si jamais l'occasion s'en présente. On parviendra à ce résultat en plaçant tous les sujets dans les meilleures conditions hygiéniques à tous les points de vue : alimentation, repos, salubrité du logement, aération, défaut d'encombrement, de surpeuplement des habitations, etc. »

La question de l'isolement des tuberculeux n'est pas facile à résoudre au premier abord d'une façon générale, et précisément M. Nicolas croit qu'il ne faut pas vouloir édicter une mesure constante, car si à l'hôpital l'isolement des tuberculeux s'impose, si partout il ne peut qu'être favorable, il n'est pas toujours applicable. Il est, en effet, difficile d'enfermer dans un hôpital *ad hoc*, des tuberculeux qui encore en assez bon état continuent à travailler, à gagner leur vie et celle de leur famille, tout en étant cependant un danger pour les gens qui les entourent. On se heurte donc dès l'abord à une question de principe qui empêche de faire considérer l'isolement comme une méthode systématiquement applicable. D'ailleurs, avec des mesures et des précautions relativement peu compliquées, pourvu que mises en œuvre d'une manière régulière, systématique et absolue, ce danger pourrait être considéré comme presque insignifiant...

Il est certain qu'au point de vue théorique, les sanatoria sont parfaits; ils sont parfaits aussi pour le traitement des tuberculeux riches ou aisés. Mais en est-il de même au point de vue pratique, en ce qui concerne les tuberculeux pauvres, ceux qui encombrent nos salles d'hôpital? Si l'on ne considère que le résultat produit par le séjour au sanatorium, pour un malade déterminé, c'est très bien; mais, malheureusement, le coût, l'éloignement aussi de ces établissements font qu'ils ne seront jamais utilisables que pour un nombre trop restreint de malades. En effet, le prix de revient élevé du lit dans ces établissements, fait qu'on ne peut créer de longtemps des lits en nombre suffisant pour tous les tuberculeux à traiter, et, d'autre part, leur éloignement fait que peu de malades accepteraient probablement d'y séjourner longtemps ou même de s'y rendre, ne voulant pas s'écarter autant de leur famille ou de leurs affaires, surtout dans les cas les plus intéressants, ceux de tuberculose curable.

Aussi nous semblerait-il véritablement nécessaire de créer, à proximité des villes, des hôpitaux de tuberculeux placés dans des conditions de situation, d'exposition, d'aération aussi bonnes que possibles, moins luxueux et moins compliqués que les sanatoria, mais où les tuberculeux trouveraient la majeure partie des conditions hygiéniques et thérapeutiques qui font le succès de ces derniers, avec cure hygiénique, aération continue, repos, alimentation puissante, comme à Falkenstein, Davos, etc. La création du sanatorium d'Angicourt, pour les tuberculeux de Paris, du sanatorium d'Hauteville, pour ceux de Lyon, est un pas fait dans cette voie, dont on a compris toute la valeur; il est à souhaiter qu'on ne s'en tienne pas là et que d'autres villes suivent l'exemple donné. Les tuberculeux pouvant se rendre

dans les sanatoria classiques le feront, et les autres trouveront dans ces hôpitaux suburbains des conditions autrement favorables que dans les hôpitaux urbains. Enfin, au point de vue qui nous occupe plus spécialement, les tuberculeux isolés dans ces établissements, où les mesures de prophylaxie les plus rigoureuses seront prises, ne seront plus un danger pour les autres malades des hospices ou pour les habitants des villes.

Les tuberculeux peuvent-ils se marier? Quelle conduite doit tenir le médecin à qui l'on demande son avis sur ce sujet? Pour nous, il n'y a aucun doute, le médecin doit interdire moralement le mariage à tout tuberculeux avéré, dont la tuberculose est en évolution, de même qu'il l'interdit à un syphilitique non absolument guéri. Si le sujet dont il s'agit n'est que suspect de tuberculose, le médecin pourra autoriser le mariage après une longue observation et après s'être assuré qu'il ne s'agissait pas en réalité de tuberculose, ou le tolérer si la tuberculose paraît guérie complètement depuis assez longtemps. Mais, dans ce dernier cas, il se rappellerera que le mariage, surtout pour les femmes avec les grossesses, peut être fréquemment la cause d'une nouvelle poussée, d'un réveil de la tuberculose, ce qui devra augmenter la circonspection qu'il mettra à donner son autorisation au mariage ou à le tolérer.

L'interdiction du mariage aux tuberculeux aura un double avantage : elle évitera d'abord la contamination possible de l'autre conjoint indemne, et ensuite, elle supprimera la procréation d'enfants qui auraient de grands risques d'apporter en eux, à la naissance, le germe tuberculeux par hérédo-contagion et qui, en tous cas, seraient presque toujours des êtres chétifs, malingres, souffreteux, dans de mauvaises conditions de vitalité, et pour ainsi dire marqués d'avance pour la tuberculose qui les guette par hérédo-prédisposition.

Cette deuxième et non moins grave raison au point de vue social, d'interdire le mariage aux tuberculeux a une grande importance, car elle montre que cette interdiction s'étend aussi bien au mariage entre deux tuberculeux qu'à celui d'un tuberculeux avec un sujet sain. Cette même raison fera encore que les relations sexuelles entre les époux, si la tuberculose se développe chez l'un des deux ou chez les deux, plus ou moins longtemps après le mariage, devront être supprimées, non seulement par crainte d'infection réciproque, mais aussi de peur d'engendrer des enfants débilités, dégénérés, tuberculeux héréditairement ou prédisposés à le devenir.

M. Brouardel demande qu'on insiste aussi sur le rôle de la lumière. Les tisserands de Laval, habitant encore dans des caves humides, mal éclairées, mal aérées, ont une mortalité de 80 pour 10 000 par tuberculose. Il serait bon aussi qu'on indiquât que la tuberculose est guérissable, car sans cela il sera difficile de demander aux familles, aux malades, les mesures rigoureuses d'isolement ou autres, nécessaires pour la prophylaxie et la guérison de la tuberculose.

M. Tison appelle troglodytisme les conditions du logement où ne pénètrent pas la lumière et le soleil et qui sont certainement plus importantes au point de vue du bien-être et même de la prophylaxie de la tuberculose.

Les conditions physiologiques normales sont d'excellents moyens de lutte. L'alcoolisme chronique a de gros inconvénients, par la dyspepsie, la perte du sommeil et le dépérissement qui en est la conséquence.

M. Courmont (Lyon). — La contagion de la tuberculose se fait, contrairement à ce que croit la majorité, presque uniquement par le tube digestif et non par les poumons. L'expérimentation, depuis Chauveau, reproduit, à coup sûr, la tuberculose par ingestion de produits ou de cultures. Le poumon, au contraire, se défend très bien. Les localisations pulmonaires chez l'homme ne prouvent pas que la porte d'entrée soit locale. Chez le lapin, la tuberculose saute au poumon quelle que soit le point d'inoculation. Je crois peu à la tuberculisation par inhalation, mais beaucoup à celle par ingestion.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Nantes.

Sur l'augmentation de fréquence du diabète.

M. Lépine. — Comme suite aux publications de M. Jacques Bertillon et aux notes que j'ai publiées sur la question dans la *Revue de médecine* en 1895 et en 1896, mon élève, M. Alix, a dépouillé les fiches municipales mortuaires de la ville de Lyon pour l'année 1897. Il a trouvé que, sur les 8000 décès de cette année, 41 étaient causés par le diabète. Cela fait 5 p. 1000. Si on rapporte le nombre des décès par diabète à 100 000 vivants, comme dans les statistiques de Bertillon, Garoé, etc., on trouve le chiffre de 8,9, qui est très inférieur à celui de la ville de Paris pour les dernières années.

Les statistiques des grands hôpitaux sont vraisemblablement plus dignes de confiance que les statistiques municipales, les diagnostics y étant presque toujours exacts. M. Alix, qui a compulsé les registres de l'Hôtel-Dieu de Lyon pour 18 années, de 1880 à 1897, a compté 24 912 décès, parmi lesquels 137 pour diabète. Cela fait 5,5 p. 1000, proportion légèrement supérieure à celle que lui avaient données les fiches municipales de 1897. Si on partage en quatre périodes les 18 années, on a :

	Décès diabétiques pour 1 000 décès.
De 1880 à 1884.	5
De 1885 à 1889.	5,7
De 1890 à 1894.	5,7
De 1895 à 1897.	4,6

Ainsi, pas d'augmentation.

M. Alix a aussi compté les entrées : il a trouvé, pour les 18 années, 203 104 entrées de malades, parmi lesquels 465 pour diabète. Cela fait 2,28 p. 1000. La morbidité pour diabète, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, serait donc la moitié de la mortalité de cette maladie. Cette morbidité serait plus élevée dans un autre hôpital lyonnais, l'hôpital Saint-Pothin, à en juger par les chiffres qu'a bien voulu me communiquer mon collègue, M. le professeur Bard : sur 3 950 malades il a observé une proportion de 5 p. 1000. Les statistiques privées qui m'ont été obligeamment adressées par un certain nombre de membres de l'afas, portant sur des nombres peu élevés, ne peuvent pas fixer le point en question. Je me contenterai de dire que d'après MM. Leduc et Malherbe (de Nantes), Picot et Vergely (de Bordeaux), Mossé (de Toulouse), Chavanes (de Saint-Étienne), le diabète serait fréquent dans ces grands centres. Malheureusement les renseignements me font défaut pour la plupart des grandes villes de la France. Pour un certain nombre de petites localités, pas de réponses. J'en remercie leurs auteurs, et je publierai ultérieurement, avec les noms, les principaux résultats qu'ils ont bien voulu me communiquer.

M. Leduc (de Nantes) a relevé depuis 5 ans tous les cas de diabète que lui a fournis la clientèle, et il en a trouvé aussi de 1 1/2 à 2 p. 100. Ces chiffres ont ceci de particulier qu'ils portent sur des consultants, c'est-à-dire sur des personnes venant non seulement de la ville de Nantes, mais de tout le département. De plus, ces malades sont des chroniques, les individus atteints d'affections aiguës ne pouvant se déplacer ; si M. Leduc était occupé seulement de la clientèle hospitalière, qui comprend les aigus comme les chroniques, il serait arrivé à une proportion moins élevée. Pour ces raisons ses chiffres ne peuvent représenter le pourcentage du diabète à Nantes.

M. Leduc a été frappé de la topographie spéciale que le diabète affecte dans ce département de la Loire-Inférieure ; il y en a quelque sorte des foyers, certaines communes présentant un plus grand nombre de cas de cette maladie que les autres communes.

M. Loir (Tunis). — Le diabète est fréquent en Tunisie, surtout chez les Israélites, et augmente depuis un certain temps. Comme étiologie figurent en première ligne les excès d'alimentation, cette alimentation étant riche en féculents, abondante en sucreries. Le manque d'exercices et la vie sédentaires paraissent devoir être souvent incriminés et le diabète est rare chez les ou-

vriers employés aux durs travaux et chez les militaires. Il ne semble pas y avoir de rapport entre le diabète et les excès vénériens, pas plus qu'avec le paludisme; l'influence de l'alcoolisme est douteuse. Quant au climat, il ne suffit pas pour expliquer la chose, car le diabète est rare dans des pays plus chauds. L'obésité est souvent signalée, et l'affection se montre quelquefois avec le caractère familial.

Le diabète évolue, dans la grande majorité des cas, dans la seconde moitié de la vie humaine. Leur durée est toujours très longue. Il y a des cas intermittents, mais l'intermittence est plutôt constituée par des récidives occasionnées par le retour aux habitudes d'excès d'alimentation qui avaient produit l'éclosion de la maladie.

La mort survient, le plus souvent, par la gangrène et surtout par l'anthrax diffus, exceptionnellement par la tuberculose, très rare dans la Tunisie, même chez les militaires.

Le traitement médicamenteux est de peu d'utilité, tandis que l'hygiène est toute-puissante.

M. Leduc estime que, dans sa région, la cause ordinaire du diabète est l'irritation de la cellule hépatique, irritation dont les causes sont multiples. Il possède trois faits dans lesquels le diabète s'est montré à l'occasion de pleuro-pneumonie subaiguë de la base droite, et a évolué parallèlement à cette affection.

Mais la cause de beaucoup la plus fréquente est incontestablement les excès alimentaires et surtout de boisson; le vin blanc, que l'on boit dans la région en quantités inconnues dans d'autres pays, semble surtout devoir être incriminé. Les communes où le diabète est le plus fréquent sont celles où l'on consomme le plus de vin blanc. L'évolution de ce diabète offre un cycle toujours le même, et qui dure de deux à cinq ans. Il débute par une légère quantité de sucre en même temps que se montre une légère hypertrophie du foie; sous l'influence du régime se produit une rémission; ultérieurement le foie s'atrophie, le sucre disparaît et l'albumine se montre.

M. Plantet (de Bordeaux) croit que la rareté du diabète dans les colonies prétropicales n'est pas en faveur de la théorie de l'irritation de la cellule hépatique, car, dans ces pays, la congestion du foie, son hypertrophie sont constantes. Si les missionnaires, qui sont surtout végétariens, sont moins pris de ce côté, il n'en est pas de même des autres Européens, militaires ou civils, qui se condamnent à des excès d'alimentation sous prétexte de se donner des forces.

De la pomme de terre dans le régime du diabétique.

M. Mossé (de Toulouse) a soumis une diabétique, dont les urines étaient analysées chaque jour, d'abord au régime alimentaire ordinaire, puis il a supprimé les petits pois, puis enfin remplacé le pain par la pomme de terre. Pour se mettre à l'abri des causes d'erreur il a refait deux fois les mêmes expériences, et a fait porter ses essais sur des septenaires, pour se mettre à l'abri des écarts journaliers qui peuvent être si grands comme on sait. Chez cette malade la quantité de sucre a diminué quand les pommes de terre étaient substituées au pain.

M. Leduc (de Nantes) a toujours constaté une augmentation du sucre quand les pommes de terre entraient dans l'alimentation.

Pathogénie du diabète.

M. Rappin (de Nantes) estime que l'on n'a pas jusqu'ici tourné ses recherches suffisamment dans cette maladie, du côté de la bactériologie du tube digestif. Il y a là une lacune considérable et il est permis de supposer que si l'on prenait le soin de mettre ce point à l'étude d'une façon méthodique, on ne tarderait pas à éclairer la solution du problème.

On est conduit, en quelque sorte naturellement, à adopter cette manière de voir en remarquant la relation si intime que l'on établit entre le genre d'aliments qu'on fournit au diabétique et la teneur en sucre des urines, et mieux, d'une façon générale, les déterminations même de sa maladie. Comment, dès lors, ne pas admettre que les modifications apportées par la différence de l'aliment fourni, n'ont pas modifié les fermentations intestinales et peut-être aussi les ferments eux-mêmes de l'intestin? Et ne se passe-t-il pas là un phénomène analogue à ce que l'on observe pour la bactériologie du tube digestif dans le régime lacté, où l'usage exclusif du lait permet de ne retrouver dans les matières et presque exclusivement qu'une seule espèce de colibacille.

Il y a déjà longtemps que l'hypothèse de l'étiologie microbienne du diabète a été mise en avant. M. Charrin avait déjà décrit des microbes de plusieurs ordres trouvés dans le pancréas, s'appuyant sur l'idée de l'origine pancréatique du diabète. De même, M. Teissier, de Lyon, a pensé à la contagion de cette maladie par les bactéries; M. Rappin, lui-même, dès 1881, dans sa thèse, étudiant les bactéries de la bouche, émettait la même hypothèse.

Depuis, désirant étudier la bactériologie des urines du diabétique, M. Rappin a même recherché, dans un ou deux cas, les microbes dans ce milieu et avait isolé un bacille lui paraissant avoir certaines réactions spéciales. Il estime donc que la pathogénie du diabète relève d'un autre ordre d'idées et, tout en restant d'ordre microbien, sa production est probablement plus complexe.

Chaque individu, en effet, vit à sa façon, et possède une équation biologique particulière, et dans l'établissement de laquelle intervient nécessairement les microbes du tube digestif. Le diabétique, lui aussi, vit à sa manière et il n'est pas possible, en constatant l'étroit parallélisme qui existe entre la classe d'aliments que nous lui fournissons et les déterminations mêmes de sa maladie, de ne pas faire entrer en ligne de compte les ferments, les germes qui doivent concourir à l'élaboration de ces aliments.

Valeur pronostique des troubles oculaires dans le diabète.

M. Dianoux (de Nantes). — Les troubles oculaires dans le diabète peuvent se diviser en trois classes, suivant qu'ils affectent le cristallin, les vaisseaux ou le système nerveux. M. Dianoux n'a jamais vu de parallélisme entre la marche de la cataracte et celle de la glycosurie. Chez les diabétiques jeunes, dans les formes aiguës, dans les diabètes pancréatiques se montre la cataracte molle; à la suite de son opération la mort survient fréquemment par pneumonie. L'intervention dans la forme sénile de la cataracte est loin de présenter la même gravité chez le diabétique.

Les accidents d'origine vasculaire les plus fréquents sont les hémorrhagies de la rétine, encore qu'elles n'aient lieu que chez des gens âgés; on voit quelquefois des plaques exsudatives blanches et brillantes. Ces accidents sont très graves comme pronostic, et il est rare que le malade survive plus de huit à dix mois à leur apparition.

Le scotome central des diabétiques, contrairement à celui des alcooliques, peut rétrocéder sous l'influence du régime; il n'en constitue pas moins une menace sérieuse, car les malades ainsi atteints n'ont, au maximum, qu'une année d'existence devant eux.

Sécrétions internes.

M. Livon (de Marseille) relate les expériences qu'il a faites sur des animaux curarisés ou injectés avec le mélange de Richer (chloral et morphine), avec du sang ayant traversé les différentes glandes à sécrétion interne, et résume ainsi les résultats auxquels il est arrivé.

« Le sang qui a traversé une glande se charge de principes particuliers tantôt hypertensifs, tantôt hypotensifs. Le point principal qui ressort des expériences que j'ai faites, c'est que l'action n'est nullement la même pour les différents sangs veineux, soit splénique, soit hépatique, soit rénal, etc. »

Valeur séméiologique de l'esthiomène ano-génital. Scléréme ano-vulvaire.

M. Verchère (Paris). — L'esthiomène de la vulve a été longtemps considéré comme une affection spéciale, tantôt tuberculeuse, tantôt syphilitique, tantôt cancéreuse. Aucune description n'en a été donnée jusqu'au mémoire d'Huguier, en 1849, qui l'appelait dartre rongeante de la région anale et la rattachait à la tuberculose.

Cet aspect clinique, que l'on peut continuer d'appeler esthiomène ou mieux, si l'on veut préjuger de sa structure anatomique, sclérème ano-génital, n'est qu'un mode de réaction des tissus ano-vulvaires déterminée par l'une des affections qui peuvent atteindre la vulve.

Les lésions de l'esthiomène ne sont nullement en rapport avec l'affection qui a été leur point de départ. Une simple blennorragie, une simple métrite peut être l'origine d'un sclérème étendu et j'en possède plusieurs dessins ou moulages très remarquables.

Le chancre mou plus rarement, les syphilis secondaire et surtout tertiaire, enfin les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses peuvent en être la cause et souvent c'est dans l'anus qu'on la trouvera.

On a distingué 3 variétés cliniques du sclérème vulvaire : 1° superficiel érythémateux; 2° esthiomène perforant; 3° esthiomène hypertrophique.

Cette dernière variété est la plus fréquente et la plus dangereuse par ses conséquences. L'ulcération cicatrisée, si elle a existé, la rétraction même du tissu scléreux, s'il n'y a pas eu d'ulcération, peut laisser à sa suite des rétractions considérables et, si la lésion existait au niveau de l'anus, elle détermine des rétrécissements à brève échéance définitifs et incurables sans intervention chirurgicale.

La présence de l'esthiomène indique toujours une lésion primitive. C'est cette lésion qu'il faut traiter et guérir avant de tenter toute thérapeutique contre le sclérème.

Celle-ci disparue, l'esthiomène partira spontanément sous l'influence de soins d'hygiène — car la malpropreté et le défaut de soins jouent un grand rôle dans son apparition — s'améliorera et disparaitra, ce qui est l'exception.

Le plus souvent il sera nécessaire d'intervenir chirurgicalement, soit par des pointes de feu au thermo-cautère faites profondément et rapprochées, soit par l'ablation successive des tumeurs au moyen du fer rouge.

Souvent ainsi on obtiendra une guérison complète, mais il faut savoir qu'il subsistera des cicatrices étendues, déformantes contre lesquelles on ne saurait lutter. Enfin que les rétrécissements de l'anus sont une conséquence presque inévitable, contre lesquels cependant on devra toujours prémunir les malades en leur conseillant un traitement préventif, appliqué pendant de longs mois, au moyen de la dilatation progressive.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er Août 1898.

Sur un nouveau trichophyton produisant l'herpès chez le cheval.

MM. Matruchot et **Dassonville** ont observé, au cours d'une épidémie d'herpès sévissant sur les chevaux du 12e d'artillerie, une quarantaine de chevaux atteints. Plusieurs des hommes chargés de soigner les chevaux ont présenté des lésions en forme de plaques, se développant de préférence dans la région du cou. Tant pour établir la nature du parasite provoquant l'épidémie chez le cheval, que pour voir si l'on doit lui attribuer les lésions observées chez l'homme, des essais de culture et d'inoculation ont été tentés.

En ensemençant divers milieux de culture avec des poils ou des squames d'herpès, MM. Matruchot et Dassonville ont isolé un trichophyton, qui se cultive particulièrement bien sur le milieu Sabouraud, la tranche de carotte et la tranche de pomme de terre.

Le poil extrait de la lésion se montre, au microscope, rempli, vers sa partie inférieure, de nombreux spores ovales dont les dimensions sont de 4-6 μ sur 2-4 μ. Autour du poil, on observe des filaments mycéliens ramifiés, partiellement transformés en spores.

En cultures artificielles, ce trichophyton apparait comme un mycélium abondant, à filaments larges, peu cloisonnés, ramifiés le plus souvent à angle droit. Les spores naissent latéralement en un bourgeon ampullaire qui reçoit bientôt toute la masse protoplasmique émigrée, se cloisonne et se pédiculise. En même temps, les filaments mycéliens se transforment en chlamydospores reproductrices au même titre que les spores latérales.

Le champignon semble devoir être rapproché des ascomycètes du groupe des symnoascées.

Un médecin, qui a bien voulu se laisser inoculer de trichophyton, a vu se développer, 15 jours après, des plaques d'herpès caractéristiques. Sur le cobaye, 2 inoculations ont été positives.

Fonction physiologique du fer dans l'organisme de la plante.

M. Jules Stoklasa. — Le fer est nécessaire à la vie végétale. Gautier et Molisch ont montré que le fer n'existe pas dans la chlorophylle, non plus que dans la chlorolécithine.

Des observations microscopiques avaient fait supposer l'existence du fer comme partie intégrante du noyau cellulaire où il semblait être engagé en combinaison organique.

Ces observations ont conduit M. Stoklasa à penser qu'il existait, dans les végétaux, une substance semblable à l'hématogène que Bunge a extrait des jaunes d'œuf. Il a pu, en effet, par sa méthode, isoler une substance qui présente à peu près la même composition.

	Hématogène	
	végétal	de Bunge.
Carbure	43,05	42,19
Hydrogène	5,55	6,08
Azote	15,13	14,70
Phosphore	6,21	5,19
Fer	1,68	0,29
Soufre	0,28	0,55
Oxygène	28,09	31,00

Les propriétés de l'hématogène végétal sont semblables à celles de l'hématogène animal.

Le fer, dont la plus grande partie est localisée dans l'embryon ou l'endosperme, semble s'y trouver seulement sous forme organique. Pendant la germination, il est employé à former le noyau des cellules des jeunes organes. Plus tard la plante en emprunte au milieu extérieur où sa présence est nécessaire, car, aussitôt que ce milieu en est privé, la plante périt.

Les plantes sans chlorophylle et les champignons contiennent également de l'hématogène.

Passage des toxines du fœtus à la mère.

M. Charrin. — Les poisons vont de la mère au fœtus : peuvent-ils suivre une marche inverse? J'ai tenté de répondre expérimentalement, car les lois de l'osmose ne permettent pas une réponse *a priori*.

Après bien des échecs, j'ai pu tuer la mère, la voir succomber avec les divers caractères de l'intoxication diphthéritique, avec les capsules surrénales congestionnées, quand on a injecté aux différents fœtus intra-utérins, environ 1/5 de centimètre cube de toxine du bacille de Löffler.

Si on tente de répéter ces injections progressives, en usant de ce produit ou de celui du germe de Nicolaïer, on ne parvient pas à augmenter la résistance de la génératrice; l'avortement d'abord, la mort ensuite surviennent.

En utilisant des toxines moins virulentes, telles que les toxines pyocyaniques, on parvient dans quelques cas à accroître cette résistance.

Comme nul n'ignore que ces toxines, au lieu de provenir de l'expérimentation, dérivent parfois du générateur, on conçoit que le mal de ce générateur soit ainsi transmis; le placenta non altéré, à la rigueur, arrête, du moins durant un certain temps, les éléments figurés, ou les grosses doses de sécrétion bacillaire; une légère infection ou intoxication, suffisante cependant pour élever la résistance, en est la conséquence.

Dès lors, l'enfant ne saurait contaminer la mère, comme dans la loi de Colles.

De plus, grâce à l'intermédiaire intra-utérin, les mêmes toxines existent et chez le générateur et chez la génératrice, faisant naître les mêmes propriétés cellulaires. Si le premier père disparu, un second féconde cette même mère, cette mère pourra transmettre des caractères semblables à quelques-uns des attributs de l'ancien générateur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances du 25 Mai et du 12 Juin 1898.

Chondro-sarcome énorme du maxillaire supérieur.

M. Heydenreich a communiqué l'observation d'un homme de 40 ans, porteur d'une tumeur du maxillaire supérieur droit depuis son enfance. Depuis l'âge de 4 ans, elle s'accrut progressivement pendant 34 ans. Il y a 2 ans, elle avait le volume d'un œuf. Cette époque coïncidant avec des malheurs de famille, l'accroissement devint énorme et la tumeur contracta des adhérences avec la peau. L'ablation de cette masse fut très difficile. Elle pesait 780 grammes et était constituée par deux portions, l'une primitive, très dure, la seconde molle et développée depuis 2 ans. Il s'agissait là d'un chondrome devenu chondro-sarcome.

Des paralysies diffuses dans la fièvre typhoïde.

M. G. Etienne a observé un premier malade atteint, au 4e jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'une paralysie motrice à type ascendant, entraînant en quelques jours la mort par paralysie bulbaire, sans troubles de sensibiliié et sans troubles prophiques; c'est là le vrai type de la maladie de Landry.

Un 2e malade, au 15e jour de sa convalescence, fut pris de douleurs terribles dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, dans le tronc; la paralysie fut bientôt complète, l'atrophie musculaire extrême; mais les mouvements reparurent successivement et la malade quitta l'hôpital guérie. C'est la polynévrite.

Le 3e cas est plus complexe. Sur une paralysie ascendante avec troubles bulbaires qui, cependant, n'entraînèrent pas la mort, vinrent se greffer des signes de polynévrite; certains mouvements reparurent partiellement; mais, malgré tous les traitements, l'impotence paralytique resta définitive.

Les toxines typhoïdiques peuvent donc localiser électivement leur effet, soit sur la cellule motrice spéciale, corps du neurone périphérique, soit sur son prolongement cylindraxile, ou bien encore sur la cellule motrice spéciale.

Quoique au point de vue de la pathologie générale, la même toxine agissant sur les parties d'un même appareil, le neurome périphérique, il existe une unité entre ces types, il est avantageux au point de vue clinique de maintenir la différenciation symptomatique.

Pneumonie caséeuse tuberculeuse.

M. Bernheim présente un poumon droit atteint de pneumonie caséeuse avec une excavation grosse comme une noix; tuberculose miliaire du poumon gauche.

Le malade, un jeune garçon âgé de 15 ans, fut atteint de grippe le 17 mars, puis d'une pneumonie très nette. Au lieu de défervescence, la fièvre persista, de même que les signes stétoscopiques; on trouve bientôt des bacilles de Koch dans les crachats. Tuberculose granulique sur le foie, les intestins.

Traumatisme de la glande lacrymale.

M. Rohmer communique l'observation d'un ouvrier âgé de 35 ans, qui fit une chute ayant déterminé une plaie orbitaire. Les paupières étaient ecchymosées; il existait une petite plaie avec hernie de la glande lacrymale, M. Rohmer l'excisa et assura l'asepsie. La cicatrisation était complète en quelques jours. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien de la glande.

Ici, l'étiologie est conforme à celle qui fut observée dans les 5 cas actuellement connus.

Fibromes utérins et grossesse. Hystérectomie abdominale totale.

MM. Vautrin et **Schuhl** rapportent l'observation d'une primipare, âgée de 43 ans, dont la grossesse était compliquée de fibromes utérins, et qui fut atteinte, à partir du 7e mois de la grossesse, d'hémorrhagies utérines dues à une insertion vicieuse du placenta. L'examen de cette femme, pratiqué au 7e mois de la grossesse, permit de reconnaître trois fibromes dont l'un, du volume d'une grosse orange, était situé au fond de l'utérus, au niveau de la corne gauche. Un autre fibrome, de même volume que le précédent, occupait la partie inférieure de la matrice et se trouvait au-dessus de l'arcade crurale gauche; il n'était pas perçu par le toucher vaginal. Enfin, le 3e fibrome, ne pouvant être senti que par le toucher vaginal, était placé à droite du col, plongeait dans l'excavation pelvienne et était gros comme un œuf de poule; mais au moment de l'accouchement, son volume avait doublé. Le col était dévié, et se trouvait près de la ligne innominée gauche.

Le 20 mars, à 1 heure du matin, à peu près au 8e mois de la grossesse, la malade perdit les eaux, et, en même temps, eut une assez forte hémorrhagie. Trois heures après, on trouve le col effacé, ouvert comme un franc; on sent le placenta dans l'orifice utérin et une procidence du cordon ombilical, animé de battements lents et irréguliers. Comme l'hémorrhagie persiste, on introduit dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, qui, en douze heures, permet d'obtenir une dilatation grande comme une petite paume de main. A ce moment, le fibrome du côté droit avait subi un léger mouvement d'ascension. On essaie d'introduire une main dans l'utérus, dans le but de saisir un pied du fœtus pour l'attirer dans le vagin. Mais cette introduction est impossible, car la main est arrêtée à 3 centimètres environ au-dessus du détroit supérieur par les deux fibromes qui occupent le côté droit et le côté gauche du segment inférieur. Ces fibromes font saillie dans la cavité utérine et ne permettent que l'introduction de trois doigts dans l'espace qu'ils limitent. Ces doigts atteignent avec peine une partie fœtale molle, située au-dessus du canal étroit qui existe entre les deux fibromes. Les résultats de cette exploration ne permettaient pas d'espérer un accouchement par les voies naturelles.

La malade fut transportée à la clinique du Dr Vautrin qui, le 21 mars, à 8 heures de matin, pratiqua l'hystérectomie abdominale totale, sans ouvrir l'utérus, puisque le fœtus avait succombé. La femme, actuellement, va bien et n'a qu'un peu d'œdème du membre inférieur gauche, résultant d'une phlébite de ce membre, qui était survenue le 7e mois de la grossesse.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Avril-Juin 1898.

Sur la nature du sucre du sang.

M. Hédon, reprenant les travaux de Lantain et de Külz sur cette question, a constaté que les solutions sucrées provenant du sang de chiens diabétiques déviaient à droite la lumière polarisée, mais que les valeurs indiquées par le polarimètre étaient très inférieures à celles que donnait le titrage par la liqueur de Fehling. L'écart était considérable (inverse dans les proportions de 1 à 2). Le même fait se retrouvait du reste pour du sucre extrait de sang normal.

Il résulte de là ou bien que le sucre du sang est différent du glucose, ou bien qu'il est formé de plusieurs espèces de sucres à propriétés optiques inverses : ce que M. Hédon n'a pas encore pu élucider.

Hystérie grippale pseudo-bulbaire.

M. Vedel communique une observation d'hystérie grippale à symptômes mésocéphaliques. Dans le cas particulier, la grippe aurait révélé un état névropathique latent, sinon créé de toutes pièces la névrose. Mais pour expliquer la forme revêtue par cette hystérie grippale, on doit prendre en considération le facteur auto-suggestion; et il semble qu'en l'espèce, l'infection d'une part, l'auto-suggestion de l'autre, ont dû collaborer pour donner naissance aux manifestations hystériques insolites qui ont été observées. La grippe, exagérant l'excitabilité du système nerveux, aurait fait le fond hystérique; la localisation pharyngée, évoquant des idées erronées, aurait fait la forme de l'hystérie.

Grippe et vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Puech relate un cas de vomissements incoercibles survenus brusquement à la suite d'une attaque d'influenza. De par cette observation, M. Puech se croit autorisé à ranger la grippe parmi les causes occasionnelles de vomissements graves de la grossesse. La grippe, en effet, peut influencer fâcheusement l'action des organes éliminateurs, du rein en particulier, déjà si troublés du fait de la grossesse, et hâter ainsi la production de l'auto-intoxication, dont les vomissements graves deviennent la manifestation ainsi que Pinard l'a récemment soutenu. Que si, au contraire, on croit, comme le prouvent certains auteurs et en particulier les Allemands, qu'il s'agit là de phénomènes nerveux et que les vomissements doivent être rattachés à l'hystérie, l'action de la grippe s'explique tout aussi facilement : au même titre que toutes les maladies infectieuses, n'est-elle pas susceptible de provoquer ou d'exalter toutes les manifestations de l'hystérie?

Thrombose de la jugulaire interne consécutive à une angine.

M. Tédenat communique l'observation d'un militaire, qui, huit jours après avoir présenté une angine assez forte, ressent une douleur dans la gorge, au niveau de la région carotidienne, où l'on constate une tumeur du volume d'une mandarine. En présence de cette tuméfaction molle, M. Tédenat pratique, couche par couche, une incision sur le sterno-cléido-mastoïdien. A un moment donné, il tombe sur une couche noirâtre et reconnaît qu'il a sous les yeux une pellicule grisâtre recouvrant un amas de sang sous-jacent. Il incise et exprime une matière noire, poisseuse, analogue à du raisiné. Le doigt, introduit par l'incision, pénètre dans une cavité lisse se prolongeant en bas vers la veine sous-clavière. Ignorant jusqu'où se prolongeait le caillot, M. Tédenat se contenta de bourrer de gaze la cavité nettoyée. Le malade est actuellement guéri; on sent toujours, sur les parties molles du cou, un cordon dur, un peu assoupli et douloureux.

Hypertoxicité par le mélange de glucose et de lévulose.

M. Arrous relate les expériences suivantes. L'injection de glucose dans la circulation des animaux en expérience est toxique à une certaine dose; dans les mêmes conditions, l'injection de lévulose est toxique avec un certain coefficient. Or, l'injection simultanée, associée de glucose et de lévulose provoque des accidents toujours beaucoup plus considérables qu'on ne serait en droit de les attendre d'après leur coefficient totalisé de toxicité. Le mélange de ces deux sucres exalte donc leur toxicité.

Pourquoi la bile exerce-t-elle une action empêchante sur les effets anti-coagulants d'injection intravasculaire de peptone et autres substances?

M. Delezenne a étudié cette action empêchante. Une injection de bile, à la dose de 3 à 4 centimètres cubes par kilogramme d'animal, empêche les effets anticoagulants d'une injection de peptone ordinaire faite peu de temps après. L'auteur a eu l'idée que cette action pouvait être due aux sels biliaires dérivés de globules rouges.

On sait que la destruction des globules rouges fournit des substances coagulantes. Or une injection de taurocholate ou de glycocholate de soude produit les mêmes effets empêchants qu'une injection de bile totale.

Cette action empêchante est en rapport avec la destruction des globules rouges. Les substances érytrolytiques, telles que l'eau distillée, l'urée, produisent en effet les mêmes résultats.

Le globule rouge peut donc intervenir de son côté dans les phénomènes de coagulation. Ces expériences sont susceptibles d'éclairer d'un jour nouveau la pathogénie des thromboses en montrant le rôle, jusqu'ici inconnu, du globule rouge.

Diabète et glycosurie en chirurgie.

M. Tédenat attire l'attention sur la glycosurie en relation avec diverses affections chirurgicales. Des malades n'ont aucun symptôme cardinal du diabète, mais présentent dans leurs urines 50 à 95 grammes de sucre par litre. Cette glycosurie longtemps ignorée se révèle à l'occasion d'une analyse, après un accident par exemple, et soulève des problèmes de médecine légale. D'autre part, la mort subite survient chez de tels malades, et c'est une complication qu'il ne faut pas ignorer pour faire au besoin ses réserves auprès de la famille.

Sur les actions vaso-dilatatrices réflexes.

M. Delezenne a démontré, en 1894, que certains poisons, considérés jusque-là comme des vaso-constricteurs types, étaient aussi des agents vaso-dilatateurs pour les vaisseaux de la peau et des muscles.

Ces vaso-dilatations correctrices sont-elles actives ou passives? Pour résoudre cette question, M. Delezenne a eu recours à un dispositif spécial, analogue à celui qu'il avait employé déjà pour démontrer l'existence dans les vaisseaux de nerfs sensibles à la pression.

Deux chiens A et B ont préalablement reçu une injection d'extrait de sangsue pour rendre leur sang incoagulable. Au chien A, on sectionne totalement, à sa racine, un des membres inférieurs en ne laissant subsister que les nerfs crural et sciatique.

Les vaisseaux du membre ainsi détaché sont abouchés aux vaisseaux homologues du chien B. Ce membre appartient donc circulatoirement au chien B tandis qu'au point de vue nerveux il appartient encore à A. Si une modification circulatoire est observée dans la patte isolée, le chien B restant intact, cette modification aura dû nécessairement se produire par l'intermédiaire du système nerveux. Or, si l'on prend le volume du membre détaché, et si on inscrit simultanément la pression artérielle de A et de B, on observe que si le chien A est soumis à des influences diverses (asphyxie, réfrigération, strychnine, etc.) capables de déterminer des réactions vaso-motrices, tandis que la pression aortique s'élève chez cet animal, le membre détaché augmente de volume, et la pression artérielle s'abaisse chez le chien B. Il s'agit donc bien d'une vaso-dilatation active, c'est-à-dire d'une dilatation se produisant par l'intermédiaire du système nerveux.

Un cas de phagédénisme chancrelleux ayant duré trois ans.

M. Jeanbrau communique, au nom de **M. Brousse** et au sien, une observation intéressante de phagédénisme chancrelleux ayant présenté une durée de trois ans. Le chancre, contracté en janvier 1895, né dans la partie gauche de la rainure balano-préputiale, après avoir détruit le frein, se cicatrisa, mais quelques jours plus tard récidiva. Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant trois ans, la lésion a persisté, et le malade, à son entrée à l'hôpital, présentait un gland labouré de cicatrices molles, ayant l'aspect de bandes minces à bords festonnés; ces zones cicatricielles étaient séparées par des ulcères irréguliers ayant tous les caractères des ulcérations chancrelleuses recouvrant tout l'organe, du méat jusqu'à l'insertion du prépuce. M. Brousse diagnostiqua un chancre simple serpigineux et lui appliqua le

traitement habituel. Or, ce malade, qui s'était inutilement soigné pendant trois ans et qui désespérait de sa guérison, vit en dix jours sa lésion disparaître entièrement par des bains locaux d'eau phéniquée chaude et des cautérisations quotidiennes au chlorure de zinc au dixième.

Cette observation montre que, si la durée du phagédénisme peut être très longue, la faute en revient souvent à un traitement d'action insuffisante ou d'application irrégulière et que les moyens dont est justiciable le chancre simple suffisent pour en arrêter la marche et en cicatriser les lésions.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 7 Juin 1898.

Carcinome de l'estomac.

M. Rumpel a communiqué l'observation d'un homme âgé de 48 ans souffrant depuis 9 mois et chez lequel le seul symptôme auquel on pouvait attribuer son état de cachexie était une expectoration extrêmement abondante de masses muco-purulentes, survenant principalement au matin dans un effort de toux.

La façon dont se produisait cette expectoration faisait penser à une lésion pulmonaire; l'examen microscopique montra dans les masses expectorées la présence de l'épithéliome pavimenteux et des corpuscules du pus.

Mais comme tout symptôme de catarrhe du larynx faisait défaut et que du côté des poumons on ne trouvait rien d'anormal, on se rattacha à l'idée d'un catarrhe grave de l'œsophage comme on en observe quelquefois dans les tumeurs malignes de l'œsophage ou du cardia.

Le malade ayant succombé à sa cachexie progressive on trouva à l'autopsie un carcinome de la petite courbure et de la paroi postérieure de l'estomac, empiétant sur la face postérieure du cardia et sur l'œsophage.

Celui-ci n'était pas sténosé, ce qui expliquait la facilité avec laquelle, pendant la vie du malade, passaient les sondes avec lesquelles on avait à plusieurs reprises exploré l'œsophage.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 1er Juillet 1898.

Fracture métatarsienne radiographiée.

M. Crickx présente une radiographie provenant d'un ouvrier dont le pied, chaussé d'un sabot, avait butté contre un obstacle. Localement, à part les caractères ordinaires de la contusion, il n'y avait douleur dans le métatarse ni à la pression directe, ni à la pression longitudinale, qui est cependant un moyen excellent pour reconnaître une fracture. C'est là un nouvel exemple de l'obscurité si fréquente du diagnostic dans les lésions traumatiques du pied. Or la radiographie vint lever tous les doutes et montra la fracture des têtes des deuxième, troisième et cinquième métatarsiens. M. Crickx cherche à établir que la fracture s'est produite par arrachement; le sabot étant arrêté par l'obstacle, le pied a continué à avancer et a subi, vu la forme du sabot, une hyperflexion bilatérale au niveau des articulations phalango-métatarsiennes, d'où éclatement des têtes des métatarsiens cités.

Du rhumatisme blenhorrhagique.

M. Leclerc montre des photographies d'un jeune homme de 21 ans. Atteint d'une uréthrite blennorrhagique en novembre 1894, il présenta en octobre 1896 un premier accès de rhumatisme dans le genou gauche, qui guérit par un traitement approprié. L'année suivante survint un second accès qui s'étendit à plusieurs articulations, ainsi qu'au système musculaire, si bien que, dans ces derniers temps, le malade marchait péniblement, plié en deux, en s'appuyant sur une canne. Les photographies montrent les déformations articulaires, tibio-tarsienne gauche surtout, ainsi que l'atrophie du deltoïde droit et du susépineux gauche.

Or, à ce moment, le sujet souffrait d'une urétro-cystite, avec gonocoques en culture pure dans les sécrétions. Le traitement local fut institué, et 15 jours après déjà le malade, jusque-là impotent, pouvait s'habiller seul. M. Leclerc signale dans ce cas un symptôme particulier, une talalgie rebelle, qui fut le dernier à disparaître. Dans les cas qu'il a observés, il a toujours vu le rhumatisme éclater, non après l'uréthrite primaire, mais après une récidive de celle-ci. Il insiste sur la relation bien nette qui existe entre l'augmentation ou la diminution de la sécrétion uréthrale, et l'apparition ou l'amendement correspondants des symptômes rhumatismaux.

M. D'Haenens cite un cas de rhumatisme blennorrhagique sacro-vertébral, succédant à une première atteinte d'uréthrite, et qui éclata à la suite d'un léger excès de boisson. Il n'y avait de douleur à la pression ni aux muscles ni aux articulations, et cependant la colonne vertébrale était rigide, le moindre mouvement provoquait une douleur intolérable. Malgré l'iodure de potassium à l'intérieur et des badigeonnages au salicylate de méthyle, la situation n'avait guère changé un mois plus tard. Il est vrai d'ajouter que l'écoulement uréthral persistait et que le sujet avait négligé de se laisser traiter convenablement de ce côté.

Du curetage vésical.

M. D'Haenens rapporte le cas d'une femme, opérée un an auparavant pour une tumeur non spécifiée du col utérin, et qui offrit quelques temps après des hématuries abondantes pendant un mois, rebelles à tout traitement; elles disparurent pour faire place à de la cystalgie, les urines devinrent putrides, en même temps que la capacité vésicale se réduisait à 50 centimètres cubes environ. Au cystoscope, la paroi fut trouvée parsemée d'un lacis de vaisseaux; dès qu'on touchait le trigone, la malade expulsait le contenu vésical. Le diagnostic posé fut : cystite chronique. Une incision exploratrice fut consentie par la patiente, et alors qu'on s'attendait à découvrir une tumeur du trigone, on ne trouva rien qu'une paroi épaissie, avec de nombreuses villosités de la muqueuse.

On procéda à un curetage soigné de celle-ci et, trois jours après, les urines étaient absolument claires. L'état de la malade s'est considérablement amélioré, alors qu'elle était en proie à cette cachexie spéciale due à l'inflammation chronique de la vessie. Certains modificateurs (teinture d'iode), proposés comme adjuvants du curetage, ne sont pas à conseiller, à cause de leur action irritante sur l'urèthre.

M. Leclerc rappelle à ce sujet le cas analogue, observé avec le confrère d'Haenens, d'une femme atteinte de cachexie profonde, dont la cause fut attribuée à une tumeur carcinomateuse de la vessie. A l'endoscope de Kelly, on découvrit trois ulcérations à fond blanc, à bords surélevés, dont la plus grande avait les dimensions d'une pièce de 50 centimes. On pratiqua un curetage par voie uréthrale et, les jours suivants, des instillations au nitrate d'argent à 1/100, qui furent supportées comme si la muqueuse était intacte. Après trois semaines, la guérison était complète.

M. Leclerc s'accorde avec son confrère d'Haenens pour vanter les bons effets du curetage vésical et pour exprimer l'avis que cette opération est d'un emploi trop restreint dans la pratique actuelle.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE EXTERNE

La mort subite dans le cœur gras,

Par M. le Dr G. Bureau (1),
ancien interne des hôpitaux de Paris

Le nom de cœur gras doit être réservé exclusivement au développement anormal et parfois excessif de la graisse qui existe à l'état physiologique sur le cœur. Lorsque cette surcharge graisseuse devient très accentuée, non seulement la graisse s'accumule à la surface du cœur, mais elle pénètre dans l'épaisseur de la paroi musculaire en suivant les interstices conjonctifs. Elle est toujours beaucoup plus accusée sur le ventricule droit que sur le gauche, et principalement dans certaines régions : bord droit et pointe du ventricule droit. Elle peut dans certains cas très accentués arriver même presque sous l'endocarde. Elle dissocie les faisceaux musculaires, les comprime, les atrophie, mais ne pénètre pas à l'intérieur des fibres myocardiques elles-mêmes; le *cœur gras*, exagération parfois portée à l'extrême de la structure normale du cœur (désigné aussi sous le nom d'adipose interstitielle, surcharge graisseuse du cœur, obésité du cœur, etc.) est donc absolument différent de la *dégénérescence graisseuse du cœur* (ou *cœur graisseux*) dans laquelle la graisse envahit les fibres contractiles, se dépose à leur intérieur en fines gouttelettes, et amène leur transformation graisseuse.

L'adipose cardiaque peut être simple ou associée à d'autres lésions chroniques du cœur. Dans l'obésité cardiaque simple, la graisse reste localisée au tissu conjonctif du myocarde et n'envahit jamais les éléments contractiles. Cette stéatose interstitielle amène une perturbation profonde dans l'orientation et la direction des faisceaux musculaires. Un grand nombre des fibres cardiaques sont résorbées et remplacées par le tissu graisseux; celles qui persistent sont très atrophiées; souvent aussi elles sont atteintes de dégénérescence granulo-fragmentaire. Mais cette dégénérescence est absolument dtfférente de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires qui n'existe pas dans cette variété d'adipose cardiaque (Quain, Letulle, Renaut et Mollard, etc.).

Il existe simultanément de la stase lymphatique et l'on trouve une accumulation anormale de leucocytes dans les espaces conjonctifs du myocarde et dans les vaisseaux lymphatiques sous-péricardiaques; cet état aurait pu parfois même être pris et décrit comme une lésion inflammatoire (Letulle). La pathogénie de cette adipose cardiaque simple est difficile à expliquer ; il semble cependant que la stase lymphatique favorise le développement de la graisse interstitielle intra-cardiaque. L'atrophie et la dégénérescence des éléments musculaires sont dues : d'une part à la compression mécanique exercée par la graisse interstitielle, d'autre part au trouble profond apporté dans leur nutrition par l'apport insuffisant du liquide sanguin nécessaire à leur entretien, et aussi par la gêne de la circulation de la lymphe empêchant l'élimination prompte et rapide de leurs déchets toxiques (abondants dans un organe fonctionnant avec une activité aussi grande que le cœur).

A côté des cas d'adipose cardiaque simple, il est des cas complexes, où l'on peut trouver en plus d'autres altérations. Ce sont les cas mixtes du cœur gras où l'on peut trouver soit de la sclérose interstitielle, soit des plaques atrophiques, soit des îlots de ramollissement dus à des infarctus, enfin et surtout l'athérome des coronaires, qui coexiste si fréquemment avec l'obésité cardiaque. C'est dans ces cas, quoique moins fréquemment qu'on ne le croit ordinairement (Letulle), qu'on peut voir de la dégénérescence graisseuse des éléments musculaires. Cette dégénérescence spéciale existe alors principalement dans la paroi ventriculaire gauche, où siègent les autres altérations chroniques du cœur tandis que dans la paroi ventriculaire droite, où il n'y a souvent que de la surcharge graisseuse, les fibres musculaires n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse; ce sont donc bien les lésions surajoutées et non la surcharge graisseuse qui amènent la métamorphose graisseuse des cellules myocardiques. On regarde ordinairement la surcharge graisseuse dans ces cas complexes comme une lésion dystrophique due à l'athérome coronarien. On suppose aussi que cette graisse joue un rôle de remplissage et vient remplacer des fibres cardiaques qui ont disparu par suite de la sclérose; il y aurait surcharge graisseuse par substitution ; pourtant ce processus appartient bien plus aux organes atrophiés qu'aux organes sclérosés; lorsque l'adipose cardiaque est associée à la coronarite ce peut être une surcharge graisseuse par addition, les mêmes causes qui ont déterminé l'hypertrophie cardiaque occasionnant également l'adipose.

Si le cœur gras se rencontre surtout chez les gens âgés (et s'accompagne souvent alors mais non toujours d'athérome des coronaires), il peut parfois, à l'état d'adipose cardiaque simple, se rencontrer chez les adultes et même

1. Les observations se trouvent dans la thèse de M. Bureau, Paris, 1898, n° 339, Steinheil.

chez l'enfant (1) comme le prouvent les 2 observations de mort subite de M. Brouardel concernant 2 enfants de 13 et 16 ans (2). Le sexe ne semble pas avoir grande importance et les statistiques sont contradictoires. Le cœur gras ne se rencontre pas exclusivement chez les gens obèses et ceux-ci n'ont pas forcément de la surcharge graisseuse du cœur; on peut même l'observer chez des gens extrêmement amaigris et particulièrement dans certaines maladies cachectisantes, comme la phthisie et le cancer (observations de Servier, concernant un tuberculeux, de Bureau provenant d'une malade de service de Mercklen atteinte de cancer de l'estomac). Coats (3) a insisté sur la fréqnence de cette lésion cardiaque chez les gens atteints de carcinome. La sédentarité, l'alimentation trop abondante et trop riche en graisse, l'abus des liquides et principalement des boissons alcooliques, etc., toutes les causes qui prédisposent à l'obésité générale peuvent contribuer à produire la surcharge graisseuse du cœur, qu'on observe aussi dans l'obésité de la goutte, de l'arthritisme, particulièrement du diabète gras, et également dans la polysarcie héréditaire.

La mort subite est un accident qui peut survenir également dans les deux variétés d'adipose cardiaque. Depuis fort longtemps le fait que les gens obsèses peuvent mourir subitement, et le rôle important de l'accumulation de graisse et à l'intérieur du cœur comme cause immédiate de la mort sont connus. Kerckring, Ettmüller, Portal, Lancisi, etc., en parlent et signalent la surcharge graisseuse dans un certain nombre de cas de mort subite, de même que Maccary (4), Wadd. Par contre Corvisart, tout en admettant que dans les cas signalés l'accumulation graisseuse doive être considérée comme la cause de la mort, dit n'en avoir observé lui-même aucun exemple; Laënnec ne semble pas admettre la possibilité de la mort subite dans cette affection, Aran se range à cette opinion. En revanche Quain (5) réunit 50 cas de surcharge graisseuse du cœur, dans 40 desquels la mort a eu lieu subitement.

Enfin la plupart des auteurs actuels admettent que la mort subite est une terminaison possible de l'adipose cardiaque. Ce serait même une des lésions qui occasionnent le plus souvent l'adipose cardiaque puisque sur 210 cas de syncope mortelle relevés par Westcott il a trouvé 77 fois comme cause de mort la dégénérescence graisseuse du cœur (6).

Mécanisme dans la mort subite. — Plus fréquente dans les cas mixtes de cœur gras que dans les cas simples car elle ne se produit pas suivant le même procédé dans les deux cas. Aussi faut-il étudier séparément la mort subite ;

A) *Dans l'adipose cardiaque associée à la coronarite*;

B) *Dans l'adipose cardiaque simple.*

A) *Mort subite dans l'adipose cardiaque associée à la coronarite.* — L'adipose du cœur associée à l'artério-sclérose est de beaucoup la variété qui existe le plus fréquemment.

Sur les 40 cas, rassemblés par Quain, de mort subite dans cette affection, on trouve noté 12 fois que les coronaires étaient ossifiés ou oblitérés. Dans les autres cas, s'il n'est pas parlé de l'état des vaisseaux cardiaques, on relève dans l'histoire clinique de la plupart des malades, des symptômes (angine de poitrine, attaques pseudo-apoplectiques) qui ne laissent guère de doute sur les altérations vasculaires. Du reste, dans les observations anciennes alors même que les vaisseaux coronaires sont indiqués comme normaux, il se pourrait que les altérations vasculaires aient passé inaperçues; car on sait aujourd'hui, qu'il est impossible, sans avoir pratiqué avec grand soin l'examen méthodique des coronaires, à l'aide des coupes sériées et très rapprochées, suivant la méthode indiquée par MM. Letulle et Marie (1), d'affirmer leur intégrité.

1. Etmuller, *De corpulentia nimia*, in-4, Ienae, 1861 ; — Capitan et Croisier, *Méd. moderne*, 22 septembre 1897.
2. Brouardel, La mort et la mort subite, p. 117.
3. Coats, *Gloscow medical Journal*, 1878.
4. Maccary, Essai sur la polysarcie, Paris, 1811.
5. Quain, *Med. chirurgic. Transactions*, 1859, p. 140.
6. Westcott, *Ass. med. Brit.*, du 28 au 31 juillet 1891 ; *Semaine médicale*, 1891.

Cette première variété de cœur gras se révèle, en général, par une symptomatologie assez riche, mais qui dépend bien plus de l'artério-sclérose concomitante que de la surcharge graisseuse cardiaque elle-même. Ce sont ces malades qui présentent souvent un faciès spécial (Aran, Kopf); teint pâle ou de couleur jaune paille, œil terne, sans expression, cercle sénile de la cornée (gerontoxon) auquel on a attaché jadis tant d'importance pour le diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur Canton, Danner, Quain, etc.) Ces individus sont sujets aux douleurs précordiales avec constriction rétro-sternale, irradiations douloureuses dans le bras gauche, et peuvent même présenter de véritables crises d'angine de poitrine. La dyspnée est habituelle, continue, s'accompagnant parfois la nuit d'attaques de pseudo-asthme cardiaque, et quelquefois de crises d'œdème pulmonaire. Les troubles cérébraux variables, ordinairement assez accentués, peuvent aller du simple vertige aux lypothymies et aux attaques pseudo-apoplectiques de Stokes; on peut même voir survenir de l'aphasie passagère avec paralysie transitoire d'un membre ou de la face. La circulation se fait mal chez ces malades, ils se plaignent souvent d'une sensation permanente de froid, et les extrémités sont refroidies et cyanosées; le pouls est variable, le plus souvent irrégulier et ralenti, la tension artérielle est augmentée (Kisch).

En somme, tous les symptômes que l'on rencontre dans cette variété spéciale du cœur gras (*forme grave du cœur gras de Leyden*), sont bien plus sous la dépendance de l'artério-sclérose que de l'adipose cardiaque. De même la mort subite est occasionnée non pas par la surcharge graisseuse du cœur, mais par les altérations vasculaires qui l'accompagnent.

Elle peut survenir par 4 procédés différents : 1° par hémorrhagie cérébrale; 2° par œdème pulmonaire; 3° par rupture du cœur; 4° par angine de poitrine.

I. *Mort subite par hémorrhagie cérébrale ou par œdème pulmonaire.* — Souvent on voit la mort survenir par suite d'une hémorrhagie cérébrale ou au cours d'une crise d'œdème pulmonaire; Kisch (2) regarde ces deux accidents comme le mode le plus fréquent de la mort rapide, chez les obèses âgés et artério-scléreux. Dans ces cas la mort peut ne pas être soudaine, mais se produire dans un laps de temps variant de quelques heures à quelques jours.

II. *Mort subite par rupture du cœur.* — La rupture du cœur, fréquemment signalée dans l'adipose cardiaque, appartient exclusivement au cœur gras associé à l'artério-sclérose, et ne se rencontre jamais dans le cœur gras simple. Si l'on consulte le tableau, donné par Robin et Nicolle (3), des divers cas de rupture du cœur qu'ils ont pu rassembler, on voit indiquée, dans la plupart des observations, une adipose cardiaque très prononcée; dans

1. Marie, *L'infarctus du myocarde* (th. Paris, 1897).
2. Kisch, *Pest. med. chir. Press*, 13-91 ; compte rendu *in France médicale*, 1891.
3. Robin et Nicolle, Rupture du cœur (*Biblioth. Charcot-Debove*).

les 40 cas de mort subite dans cette affection rapportés par Quain, cet accident est noté 3 fois; enfin Forcheimer l'a observé 25 fois sur les 122 cas de cœur gras qu'il a réunis, 18 fois du côté gauche, 3 fois du côté droit.

A priori, lorsque l'on songe à l'énorme infiltration de la paroi musculaire par la graisse, à la dissociation des éléments contractiles, à leur atrophie, il semblerait assez naturel que, sous l'influence de cette altération graisseuse, la paroi myocardique vînt à se rompre à un moment donné.

Pourtant même poussée à un point extrême, l'adipose cardiaque simple ne détermine jamais la rupture du cœur; et cet accident se produit uniquement, au niveau d'une zone de ramollissement, consécutive à un infarctus dû à l'oblitération d'un rameau d'une artère coronaire. Dans les cas de rupture du cœur, la lésion siège presque toujours dans le ventricule gauche; les cas de rupture de la paroi ventriculaire droite sont tout à fait exceptionnels; or c'est dans le ventricule droit que la surcharge graisseuse est la plus accentuée, dans la paroi ventriculaire gauche, elle est toujours plus discrète. Du reste, toutes les fois que l'on a recherché systématiquement les altérations vasculaires cardiaques, suivant la méthode de MM. Letulle et Marie que nous avons rappelée précédemment, on a toujours trouvé une oblitération coronarienne. La cause de la mort subite par rupture du cœur dans l'adipose cardiaque n'est donc pas l'altération graisseuse.

III. *Mort subite par angine de poitrine.* — La mort peut survenir indépendamment des trois causes précédentes. C'est que dans ces cas les artères coronaires sont toujours plus ou moins athéromateuses; leurs parois sont indurées, calcifiées, leurs orifices peuvent être plus ou moins oblitérés et leur calibre rétréci; la mort subite survient alors au milieu d'une crise d'angine de poitrine. Les altérations du myocarde, consécutives à la surcharge graisseuse, ont pu prédisposer jusqu'à un certain point à cette issue soudaine; il est possible que, si le cœur avait été moins adultéré, le malade aurait pu supporter vaillamment sa crise d'*angor pectoris;* néanmoins la cause immédiate de la mort n'est pas l'obésité cardiaque, mais la coronarite qui lui est surajoutée.

En résumé, de ces quatre procédés différents de mort subite dans l'adipose cardiaque associée à l'artério-sclérose, aucun ne relève exclusivement de la surcharge graisseuse du cœur. Dans les deux premiers (hémorrhagies cérébrale ou œdème pulmonaire), la mort n'a pas lieu par le cœur; dans les deux autres (rupture du cœur et angine de poitrine) ce n'est pas la lésion adipeuse qui a occasionné l'arrêt du cœur, mais les lésions vasculaires concomitantes. Dans cette variété de cœur gras, c'est toujours l'altération vasculaire, l'artério-sclérose et principalement la coronarite qui détermine la mort subite.

B) *Mort subite dans l'adipose cardiaque simple.* — La lésion vasculaire ne peut plus être invoquée dans les cas d'obésité du cœur simple, avec intégrité des vaisseaux. Et cependant, cet accident peut survenir dans cette variété de surcharge graisseuse du cœur.

L'adipose cardiaque simple peut se rencontrer chez deux catégories de gens très différents : tantôt elle fait partie de la polysarcie généralisée et existe chez des sujets jeunes et vigoureux, tantôt, au contraire, on la trouve chez des gens âgés ou débilités, mais toujours obèses, ou bien l'adipose reste localisée au cœur, tandis que le reste de l'organisme est profondément émacié; c'est l'obésité cardiaque que l'on rencontre chez les sujets malades et cachectisés (obésité cardiaque des cancéreux, des phthisiques). Dans les deux cas, la vie peut cesser brusquement par une syncope mortelle.

I. *Mort subite par adipose cardiaque chez des sujets jeunes et en santé régulière.* — Ces cas se rencontrent principalement chez des enfants, des jeunes gens ou des adultes, considérés simplement comme des obèses, et chez lesquels rien ordinairement ne peut faire prévoir qu'ils puissent être menacés d'un dénouement fatal proche et subit. La graisse, qui surcharge le cœur, ne dénote sa présence que par bien peu de signes. Ces malades accusent cependant un peu de dyspnée, à l'occasion d'un effort violent ou d'une marche rapide ou en terrain montant; quelquefois, ils sont sujets aux bronchites ou à un peu de stase pulmonaire; souvent il existe un léger œdème des jambes qui disparaît la nuit par le repos au lit; assez fréquemment aussi, ils se plaignent d'une sensation permanente de froid. Du côté du cœur, on constate une légère augmentation de la matité transversale avec affaiblissement du premier bruit; le pouls est souvent faible, généralement lent avec anacrotisme, quelquefois subdicrote ou dicrote (Kisch). Néanmoins, ces différents symptômes incommodent peu ces individus, qui n'en continuent pas moins à mener leur vie habituelle, sans se douter qu'ils puissent être sous l'imminence d'une mort subite.

Cet accident peut survenir chez les enfants obèses, atteints de cette variété d'adipose cardiaque. Nous avons signalé l'opinion de Kerkring et d'Ettmuller sur la fréquence de la mort subite chez ces enfants. M. Brouardel a rapporté l'observation de deux enfants de l'institution de Sainte-Barbe, qui moururent subitement au bain froid. Chez ces deux enfants, le cœur était tellement chargé de graisse qu'il était impossible de voir la fibre musculaire.

Aran (1) a rapporté un cas de mort subite chez une femme atteinte d'obésité excessive, qui l'obligeait à l'immobilité complète.

II. *Mort subite par adipose cardiaque chez des sujets obèses ou non, malades et cachectiques.* — Le dénouement subit peut se produire au cours d'une affection fébrile, d'une cachexie ou dans la convalescence d'une maladie anémiante. Souvent ici les symptômes, qui pourraient permettre de déceler la surcharge graisseuse du cœur, sont encore moins accentués. Jusqu'alors ces individus, qui sont cependant généralement des obèses, avaient parfaitement supporté leur altération cardiaque; c'est seulement à l'occasion d'une maladie intercurrente que la faiblesse cardiaque va se faire sentir, et que le cœur pourra s'arrêter brusquement.

Dans un cas rapporté par Servier (2), chez un malade phthisique très avancé, profondément amaigri et cachectique, la mort s'est produite subitement à l'occasion de la ponction d'un abcès. A l'autopsie, on a trouvé un cœur surchargé de graisse, mais sans dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. L'âge du malade (23 ans) permet d'éliminer la possibilité d'une coronarite chronique et par conséquent de bien ranger ce cas dans la variété de cœur gras simple.

M. Bureau rapporte deux observations recueillies dans le service de M. Mercklen qui sont bien des cas d'adipose cardiaque simple. L'âge avancé des malades aurait pu faire penser à la possibilité d'une coronarite chronique, mais les vaisseaux du cœur étaient absolument indemnes, ainsi que les coupes méthodiques des coronaires et l'examen histologique l'ont révélé.

1. Aran, *Union médicale,* 1851, p. 229.
2. Servier, *Gazette hebdomadaire,* 1877, p. 200.

L'une a trait à une femme, atteinte de cancer de l'estomac, qui avait considérablement maigri depuis deux mois. L'état général était cependant encore bon, rien ne faisait prévoir une mort imminente; lorsqu'un matin, à l'occasion d'un mouvement, en voulant s'asseoir sur son lit, cette femme mourut subitement.

Dans l'autre, le malade venait de traverser une période fébrile, due à un rhumatisme articulaire subaigu, ayant laissé comme trace une endo-péricardite légère; mais, ici encore, rien ne faisait craindre une issue fatale prochaine, lorsqu'une nuit la malade succombe subitement; il semble que ce soit aussi à l'occasion d'un mouvement, en voulant se lever, que s'est produite la syncope mortelle.

La mort subite dans ces cas ne semble pas attribuable au cœur seul; dans ces deux variétés de cœur gras simple, qu'elle survienne chez des gens jeunes et en santé régulière, ou au contraire chez des gens anémiés et cachectisés, elle est toujours produite par les causes occasionnelles de la syncope indirecte.

La syncope directe ou par lésion cardiaque est celle qui se produit dans la rupture du cœur, dans la coronarite, dans les myocardites infectieuses, dans les péricardites syncopales; c'est celle que nous avons vue se produire dans le cœur gras associé à l'artério-sclérose. La syncope indirecte survient, en l'absence de toute lésion appréciable du cœur, sous l'influence de causes multiples que l'on peut rattacher à l'anémie cérébrale, à l'inhibition, à une toxémie des centres nerveux cardiaques ou encore à une lésion directe de ces centres. Mais si ce n'est pas la lésion cardiaque qui occasionne la syncope, c'est l'état du cœur qui en détermine la gravité; peu sérieuse et momentanée si le cœur est sain, elle peut être au contraire très grave et mortelle si le cœur est affaibli.

C'est à une syncope indirecte que l'on doit attribuer la mort subite dans le cœur gras simple, sans lésions vasculaires. La dissociation énorme des fibres musculaires par la graisse interstitielle, l'atrophie, la raréfaction des éléments contractiles, en un mot, la faiblesse myocardique consécutive à l'adipose cardiaque, prédispose à cet accident; mais surtout elle l'aggrave énormément. La syncope n'aurait peut-être pas eu lieu si le cœur avait été normal, en tout cas elle n'aurait été que passagère et peu grave, tandis qu'elle est devenue mortelle, parce que le cœur était surchargé de graisse et par conséquent affaibli.

Il nous semble que cette syncope se produit généralement soit par *inhibition*, soit par *anémie cérébrale*.

La *syncope cardiaque par inhibition* se rencontre surtout chez les obèses vigoureux et en apparence parfaite de santé. C'est de cette façon qu'est survenue la mort dans les deux cas de M. Brouardel. L'immersion dans l'eau froide a déterminé l'arrêt brusque du cœur par inhibition; et cette syncope a été mortelle, parce que le cœur était adipeux et ne fonctionnait que difficilement. Dans le cas de Servier l'action inhibitoire a été déterminée soit par la douleur, soit par l'impression occasionnée par la ponction de l'abcès. Le mécanisme est le même que dans les cas de syncope qui surviennent au moment de la ponction d'une cavité séreuse, d'une irritation ou d'une intervention sur la muqueuse nasale, ou bien encore d'une contusion de l'abdomen; une émotion vive, une douleur aiguë pourraient amener le même résultat. Ici il y a en plus une cause prédisposant spécialement à cet accident et surtout en augmentant de beaucoup la gravité : c'est l'état graisseux du cœur.

Cet accident doit avoir lieu plus spécialement chez certains individus prédisposés, ayant une susceptibilité toute particulière; chez qui la moindre douleur, l'appréhension d'une intervention, une émotion vive, la vue du sang, etc., sont susceptibles de provoquer immédiatement une lipothymie ou une syncope. Cela expliquerait comment une cause minime en apparence peut être chez eux le point de départ d'une syncope mortelle.

Enfin certains états névropathiques spéciaux prédisposent à la syncope et à la mort subite. Cullerre (1) a rassemblé une vingtaine d'observations de mort subite survenues dans des familles atteintes de tare nerveuse variable : vésanie, épilepsie, paralysie générale. La moitié de ces cas se sont produits chez des sujets jeunes ou à peine sortis de l'adolescence. Cullerre n'attribue pas un rôle spécial au cœur dans ces cas; mais on peut se demander si lorsqu'à la surcharge graisseuse du cœur est jointe cette hérédité névropathique spéciale, il n'y a pas là une condition qui aggrave le pronostic de l'affection graisseuse du cœur, et doit faire redouter particulièrement la syncope.

Dans l'*adipose cardiaque des gens anémiés ou cachectiques*, c'est au contraire le plus souvent *par anémie cérébrale* que doit se produire la syncope. Chez les deux malades de M. Bureau, il semble qu'il en ait été ainsi. En effet, toutes deux ont été frappées brusquement à l'occasion d'un mouvement. Ces deux femmes étaient affaiblies et retenues au lit depuis déjà un certain temps; le passage du décubitus dorsal à la station assise ou debout a occasionné chez elles de l'anémie cérébrale, qui a déterminé une syncope mortelle à cause de leur altération cardiaque. La mort subite est survenue ici par le même procédé qu'à la suite d'hémorrhagies abondantes et répétées, ou dans la convalescence de certaines maladies (fièvre typhoïde, diphthérie).

Si dans l'adipose cardiaque simple la mort a lieu par syncope indirecte et si la lésion cardiaque n'est pas la cause immédiate de cette fin soudaine, elle n'en est pas moins celle qui détermine la gravité de la syncope. Aussi toutes les causes qui viendront s'ajouter pour affaiblir encore davantage ce cœur surchargé de graisse favoriseront, d'autant plus par là même, la possibilité de cet accident.

Et d'abord, suivant que l'adipose cardiaque sera plus ou moins prononcée, qu'elle pénétrera plus ou moins à l'intérieur des parois ventriculaires, la mort subite sera plus ou moins à redouter, d'autant plus à craindre que l'infiltration intermusculaire et par suite l'atrophie des éléments contractiles est plus accentuée.

En même temps que la graisse surcharge le cœur, elle peut envahir aussi les nerfs pneumogastriques. Kennedy (2) rapporte l'observation d'une femme, atteinte d'adipose cardiaque avec ralentissement du pouls (56 pulsations à la minute), à l'autopsie de laquelle il trouva un cœur surchargé de graisse et le pneumogastrique droit, également envahi par le tissu adipeux. Dans ce cas, il est vrai, la mort n'est pas survenue subitement, et l'altération du nerf pneumogastrique s'était traduite, pendant la vie par le ralentissement du pouls. Il semble cependant, que lorsque cette lésion des nerfs pneumogastriques se surajoute à l'obésité cardiaque, c'est là une complication très sérieuse, et qui pourrait contribuer pour sa part à déterminer l'arrêt définitif du cœur.

Enfin chez les gens atteints d'obésité du cœur, il existe

1. Cullerre, De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique (*Annal. méd.-psych.*, 1892, p. 33).
2. Kennedy, *Dublin Journ. m. sc.*, 1880, t. 69, p. 293.

deux circonstances qui les prédisposent singulièrement à ce dénouement subit, c'est lorsque ces individus sont condamnés à une immobilité prolongée qui augmente l'altération cardiaque et diminue sa puissance contractile ou lorsqu'il survient un amaigrissement considérable et surtout rapide, dans lequel le cœur, comme les autres organes, participe pour sa part à l'émaciation générale.

En résumé la mort subite, dans l'adipose cardiaque simple, soit qu'elle survienne chez des individus jeunes, vigoureux et en état de santé parfaite apparente, soit qu'elle se produise au contraire chez des personnes débilitées, anémiées ou cachectisées, ne semble pas devoir être immédiatement attribuable au cœur. Elle a lieu dans ces cas par syncope. Cette syncope déterminée soit par inhibition, soit par anémie cérébrale, et qui aurait été probablement sans grande gravité chez des personnes dont le cœur serait normal, est devenue au contraire ici mortelle, parce que ces individus avaient leur cœur surchargé de graisse et par conséquent affaibli.

Pronostic et prophylaxie. — Le cœur gras est un cœur faible. Cette faiblesse du cœur se fait encore sentir davantage, lorsque survient une maladie fébrile ou une cachexie amaigrissante, surtout chez les gens âgés. Aussi tout individu, atteint d'adipose cardiaque a-t-il forcément un cœur qui fonctionne d'une façon imparfaite, dont la puissance contractile est diminuée et est-il plus prédisposé qu'un autre à certains accidents et entre autres à la mort subite. Mais le pronostic de cette affection est plus ou moins grave suivant les diverses variétés d'adipose cardiaque.

Dans les conditions de santé régulière, chez des individus jeunes et vigoureux, le cœur gras ne constitue véritablement que rarement un danger. Cependant, il semble que la syncope, chez certains obèses prédisposés, par suite d'une susceptibilité particulière ou par suite d'une disposition névropathique héréditaire spéciale avec tentendance à cet accident, soit plus facile et plus dangereuse sous l'influence de causes diverses : bains froids, émotions, traumatisme, etc. Cette susceptibilité particulière expliquerait la syncope ; l'état gras de leur cœur en aurait déterminé la gravité. Aussi faut-il, spécialement chez ces individus prédisposés, éloigner toutes les causes qui pourraient favoriser la production d'une syncope, ils doivent éviter toutes les émotions vives, ne pas aller au bain froid (Brouardel) et si l'on est obligé de pratiquer chez eux une opération quelconque, il faudra prendre des précautions toutes spéciales. Si l'on soumet ces individus à la cure d'amaigrissement (régime, entraînement, etc.) on devra toujours procéder avec une grande prudence pour ne pas amener un amaigrissement trop rapide ; la suppression des liquides, dans ces cas de cœur gras chez les pléthoriques, pourrait aussi avoir de graves inconvénients (Kisch).

Chez les obèses affaiblis ou cachectiques, la mort subite est beaucoup plus à redouter ; car à la faiblesse cardiaque, due à l'adipose du cœur, est venue se surajouter celle occasionnée par la maladie anémiante ou cachectisante. Aussi, si chez un obèse survient une maladie fébrile ou une affection cachectisante, il devra éviter les mouvements violents, les efforts, capables de produire de l'anémie cérébrale pouvant déterminer une syncope. Si l'impulsion cardiaque devient moins forte, moins nettement perceptible, en même temps que les bruits du cœur s'assourdissent, indiquant par là même que cet organe commence à faiblir, il ne faudra pas hésiter à recourir aux toniques cardiaques non modérateurs : caféine, kola, quinquina. On peut espérer ainsi relever un peu la force contractile du cœur, et atténuer la gravité de la syncope s'il venait à s'en produire une.

Chez les artério-scléreux avec cœur gras, la mort subite est encore plus à craindre. Ici, ce sont surtout les altérations vasculaires qui commandent la gravité du pronostic. Aussi les mesures prophylactiques et le traitement ne diffèrent en rien de ceux que l'on emploie chez les artério-scléreux en général. Il faudra surtout s'efforcer d'éviter chez eux toutes les causes pouvant produire une crise d'angine de poitrine, qui est une des terminaisons les plus habituelles.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Lemercier (Albert). *Répression thérapeutique et sociale de l'alcoolisme.* N° 559. (H. Jouve.)

M. Doré. *La mort dans la paralysie générale.* N° 654. (G. Carré et C. Naud.)

M. Delorme (Lubin-Emile). *Contribution à l'étude clinique de la morphinomanie.* N° 629. (Bordier et Michalon.)

M. Arondel (Auguste). *Etude sur les hallucinations des moignons.* N° 489. (H. Jouve.)

M. L. D'Arbois de Jubainville. *Contribution à l'étude des symptômes et du diagnostic des calculs vésicaux de l'enfant.* N° 368. (H. Jouve.)

Mme Margoliès née Kaménetzky. *Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme.* N° 370. (G. Carré et C. Naud.)

M. Ulysse Noel. *L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Suites locales éloignées.* N° 371. (H. Jouve.)

M. G. Guériteau. *Contribution à l'étude de la phlébite variqueuse des membres inférieurs et en particulier de son traitement opératoire.* N° 372. (H. Jouve.)

M. Lemercier admet qu'on peut insinuer un traitement pour les buveurs d'habitude, consistant dans la suppression absolue de l'alcool, le travail imposé, et la réforme morale ; la guérison ne peut être obtenue que par l'isolement prolongé dans un asile spécial, et est obtenue en un temps variant entre 6 et 18 mois.

L'auteur propose des modifications à la loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse consistant essentiellement dans une enquête médicale faite d'office sur les individus arrêtés en état d'ivresse, ayant pour effet de constituer un dossier médical.

En cas de récidive, basant son appréciation sur le dossier médical, le tribunal pourra interdire à l'inculpé l'accès de tous les cabarets, sauf deux que celui-ci sera tenu de désigner, sous peine d'être rangé d'office dans le cas de ceux condamnés deux fois pour ivresse manifeste, qui dès lors seraient déclarés incapables d'exercer les droits suivants : 1° de vote et d'élection ; 2° d'éligibilité ; 3° d'être appelés ou nommés aux fonctions de juré ou autres fonctions publiques, ou aux emplois de l'administration, ou d'exercer ces fonctions ou emplois ; 4° de port d'armes à partir du jour où la condamnation sera devenue irrévocable.

Après nouvelle enquête médicale, le tribunal correctionnel ordonnera que l'inculpé soit placée dans un asile pour buveurs, public ou privé, pour y suivre un traitement spécial à durée maxima de 18 mois. Les médecins de l'établissement sont autorisés à accorder des congés temporaires. Au bout de ce temps, le citoyen recouvrera ses droits et sa liberté pleine et entière ; dans le cas d'aliénation survenue pendant le traitement, il sera soumis comme un aliéné pur et simple aux règles de la loi sur les aliénés.

A défaut de modification de la loi, les médecins aliénistes

doivent, d'après M. Lemercier, persister à demander que la loi de 1838 soit complétée par un article additionnel ainsi conçu :

Les alcooliques déclarés irresponsables après expertise médicale seront internés pour 18 mois au maximum dans un asile spécial. Cet internement sera fait au nom d'un jugement qui complétera l'ordonnance de non-lieu, rendue en faveur de l'alcoolique.

D'après M. Doré la terminaison de la paralysie générale peut survenir par mort subite; parfois l'autopsie, en dehors de lésions de méningo-encéphalite chronique, reste muette, parfois au contraire on constate l'existence d'une affection capable de causer la mort à elle seule; cette affection était restée latente comme dans un cas de méningite cérébro-spinale observé par l'auteur.

Le suicide est très rare; il survient dans les formes mélancoliques, il a pour caractère l'absurdité.

La mort peut être le fait d'une complication septique; l'altération primitive du système nerveux prédispose singulièrement à l'infection dont le pronostic est excessivement grave.

Elle est parfois le fait de phénomènes en foyer, ramollissement ou hémorrhagie cérébrale.

Les attaques épileptiformes et apoplectiformes sont souvent la cause occasionnelle de la mort; l'auto-intoxication semble jouer un rôle dans leur pathogénie.

Si le malade n'a pas succombé à une complication, la paralysie générale le conduira inévitablement à la mort par marasme cachectique.

La morphinomanie conclut M. Delorme est fonction de civilisation avancée. Elle s'empare surtout des héréditaires : hystériques, neurasthéniques, ceux qui forment la classe des neuro-arthritiques.

L'auteur retrace l'étude clinique de la morphinomanie et insiste sur les troubles cutanés consistant en : indurations, abcès au niveau de la piqûre ou à des endroits différents (ganglions, etc.); pigmentation noire, parfois même des taches bleues, et dont l'auteur relate deux observations dont celle publiée l'an dernier par Moutard-Martin.

Les hallucinations des moignons constituent un phénomène très fréquent qui, pour M. Arondel rentre dans les complications des amputations : par la préoccupation que détermine chez les amputés la sensation du membre qui n'existe plus; par les accidents auxquels peut donner lieu cette fausse sensation; par les douleurs du membre fantôme; par la contracture et les crises épileptiformes que l'auteur a observées chez un malade du service de M. Raymond.

Le point de départ de ces hallucinations est d'origine périphérique, et c'est l'irritation des nerfs du moignon qui détermine l'existence du membre fantôme. Le système nerveux central peut modifier leur caractère, et son action se fait suri tout sentir chez les dégénérés et chez les névropathes.

Le traitement doit être tout d'abord chirurgical et avoir pour but la perfection du moignon; dans certains cas il est nécessaire de lui adjoindre une médication spéciale et de lutter contre l'élément nerveux qui domine.

Les calculs vésicaux de l'enfant présentent dans leur évolution une première phase insidieuse qui peut se prolonger pendant un très grand nombre d'années.

Pour M. D'Arbois, les premiers signes qui attirent l'attention du côté de la vessie chez les jeunes calculeux sont, le plus souvent, une incontinence diurne rebelle à tous les traitements ordinaires, et une fréquence de la miction. Cette fréquence de la miction ne se présente pas comme chez l'adulte nettement diurne; chez le jeune sujet, elle est souvent à la fois diurne et nocturne.

Le diagnostic du début de l'affection est extrêmement délicat. En général, une incontinence d'urine se prolongeant malgré les traitements jusqu'à 7 ou 8 ans, des mictions devenant de plus en plus fréquentes la nuit et surtout le jour, des douleurs même fugaces au niveau du gland et de la verge doivent faire penser au calcul vésical infantile, et amener le chirurgien à pratiquer des explorations plus instructives : toucher rectal, radiographie, exploration métallique.

Plus tard, quand la maladie confirmée se révélera par des symptômes de haute intensité, le diagnostic le plus délicat, en l'absence d'hématurie, devra se faire entre la cystite calculeuse et la cystite tuberculeuse.

Les procédés de diagnostic définitif sont les suivants : le toucher rectal combiné avec la palpation abdominale qui, chez l'enfant, et surtout dans la résolution chloroformique, donne de très précieux et de très complets renseignements; la radiographie qui, à l'heure actuelle, jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans, a pu fournir quelques photographies tout à fait démonstratives; et enfin l'exploration métallique qui, grâce à un manuel opératoire quelque peu différent de celui de l'adulte, renseignera d'une façon certaine sur l'existence du calcul et pourra même conduire à choisir la méthode de traitement qui convient le mieux à tel cas en particulier : lithotritie ou taille sus-pubienne.

Si l'on peut observer quelques cas de psychoses chez de vrais dégénérés (type Magnan), la dégénérescence mentale ne peut être invoquée dans tous les cas.

Pour Mme Margoliès, en étendant la dégénérescence à toutes les affections psychiques appelées constitutionnelles, toutes les formes de psychoses qu'on observe après les opérations gynécologiques, ne rentrent pas dans la classe de ces affections constitutionnelles.

Un certain nombre de psychoses qu'on observe après les opérations gynécologiques sont de même nature que celles qu'on observe après l'action des causes extérieures en général, à savoir toutes les formes de la confusion mentale : pour ces cas, l'opération constitue une de ces causes extérieures, « nécessaires », et c'est à ce titre qu'il y a de vraies psychoses post-opératoires.

C'est après les grandes opérations gynécologiques, les ovariotomies unilatérale et double surtout, qu'on observe plus fréquemment les psychoses post-opératoires.

L'opération comme les autres causes extérieures de ces psychoses accidentelles, paraît agir surtout par voie d'infection ou d'auto-intoxication, qui peut tenir à différents processus, une infection microbienne surtout; mais on peut supposer peut-être qu'elle survient aussi dans quelques cas par inhibition réflexe d'une fonction éliminatrice, ou par l'abolition d'une sécrétion interne.

M. Noel a remis en question la discussion de l'hystérectomie vaginale d'après un certain nombre d'observations puisées dans le service de M. le Dr Richelot en ayant en vue surtout les conséquences locales éloignées de l'opération.

D'après l'auteur, la laparotomie est l'opération de choix, toutes les fois que la lésion est unilatérale et que la femme est jeune.

Dans le cas où la femme est jeune, et qu'il y a doute ou incertitude sur le diagnostic des lésions bilatérales, c'est d'abord à la laparotomie, complétée, s'il y a lieu, d'hystérectomie abdominale totale, que l'on aura recours.

Toutes les fois que les annexes sont atteintes des deux côtés, c'est à l'hystérectomie vaginale que l'on doit donner la préférence.

Dans les cas où l'on éprouve de la difficulté à enlever les annexes, même lorsqu'elles contiennent du pus, il n'est pas nécessaire de les enlever, pourvu qu'elles soient largement ouvertes et débarrassées du pus qu'elles contiennent.

Les résultats définitifs obtenus par l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes, la classent parmi les meilleures opérations que l'on aie pu tenter contre elles.

Il peut survenir à la suite de l'hystérectomie vaginale complète ou incomplète, des tumeurs secondaires, kystiques, dont l'on doit faire l'ablation par la laparotomie.

M. Gériteau étudie la phlébite variqueuse, c'est-à-dire l'inflammation des varices, produite par l'action de microbes pathogènes, sur un endothélium veineux, déjà atteint de phlébite chronique.

Ses complications souvent graves peuvent être mortelles, et le pronostic doit toujours être réservé.

Le traitement ordinaire est insuffisant pour protéger contre les complications de la phlébite variqueuse, et éviter les récidives, qui apportent chaque fois avec elles leur contingent de

complications nouvelles : il oblige de plus les malades à de longs jours de repos.

Toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indications, tirées soit de l'état local, soit de l'état général, et qu'on aura affaire à des sujets vigoureux, et pour lesquels une guérison rapide est nécessaire, les ouvriers par exemple, qui, de par leur profession, sont exposés à des récidives fréquentes, il y aura lieu d'employer le traitement opératoire de la phlébite variqueuse.

Ce traitement opératoire a l'avantage de donner une guérison très rapide : il permet d'éviter les complications de la phlébite variqueuse; par l'ablation des varices, il supprime la cause de la maladie, et, aidé du bas élastique naturel, en prévient ainsi le retour.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Boullier (Gaston). *De l'appendicite pendant la grossesse.* (Rey, Lyon).

M. Lafforgue (Bertrand). *Le névrome plexiforme de la paupière supérieure (Étude clinique et étiologique).* N° 40. (Imprimerie des Facultés.)

M. Guérin. *De la résection simultanée des nerfs dentaire inférieur et lingual par la voie transmaxillaire.* N° 43. (Alex Rey.)

M. Rauzy. *De l'intoxication thyroïdienne dans les opérations pour goître (Basedowisme suraigu. — Basedowisme atténué).* N° 46. (Imprimerie des Facultés.)

M. Lambroschini. *De la formation et de la récidive des calculs vésicaux après la taille (Taille hypogastrique en particulier).* N° 51. (Imprimerie des Facultés.)

M. Vigan. *De la pénétration et de l'arrêt des pièces de prothèse dentaire dans l'œsophage.* N° 52. (Imp. des Facultés.)

M. Lavabre. *De l'intervention chirurgicale dans les diverses formes d'appendicite (Indications, manuel opératoire).* N° 54. (Alex. Rey).

M. Oullier. *De l'amputation totale de la langue par la voie trans-hyoïdienne.* N° 56. (Paul Legendre imp.)

M. Coussergue. *De l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire comme traitement de l'épiphora.* N° 60. (Imp. des Facultés.)

M. Bonhomme. *Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses.* N° 65. (Imp. Bourjeon.)

L'appendicite qui évolue pendant la grossesse se reconnaît, dit M. Boullier, aux caractères ordinaires : douleur au point de Mac Burney, vomissements, constipation, élévation du pouls et de la température, empâtement, etc. L'influence propre de la gestation sur l'inflammation appendiculaire est nulle. Mais au contraire, l'appendicite retentit souvent sur la marche et la durée de la grossesse, en déterminant ces accidents inflammatoires salpingo-utérins qui, en dernière analyse, aboutissent à l'avortement. Sur les 22 observations rapportées par M.B., l'avortement est survenu dans les 1/3 des cas. Dans quelques observations, la propagation du processus inflammatoire de l'appendice aux organes génitaux internes ne fait aucun doute, sans qu'on puisse affirmer que l'inflammation ait gagné les organes voisins par continuité, ou qu'il s'agisse plutôt d'une infection par le lymphatique. Quelquefois la fièvre, le mauvais état général, la septicémie peuvent être invoqués comme causes de l'avortement.

La mortalité observée a été la suivante :

Mortalité maternelle, 30,4 p. 100.

Mortalité fœtale, 47,8 p. 100.

Par conséquent le pronostic de l'appendicite pendant la grossesse, est à la fois grave pour la mère et l'enfant. Aussi l'intervention précoce sera presque toujours la règle.

L'état de gravité, loin d'être une contre-indication, constitue au contraire un argument en faveur de la laparotomie précoce car l'inflammation appendiculaire se complique souvent d'accidents principaux graves.

Le névrome plexiforme de la paupière supérieure, d'après M. Lafforgue est une entité bien définie, caractérisée par une triade symptomatique : 1° le ptosis oblique externe, de Rollet; 2° des cordons durs, noueux, moniliformes perçus à la palpation au sein d'une masse empâtée, de consistance emphysémateuse; 3° les lésions osseuses concomitantes.

Le diagnostic différentiel de cette affection doit être fait :

1° Avec l'encéphalocèle congénitale : il est alors fondé sur les anamnestiques, l'aspect extérieur de la paupière, la palpation;

2° Avec les tumeurs vasculaires. Les signes différentiels constants sont tirés de la réductibilité de la tumeur et de son augmentation de volume par l'effort;

3° Avec d'autres tumeurs plus rares, dont les plus connues sont l'éléphantiasis congénitale, les lipomes et les lymphangiomes congénitaux.

Le névrome plexiforme de la paupière supérieure est une affection congénitale. Elle procède d'une tendance héréditaire aux hyperplasies, combinée à des troubles de la vie intra-utérine. Elle se développe aux dépens du nerf lacrymal, et cette localisation anatomique est à rapprocher de celle du zona ophthalmique. Les troubles trophiques osseux sont la conséquence des lésions nerveuses périphériques.

La névrome plexiforme de la paupière est nettement distinct de l'éléphantiasis congénitale de la même région.

Le traitement à lui opposer est l'extirpation.

D'après M. Guérin, on peut trouver dans certaines névralgies du maxillaire inférieur l'indication de réséquer le dentaire inférieur et le lingual.

Cette double résection peut se faire par la voie transmaxillaire en suivant le manuel opératoire qu'il décrit.

Ce procédé présente le triple avantage de conduire facilement sur les deux nerfs, de ménager tous les organes importants de la région et de laisser une cicatrice relativement dissimulée.

Les malades opérés de cette façon ont tous vu cesser leurs douleurs, alors même qu'elles s'étendaient au domaine d'autres branches du maxillaire inférieur qu'avait respectées l'intervention.

M. Rauzy a étudié dans sa thèse inaugurale une série d'accidents observés depuis quelques années par MM. Poncet et Jaboulay chez des malades qu'ils avaient opérés de goitre.

Ces accidents post-opératoires immédiats (par opposition aux accidents éloignés bien connus sous le nom de myxœdème opératoire après les extirpations totales ou trop complètes de la glande thyroïde) peuvent aller depuis des troubles fonctionnels légers, tels que tachycardie peu marquée, agitation, troubles psychiques passagers, etc... avec élévation plus ou moins grande de la température jusqu'à l'anxiété extrême avec tétanie et mort rapide dans les premières heures qui suivent l'opération.

Ces complications immédiates se rencontrent chez deux catégories d'opérés : 1° chez des opérés pour goîtres exophthalmique, c'est-à-dire, chez des basedowiens, suivant l'expression de M. Poncet; 2° chez des malades qui n'ont aucun des symptômes de la maladie de Basedow, qui sont des goîtreux simples, des non-basedowiens.

La pathogénie de ces accidents pour M. Poncet s'expliquerait par une intoxication thyroïdienne, hypothèse d'autant plus vraisemblable que des recherches expérimentales et thérapeutiques permettent d'admettre en pareil cas une hyperthyroïdisation de l'organisme par la pénétration dans le torrent circulatoire soit de suc thyroïdien normal soit de suc altéré. La toxémie thyroïdienne d'après les expériences de M. Rauzy pourrait en effet reconnaître une double cause, la pénétration au sein des tissus d'une trop grande qualité de suc thyroïdien normal et pathologique.

Du travail de M. Rauzy on peut toutefois tirer quelques conclusions pratiques. Ainsi, conformément à la communication de M. le professeur Poncet à l'Académie de médecine, on devra être très prudent en fait d'intervention sanglante sur le corps thyroïde d'un basedowien vrai. Le chirurgien n'oubliera pas que des complications très graves, mortelles, sont survenues chez de tels sujets, après des opérations parfois très simples et qu'elles sont surtout à redouter après des opérations longues, compliquées, en plein tissu glandulaire. Il saura les prévoir

chez tous les thyroïdectomisés, même pour des goitres simples et, *a fortiori*, lorsque ces goitres s'accompagneront de quelques symptômes propres à la maladie de Basedow (maladie de Basedow, fruste ou chirurgicale, par opposition à la forme vraie ou médicale). Afin d'éviter autant que possible l'intoxication thyroïdienne post-opératoire, le chirurgien, suivant le conseil de M. le professeur Poncet, devra s'efforcer de mener rapidement l'intervention, d'éviter les tiraillement des nerfs de la glande, les malaxations et les manœuvres en tissu thyroïdien. Il favorisera aussi l'écoulement des liquides thyroïdiens à l'extérieur, par un drainage irréprochable.

Il est fréquent de voir, à la suite d'opérations sur la vessie, survenir une récidive de calculs quand l'opération a été faite pour calculose, soit se former de toutes pièces des calculs quand l'opération n'a pas été faite pour calculose.

La récidive au cas de lithotritie peut s'expliquer en supposant qu'on a laissé des débris de calcul.

La taille cependant peut elle aussi exposer à la récidive.

D'après M. Lambroschini les conditions prédisposant à la récidive sont complexes et peuvent varier suivant les cas.

A) S'il s'agit de vessies non infectées ou jusqu'alors indemnes des lésions qui amènent la précipitation calculeuse de l'urine, on peut supposer :

1° Que la taille, surtout si elle reste longtemps fistuleuse, peut permettre l'infection secondaire de la cavité vésicale et réaliser peu à peu ces conditions de précipitation calculeuse.

2° Ou bien que la taille a permis l'introduction directe de corps étrangers dans la vessie autour desquels la récidive puisse se former (fils de suture, poudre d'iodoforme, etc.).

B) S'il s'agit de récidive calculeuse dans les vieilles vessies malades, les conditions de récidive sont évidemment les mêmes pour la lithotritie que pour la taille, par la précipitation des phosphates ammoniaco-magnésiens de l'urine alcaline. Mais la taille agit en plus :

1° Par la possibilité de pénétration de ces corps étrangers.

2° Par la cicatrice vésicale.

3° Par l'existence d'un bas-fond vésical transformé en clapier qui n'est pas drainé par voie hypogastrique. Ce clapier constitue un véritable nid d'infection et un dépôt tout préparé pour la boue phosphatique. Le drainage périnéal, qui porte directement sur ce bas-fond, le balaie d'une façon continue et complète. C'est le drainage vésical idéal. On s'explique ainsi la grande rareté des formations calculeuses après les tailles périnéales non fistuleuses, à côté de la fréquence relative de ces mêmes phénomènes après les tailles hypogastriques.

Le traitement des récidives calculeuses devra donc être plutôt la lithotritie, en effet elle peut débarrasser complètement la vessie des calculs, et a l'avantage surtout de pouvoir être répétée un grand nombre de fois pour les récidives tenaces.

Parmi les corps étrangers de l'œsophage, les pièces de prothèse dentaire constituent une des variétés les plus communes et aussi les plus intéressantes en raison des accidents et des indications chirurgicales auxquelles leur présence peut donner lieu.

Au sujet d'un cas observé dans le service de M. Poncet, M. Vigan a réuni 12 autres observations dans la littérature.

Le plus souvent il s'agit de fragments d'appareils prothétiques, ou de petites pièces supportant de 2 à 5 dents. C'est surtout pendant le sommeil physiologique ou anesthésique que ces corps étrangers sont déglutis.

Dans les 13 cas observés, l'accident s'est produit 8 fois pendant le sommeil, 2 fois pendant la mastication, 2 fois pendant une quinte de toux et 1 fois pendant une crise d'hystérie.

Le plus souvent l'arrêt de la pièce de prothèse a lieu au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à l'origine même de l'œsophage, moins souvent un peu au-dessous de la fourchette sternale. L'arrêt de la pièce à peu de distance du cardia est de beaucoup le moins fréquent.

Un premier point doit être éclairci. Ce siège sera précisé soit avec une bougie œsophagienne manœuvrée avec la plus grande douceur, soit encore par les rayons X. Ces deux modes d'exploration peuvent être du reste, suivant les cas, combinés.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° Le corps étranger, à l'entrée de l'œsophage, est accessible à la préhension de pinces. On peut alors tenter l'extraction directe.

2° Le corps étranger est plus profondément situé. En pareil cas (Poncet) s'abstenir de toute manœuvre d'extraction, de propulsion et cela par suite des dangers rapidement mortels auxquels elles exposent.

Faire faire (Billroth) une ingestion de bouillie de pommes de terre ou de toute autre substance alimentaire à consistance demi solide qui a plusieurs fois entrainé le passage de la pièce dentaire dans les voies digestives.

Dans le cas d'insuccès, on aura, suivant le siège du corps étranger, recours à l'œsophagotomie externe simple ou modifiée, ou à la gastrotomie, suivant les conseils de Bull et de Richardson.

Certaines formes d'appendicite et en particulier les formes pelviennes peuvent déterminer dès le début de l'affection des symptômes graves, simulant absolument la péritonite généralisée, et pouvant se prolonger pendant plusieurs jours.

Aussi pour M. Lavabre est-il le plus souvent impossible de poser dès le début le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec une certitude suffisante pour justifier une intervention immédiate, et la conduite la plus sage semble-t-elle être d'attendre, pour intervenir, que le diagnostic soit définitivement établi.

Dans les formes localisées de l'appendicite, il ne faut opérer que lorsqu'il existe du pus, mais il faut alors intervenir au plus tôt, en se guidant sur l'évolution de la température.

Cependant il est des appendicites localisées qui évoluent sans fièvre, ou avec une température peu élevée, et dans lesquelles ce symptôme ne peut servir à reconnaître la présence du pus. On arrive à poser des indications opératoires en se fondant sur les autres signes et sur l'étude soigneuse de chaque cas particulier.

Les abcès pérityphlitiques antérieurs, en contact immédiat avec la paroi seront ouverts par une incision appropriée.

Pour la recherche des abcès pérityphlitiques postérieurs, la voie para-péritonéale et la voie transpéritonéale en deux temps préconisée par Quénu doivent être considérées comme des méthodes d'exception, la méthode de choix étant la recherche et l'ouverture transpéritonéale en un seul temps, avec des précautions convenables pour protéger le péritoine.

D'après M. Oullier, dans la cure radicale du cancer lingual, la voie buccale est insuffisante pour une ablation totale; les voies sus-hyoïdienne et sous-mentale de même et de plus nuisent aux résultats fonctionnels; enfin les procédés par section ou résection du maxillaire inférieur sont d'une haute gravité, car ils provoquent des délabrements très étendus et amènent parfois des complications redoutables.

La voie trans-hyoïdienne a l'avantage de permettre l'ablation facile et totale de la langue et de sa tumeur; elle équivaut à une véritable désinsertion musculaire, les délabrements sont moins considérables que dans les autres procédés avec opération préliminaire : la guérison est, par suite, plus rapide.

Quant aux troubles fonctionnels : pour le goût et la mastication, les résultats sont les mêmes que dans toute autre méthode d'amputation totale, mais la phonation, quoique compromise, se rétablit très rapidement; elle s'améliore avec la guérison définitive, par suite de la conservation du plancher buccal, la prothèse vient encore augmenter ces avantages.

D'après M. Coussergue l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire est indiquée :

1° Dans tous les cas d'épiphoras essentiels, où tout réside dans l'hypersécrétion glandulaire.

2° Dans les larmoiements, conséquences d'ectropion.

3° Dans les cas de larmoiements incoercibles, que l'on remarque dans certaines conjonctivites rebelles, et en particulier chez les granuleux.

4° Dans les cas de dacryocystites compliquées d'épiphora et dans lesquelles les traitements, tels que le cathétérisme et l'extirpation du sac, sont restés sans résultats.

Les résultats de l'extirpation sont : la suppression de la sécrétion de la glande orbitaire; la diminution de la sécrétion de la glande palpébrale, et par suite la suppression de l'épiphora, l'œil restant d'ailleurs parfaitement lubréfié par la sécrétion des glandes de Krause.

Les tumeurs myéloïdes, qu'elles siègent dans les os ou dans les gaines tendineuses, doivent être, de par la clinique et l'anatomie pathologique, séparées du genre sarcome. Contrairement à l'opinion du Dr Malherbe, M. Bonhomme pense, avec Poncet, que les cellules géantes des tumeurs myéloïdes ne peuvent pas être assimilées aux myéloplaxes de la moelle osseuse. Ce sont de « faux myéloplaxes ». Il propose donc de substituer à l'appellation de sarcomes à myéloplaxes celle de tumeurs myéloïdes.

Quant au rôle angioplastique et hématopoiétique, attribué par Monod et Malassez aux faux myéloplaxes, non seulement il n'est pas démontré, mais il reste très hypothétique.

L'étiologie, l'évolution, le pronostic, le siège des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses, l'âge même auquel on les observe (17 à 35 ans), amènent à cette conclusion qu'elles sont non pas de nature néoplasique, ainsi que cela était admis généralement jusqu'à présent, mais bien de nature inflammatoire.

La marche de ces tumeurs est très lente. Elles occupent ordinairement la face palmaire des doigts et affectent presque exclusivement la main droite.

Le traitement consiste dans l'extirpation.

Ces tumeurs sont en somme rares. M. Bonhomme n'a pu, en effet, en relever, dans toute la littérature chirurgicale, plus de 10 cas d'une authenticité indiscutable. Mais, dit-il, il est probable que beaucoup de cas ont passé inaperçus, et que leur nombre augmentera avec des connaissances plus précises sur les tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses.

Thèse de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-98.

M. Gillet (Maurice). *De la menstruation pendant l'allaitement.*

Sur 100 nourrices, dit M. Gillet, 45 environ sont réglés, et l'apparition des règles se fait du 3e au 6e mois après l'accouchement. Le lait de la nourrice réglée est absolument semblable pendant la période intermenstruelle au lait sécrété avant l'apparition des règles. Pendant la période menstruelle le lait est plus dense, plus riche en principes nutritifs, en particulier en beurre.

La santé du nourrisson n'est nullement influencée par le rétablissement de la menstruation; son accroissement est normal, et ses fonctions régulières; peut-être cependant les coliques et la diarrhée que l'on rencontre quelquefois chez les enfants allaités par des nourrices réglées sont-elles dues à des indigestions dont la cause première est la richesse du lait en éléments nutritifs?

Par conséquent, il faut réagir contre l'habitude courante grâce à laquelle on congédie les nourrices dès l'apparition de la fonction menstruelle.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Un cas de septicémie (gonotoxémie?) traité par le sérum antistreptococcique. Guérison (A case of septicemia (gonotoxemia?) treated with the streptococcus antitoxin; recovery), par le Dr Victor (*Boston med. et surg. Journal*, 1898, p. 297). — Femme de 37 ans ayant eu dans ces derniers temps une infection gonococcique aiguë restée à l'état chronique. En octobre 1897 elle présente des phénomènes de pyosalpinx et le 6 novembre on pratique par laparotomie l'ablation des trompes.

Le lendemain la température qui était redescendue, commença à monter de nouveau, le pouls devint rapide puis le 3e jour la malade eut des vomissements, la respiration devint rapide et la température irrégulière, élevée, à type rémittent.

Le 5e jour le mauvais état général persistant on fit à la malade une injection de 9 c.c. d'antitoxine.

Le lendemain l'amélioration était peu marquée et l'injection fut renouvelée. A partir de ce moment un mieux visible put être observé dans l'état de la malade. Deux injections de sérum furent encore faites les jours suivants et la guérison complète suivit en peu de temps.

De la glossite dans la fièvre typhoïde (Glossitis in typhoid fever, with report of a case), par Thomas Mac Crae (*John Hopkins Hospit. Bulletin*, mai 1898, p. 119). — La glossite au cours des maladies infectieuses est connue. Cependant cette complication est particulièrement rare dans la fièvre typhoïde. Sorel n'en fait pas mention dans un rapport de 871 cas et de même Berg, Jenner et Scuder sur 1984 cas. Holscher dans une statistique de 2000 cas parle d'infiltration purulente de la langue dans 3 cas alors que Dopper, sur 927 cas, cas signale deux fois le même fait.

M. le Dr Mc Crae rapporte le cas suivant observé par le Dr Osler à la clinique de J. Hopkins Hosp.

Il s'agit d'un malade de 27 ans qui eu une fièvre typhoïde normale, avec taches rosée, fièvre contenue, séro-réaction de Widal, 1 mois après la défervescence le malade se plaignit de douleur dans la gorge avec cuisson et gonflement de la langue. L'affection avait débuté sans cause, sans que le malade ait absorbé aucun médicament, mercure ou autre. La langue était tuméfiée, faisant saillie entre les mâchoires et empêchait de fermer la bouche d'où s'écoulait continuellement la salive. La langue était rouge, enflammée symétriquement augmentée de volume et douloureuse à la pression. Elle n'était recouverte d'aucun enduit. Quand au fond de la gorge il n'était pas possible de l'apercevoir. Le malade présentait de la fièvre et la déglutition était difficilile. Des cultures furent prises et resteront négatives et l'amélioration se manifesta les jours suivants et en quelques jours la guérison fut complète.

Présence du bacille diphthérique dans les coryzas purulents non pseudo-membraneux de l'enfant, par A. Grenet et Lesné (*Archives de médecine des Enfants*, n° 8, août 1898). — Les auteurs ont étudié bactériologiquement dans le service du professeur Hutinel la sécrétion nasale d'un certain nombre d'enfants atteints de coryza purulent sans fausses membranes et ne présentant pas de manifestation diphthérique; ils concluent des 16 cas qu'ils ont pu observer qu'il existe fréquemment dans cette affection un bacille quelquefois très petit poussant en 20 heures sur sérum. Ce bacille a quelquefois une forme en navette, et est capable de s'allonger en culture, tout en n'atteignant jamais la dimension des formes longues du bacille diphthérique. Inoculé au cobaye, ce bacille l'a tué 8 fois sur 16 cas en 36 à 60 heures. A ce point de vue, on peut distinguer 2 variétés parmi les bacilles trouvés dans les fosses nasales : 1° un bacille dont la culture ou la toxine tuent le cobaye en créant chez lui des lésions absolument semblables à celles produites par le bacille diphthérique le plus classique. Le sérum antidiphthérique inoculé préventivement préserve le cobaye des effets nocifs de l'injection de la culture ou de la toxine; cette réaction spécifie la nature diphthérique de ce bacille; — 2° un bacille très difficile à différencier du précédent par sa forme ou ses caractères de culture, mais ne tuant pas le cobaye. Ces deux variétés se rencontrent quelquefois chez le même sujet. On peut donc trouver dans le nez d'enfants atteints d'un coryza paraissant bénin un bacille ayant tous les caractères du bacille diphthérique et doué dans certains cas d'une virulence considérable. L'existence de ce bacille permet d'expliquer l'apparition de la diphthérie chez des enfants en apparence à l'abri de tout contage et justifie l'examen bactériologique des coryzas purulents chroniques de l'enfant dans le milieu hospitalier.

Mécanisme de l'action de l'ésérine sur les mouvements de l'intestin (Meccanismo d'azione della Fisostigmina sui movimenti dell' intestino), par Gaetano Traversa (*Il Policlinico*, 1898, p. 1). — Le professeur Traversa a étudié dans un travail important l'action de l'ésérine sur les mouvements de l'intestin, en s'appuyant sur de nombreuses expériences personnelles.

Non seulement l'ésérine exagère les mouvements péristaltiques, mais elle provoque des contractions violentes et généra-

lisées de l'intestin aboutissant finalement à la tétanie. Lorsque ce sont les fibres longitudinales qui se contractent, l'intestin, se resserrant, prend une forme repliée sur lui-même; lorsque ce sont les fibres circulaires, dont la contraction prédomine, surtout si la contraction est violente et circonscrite, l'intestin prend la forme d'un chapelet; si la contraction est moins intense, mais circonscrite, on a la forme annulaire; lorsque la contraction est violente et diffuse on a la forme rubannée.

L'exagération des mouvements péristaltiques et les contractions généralisées de l'intestin cessent par l'action de l'atropine et ne se produisent pas chez les animaux atropinisés.

Les centres nerveux supérieurs n'ont aucune action sur la production des phénomènes; ces faits ont pu être vérifiés par la section du sympathique et du pneumogastrique au cou et par celle de la moelle lombaire. L'ablation des ganglions abdominaux du sympathique n'empêche pas l'ésérine d'exagérer le péristaltisme et de produire des contractions spasmodiques de l'intestin.

Un morceau d'intestin enlevé du corps et maintenu vivant par la circulation artificielle, réagit à l'action de l'ésérine comme l'intestin de l'animal vivant. En faisant circuler du sang chargé d'ésérine on a des contractions plus énergiques de la tunique musculaire avec spasmes toniques.

Les modifications de l'activité motrice ne dépendent pas des modifications de la circulation intestinale : sur l'intestin réséqué et soustrait à toute circulation artificielle contemporaine toute augmentation du péristaltisme entraîne la dilatation des vaisseaux et l'accélération de la circulation sanguine.

La vaso-constriction et le ralentissement de la circulation que dans un second temps on peut vérifier pendant la contraction spasmodique, doivent être probablement interprétés comme l'effet de la contraction énergique, diffuse et durable de la tunique musculaire.

Un morceau d'intestin, rendu inerte par la contraction tonique et diffuse de ses parois grâce à la circulation de fortes doses d'ésérine, reprend ses mouvements par la circulation de sang chargé d'atropine. Lorsque cesse le spasme de la tunique musculaire, la constriction des vaisseaux cesse également et leur lumière se dilate à nouveau.

De toutes ces expériences on peut conclure que l'ésérine provoque les contractions de l'intestin en excitant les fibres motrices périphériques. L'antagoniste de l'ésérine est l'atropine.

Différenciation du bacille typhique et du colibacille (Di un nuovo metodo diagnostico differenziale tra il bacillo del tifo ed il bacterium coli), par A. Cesaris-Demel, (*Giornale della R. Accadem. di medicina ai Torino*, 1898, p. 99). — Le moyen proposé par l'auteur est le suivant : on prend 200 grammes de foie de veau frais, qu'on laisse infuser 24 heures dans un litre d'eau. Le liquide d'infusion est filtré, bouilli, puis on y ajoute 1 p. 100 de peptone et 0,5 p. 100 de sel. On le fait bouillir à nouveau, on refiltre, et on neutralise. Finalement, après l'avoir fait bouillir une dernière fois on le distribue dans des tubes stérilisés prêts à recevoir l'ensemencement du bacille typhique et du coli.

Dans les tubes ensemencés avec du coli et tenus à 37° un trouble rapide homogène se produit au bout de très peu de temps, et un dégagement de bulles de gaz se fait à la surface. La fermentation dure un certain temps et le lendemain une légère pellicule se forme à la surface.

Dans les tubes ensemencés avec du bacille typhique, il n'y a pas de fermentation. Le trouble homogène n'existe pas. On a seulement un dépôt pulvérulent, léger, qui commence au bout de 12 à 24 heures et se complète peu à peu.

D'après les observations de l'auteur les deux microbes se comporteraient toujours ainsi d'une façon différente et ce moyen de diagnostic aurait une valeur certaine.

CHIRURGIE

Du curetage dans la subinvolution utérine apres l'accouchement (Ueber die Berechtigung der Ausschabung der Gebärmutter bei verzögerter Rückbildung derselben im Wochenbette), par Fischer (*Klinisc. htherap. Woch.*, 1898, p. 795). — Sous ce titre Knapp a publié dans les *Archiv für Gynäkol.* (t. 45, f. 2), un travail dans lequel il se prononce en faveur du curetage au cas de subinvolution utérine. D'après lui il est indiqué.

1° Dans les cas où la subinvolution doit être attribuée à la présence des restes plus ou moins considérables du placenta et des membranes;

2° Dans les cas de subinvolution marquée, que le traitement conservateur ne peut faire disparaître surtout;

3° Quand il s'agit d'amener rapidement la régression de l'utérus et que les accouchées ne peuvent attendre plus pour produire l'involution complète, spontanée de l'utérus.

Pour reconnaître la subinvolution, d'après Knapp, il faut tenir compte non seulement du volume de l'utérus mais surtout de sa forme, de sa consistance, de la présence des noyaux durs.

Autrefois Knapp pratiquait le curetage le 10e jour, si aucune amélioration ne se produisait dans le retrait de l'utérus. Actuellement il le fait dès le 6e ou le 7e jour. Dans tous les cas le succès fut complet.

Le Dr Fischer analysant le travail de Knapp pense que le curetage n'est pas indifféremment indiqué dans tous les cas de de subinvolution. Il n'est pas douteux qu'il ne puisse être utile lorsque le retard de l'involution normale est due à la présence des membranes ou de débris placentaires dans l'utérus. Il n'en est plus de même lorsque on a comme cause de subinvolution une malformation organique de l'utérus.

Un cas de chancre double des paupières (Ein Fall von doppeltem Lidschanker), par J. Helbron (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 663). — Dans ces 10 dernières années on a publié plus de 400 obs. d'infection primitive des paupières. Le cas suivant est toutefois intéressant à plusieurs points de vue.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans venu à la clinique ophthalmologique de Würzburg le 21 janvier 1897.

Depuis 4 semaines inflammation et gonflement des paupières à gauche; au début nodule sur la paupière inférieure qui s'est ouvert au bout de 5 jours.

Actuellement à gauche entre les points lacrymaux sur la paupière inférieure et supérieure tumeur surélevée, hémisphérique dont le fond est formé par une ulcération grisâtre à bords durs épaissis. Les deux moitiés se complètent et quand les paupières sont fermées forment un cercle presque complet. Gonflement des ganglions préauriculaire et sous-maxillaires et cervicaux. — Pas d'exanthème. — Traitement spécifique, l'évolution du chancre suivit son cours normal et fut compliquée d'iritis et de névrite optique.

Emploi de l'anesthésie locale dans l'opération radicale pour hydrocèle (Radical operation der Hydrocele unter Lokalanästhesie), par Lammers (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 20, p. 527). — L'opération de l'hydrocèle avec résection de la tunique vaginale se fait sans aucune douleur avec le procédé d'anesthésie locale de Schleich.

Pour éviter cependant que l'infiltration ne demande trop de temps pour atteindre la vaginale, on peut laver sa surface interne avec une solution forte de cocaïne. La quantité de cocaïne ainsi absorbée n'est jamais bien forte et il n'y a jamais de phénomènes d'intoxication.

Chez toute une série de malades le Dr Lammers a procédé ainsi : après infiltration de la peau du scrotum avec la solution de Schleich n° 2, la peau est incisée jusqu'à la tunique vaginale. La vaginale est ouverte sur une étendue de 3 centimètres de long, l'eau est associée. Dans la vaginale vide on injecte 10 cent. cubes d'une solution de cocaïne à 2 ou 4 p. 100. On a soin de masser pendant 2 minutes pour bien faire agir le liquide, puis on le rejette et on continue l'opération qui se fait sans aucune douleur.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius avec déplacement antérieur du fragment carpien (Fracture of the lower end of the radius with anterior displacement of the carpal fragment), par John Roberts (*Philadelphia med. Journ.*, 1898, t. 1, p. 699). — Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui, à la suite d'une chute de bicyclette, fut blessé au poignet, au début il n'y attacha pas d'importance et ce n'est que quatre

semaines après qu'il vint chez le Dr Kinding. A ce moment il présentait une déformation particulière, le radius avait été fracturé à un pouce et demi au-dessus de l'articulation et le fragment inférieur était déplacé en avant.

L'examen aux rayons X montra l'existence d'un trait de fracture ainsi que le déplacement du fragment carpien et le cal déjà formé.

Le Dr Roberts dut pratiquer à nouveau la fracture pour remettre les fragments en place et la guérison suivit naturellement.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 Août 1898.

Streptococcie pulmonaire. Injection de sérum antistreptococcique. Guérison.

M. Clozier (Beauvais). — Garçon de 13 ans. Aucune tare héréditaire ni acquise. Bonne santé habituelle, à part quelques angines légères. A la suite d'une course à bicyclette faite la veille, sous la pluie, frissons. Le lendemain et les jours suivants, malaise, inappétence, toux, fièvre, etc.

Appelé le 20 juin auprès du malade, M. Clozier trouva les poumons envahis dans leur totalité. En arrière, aux deux bases et sur une étendue de 8 à 10 cm. carrés, râles crépitants fins, secs, superficiels et nombreux ou en pluie. Dans la partie moyenne des poumons, râles sous-crépitants moyens, en même temps qu'il existe, à gauche, une respiration bronchique très accusée, au niveau de la pointe de l'omoplate correspondante; à droite, en un point symétrique, existe sur une étendue égale un bruit de frottement. Les sommets laissent entendre, à des degrés divers, des râles muqueux, plus ou moins nombreux, à petites, à moyennes et à grosses bulles.

L'expectoration est rare et muco-purulente; les crachats sont jaunes et n'ont jamais présenté de coloration rosée, rouge ou brune.

L'examen des crachats montre qu'ils ne contiennent pas le bacille de Koch, mais, par contre, le streptocoque y pullule.

M. Clozier institue un traitement énergique, qui comprend à l'intérieur les stimulants et les analeptiques, à l'extérieur les révulsifs, y compris le vésicatoire.

Le 26 juin, la position du malade s'aggravant au lieu de s'améliorer, on décide de recourir aux injections de sérum antistreptococcique. Sur le conseil de M. Marmoreck, qui avait reconnu l'existence en culture presque pure du streptocoque, sur la préparation que nous lui présentons, dès le soir nous injectons 20 c.c. de sérum.

Les 27, 28 et 29, l'injection est seulement de 10 c.c. La situation générale reste sensiblement la même; quant à l'état local, il paraît nettement s'aggraver au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. En ce point, en effet, l'auscultation nous fait entendre après la respiration tubaire, du gargouillement et de la pectoriloquie.

Sur le conseil de M. Marmorek, les doses de sérum sont portées, pendant 3 jours consécutifs, de 10 à 20 c.c.

Le 1er, le 2 et le 3 juillet, le malade se sent mieux pendant le jour, et dans le courant de la nuit il dort. Il prend de meilleur appétit son lait, sa somatose, son jus de viande. Toutefois, nous devons constater que l'abcès pulmonaire siégeant au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche s'est vidé. En ce point, la respiration est nettement caverneuse.

Les 3, 4 et 5, la situation s'améliore notablement. Le malade cause volontiers et lit avec intérêt. Tous les phénomènes stéthoscopiques disparaissent dans toute l'étendue des deux poumons et rapidement la respiration, au niveau de la caverne, revient à son type tubaire primitif.

Le 6, nous ne faisons pas d'injection.

Le 7, la dernière injection est pratiquée et son malade qui, depuis 2 jours, se lève dans sa chambre, descend et se promène dans le jardin.

Le 17 juillet, il va déjeuner au bois avec sa famille.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

1° L'état général du malade pouvait croire à l'évolution d'une tuberculose suraiguë : « les signes stéthoscopiques fournis pendant toute la durée de l'infection, par l'auscultation de la partie moyenne du poumon gauche, sans le secours du microscope, de tous points, justifiaient ces craintes ».

2° La marche de la température devait, à elle seule, égarer le diagnostic.

3° L'inanité apparente ou réelle de la médication à ce jour en usage laissait le médecin désarmé.

4° L'action du sérum antistreptococcique, employé seul et injecté à la dose totale de 150 c.c., a amené successivement en 8 jours :

La régularisation de la température, puis l'amélioration générale, enfin la guérison définitive.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement prophylactique et curatif de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés,

D'après M. le Dr G.-H.-F. Reymond.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection microbienne, le plus souvent causée par le gonocoque de Neisser. Le traitement prophylactique est d'une importance capitale, car seul il peut arriver à la disparition complète de l'ophthalmie.

La prophylaxie sera obtenue avant la naissance de l'enfant par l'antisepsie chez l'accoucheur, surtout au point de vue du toucher; chez la femme enceinte, par les injections vaginales. Il faudra la compléter par l'asepsie du milieu; à la naissance de l'enfant, par le lavage minutieux des paupières et l'instillation préventive d'acide citrique ou de jus de citron.

Voici de quelle façon il faudra procéder. L'enfant, dit M. Reymond (1), sera d'abord placé entre les jambes de sa mère, sur un linge chaud, dans le décubitus dorsal, afin qu'il respire facilement. Le cordon ne devra être ni pressé, ni tiraillé. Supposons que l'enfant a crié et qu'il respire bien. Avec de la ouate trempée dans une solution antiseptique, on lavera les parties voisines de l'œil, après avoir débarrassé les cils et les bords palpébraux des matières grasses et des mucosités qui peuvent s'y trouver. Il faudra, naturellement, chaque fois partir de l'œil et rayonner autour, afin de n'y pas ramener quelque saleté. Les mains de la personne adonnée à ce soin devraient être aseptiques, au moins dans une maternité, et c'est une pratique dont on n'a pas l'air de se soucier. Ce n'est donc pas la personne qui a procédé à l'accouchement qui doit faire la toilette péri-oculaire. On instillera ensuite quelques gouttes de jus de citron ou d'une solution d'acide citrique à 5 p. 100.

Tout ceci devra être fait aussitôt après la naissance de l'enfant, avant la ligature du cordon. On se rappelle qu'Olshausen avait insisté sur l'importance de la précocité du traitement. C'est ainsi que lorsqu'il désinfectait les yeux après la section du cordon, il avait un chiffre d'ophthalmies de 8,8 p. 100. Mais ce chiffre s'abaissait à 3,6 p. 100, quand il désinfectait les yeux avant la section du cordon.

Après la naissance, l'asepsie du milieu passe au premier plan, le milieu comprenant tout ce qui entoure l'enfant, surtout la garde ou la nourrice.

Mais si malgré toutes ces précautions, ou si faute de les avoir prises, l'ophthalmie se déclare, comment devra-t-on la traiter? Le praticien n'a que l'embarras du choix entre les innombrables

1. G.-H.-F. Reymond, Du traitement prophylactique et curatif de l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés. Méthode employée à la Clinique Baudelocque. (Thèse de Paris, 1898, n° 306.)

procédés qui lui sont chaque jour indiqués; mais de tous, le plus simple, le plus pratique et le moins dangereux dans ces conséquences, consistera en irrigations de permanganate de chaux pratiquées plusieurs fois par jour au moyen de l'entonnoir-laveur du Dr Kalt.

Le tube de Kalt, dont nous donnons ci-contre la figure, a la forme d'un spéculum de Politzer, dont l'extrémité vulvaire serait emprisonnée par les paupières, tandis que l'extrémité cervical s'adapterait à un tube de caoutchouc, partant d'un réservoir. Le tube peut être construit en verre ou en ébonite.

On se sert d'une solution de permanganate de potasse à 1 pour 5000, que l'on peut ainsi formuler :

Permanganate de potasse . .	20 gr.
Eau distillée	250 gr.

Dissolvez.

Une forte cuillerée à café, soit 6 centimètres cubes, sera ajoutée à 2 litres d'eau à la température de 25 à 30°, Les 2 litres serviront pour un seul œil. Le permanganate de chaux s'emploie à la même dose. Comme réservoir, on pourra utiliser un bock à injections vaginales. Kalt (1) recommande expressément de ne pas dépasser une pression de 25 centimètres.

Voici la manière de procéder à ces irrigations : l'enfant posé sur les genoux d'une nourrice, présente la face tournée en haut, les pieds plus élevés que la tête. On introduit d'abord l'entonnoir sous la paupière inférieure, et, afin de ne pas toucher à la cornée, on a eu soin d'amorcer l'instrument et de faire couler le liquide avant son introduction. L'entonnoir est ensuite placé sous la paupière supérieure. Il tient alors par la seule contraction de l'orbiculaire. Mais bientôt les deux culs-de-sac sont distendus par le liquide et forment bourrelet. La muqueuse est ainsi déplissée et partout soumise à l'action du permanganate. Le liquide ressort par les fentes palpébrales sur les côtés du laveur et sera recueilli par une cuvette de tub, par exemple, que l'on aura placée à terre à cet effet. Le bock-réservoir peut être placé sur une table. L'irrigation terminée, on retire le laveur en soulevant la paupière supérieure avec le doigt. On essuie les yeux avec de la ouate stérilisée.

A Baudelocque, les irrigations sont pratiquées par les sages-femmes, 2 fois par jour, dans les cas ordinaires. En outre, toutes les 2 heures, les nourrices chargées des enfants font des lavages des paupières. soit avec la solution employée pour les irrigations, soit avec de l'eau phéniquée à 1 pour 300, suivant la coutume suivie en ce moment.

Dans les cas d'ophthalmie bilatérale, il faut que l'entonnoir-laveur soit désinfecté après avoir servi au premier œil et avant d'être adapté au second, car le gonocoque peut avoir une virulence différente dans chaque œil.

Si l'ophthalmie est unilatérale, on doit protéger l'œil sain par un pansement occlusif soigneusement fait, mais, malgré cela, on sera obligé de coucher l'enfant sur le côté malade, ce qui malheureusement ne fait qu'augmenter la suppuration par suite de la stase sanguine, mais empêche que le pus ne coule du côté de l'œil sain, car on ne peut être assuré que la contamination ne se fera pas de cette façon.

Il est évident que tout ce que nous avons dit au sujet de la désinfection des mains est applicable ici. La personne qui fait l'irrigation doit se désinfecter avant et après. Si l'enfant a une double ophthalmie, cela fait une légère perte de temps et voilà tout. L'essentiel est non pas d'aller vite, mais de faire bien.

G. M.

1. Kalt, Traitement des maladies de la conjonctivite (*Traité de thérapeutique* de Robin, Paris, 1897, p. 180).

Nouveau réactif de l'acide lactique du contenu stomacal et moyen de connaître approximativement la quantité présente,

Par le Dr Arnold,

Professeur de physiologie à l'Université de Pensylvanie.

En raison de l'importance qu'il y a à connaître la présence de l'absence lactique dans le contenu gastrique en particulier au cas de cancer de l'estomac, et surtout étant donnée l'incertiude et la difficulté d'application du réactif d'Uffelmann, le professeur Arnold, de l'Université de Pensylvanie, emploie une méthode dont il donne les résultats comme beaucoup plus sûrs et plus faciles à obtenir.

Les réactifs sont au nombre de deux.

La solution 1 est ainsi formulée :

Solution alcoolique saturée de violet de gentiane.	0,1 c.c.
Eau distillée.	250

Cette solution doit être fraîchement préparée et ne pas dater de plus d'un mois.

La solution 2 est la suivante :

Solution de chlorure de fer	5 c.c.
Eau distillée.	20 c.c.

Méthode d'application. — Dans une petite capsule de porcelaine ou dans un tube à expériences, on met 1 centimètre cube de la solution n° 2 avec de la coloration violette de la solution n° 1. A ce mélange, on ajoute goutte par goutte le contenu gastrique fibré. S'il y a de l'acide lactique ou des lactases, la coloration change et prend une teinte qui varie du vert au jaune vert. Lorsque la solution est faible ou lorsqu'on use de petites quantités de la solution pour provoquer la réaction, on la voit se produire très nettement au contact de la goutte et du liquide sans que la coloration du milieu tout entier soit modifiée.

Cette réaction est absolument certaine et n'est troublée par la présence ni de l'alcool, ni du glucose, ni des acides butyrique, acétiques ni des phosphates. L'acétone, les albumoses, les albuminoïdes ou les peptones, les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorydriques ne produisent pas la réaction.

Sensibilité de la réaction. — Une goutte d'une solution d'acide à 0,02 p. 100 donne une réaction nette. Avec le réactif d'Uffelmann, la limite minima est de 0,05 p. 100. Lorsqu'il y a une forte quantité de phosphates, la solution redevient d'abord violette, et c'est seulement à la 2e ou 3e goutte qu'apparaît la coloration verte. Lors donc qu'il a 5 p. 100 de phosphates, on ajoutera 2 ou 3 cas de la solution d'acide lactique à 0.002 p. 100 pour obtenir une réaction nette.

La réaction qui se produit dans cette épreuve est la combinaison de l'acide lactique avec le chlorure de fer, donnant lieu à un lactate, le violet de gentiane agissant comme un révélateur. La coloration de la solution ne devient complètement verte que quand tout le fer est changé en lactate. Ce fait permet de déterminer approximativement la quantité d'acide lactique présent. La méthode de détermination est la suivante.

On prépare une solution à 2 p. 100 d'acide lactique. Ceci fait on prend 2 tubes à expériences que l'on place à côté l'un de l'autre; dans chacun on met 5 centimètres cubes de la solution n° 1 et 5 gouttes de la solution n° 2.

Dans le 1er de ces tubes on ajoute 1/2 centimètres cube de la solution d'acide lactique à 2 p. 100. Ce mélange devient vert.

Dans l'autre tube, on met avec une pipette goutte par goutte le contenu filtré de l'estomac jusqu'à ce que la coloration du liquide devienne exactement semblable à celle du 1er tube. Un simple calcul de proportion permettra d'établir le pourcentage.

Sans avoir une valeur absolue, ce moyen donne en clinique une sécurité suffisante et les résultats que M. le Dr Arnold a obtenus ainsi dans un très grand nombre de cas sont bien supérieurs à ceux que donne le réactif d'Uffelmann.

1. *University medical Magazine*, 1898, p. 416.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de Palerme. — M. TANSINI.

Sur un cas de résection du foie pour extirpation totale de kyste hydatique. Guérison.

Par M. le Dr JEAN PALLERONI,
Aide-Chirurgien.

Quoique la chirurgie du foie ait pris dans ces dernières années un développement considérable, les cas sont néanmoins très rares dans lesquels on ait suivi le procédé du professeur Tansini employé, pour la première fois, dans l'année 1890, de réunir avec suture, la blessure hépatique, restée après l'ablation d'une tumeur, et de réduire le viscère dans la cavité péritonéale en obtenant une prompte guérison.

Au professeur Tansini il n'était pas arrivé de répéter son opération et dans ce deuxième cas également il a obtenu complet succès.

Le procédé quoique hardi est donc néanmoins raisonnable.

Le cas mérite aussi particulière mention sous le point de vue clinique pour la difficulté du diagnostic et pour sa particulière importance dans la pratique.

R... Rosalie, âgée de 55 ans, domestique, née à Palerme (Sicile). Rien de particulier dans sa famille pour l'hérédité. Chez cette femme la menstruation apparut à 13 ans et à partir de ce jour les règles se succédèrent chez elle d'une manière tout à fait normale jusqu'à la 48e année; elle eut 4 fausses couches et 8 grossesses; 3 fils sont morts jeunes de maladies infectieuses; une fille mourut à 14 ans de méningite.

A 30 ans la malade eut un ictère bénin, qui disparut après 8 jours environ à la suite de l'administration d'une médecine.

A longs intervalles la femme a souffert aussi des fièvres palustres, qui sont passées après l'administration des sels de quinine.

Depuis environ 20 ans la malade a toujours souffert de troubles de nature hystéro-neurasthénique, en présentant cuisson et douleur tantôt dans une région tantôt dans une autre du corps, des douleurs en ceinture au chef, au thorax, au ventre, du prurit vulvaire, de la pyrose gastrique, des éructations fréquentes, quelquefois de l'insomnie, jamais des troubles interstinaux.

Il y a environ 15 ans la femme, en portant deux gros paquets de linge, un sur la tête et l'autre sur le flanc droit, fut assaillie momentanément par une douleur intense, déchirante et par une cuisson aux lombes et avec prédilection au flanc droit jusqu'à ce que, vaincue par les souffrances, elle dût abandonner les paquets et se reposer; environ après 6 heures la douleur cessa spontanément, non sans cesse. Il y a environ 13 ans la malade atteinte d'une douleur au flanc droit sentit en palpant dans cet endroit qu'il y avait en dedans de la cavité abdominale un corps très dur, douloureux à la pression et déplaçable. Les troubles nerveux déjà observés devinrent ensuite plus graves malgré l'administration de plusieurs médecines. La malade prouva du soulagement seulement avec le traitement hydrothérapique.

Il y a environ une année ces troubles s'étant aggravés en espèce par des douleurs au flanc droit, elle fut visitée par un médecin, qui nota la présence d'une tumeur abdominale douloureuse à la pression. Après quelques mois elle fut admise dans la Clinique, le 3 décembre dernier.

Squelette, nutrition générale, coloration de la peau et des muqueuses visibles normaux; tissu adipeux sous-cutané abondant. On ne relève rien de particulier à l'examen méthodique des différentes régions et en particulier des organes; il en est de même pour le système ganglionnaire lymphatique.

A l'abdomen, par l'inspection on ne relève rien d'anormal; à palper profondément dans la région de l'hypochondre droit l'on remarque une tumeur de forme arrondie, du volume d'environ d'un œuf de dindon, à surface lisse, d'une consistance dure, fibreuse, douée d'une propriété limitée de déplacement, descendant pendant la respiration et que l'on peut refouler facilement, en haut jusqu'à se cacher au-dessous de l'arcade costale. Avec la palpation combinée lombo-abdominale on relève une sensation indistincte de flottement.

A la percussion on ne peut pas délimiter la zone de matité de la tumeur; la zone de matité du rein droit n'est pas aussi nette, de sorte qu'on ne réussit pas à préciser la position du rein même. En mettant la femme à quatre pattes, la tumeur descend davantage et en étant près la paroi abdominale on peut mieux en distinguer les qualités physiques. Les urines sont normales tant au point de vue clinique que microscopique.

Tant pour les qualités physiques de la tumeur qu'aussi pour les notions anamnestiques le professeur Tansini dut mettre en discussion deux opinions, le rein flottant et une tumeur hépatique. C'était pour la première hypothèse le trauma souffert, pendant le travail au flanc droit, la douleur vive éprouvée pendant les efforts et le syndrome hystéro-neurasthénique propre du rein flottant; c'était pour la deuxième la propriété limitée de déplacement en bas de la tumeur, sa mobilité pendant la respiration, quoique celle-ci puisse avoir pendant le rein flottant le précédent ictère sans douleurs, le défaut d'un flottement net à la palpation abdomino-lombaire. Certainement tant dans l'une que dans l'autre l'hypothèse s'imposa de manière que le professeur Tansini resta indécis.

Dans ce cas le doute n'était pas indifférent pour la pratique, car s'il s'agissait d'un rein flottant il était nécessaire de procéder par la *voie lombaire* à la fixation de l'organe, si, au contraire, c'était une tumeur du foie il fallait procéder avec la *laparotomie*; ce n'était donc pas un des cas pour lesquels il était permis de ne pas s'efforcer pour formuler un jugement précis, ayant confiance dans la laparotomie exploratrice, destinée à de

venir curative, après la reconnaissance du mal. Dans ce cas il aurait été désagréable de trouver ouverte la loge rénale, le rein à sa place, ainsi que de renfermer le ventre pour déchirer les lombes après n'avoir rien trouvé dans la cavité péritonéale.

Il était néanmoins nécessaire, en tenant le diagnostic suspendu, d'incliner pour l'un plutôt que pour l'autre jugement pour décider de procéder premièrement par la voie abdominale ou par la lombaire. Le professeur Tansini inclinait pour une altération hépatique et dans cet avis il procéda à la laparotomie.

Le 21 mars dernier, après une préparation convenable par des bains généraux, des purgatifs et des entéroclysmes, on porta la malade dans l'amphithéâtre chirurgical en présence des étudiants et, après lui avoir administré le chloroforme, le professeur Tansini fit une incision dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen qui de l'arcade costale sur le prolongement de la ligne mamillaire descendait en bas 10 centimètres environ.

Le péritoine ouvert, l'opérateur découvre une tumeur développée dans le lobe droit du foie et constituant environ le tiers de son volume, saillante extérieurement, de la forme et du volume d'une orange à surface un peu irrégulière, à consistance fibreuse, très adhérente à la vésicule biliaire et à large base dans le lobe droit du foie dans lequel elle s'est pour deux bons tiers cachée. La tumeur fut décollée avec patience de la vésicule biliaire au moyen d'une sonde d'abord et avec les doigts ensuite, afin de ne pas en déchirer la paroi délicate; puis l'opérateur passe à l'extirpation pour laquelle il coupe le foie à distance d'un centimètre environ de la surface de la tumeur, l'énucléation n'ayant pas réussi aux premières tentatives.

De chaque côté de la masse, à 3 centimètres environ il perfora en plein parenchyme le foie avec des fils en soie destinés à servir d'appui pour maintenir pendant l'opération au niveau de la blessure abdominale l'organe qui a tendance à rentrer dans la cavité péritonéale.

Avec les ciseaux il incise la substance hépatique et ensuite pour bonne partie on peut faire l'énucléation; pendant ces manœuvres on applique des pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui saignent le plus; on obtient l'hémostase avec des ligatures des vaisseaux plus gros et le léger écoulement de sang est facilement arrêté par une courte compression.

Le professeur Tansini passe ensuite à la suture, longue et pénible parce que la blessure hépatique était d'extension considérable, et on doit appliquer 17 points (en soie) dans une substance friable.

Sûr davantage, par la suture, de l'hémostase, le professeur Tansini enlève les fils d'appui du foie et réduit le viscère tout libre dans la cavité et après une courte toilette il coud la blessure abdominale à l'aide d'une triple couche de sutures.

L'opération dura environ une heure.

Après l'opération la malade fut toujours apyrétique, et complètement guérie, elle quitta le lit le vingtième jour. D'après de récentes informations il résulte que la femme se porte très bien et qu'elle peut s'occuper des affaires de son ménage.

La tumeur, ouverte selon son diamètre le plus long, démontre qu'il s'agit d'un kyste hydatique, plein d'une substance molle athéromateuse et par des vésicules filles; les parois de la cavité mère ont une épaisseur de un demi-centimètre environ et se sont en partie calcifiées.

Ce cas donne des utiles instructions pour ce qui appartient à la technique à suivre dans ces opérations.

Dans ce cas l'hémorrhagie cessa avec des ligatures des plus gros vaisseaux et on assura l'hémostase avec un court tamponnement temporaire et avec la suture.

La ligature correspond au but malgré la friabilité du tissu parce que, s'il fléchit, la paroi du vaisseau offre néanmoins de la prise.

La suture de la blessure hydatique n'est pas certainement facile, à cause de la friabilité du parenchyme et de la minceur de la glissonienne; mais sans trop serrer les fils et avec un peu de patience, on peut obtenir une exacte réunion.

Une particularité de technique importante consiste à passer à travers toute l'épaisseur de l'organe des fils d'appui en soie, qu'on enlève aussitôt qu'on a fini l'opération. Ils tiennent l'organe dans les mains de l'opérateur, rendent facile l'opération et on peut pratiquer avec beaucoup de précision la suture de la blessure hépatique.

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 30 août.

Un mode de transmission de la tuberculose de l'homme aux grands animaux domestiques.

M. L. Guinard (Lyon) attire l'attention sur la possibilité de la transmission de la tuberculose humaine aux animaux, par les eaux soit de rivière, soit des bassins dans lesquelles on a lavé du linge ou des objets ayant servi à des tuberculeux. En effet, M. Guinard, en centrifugeant des eaux d'un bassin où s'abreuvaient les animaux dans une ferme où se trouvaient nombre d'hommes ou animaux tuberculeux, et en injectant à des cobayes le résultat de la centrifugation, les a vus devenir tuberculeux. Il y a donc là un fait important à retenir au point de vue de la prophylaxie générale de la tuberculose.

Étiologie des tuberculoses chirurgicales primitives.

M. Kuss (de Paris). — De toutes les formes de la tuberculose, les tuberculoses chirurgicales primitives sont celles dont l'étiologie est la plus obscure. Tout démontre, en effet, que les bacilles entrant dans l'organisme laissent une trace durable de leur passage, soit au niveau de la porte de pénétration, soit à son voisinage immédiat, dans la sphère lymphatique correspondante. Dès lors, en présence de localisations uniques du bacille en des organes situés loin de toutes portes d'entrée, on peut se demander si l'infection ne résulte pas d'un apport congénital du microbe.

Ces difficultés d'interprétation nous semblent provenir de la trop grande facilité avec laquelle on accepte le diagnostic de tuberculose chirurgicale primitive; la clinique est incapable de nous renseigner à ce point de vue, et les autopsies sont, en général, faites avec trop peu de minutie : on passe fréquemment à côté des foyers tuberculeux latents.

D'ailleurs, l'étude directe de la question est entourée de difficultés; on ne saurait établir avec certitude la subordination réciproque de deux localisations tuberculeuses chez le même sujet, quand elles sont trop anciennes, d'autant plus que des infections exagérées, successives, peuvent se faire au cours de la vie. De plus, quand les tuberculeux chirurgicaux sont devenus secondairement des phthisiques, la complexité des lésions empêche généralement de reconstituer les étapes de l'infection; il faudrait rencontrer des tuberculeux chirurgicaux succombant de bonne heure, accidentellement, alors que leur maladie est encore purement locale.

De telles autopsies sont peu fréquentes. M. Kuss a pu en rassembler neuf; assurément, ce chiffre est trop minime pour autoriser une conclusion ferme; néanmoins, comme ces observations n'ont pas été choisies pour les besoins de la cause, qu'elles concernent toutes des tuberculoses externes d'apparence primitive, et que, dans tous les cas, celles-ci étaient nettement secondaires à une tuberculose plus ancienne et latente, tuberculose d'ingestion dans un cas, tuberculose d'inhalation dans 8 cas, la constance des résultats obtenus ne laisse pas d'avoir une signification assez précise.

Ces considérations n'ont pas un simple intérêt spéculatif; d'abord elles permettent d'éliminer l'hypothèse de l'hérédité bacillaire, puisque la contagion par les voies habituelles apparaît évidente; de plus elles montrent que les tuberculeux chi-

rurgicaux sont généralement porteurs d'une autre tuberculose qui reste ignorée; souvent cette dernière est insignifiante, la tuberculose externe est pratiquement purement locale; d'autres fois la tuberculose latente a de l'importance pour son propre compte; elle constitue un réservoir de germes capables d'influencer d'une manière fâcheuse tout l'organisme ou d'être le point de départ d'une granulie, sans que, du reste, les malades soient le moins du monde des tuberculeux médicaux au sens propre du mot.

Il y aurait intérêt à étayer cette opinion sur un grand nombre d'autopsies : mais encore faut-il savoir où et comment on doit rechercher le foyer primitif caractéristique de l'infection exogène; ces foyers échappent facilement aux investigations. Ils siègent, le plus souvent, dans le mésentère ou dans la cavité thoracique et là ils ont une disposition spéciale que l'auteur a décrite dans sa thèse inaugurale. Fort vraisemblablement, si l'on veut bien s'astreindre à ce contrôle rigoureux, le nombre des tuberculoses chirurgicales vraiment primitives se montrera de plus en plus faible.

Il faut ajouter, pour finir, que l'opinion défendue par l'auteur n'est en aucune manière une réédition de la célèbre loi de Louis dont tout démontre l'inexactitude; Louis parlait de tuberculose pulmonaire banale, tandis qu'il est ici question de foyers latents, situés au niveau de n'importe quelle porte d'entrée; quand cette porte d'entrée est le poumon (ce qui est la règle), la tuberculose médiastino-pulmonaire qui prend naissance diffère à tous points de vue des formes communément décrites de la tuberculose pulmonaire.

Emploi des injections de sérum artificiel chez les tuberculeux.

M. Blache (Paris) pense que, chez les enfants tuberculeux, l'emploi méthodique des injections de sérum artificiel a des avantages certains : si les lésions pulmonaires ne s'améliorent pas nettement, au moins l'état général est-il toujours avantageusement modifié.

M. Blache affirme que cette médication est d'une innocuité absolue; jamais il n'a obtenu de réaction fébrile; contrairement aux affirmations de divers médecins (professeur Hutinel, Bosc, Sirot), les enfants tuberculeux ne paraissent pas doués, vis-à-vis du sérum, d'une susceptibilité spéciale.

M. Sirot (Beaune). — Les injections sous-cutanées de sérum artificiel peuvent être employées en clinique pour assurer le diagnostic des tuberculoses douteuses; à la dose de 20 centim. cubes elles provoquent chez l'adulte tuberculeux apyrétique, dans les 9 heures qui suivent l'injection, une réaction thermique aussi caractéristique que celle de la tuberculine, mais, à l'inverse de cette dernière, elles sont absolument inoffensives. Chez les non-tuberculeux, aucune ascension thermique ne se produit dans ces conditions.

D'ailleurs cette propriété remarquable des injections de sérum artificiel existe également pour les animaux de laboratoire, pour le cobaye, chez qui, d'après les recherches de M. Terre (Dijon), elles déterminent, en cas de tuberculose apyrétique, une hyperthermie constante (dose 2 cent. cubes). Chez les cobayes sains, la réaction manque ou ne dépasse pas un demi-degré.

M. Sirot pense que la propriété hyperthermisante du sérum artificiel est due aux sels de soude de la solution, car, chez le cobaye tuberculeux, on n'a obtenu aucune élévation de température en injectant du bouillon peptonisé ou de l'eau pure.

M Hutinel rappelle qu'en mars 1895 il a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat des recherches qu'il poursuivait depuis plus de deux ans sur les effets des injections d'eau salée; il avait noté dès cette époque que, chez beaucoup de tuberculeux, l'injection de sérum artificiel est suivie d'une poussée fébrile passagère, mais que cette dernière n'est point spécifique; si, en effet, on emploie des doses suffisantes de sérum on provoque chez la plupart des malades une réaction thermique au moins ébauchée; la fièvre est seulement plus marquée, plus intense chez les tuberculeux. On pouvait donc penser qu'il y avait là un procédé commode pour dépister les tuberculoses latentes, que ce moyen, si facile à employer, donnerait un signe révélateur des bacilloses cachées; mais bientôt il a fallu en rabattre : des sujets non bacillisés aux prises avec des infections graves diverses, réagissent parfois aussi vivement que de francs tuberculeux; donc l'élévation de température provoquée par les injections de sérum artificiel n'a rien de pathognomonique, et il est tout à fait impossible de la mettre sur le même rang que la réaction thermique de la tuberculine. Quand on voit un malade présenter de la fièvre après une injection d'eau salée, il faut le tenir comme suspect de bacillose, l'examiner de très près à ce point de vue : il est probablement tuberculeux, mais on ne saurait aller plus loin et affirmer la tuberculose. D'autre part tous les tuberculeux ne réagissent pas aux injections d'eau salée.

Dans sa première communication M. Hutinel a également insisté sur ce point important, que si les injections de sérum artificiel ne sont pas absolument inoffensives, elles le sont moins peut-être que les injections de tuberculine.

M. Hutinel a observé personnellement chez l'enfant et chez l'adulte, plusieurs cas où les injections de sérum artificiel ont été l'occasion de poussées fluxionnaires pérituberculeuses suivies d'accidents sérieux; aussi ne peut-on pas considérer sans une certaine appréhension l'extension de plus en plus grande de la méthode hypodermique dans le traitement des tuberculeux, à qui on injecte sous la peau les liquides les plus variés. M. Hutinel avait pris la parole à la *Société médicale des hôpitaux* principalement pour attirer sur ce point l'attention du médecin et pour faire entendre un rappel à la prudence.

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie.

M. Maragliano (Gênes) a déjà démontré que les toxines tuberculeuses les plus actives sont celles qui proviennent des extraits aqueux des bacilles de Koch; dans la tuberculine de Koch, on obtient les protéines contenues dans les cultures bacillaires, mais en partie seulement et mélangées à la glycérine; or, la glycérine confère à ce produit des propriétés toxiques, et d'ailleurs elle est inutile : en faisant l'extraction des protéines avec l'eau, on retire des cultures la totalité des protéines, qui représente environ la moitié du poids des bacilles; l'extrait aqueux est une solution aussi pure et aussi riche que possible des protéines tuberculeuses.

En injectant à des animaux la totalité des toxines des cultures tuberculeuses (protéines et toxalbumines) suivant la méthode que M. Maragliano a déjà fait connaître précédemment, on détermine la formation, dans le sérum sanguin, de produits antitoxiques; le sérum antitoxique ainsi obtenu jouit de propriétés importantes : d'abord il exerce *in vitro* une action certaine sur les bacilles; en inoculant à des cobayes des colonies bacillaires ayant séjourné plus ou moins longtemps dans le sérum antitoxique, on voit que ces bacilles perdent peu à peu la faculté de se reproduire : ce qui importe davantage, c'est que le sérum antitoxique neutralise chez l'homme et chez les animaux l'action des toxines tuberculeuses. On est donc amené à utiliser ce sérum dans le traitement de la tuberculose; l'emploi en est justifié par les considérations suivantes :

1° Le sérum qui contient l'antitoxine est inoffensif pour les animaux et pour l'homme.

2° L'organisme infecté de tuberculose met en œuvre pour se défendre des procédés analogues à ceux qui résultent de l'emploi du sérum antitoxique; en effet, on trouve de l'antitoxine, chez l'homme, injectée avec les poisons tuberculeux; on en trouve également dans l'organisme des malades chez qui la tuberculose guérit spontanément; on en a même trouvé dans le sang de l'homme sain.

3° L'étude expérimentale de la question est favorable à l'emploi thérapeutique du sérum antitoxique; les résultats obtenus chez le cobaye ne sont guère encourageants, il est vrai, on arrive tout au plus à retarder l'évolution de la maladie, on ne l'entrave pas; mais cela tient à ce que le cobaye est incapable de fournir, par les éléments de ses tissus, le secours nécessaire à la lutte; il y a, dans l'organisme du cobaye, quelque chose qui le met par trop en état d'infériorité vis-à-vis du bacille; ce qui le prouve, c'est que, en étudiant directement l'action bactéricide du sérum sanguin sur les bacilles, on voit que le sérum du cobaye vient tout à fait en dernière ligne à ce point de vue, bien après celui des autres antmaux (homme, cheval, vache, brebis).

Par conséquent, on n'a pas le droit de conclure du cobaye à l'homme en ce qui concerne l'action thérapeutique du sérum antitoxique. En s'adressant au lapin, au contraire, on a des résultats favorables.

En fait, chez l'homme, le sérum antitoxique peut déterminer, dans certaines conditions, une guérison clinique durable de la tuberculose; on voit, dans bien des cas, la fièvre tomber, les bacilles disparaître des crachats, et des foyers broncho-pneumiques guéris. Mais il est clair qu'on ne doit pas s'adresser à des malades trop gravement atteints, chez qui toute méthode thérapeutique est condamnée à l'insuccès; il faut expérimenter sur des tuberculeux aux premiers stades de la maladie, capables des efforts réactionnels qui mettent en jeu les processus de guérison.

Traitement de la tuberculose par l'oxytuberculine.

M. J. O. Hirschefelder (San-Francisco). — L'idée d'obtenir des effets thérapeutiques par l'emploi d'une tuberculine oxydée est venue à M. Hirschefelder en 1896; réfléchissant aux moyens d'expliquer les étonnantes guérisons de péritonites tuberculeuses succédant à de simples laparotomies, il a pensé que l'action curatrice était due à l'influence de l'oxygène de l'air sur les produits tuberculeux, et à la transformation par oxydation des poisons bacillaires en produits antagonistes : autrement dit la tuberculine serait capable de former elle-même, en s'oxydant, son antitoxine.

Dès cette époque, il s'est mis en quête d'un procédé d'oxydation qui ne détruisît pas la tuberculine, qui se bornât à la transformer. Dans ses recherches, il s'est d'abord servi de la tuberculine de Koch; mais actuellement il prépare lui-même la tuberculine en cultivant le bacille dans du bouillon de veau additionné de 4 p. 100 de glycérine, de 1 p. 100 de peptone et de 0,5 p. 100 de chlorure de sodium; le bouillon est alcalinisé avec du carbonate de soude (3 centim. cubes de la solution normale par litre). On obtient ainsi des cultures très virulentes, tuant le cobaye en moins de trois semaines; il n'y a plus qu'à les stériliser par la chaleur et à les filtrer.

L'oxydation de la tuberculine est réalisée avec de l'eau oxygénée (solution habituelle à 10 volume d'O). On chauffe la tuberculine pendant 120 heures à 100° et toutes les 12 heures on ajoute 100 centim. cubes d'eau oxygénée; en fin de compte on utilise, par litre de tuberculine, un litre d'eau oxygénée. Il est nécessaire de prolonger pendant 120 heures le travail d'oxydation : des expériences comparatives ont montré, en effet, à M. Hirschfelder que c'est après 120 heures d'oxydation que l'oxytuberculine perd complètement les réactions de la tuberculine et acquiert son maximum de puissance.

Enfin, on alcalinise légèrement avec de la soude, on laisse reposer et on ajoute, pour assurer la conservation du produit, 2 p. 100 d'acide borique et 3 p. 100 de glycérine, ou bien on stérilise par la chaleur.

Le produit ainsi obtenu a perdu complètement les propriétés de la tuberculine; il est absolument inoffensif.

Il exerce *in vitro* une action empêchante remarquable sur le bacille de Koch; dès qu'un bouillon contient 7/20 d'oxytuberculine le bacille n'y pousse plus; or, on sait qu'en ajoutant à du bouillon une quantité égale de tuberculine, les cultures ne sont nullement entravées.

L'oxytuberculine s'emploie en injections sous-cutanées; on commencera par une dose de 5 centim. cubes, puis on augmente les doses progressivement jusqu'à 20 centim. cubes et davantage. Le nombre des injections et la durée du traitement uarient beaucoup suivant les suivants.

M. Hirschfelder a appliqué cette médicament dans plus de 70 cas de tuberculose pulmonaire et il a pu s'assurer qu'elle possède une valeur thérapeutique très remarquable. Il a même vu qu'en applications locales, elle guérit la tuberculose cutanée.

Sur la contagiosité de la tuberculose.

M. Moussu (d'Alfort) a pu réaliser une expérience qui a consisté à exposer à la contagion tuberculeuse directe différents animaux dans une même étable, où se trouvaient déjà des bêtes tuberculeuses. Les animaux ainsi contaminés comprenaient : 7 bovidés, 17 chèvres, 2 moutons et 1 cochon.

Leur origine assurait qu'ils étaient sains à l'entrée; d'ailleurs, 5 de ces bovidés, tuberculinisés dès le début, n'ont pas réagi à ce moment.

Les 7 bovidés contagionnés, alors qu'ils n'offraient encore aucun signe clinique de tuberculose, réagissaient déjà à la tuberculine. M. Moussu les a tous sacrifiés, sauf un, et il a toujours trouvé des lésions tuberculeuses, généralement limitées aux ganglions médiastinaux ou mésentériques.

Pour les 17 chèvres, les unes ont été simplement tuberculinisées et ont donné une réaction nette, les autres se sont montrées tuberculeuses à l'autopsie.

Les 2 moutons ont réagi à la tuberculine. L'un, qui a été sacrifié d'abord, ne présentait pas de lésion tuberculeuse à l'œil nu. M. Moussu a attendu plus longtemps avant de sacrifier le second et a alors constaté des lésions tuberculeuses manifestes.

Le porc contaminé avait été mordu à la cuisse et avait été infecté de tuberculose au niveau de la plaie par les bacilles contenus dans la litière de l'étable.

Il faut ajouter que des chiens et des volailles exposés de la même façon à la contagion sont constamment restés indemnes. La durée du séjour de toutes ces bêtes dans l'étable infectée a varié de cinq mois à un et deux ans.

Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale

M. E. Desnos (de Paris). — Bien que la tuberculose des voies urinaires reste souvent localisée à l'organe primitivement atteint, les opérations curatives, telles que le curetage ou la résection totale de la muqueuse vésicale, ne donnent généralement aucun bénéfice et sont parfois suivies de généralisation de l'infection à tout l'appareil urinaire.

Cependant, les formes douloureuses de la cystite tuberculeuse sont souvent justiciables de la cystotomie hypogastrique; toutefois, il faut se garder alors de toucher à la muqueuse vésicale, quelles que soient les lésions qu'elle présente : on doit se contenter de drainer la vessie. Si le malade consent à garder une fistule longtemps, au moins une année, non seulement les douleurs s'atténuent ou disparaissent, mais presque toujours les lésions subissent momentanément un arrêt qu'explique la décongestion permanente des parois vésicales et la suppression de la miction.

Lorsque toute opération est contre-indiquée, il faut recourir aux instillations de sublimé, aux injections d'huile gaïacolée et insister sur le traitement général qui a une importance considérable.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Neuvième session tenue à Angers du 1er au 6 août 1898.

Dégénéré, inverti sexuel, mort paralytique général.

M. Joffroy (de Paris), attire de nouveau l'attention sur les rapports de la paralysie générale et de la dégénérescence en résumant une observation démonstrative.

Il s'agit d'un malade traité pendant plus d'un an, dans le service de M. Magnan, et dont l'observation a été publiée comme une observation typique d'inversion sexuelle.

Le sujet est un enfant naturel. Dès l'enfance, son caractère timide l'a tenu à l'écart des petits garçons de son âge. C'est à 15 ans qu'il a commencé à avoir des relations sexuelles avec des hommes. Dès 1894, les facultés du malade baissèrent; un peu plus tard, M. Magnan note quelques signes de démence, de l'inégalité pupillaire et quelques troubles légers de la parole. Depuis, le malade présente un délire particulièrement intéressant. Son délire est tout à fait féminin; il parle de son mariage avec X..., de sa toilette de mariée, etc. Il meurt en 1898 après avoir présenté toutes les phases de la paralysie générale. A l'autopsie, lésions classiques de cette maladie.

Quelle est la cause de cette paralysie générale?

On peut éliminer la syphilis, l'alcool, les excès vénériens, mais incriminer la dégénérescence mentale présentée, par le sujet, à un si haut degré.

On a objecté, à cette étiologie, la rareté de la paralysie générale parmi les aliénés internés depuis longtemps. Ce n'est pas un argument, car on peut être dégénéré sans délires et, par conséquent, sans être interné, c'est même là le sort de la majorité des dégénérés.

Si les stigmates psychiques de dégénérescence et, en particulier, les anomalies de la vie sexuelle sont rarement notés chez les sujets atteints plus tard de paralysie générale, cela tient, en partie, à ce qu'ils ont l'énergie de les dissimuler et ne permettent ainsi de les observer que lorsqu'ils sont nettement devenus paralytiques généraux. Les actes sexuels contre nature, les attentats à pudeur sont alors considérés, à tort, comme relevant directement de la maladie nouvelle, alors qu'ils préexistaient.

En terminant M. Joffroy tient à mentionner des lésions intéressantes présentées par la moelle de ce malade.

A côté d'une lésion insignifiante des faisceaux blancs et d'une légère prolifération névroglique, on trouve des lésions très accentuées des cellules, ce qui est un argument en faveur de l'opinion que soutient l'auteur que : dans la paralysie générale, la lésion cellulaire est primitive et indépendante de la prolifération névroglitique.

M. Magnan (de Paris). — La prédisposition, constituée par la dégénérescence mentale, est évidemment une des causes de la paralysie générale; mais c'est une cause d'une importance secondaire et qui doit s'effacer devant les causes primordiales représentées par la syphilis et l'alcoolisme. De toutes les maladies cérébrales, la paralysie générale est celle sur laquelle la prédisposition dont il est question semble avoir le moins d'action.

M. Régis. — Le cas observé par M. Joffroy est des plus intéressant par sa rareté même; mais c'est justement par cette rareté qu'il n'est pas concluant et qu'il ne vient pas à l'appui des idées de M. Joffroy. D'ailleurs, on ne peut pas éliminer la syphilis soit acquise, soit héréditaire; par conséquent, cette observation incomplète ne peut prouver l'action unique de la dégénérescence mentale dans l'éclosion de la paralysie générale.

M. Doutrebente (de Blois). — Tous les travaux antérieurs démontrent la rareté de la paralysie générale chez les dégénérés; la dégénérescence mentale ne peut donc compter parmi les facteurs de paralysie générale, au même titre que la syphilis.

M. Charpentier (de Paris). — Parmi les dégénérés, il faut établir une distinction; les imbéciles ne font presque jamais de paralysie générale, ils ont un fonctionnement essentiellement trop minime; il n'y a que les dégénérés dits supérieurs qui soient susceptibles de devenir paralytiques généraux.

M. Arnaud (de Vanves). — La distinction de M. Charpentier, quoique vraie, est trop absolue, car il y a quelques exemples d'imbéciles atteints ultérieurement de paralysie générale.

Hémiplégie progressive.

MM. Brissaud et de Massary. — Le syndrome hémiplégie progressive paraît indissolublement lié au ramollissement cérébral à début lent, à étapes successives, qui s'observe chez le vieillard. Telle n'est cependant pas la règle absolue et par opposition à cette hémiplégie progressive à attaques successives, relevant de foyers de ramollissement multiples par artérite des des petits vaisseaux, nous signalerons une hémiplégie lentement et uniformément progressive qui est le fait, non pas de foyers multiples, mais d'un foyer unique.

Nous venons d'observer un cas typique de cette variété : un homme de 47 ans vit son hémiplégie s'installer sans secousse, sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement. Cette hémiplégie fut complète en un mois, puis les phénomènes s'aggravèrent. Le malade mourut dans le coma.

A l'autopsie, nous trouvâmes une lésion énorme de ramollissement blanc, occupant les deux tiers inférieurs des circonvolutions rolandiques de l'hémisphère gauche. Le caractère particulier de ce ramollissement était sa consistance identique à celle de l'œdème.

La cause de ce ramollissement devait être recherchée naturellement dans l'état du système artériel; or, fait particulier, les branches de la sylvienne, la sylvienne elle-même étaient saines, l'extrémité supérieure de la carotide était, par contre, le siège d'un foyer d'endartérite annulaire, ayant diminué considérablement la lumière du vaisseau.

Voici donc deux lésions éloignées, œdème des rolandiques, artérite de la carotide. Au premier abord, ce fait d'une artérite provoquant l'œdème peut paraître paradoxal.

Ne voyons-nous pas cependant ce fait se produire fréquemment, et pour ainsi dire sous nos yeux, dans l'artérite des gros vaisseaux, et particulièrement dans l'artérite fémorale? Est-ce qu'un des symptômes de la forme subaiguë de cette artérite ne consiste pas précisément en un œdème spécial, reconnaissant pour cause la suppression de la tension artérielle et de la *vis a tergo*. Cet œdème est précisément le même que celui qui, dans notre cas, a dissocié, puis lésé des éléments nerveux de plus en plus nombreux, et créé, par conséquent, cette hémiplégie progressive sur laquelle nous avons insisté.

Le malade que nous avons observé présentait un cas type, un cas d'étude, de la variété d'hémiplégie progressive que nous tenons à dégager. Mais il est de toute évidence qu'un malade, atteint de ramollissements lacunaires multiples, peut avoir sur une des grosses artères de la base du cerveau un nodule d'endartérite, et présenter ainsi à un moment donné une hémiplégie progressive semblable à celle que nous avons décrite, mais dont la pureté clinique se perdra dans les manifestations morbides antérieures.

Chez beaucoup de sujets atteints de ramollissement chronique et de débilité sénile, on constate souvent, à un moment donné, une hémiplégie progressive typique dont l'autopsie ne fournit pas la justification. Dans ces cas, on trouve quelquefois des foyers multiples dans les hémisphères, mais aucun de ces foyers n'explique l'hémiplégie; et il est notoire même que souvent le maximum des lésions n'est pas du côté opposé à l'hémiplégie. Il faut donc bien admettre une action particulière d'insuffisance fonctionnelle permanente et s'accusant chaque jour davantage; celle qui résulte d'un œdème dû à une oblitération artérielle partielle et lointaine. Si, dans des cas du même genre il n'y a pas, comme dans notre observation anatomique, un œdème blanc hypertrophique aussi caractérisé, cela tient à ce que, dans notre cas, les faits étaient de date récente.

Suites éloignées du traitement chirurgical de l'épilepsie.

M. Bourneville appelle l'attention sur les suites éloignées du traitement chirurgical de l'épilepsie et sur le mode et la rapidité de la réossification des brèches osseuses. Il faut tout d'abord préciser la marche de l'épilepsie et l'état intellectuel avant l'opération; indiquer les particularités qui ont accompagné l'intervention opératoire (hémorrhagie, etc.); ensuite, donner non pas les résultats obtenus quelques semaines après la craniectomie ou la trépanation, mais au bout d'une ou plusieurs années.

M. Bourneville a pu suivre six épileptiques qui ont été opérés par divers chirurgiens et dont la craniectomie remontait à quatre, dix, trois, cinq, quatre ans, cinq mois. Chez tous, les accès notés avec soin, ont persisté aussi ou plus nombreux qu'avant l'action chirurgicale. Chez tous il y a eu ou même état, ou aggravation, partant, inutilité du traitement chirurgical.

Dans le dernier cas, concernant un enfant de 3 ans, la craniectomie a été pratiquée le 12 février. Les accès continuent. Le 22 février, sympathectomie, rémission de 21 jours, puis accès aussi nombreux qu'auparavant.

Voici cinq crânes de malades opérés, sur lesquels on peut voir comment et en combien de temps s'opère la réossification; les lésions consécutives à l'opération : aiguilles osseuses, ostéite hypertrophiante, méningo-encéphalite au niveau et au voisinage des brèches osseuses, etc. Il faut remarquer l'absence de synostose invoquée par certains chirurgiens pour justifier leur intervention.

Cependant voici un crâne offrant une large perforation congénitale, craniectomie naturelle, qui n'a pas empêché le malade de devenir épileptique à l'âge de 72 ans, présentant une cica-

trice osseuse avec exostoses acuminées à la face interne, consécutives à un traumatisme; l'intervention chirurgicale, absolument impuissante dans tous les cas précédemment rapportés, aurait été incontestablement salutaire dans ce cas.

Traitement de l'épilepsie par la sympathectomie.

MM. Lannois et Jaboulay communiquent leur statistique personnelle portant sur 16 cas qui ont donné comme aux autres, des guérisons, améliorations, états stationnaires et aggravations.

Le cas de guérison le plus net est celui d'un jeune homme de 17 ans, qui présentait des crises très fréquentes à caractère hystérique, de grandes crises épileptiques, crises qui ont complètement disparu depuis l'opération faite dans les premiers jours de mars. Il est bon d'ajouter que ce malade avait subi l'élongation du pneumogastrique.

Les malades améliorés, au nombre de 3, étaient également des hystéro-épileptiques, de telle sorte qu'on peut se demander si, dans ces cas où l'opération paraît favorable, il ne s'agit pas d'amélorations apparentes à rapporter à l'auto-suggestion, au choc traumatique, etc.

La plupart des cas sont restés stationnaires; 3 enfin ont été aggravés soit parce que les crises ont augmenté, soit parce qu'il s'est produit un véritable état de démence ou de torpeur intellectuelle très manifeste. Enfin un des malades a succombé 4 jours après l'opération; peut-être cependant ne faut-il pas incriminer uniquement celle-ci, car le malade était en état de mal et présentait d'ailleurs une grave lésion encéphalique méconnue (atrophie unilatérale du cervelet).

En résumé, si la sympathectomie peut rendre des services dans certains cas, il faut reconnaître qu'elle n'a pas tenu, dans le traitement de l'épilepsie, toutes les promesses qu'en faisaient espérer ses promoteurs.

Mélanodermie chez les épileptiques.

M. Lannois a pu observer chez 5 épileptiques une mélanodermie particulière. M. Féré a déjà publié un cas semblable. Chez tous ces malades, la mélanodermie est constituée par de petits points arrondis, larges comme une tête d'épingle ou une lentille, parfois coalescents, de coloration blanche ou jaune pâle, dont le pourtour est foncé, brun, ou presque noir.

Cette pigmentation anormale occupe le tronc, depuis la racine du cou jusqu'à la naissance des cuisses avec maximum au niveau des points de frottement (aisselles et ceinture) et respecte la face et les membres. Cette mélanodermie est comparable aux modifications analogues de la pigmentation cutanée que l'on peut rencontrer dans certaines névroses. Le goitre exophthalmique, l'aliénation, et on peut la considérer comme un trouble trophique dans la production duquel le sympathique doit intervenir.

Élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques.

M. Jules Voisin (de Paris) a fait sur 20 malades de son service, à deux reprises différentes, au moment des accès et pendant les espaces intercalaires, des snjections de bleu de méthylène. Il a trouvé que l'élimination s'effectue dans l'espace de 40 heures pendant les espaces intercalaires tandis qu'elle dure de 90 à 110 heures au moment des accès. Cette élimination prolongée est, en outre, intermittente. Elle est à rapprocher des résultats que M. Bar a trouvé chez les éclamptiques et des expériences de M. Charrin sur les toxines. Ce rapprochement montre la même nature infectieuse des accès épileptiques. En outre, l'élimination prolongée coïncide avec l'hypotoxicité d'élément de diagnostic.

Des centres corticaux des viscères.

M. Paul Sollier (de Boulogne-sur-Seine) apporte de nouveaux cas à l'appui de ses recherches précédentes sur la possibilité de déterminer expérimentalement et cliniquement, chez des hystériques à manifestations monosophago-somatiques, la localisation de certains centres corticaux des viscères. Cette méthode, dite des points douloureux, est basée sur ce fait que, à toute anesthésie ou hypéresthésie assez marquée d'un organe ou d'un membre, correspond une anesthésie avec point douloureux dans une région du crâne, correspondant elle-même à une anesthésie limitée du cerveau. L'expérience ayant démontré que, lorsque ce sont des régions périphériques, dont les centres sont aujourd'hui anatomiquement déterminées, qui sont atteintes, ces points douloureux crâniens correspondent à la région cérébrale contenant leur centre fonctionnel, il est logique d'admettre qu'il en est de même lorsqu'il s'agit de troubles affectant des viscères dont les centres corticaux sont encore inconnus.

Les nouveaux cas dont il s'agit sont au nombre de 10, dont 3 se rapportent au centre de l'estomac et 3 à celui du cœur, et étudiés dans des conditions d'isolement des phénomènes et de spontanéité d'apparition telles qu'ils constituent de véritables expériences naturelles. Ces nouveaux faits confirment le siège précédemment établi par moi, à savoir pour l'estomac un point bilatéral placé sur la circonvolution pariétale supérieure, sur le prolongement de la branche postérieure de la scissure de Sylvius, et, pour le cœur, sur la ligne médiane même, en un point situé au-dessus du précédent. Il serait à désirer que l'anatomie pathologique s'inspirât de ces données physiologiques expérimentales et cliniques, pour la détermination définitive de ces centres.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Nantes.

Traitement des bourdonnements d'oreille.

M. Lannois a essayé dans les bourdonnements d'oreille le cimicifuga racemosa, un médicament considéré par MM. Robin et Mendel comme un spécifique des bourdonnements puisqu'il paraissait réussir dans tous les cas ne remontant pas à plus de 2 ans.

M. Lannois n'a obtenu, sur 34 cas, que deux guérisons et encore ces deux malades n'ont-il pas été traités exclusivement par le cimicifuga. Une amélioration, habituellement passagère, s'est montrée dans un tiers des cas environ. Les cas anciens ne sont pas modifiés : 2 se sont même déclarés aggravés.

Ce médicament n'est donc pas un spécifique des bourdonnements, bien qu'il semble parfois agir comme un modificateur nervin de l'excitabilité du nerf acoustique. C'est à ce titre qu'il pourra être conservé, dans certains cas, comme un adjuvant dans la thérapeutique des maladies de l'oreille.

Purpura infectieux suraigu.

MM. Mossé et Iversenc (Toulouse). — Un jeune homme de 17 ans, assez délicat, ayant dans ses antécédents quelques troubles nerveux antérieurs, va le le 27 mai à la campagne et s'y livre à quelques excès. Le 29, nouveaux excès et léger traumatisme. Le lendemain lassitude, puis état typhoïde; 40° le soir; des macules apparaissent et s'étendent rapidement; melæna; pas d'hématurie. Mort. Le sang s'est montré stérile pendant la vie. L'autopsie a donné lieu à des constatations intéressantes, aussi les auteurs ont attiré l'attention sur les points suivants :

1° *L'infection* était d'origine polymicrobienne. On a constaté, dans les coupes du foie, l'association de trois microbes : *a*) bacterium coli; *b*) microbe très voisin du coli-bacille par son aspect extérieur, mais prenant le Gram ; *c*) gros bâtonnet court, trapu, prenant également le Gram. Dans le poumon, on a trouvé du

streptocoque. Il est probable que l'infection primitive a ouvert la porte aux infections secondaires.

2° *L'état de débilité du sujet, sa faiblesse névropathique* révélée par les accidents antérieurs, ont fourni un terrain favorable à l'infection dont la cause provocante semble avoir été ici les écarts de régime, le surmenage de l'appareil gastro-hépatique et peut-être le traumatisme qui ont immédiatement précédé les accidents.

3° *L'insuffisance hépatique consécutive à l'existence des lésions infectieuses et toxinhémiques du foie (foie infecté,* Gastou). Cette insuffisance hépatique rapide relève de trois causes :

a) L'invasion des microbes dans le foie où ils provoquent l'excitation et la perturbation fonctionnelle de la cellule; *b*) la dégénérescence en îlots nodulaires si caractéristiques; *c*) la dégénérescence graisseuse diffuse. Les deux dernières lésions doivent être considérées comme de nature toxinhémique. La dernière existe dans des points où il n'y a pas de microbes; la périphérie des îlots nodulaires ne contient pas non plus de microorganismes. La toxine semble s'être diffusée en rayonnant d'un point central.

4° *L'état du sang* : *a*) absence de microorganismes dans le sang de la tache purpurique recueilli et ensemencé pendant la vie et au niveau des divers épanchements (peau, muscles, cerveau), étudiés sur les coupes après la mort; *b*) défaut de coagulabilité ou coagulabilité très faible du caillot; à cet égard, l'insuffisance hépatique aiguë révélée à l'autopsie, contribue à faire comprendre la facilité et l'étendue des hémorrhagies en raison du trouble apporté dans la crase sanguine, en particulier du trouble dans l'action exercée d'une façon directe ou indirecte par le foie normal sur la coagulabilité du sang.

5° *Le résultat de l'inoculation aux animaux en expérience* : l'un d'eux a succombé avec des hémorrhagies dans le poumon; les autres avec le tableau classique de la coli-bacillose expérimentale. Celle-ci, d'ailleurs, comme on le sait, peut provoquer des hémorrhagies.

En résumé, ce cas de purpura infectieux suraigu, qui se rapproche, par son expression symptomatique, de la variété décrite par Gomot et Landouzy, sous le nom de typhus angéio-hématique et qui, au point de vue clinique et anatomique pourrait être rapproché de ce que l'on appelle ictère grave sans ictère, paraît aux auteurs devoir être considéré comme une toxi-infection polymicrobienne suraiguë, ayant lésé principalement le foie (présence des microbes, lésions toxinhémiques); il présente, en somme, dans son ensemble, les traits essentiels de l'insuffisance hépatique aiguë. Peut-être nombre de cas de purpura infectieux à forme typhoïde relèvent-ils essentiellement de l'insuffisance hépatique aiguë. Peut-être nombre de cas de purpura infectieux à forme typhoïde relèvent-ils essentiellement de ce mécanisme, en tout cas cette observation confirme les inductions présentées par Apert dans sa thèse.

Comme conclusion thérapeutique nos confrères se demandent si, en raison du trouble survenu dans l'action du foie sur les matières coagulantes, l'usage de certaines substances coagulantes ne serait pas indiquée dans les cas analogues.

M. Tachard communique l'observation d'un officier, qui avait été opéré d'hémorrhoïdes, était en pleine convalescence et se levait, quand, sans cause connue, il fut pris d'un purpura infectieux, auquel il succomba en 4 à 5 jours. Comme dans le cas de M. Mossé, l'examen du sang fait pendant la vie fut négatif. L'autopsie ne put être pratiquée.

Large plaie pénétrante de poitrine avec lésions du poumon et pneumothorax, produite par un coup de couteau.

M. J. Reboul (Nîmes). — Un homme de 32 ans, dans une lutte avec un rival qui venait le déranger dans un moment psychologique, reçoit un coup de couteau dans la région thoracique gauche. Une hémorrhagie très abondante se produit, le malade a une dyspnée extrême et tombe presque inanimé. On constate une large et longue plaie suivant le 5° espace intercostal, s'étendant de la région axillaire au sternum; cette plaie, d'abord superficielle, devient pénétrante dans la région mammaire. La plèvre est largement ouverte, il y a pneumothorax, le poumon et le péricarde sont refoulés vers le médiastin.

Occlusion de la plaie et compression du thorax, puis le lendemain suture des bords de l'espace intercostal, drainage de la plèvre et forte compression ouatée. Une broncho-pneumonie puis l'infection pleurale se produisent, les sutures lâchent.

Onze jours après, le blessé est transporté à l'hôtel-Dieu de Nîmes; je fais de nouveau l'occlusion de la plaie par une série de points de suture, j'établis un double drain dans la plèvre et un pansement ouaté occlusif et, par des lavages intra-pleuraux et des injections de sérum, je cherche à combattre le pyopneumothorax et l'infection du malade; mais il succombe au bout de 5 jours, soit 16 jours après l'accident.

A l'autopsie on constate : une plaie pénétrante de poitrine ayant intéressé le 5° espace intercostal, de la région mammaire au sternum. A la partie antérieure de l'espace intercostal, l'instrument tranchant se dirigeant directement en bas, a sectionné les cartilages costaux près de leurs articulations sternales jusqu'à l'insertion du diaphragme; la cavité pleurale est tapissée d'une membrane pyogénique épaisse. Le poumon gauche rétracté présente deux plaies pénétrant de 2 à 3 centimètres de profondeur dans la région antéro-externe de lobe inférieur. Le péricarde contient environ 100 grammes de liquide séro-sanguinolent.

En présence d'une plaie pénétrante de poitrine, surtout aussi étendue, je pense que l'on doit suivre la conduite qui a été indiquée par Huguet et Péraire; c'est-à-dire : immobiliser absolument la victime de l'accident, faire l'occlusion de la plaie, sans remuer ni déplacer le malade, s'occuper de l'hémorrhagie, s'il y a lieu, par les moyens appropriés, et traiter ensuite les diverses complications qui peuvent survenir, suivant les indications, tout en faisant garder au malade une immobilisation rigoureusement absolue.

Action de l'extrait de corps pituitaire sur le pneumogastrique.

M. Livon (Marseille) a constaté, au cours de ses recherches sur l'action des extraits organiques sur la tension sanguine, que, sous l'influence de l'extrait de corps pituitaire il se produisait, comme l'indique d'une manière très nette les graphiques, une élévation de la pression avec amplitude et ralentissement des pulsations; mais un fait qui semble démontrer la localisation de l'action sur les fibres hypotensives et d'arrêt du pneumogastrique, c'est que si, à un moment donné de cette action, l'on vient à faire l'excitation du pneumogastrique intact, au lieu d'obtenir l'effet normal, c'est-à-dire chute de la pression, ralentissement et arrêt du cœur, on voit les courbes des graphiques présenter une élévation et une modification très caractéristiques; les pulsations qui sont ralenties deviennent extrêmement puissantes avec des oscillations de six à huit centimètres de mercure.

Du reste, le phénomène ne persiste pas après l'excitation, mais il se reproduit à une nouvelle excitation pendant quelque temps.

Un point à signaler c'est que le fait ne se produit pas pendant toute la période d'action de l'extrait pituitaire. Il y a un moment particulier qu'il s'agit de déterminer, moment pendant lequel les fibres d'arrêt du cœur, contenues dans le pneumogastrique, doivent être touchées spécialement par l'extrait de l'hypophyse.

Agglutination du bacille de Nicolaïer par le sang des tétaniques et le sérum antitétanique.

M. J. Courmont (Lyon). — Avec une culture de sept jours, dans le vide, du bacille de Nicolaïer, on peut observer les faits suivants :

1° Le sang de l'homme ou des animaux tétaniques n'agglutine à aucune proportion le bacille de Nicolaïer; il n'y a pas de séro-diagnostic du tétanos.

2° Le sérum antitétanique de cheval (Institut Pasteur, Nocard) agglutine à un millième en quelques minutes.

3° Le sérum de cheval normal agglutine à des proportions inférieures à 1/00.

4° L'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de sérum antitétanique à l'animal sain ne développe pas, chez lui, le pouvoir agglutinant; bien plus, l'organisme paraît détruire la substance agglutinante (cobaye, souris).

Les faits précédents rapprochent le bacille de Nicolaïer de celui de Löffler (Nicolas) sauf cependant pour la quatrième conclusion.

Tuberculose à strepto-bacille.

M. Nicolas (Lyon). — Il s'agit d'une malade atteinte cliniquement d'une phthisie pulmonaire typique et dont l'autopsie révéla les lésions caractéristiques : tubercules, cavernes, etc. Des fragments inoculés au cobaye donnèrent lieu, chez celui-ci, à l'évolution d'une tuberculose généralisée typique confluente au point de vue macroscopique et miéroscopique.

On a décelé, dans ces lésions, l'existence d'un strepto-bacille cultivable sur tous les milieux, sauf la pomme de terre, colorable par les couleurs d'aniline, mais ne gardant pas le Gram et dont l'inoculation par diverses voies, sous-cutanée, veineuse, péritonéale, intestinale, a toujours donné lieu à l'évolution d'une tuberculose typique chez le cobaye et le lapin.

On n'a jamais pu colorer ce microbe dans les coupes; jamais, bien entendu, on n'a vu de bacille de Koch.

Ce cas est intéressant d'abord parce qu'il se rapproche, comme agent pathologène, de celui décrit récemment par M. P. Courmont déjà chez l'homme. Il est aussi intéressant au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, par ce fait qu'il semble identique à celui décrit par nous déjà, et qu'on le voit infecter l'animal par le tube digestif.

Bactériologie de l'influenza.

M. Rappin (Nantes) a eu l'occasion, depuis la première épidémie de 1889, de retrouver très fréquemment le bacille de Pfeiffer dans le service d'analyses dont il est chargé, en particulier au début des déterminations bronchiques de l'influenza et avec tous les caractères signalés par l'auteur.

Mais, dans un très grand d'examens, portant sur des produits pathologiques de diverses natures et provenant de malades atteints d'influenza, crachats, sérosité ou pus pleurétiques, sang, etc., M. Rappin a rencontré un organisme qui, à la vérité, a bien, au moins dans quelques-unes des formes sous lesquelles il se présente, quelques points de ressemblance avec l'organisme de Pfeiffer, mais en diffère notablement par des caractères absolument spéciaux.

Ce germe s'observe, en effet, tantôt isolé, tantôt sous forme de chaînettes plus ou moins longues.

Les formes isolées se rapprochent beaucoup de la forme diplobacillaire de la bactérie de Pfeiffer, mais les cellules qui les composent ont les extrémités un peu plus arrondies et l'organisme peut être comparé plutôt à un diplocoque extrêmement fin. Mais même dans ces conditions il faut beaucoup d'attention pour les distinguer de l'organisme de Pfeiffer.

La différence, toutefois, s'accuse dans les formes en chaînettes, dans lesquelles les cellules forment alors des diplo-streptocoques au lieu de diplo-strepto-bacilles et où elles augmentent insensiblement de volume dans la continuité de la chaînette peur revêtir, dans quelques cas, au segment terminant l'apparence de petites massues.

Toute la suite d'articles semble entourée d'une gaine commune difficilement colorable dans les cultures, mais que l'on met bien en relief en particulier dans les crachats, par l'emploi de certains milieux acides.

Cette bactérie se cultive bien dans le bouillon en donnant un fin précipité pulvérulent sur sérum et sur gélose glycérinée en plaques et en tubes sur lesquels les colonies apparaissent sous la forme de petits points extrêmement fins, translucides et impossibles à distinguer de celles de Pfeiffer obtenues sur gélose recouverte de sang.

M. Rappin a retrouvé ce micro-organisme dans des cas très nombreux et en particulier, au déclin des déterminations de l'influenza, soit dans les crachats, le sang et l'urine et il est amené à admettre que le germe rencontré par lui est peut-être une forme d'involution de la bactérie de Pfeiffer et doit être rapproché sinon identifié avec le micro-organisme décrit il y a déjà plusieurs années par MM. Teissier, G. Roux et Pittion, de Lyon.

Gangrène consécutive à une luxation de l'épaule et à des fractures.

M. Reboul (Nimes) rapporte deux cas de gangrène, l'un du bras, l'autre de la jambe qui, se sont produits sous un appareil à fracture, et ont eu ce caractère commun d'être occassionnés par la compression de l'artère par un fragment osseux. Dans le second cas on réclamait au chirurgien de forts dommages et intérêts. Ces faits sont pour M. Reboul un argument en faveur de la suture osseuse dans les fractures lorsque la contention est difficile à obtenir.

La troisième observation concerne une gangrène de la main et des deux tiers de l'avant-bras due à une embolie qui s'est produite à la suite d'une luxation de l'épaule chez un homme de soixante-cinq ans fortement alcoolique et athéromateux. La luxation était sous-glénoïdienne; les premiers chirurgiens n'avaient pu, dans leurs tentatives de réduction, que la transformer en sous-coracoïdienne. Quand M. Reboul vit le malade, le membre était froid et le pouls disparu. Après anesthésie légère la réduction fut obtenue, néanmoins la gangrène s'établit et l'on dut désarticuler dans la suite le coude. L'opération fut faite sans hémostase provisoire; aucune ligature ne fut nécessaire.

Spasme œsophagien dans le cancer de l'estomac.

M. Cartaz communique deux cas montrant les difficultés auxquelles peut donner lieu le diagnostic du spasme œsophagien, phénomène purement nerveux, pouvant simuler le rétrécissement organique de l'œsophage, et n'étant qu'un réflexe dû à des lésions du voisinage.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, ancien syphilitique, qui qui présenta de la gêne de la déglutition, que l'on crut de cause spécifique et contre laquelle on institua le traitement classique. Cependant, le mieux ne se produisit pas, et les alternatives de rétrécissement et de liberté de passage dans l'œsophage cervical firent penser, assez longtemps, à un trouble purement spasmodique; mais le malade arriva peu à peu à un état cachectique et à un état d'inanition tels qu'il réclama impérieusement une opération quelle qu'elle fût. La laparotomie, pratiquée par M. Segond, fit constater la présence d'un cancer étendu à la plus grande partie de l'estomac et au péritoine. Le ventre fut refermé sans qu'on fît la gastrostomie et le malade succomba quelques jours après.

Chez le second malade le spasme œsophagien doit être attribué, bien que la nécropsie fasse défaut, à un cancer du foie et de l'estomac cliniquement indéniable.

Myxome kystique colloïde de l'extenseur commun des orteils.

M. J. Reboul (de Nimes). — Le Dr X..., âgé de quarante-trois ans, avait remarqué, depuis deux ou trois ans, une tuméfaction du tiers supérieur de la jambe gauche, qui ne s'accompagnait ni de douleur, ni de troubles fonctionnels. Vers la fin de décembre 1897, il éprouve des douleurs névralgiques dans la jambe et le pied et une certaine gêne dans la marche. La tumeur de la jambe a augmenté de volume, la névralgie devient continu et cause de l'insomnie. A l'examen, le 7 janvier 1898, je constate une tumeur kystique limitée, rénitente, siégeant dans le tiers supérieur de la région antéro-externe de la jambe. La palpation de la tumeur est indolente, sauf en haut et en dehors, la pression détermine une irritation douloureuse sur le trajet du nerf sciatique poplité externe; le malade accuse une hyperesthésie très accentuée de la face dorsale du pied, dans la sphère du nerf musculo-cutané.

Diagnostic : kyste muqueux ou hydatique intra-musculaire de la région antéro-externe de la jambe. Opération le 10 janvier 1898. C'est une tumeur kystique sous-aponévrotique, siégeant dans le corps du muscle extenseur commun des orteils, dont les fibres musculaires l'entourent, sans lui adhérer. La tumeur a la forme d'un fuseau à ventre très renflé, l'extrémité inférieure de son enveloppe fibreuse se continue en bas avec le tendon du muscle, tandis que l'extrémité supérieure, sous forme d'un tendon, va s'insérer sur la partie antérieure de la

tête du péroné. Libération facile de la tumeur, après section du tendon inférieur et désinsertion du tendon supérieur. Les fibres musculaires profondes du muscle extenseur commun des orteils séparaient la tumeur des vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs et nerfs tibiaux antérieurs et des branches de division du nerf sciatique poplité externe. Suture en surjet de l'aponévrose. Suites de l'opération normales; les douleurs névralgiques ont rapidement disparu et actuellement le malade a repris ses occupations sans aucune gêne de la marche.

L'examen de la tumeur, fait par le Dr Gombault, de Paris, a montré qu'il s'agissait d'un myxome kystique colloïde. C'est une variété très rare de tumeur des muscles. Son évolution lente, sa limitation, son encapsulement permettent de la considérer comme tumeur bénigne.

De l'influence de la lumière colorée dans le traitement des maladies nerveuses.

M. Raffegeau. — De nombreuses expériences ont prouvé l'action de la lumière colorée sur les végétaux, sur les animaux et sur l'homme.

On est arrivé à obtenir un développement extraordinaire de certains végétaux en les couvrant de cloches de verre violet.

De même on est parvenu à accroître énormément l'embonpoint de certains animaux en les faisant vivre continuellement sous l'influence de la lumière violette.

A noter, en outre, l'action calmante des lunettes à verres bleus ou verts sur quelques animaux alors que le rouge les excite.

Ces derniers phénomènes se produisent également chez l'homme et c'est un fait depuis longtemps établi que les diverses couleurs du spectre solaire agissent d'autant plus sur notre vue et par elle sur notre disposition psychique qu'elles sont plus écartées dans le spectre ou que leur différence de chaleur est plus grande. Le rouge, qui est la couleur la plus riche en rayons caloriques, est excitant, le violet est froid, calmant.

Conformément aux faits déjà connus, l'auteur a constaté, dans une vingtaine de cas, que quelques heures passées dans la chambre violette ont toujours amené un effet sédatif, tandis que le séjour prolongé dans la chambre rouge produit invariablement de l'excitation.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

HUITIÈME SÉANCE ANNUELLE (*11 juillet 1898*)

Emploi de l'anesthésie hypnotique dans les accouchements.

M. Joire (de Lille). — Il y a très peu d'observations indiquant l'emploi de l'anesthésie hypnotique dans les accouchements. La cause en est que les auteurs se sont toujours appliqués à obtenir les états profonds de l'hypnose, soit le somnambulisme, soit la léthargie. Et encore, dans le somnambulisme, la plupart des observations accusent le réveil des sujets au moment des grandes douleurs et l'impossibilité de les rendormir. Pour amener les malades aux états profonds de l'hypnose, il faut ou bien des sujets spéciaux, ou un long entraînement, qui est toujours ennuyeux pour les malades et pour le médecin, d'autant plus que les parturientes peuvent encore ressentir des douleurs à la période d'expulsion.

M. Joire a trouvé un autre moyen dans la suggestion à l'état de veille. Elle présente l'avantage de ne pas exiger de sujets d'une aptitude spéciale, ni d'entraînement préalable. Elle peut être employée par tout le monde, sans aucun danger. Elle n'effraie pas les malades ni leur entourage et n'attire aucun reproche, même si le succès n'est pas complet.

A l'appui de sa communication M. Joire cite 4 observations : deux se rapportent à des primipares et deux à des multipares. Dans tous ces cas, qui ont été pris au hasard et sans choisir des sujets favorables, la suggestion s'est montrée d'une efficacité remarquable. Elle a permis de régulariser les contractions utérines et surtout elle a réduit et presque totalement aboli les phénomènes douloureux. Les femmes, interrogées pendant l'accouchement, ont affirmé ne pas souffrir, et, quand l'opérateur laissait passer quelques contractions sans les insensibiliser, elles se plaignaient vivement et réclamaient d'elles-mêmes l'intervention qui leur enlevait la douleur. La multipare, en comparant ses accouchements précédents avec le dernier, affirmait que celui-ci n'était rien en comparaison des autres. Grâce à la régularité provoquée des contractions utérines, les accouchements se sont terminés avec une rapidité remarquable. De cette façon il n'y a ni énervement ni fatigue chez les femmes après l'accouchement.

Le manuel opératoire est très simple; il suffit de placer une main sur les yeux et l'autre sur le ventre de la malade en faisant une suggestion lente et persuasive.

Le mal de mer et les états vertigineux analogues.

M. Farez montre que d'autres malaises très voisins de la naupathie quoique beaucoup moins intenses, bénéficient du traitement par la suggestion. Il rapporte plusieurs observations d'états vertigineux et nauséeux qui surviennent d'ordinaire chez certains névropathes lorsqu'ils font un voyage en chemin de fer ou lorsqu'ils montent dans de lourds omnibus, etc. Ce qu'éprouvent ces personnes est, en petit, la reproduction du mal de mer et, le plus souvent, elles s'interdisent tout voyage plutôt que de s'exposer à ces malaises.

Les états vertigineux analogues à la naupathie s'expliquent de la même manière que cette dernière. Deux cas peuvent se présenter : 1° tantôt il s'agit de ptose viscérale réalisée ou en voie de développement, ou bien d'hyperexcitabilité du système nerveux viscéral; 2° tantôt l'origine est purement psychique et réside dans une idée fixe parfois pleinement consciente, parfois seulement subconsciente.

Dans les deux cas le traitement psychothérapique s'impose soit pour favoriser l'inhibition, soit pour « réduire » l'idée fixe.

La suggestion hypnotique dans l'éducation des épileptiques.

M. Bérillon. — Les constatations fréquentes d'impulsions irrésistibles chez les épileptiques a conduit la plupart des auteurs contemporains à considérer ces impulsions comme des manifestations caractéristiques de l'état mental de ces malades. Ils considèrent que lorsqu'un épileptique ne présente pas, même après les accès, d'impulsions soudaines, irréfléchies, non motivées, il possède néanmoins en lui-même des tendances impulsives particulières, susceptibles d'apparaître en beaucoup de circonstances et qui ne seraient qu'un diminutif des grandes impulsions inconscientes.

Ces tendances auraient leur point de départ dans la maladie même, l'épilepsie étant une névrose de nature irritative. On a donc posé en principe que, par le fait de l'irritation, de l'excitation mécanique que l'accès détermine dans les centres nerveux, tous les épileptiques seraient en puissance de tendances impulsives plus ou moins irrésistibles.

Comme tous les auteurs nous avons constaté, chez les épileptiques, ces perversions de caractère, ces absences d'inhibition volontaire; mais, loin de les considérer comme des manifestations essentielles de la maladie, nous avons pu nous convaincre que ces désordres mentaux n'étaient, le plus souvent, que le résultat de l'éducation défectueuse à laquelle avait été soumis l'épileptique.

Lorsque l'épilepsie se manifeste dans la première enfance, il n'est pas rare que l'enfant soit privé de toute instruction et de toute éducation scolaire. Il perd, de ce fait, le bénéfice de l'éducation collective, si puissante à former le caractère et à développer l'instinct de sociabilité. Lorsque l'épilepsie survient dans la seconde enfance ou dans l'adolescence, les études sont immédiatement interrompues. La plupart des médecins, imbus d'un préjugé funeste, conseillent la suppression de tout travail mental et de toute étude nécessitant la moindre application de l'attention. Ils recommandent également de priver l'enfance des distractions de son âge ainsi que de la fréquentation de ses condisciples. La formule courante est la suivante : « Ne le faites pas

travailler et surtout évitez-lui toute contrariété. » Il en résulte que l'épileptique reçoit une éducation incompatible avec les nécessités du milieu où il vit. Sans instruction, il est voué au désœuvrement et à l'ennui. Ne rencontrant aucun frein à leurs impulsions instinctives, les épileptiques deviennent désobéissants, irritables, enclins à la colère, impulsifs en un mot. Tous les enfants chez lesquels une éducation ferme n'a pas développé la volonté d'arrêt, présentent les mêmes défauts.

Jules Voisin et Féré ont signalé les inconvénients qui peuvent résulter de l'indulgence avec laquelle sont accueillis les actes impulsifs des épileptiques. Mais les préjugés persistent et, bien qu'il soit démontré que l'imitation n'exerce aucune action sur la provocation de l'épilepsie, la fréquentation des écoles est interdite aux épileptiques.

Les résultats de la suggestion hypnotique employée comme moyen d'éducation chez les épileptiques nous fournit journellement la démonstration de notre opinion. Après quelques semaines de traitement, le caractère de ces malades se modifie d'une façon frappante. Suggérés dans le sens de la résistance à toutes les tendances de leur caractère, ils se montrent bientôt capables de neutraliser leurs impulsions et de modifier leurs habitudes automatiques.

Nous avons également constaté que l'application à des travaux nécessitant une certaine attention n'avait aucune influence fâcheuse sur l'apparition des accès. D'une façon générale, chez les épileptiques soumis régulièrement au traitement par la suggestion hypnotique, le nombre des crises convulsives diminue d'une façon appréciable.

Il est bien entendu que l'emploi de la pédagogie suggestive chez les épileptiques ne donnera de résultats manifestement favorables que chez ceux qui ne sont pas aliénés, imbéciles ou idiots, et, qui sont, au contraire, doués d'une certaine intelligence.

La suggestibilité du sujet étant toujours en rapport avec son degré d'intelligence, les épileptiques n'échappent pas à cette loi commune et se montrent d'autant plus facilement hypnotisables qu'ils sont plus intelligents.

La suggestion hypnotique comme traitement de l'onychophagie.

M. Bouffé apporte quelques cas d'onychophagie qui ont ce caractère commun que tous les sujets présentaient ou des stigmates de dégénérescence ou étaient issus de parents chez lesquels était développée la tare nerveuse héréditaire à un degré allant parfois jusqu'à la folie. Tous ces malades ont guéri par la suggestion hypnotique, bien que tous les traitements usités jusqu'alors eussent échoué.

Un fait est plus particulièrement intéressant. Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui, pendant les 26 à 27 heures qui suivirent la séance de suggestion, n'éprouva aucun désir de recommencer à se ronger les ongles; puis l'habitude reprenant ses droits, l'enfant portait machinalement les mains vers la bouche; mais le bras se trouvait arrêté en route; il devenait lourd à quelques centimètres de celle-ci et était impuissant à l'atteindre. C'est par ce mécanisme qu'il fut guéri.

Les faits observés par M. Bouffé démontrent que la constatation de l'onychophagie chez des adolescents ou même des adultes peut être, dans un certain nombre de cas, en l'absence d'autres symptômes, un signe révélateur d'une tare nerveuse profonde d'un pronostic sérieux et même grave.

De la psychothérapie.

M. Bourdon (de Méru) a observé une fille âgée de 11 ans, qui subit, à la suite d'une peur, une déchéance générale; elle maigrit, perdit l'appétit, et devint tellement inapte au travail qu'elle dut quitter l'école. Elle fut amenée à M. Bourdon, il y a 15 jours, parce qu'elle éprouvait un grand mal de tête, une forte douleur sous le sein droit. On l'endormit; et au réveil toutes les douleurs avaient disparu, et elle demanda à s'alimenter. Depuis son état est tel qu'elle est rentrée à l'école où son changement a étonné même ses maitresses.

M. Bourdon cite, en outre, une neurasthénie au début et une sciatique guéries par la suggestion hypnotique, et il conclut que la psychothérapie ne saurait avoir la prétention d'être exclusive, mais qu'elle peut avoir celle d'être indispensable dans certains cas assez nombreux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 Août 1898.

Quelques points de la physiologie normale et pathologique du cœur, révélés par l'examen radioscopique.

M. Ch. Bouchard. — Par la radioscopie, l'auteur a pu s'assurer que si une personne capable d'exécuter, en vue d'une expérience physiologique, certains actes de la mécanique respiratoire, fait brusquement l'effort inspiratoire en même temps qu'elle contracte la glotte, exagérant ainsi les conditions physiologiques de l'appel de sang dans le thorax pendant la phase inspiratrice de la respiration, on constate alors, à un plus haut degré que dans la respiration normale, la dilatation des oreillettes.

Cette expérience réalise la condition du thorax pendant la phase inspiratrice de l'accès de coqueluche. Sur un enfant atteint de cette maladie, l'auteur a vu, au moment de l'inspiration particulièrement laborieuse qui caractérise ce type de toux, une brusque et considérable ampliation du cœur qui semblait générale, mais dont la violence des mouvements convulsifs exécutés par l'enfant ne permettait pas de déterminer avec précision la prédominance suivant telle ou telle partie de l'organe.

Dans deux cas d'hydropneumothorax, l'un à gauche, l'autre à droite, indépendamment de l'espace très lumineux correspondant à l'arc superposé à l'espace obscur correspondant au liquide, indépendamment de la mobilité et de l'horizontalité de la limite qui sépare ces deux espaces et qui marque la surface du liquide, indépendamment des mouvements d'élévation et d'abaissement de cette surface liquide pendant les mouvements inspiratoires, l'auteur a constaté un mouvement continu de la surface liquide, une ondulation dont les vagues se produisent suivant un rhythme isochrone aux battements du cœur et cela également dans l'hydropneumothorax du côté droit et dans celui du côté gauche.

A l'examen radioscopique du cœur chez les sujets sains, que l'examen se fasse par la face antérieure ou par la face postérieure, on constate, pendant les inspirations profondes, que le cœur semble ne pas suivre le diaphragme dans son mouvement d'abaissement, et qu'une zone claire horizontale s'interpose entre du cœur et l'ombre portée par le diaphragme et le foie, les deux ombres faisant immédiatement suite l'une à l'autre dans la respiration normale.

L'adhérence absolue du feuillet pariétal du péricarde au diaphragme donne à ce phénomène une apparence paradoxale.

Il est cependant explicable. Pendant l'abaissement forcé du diaphragme, la face inférieure du cœur ne touche plus le diaphragme que sur une étendue restreinte, le péricarde, dans les portions où il recouvre la face antérieure et la face postérieure se déprime, et des deux deux côtés, pénètre jusqu'à une certaine distance entre le cœur et le diaphragme, formant, en avant et en arrière, une gouttière horizontale dans laquelle pénètre à son tour le tissu pulmonaire.

Les rayons de Röntgen n'ont plus alors à traverser, à l'union du cœur et du diaphragme, qu'une épaisseur de tissus opaques moindre qu'au-dessus où le cœur a toute son épaisseur, moindre qu'au-dessous où le foie a toute son épaisseur. Il en résulte que, entre les deux ombres obscures, celle du cœur et celle du foie, il y a une ombre intermédiaire beaucoup moins obscure que la zone claire signalée.

Pendant un accès d'asthme, l'auteur a pu constater la dilatation thoracique au maximum, le diaphragme étant abaissé autant que possible. Il n'y eut, dans ce cas, ni dilatation du cœur, en général, ni des oreillettes, en particulier.

De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux.

MM. S. Arloing et Paul Courmont. — Pour bien observer le phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux, il faut obtenir d'abord des émulsions bien homogènes de ce bacille; ces dernières peuvent être fournies par certaines cultures en milieu liquide; mais il faut encore, opérant en vue des applications, étudier les moyens et les conditions qui donneront les cultures les plus propres à bien montrer le pouvoir agglutinant du sérum sanguin des tuberculeux. Suivant le milieu de culture, l'âge des cultures, etc., la réaction agglutinante peut être plus ou moins nette et, partant, plus ou moins concluante.

Le milieu liquide le plus convenable à l'obtention des cultures cherchées est le bouillon de bœuf, de veau, peptoné à 1 p. 100, et glycériné à 6 p. 100. La suppression de la glycérine constitue le bouillon à l'état de milieu dysgénésique. Le bouillon simple ne favorise pas la matière agglutinée. Quelle que soit la richesse bacillaire de ces cultures, l'agglutination s'y fait parfois d'une manière défectueuse. La proportion de glycérine la plus eugénésique est comprise entre 3 et 12 p. 100. La proportion la plus convenable au développement de la substance agglutinable est comprise entre 2 et 8 p. 100. Dans une culture à 6 ou 8 p. 100 de glycérine, un sérum manifeste un pouvoir agglutinant deux fois plus grand que dans une culture à 2 p. 100.

La peptone est indispensable à une bonne végétation. Dans un bouillon glycériné, mais privé de peptone, la culture n'est pas plus riche au bout de huit à dix jours que dans un bouillon peptoné au bout de trois jours seulement.

Le bouillon doit être stérilisé par une exposition aussi brève que possible à 110°.

On obtient l'homogénéité en agitant fréquemment les cultures faites dans ce but dans des ballons à fond plat et de forme cylindrique.

Les cultures riches, âgées de huit à dix jours, sont les plus favorables à la réaction agglutinante.

Dans un grand nombre de cultures, la substance agglutinable augmente jusqu'au quinzième jour environ, et diminue ensuite graduellement, ou bien perd ensuite une partie de ses propriétés.

Il est préférable de faire agir les sérums à pouvoir agglutinant faible ou moyen sur des cultures paucibacillaires, par conséquent, faites en bouillon un peu dysgénésique.

Appareil permettant de prendre des radiographies de la cage thoracique soit en inspiration, soit en expiration. Résultats obtenus.

M. Culleminot. — Cet appareil se compose de deux parties : 1° une ceinture adaptée à la taille du sujet; 2° un interrupteur du circuit générateur des rayons X. Le jeu de la ceinture est destiné à fermer ou à ouvrir automatiquement le circuit de trois éléments Leclanché, circuit renfermant seulement l'électro-aimant de l'interrupteur des rayons X que nous décrirons tout à l'heure.

Cette ceinture, à boucle postérieure, porte antérieurement deux plaquettes de bois réunies l'une à l'autre par des caoutchoucs dont on peut régler la tension. Sur l'une de ces plaquettes est fixée une corde à violon qui se réfléchit sur une poulie placée sur l'autre plaquette et fait mouvoir un bras de levier. Tout mouvement d'inspiration ou d'expiration se traduit par un mouvement de la corde à violon, et, par suite, du bras de levier dans un sens ou dans l'autre. Le levier entraîne, dans son mouvement, une tige perpendiculaire qui supporte à son extrémité un conducteur en U renversé plongeant dans deux cupules de mercure.

A ces couples aboutissent les deux extrémités d'un circuit de trois éléments Leclanché renfermant, d'autre part, un électro-aimant que nous allons retrouver dans l'interrupteur.

L'interrupteur est, à la fois, un commutateur. La pièce de fer doux de l'électro-aimant, dont nous venons de parler, entraîne, dans ses oscillations, une tige perpendiculaire formant, avec lui, comme un fléau de balance. A la place des plateaux se trouve un conducteur en U renversé qui plonge dans un couple de godets à mercure, à droite comme à gauche. Un commutateur permet de mettre dans le circuit générateur des rayons X, tantôt les deux godets de gauche, tantôt les deux de droite; de sorte, qu'à volonté, l'on interrompt ou l'on forme ce circuit automatiquement suivant que la pièce de fer doux est attirée ou écartée, c'est-à-dire suivant que le sujet expire ou inspire.

La pose totale pour chaque épreuve est de 15 à 20 minutes.

La glace d'inspiration est remplacée par la glace d'expiration, sans que le sujet bouge, au moyen d'un tiroir doublé de plomb qui la supporte. Pour composer les images, on trace les repères suivants : une ligne médiane équidistante du contour externe des côtes à droite et à gauche; des perpendiculaires à cette médiane distante l'une de l'autre de 14 millimètres; il en faut environ 7 pour couvrir l'oreillette. On rapporte, pour chaque couple d'épreuve, le contour de l'oreillette droite définie par ces repères sur un plan commun.

Dans tous les cas observés, l'oreillette d'inspiration déborde l'oreillette d'expiration d'une quantité maximum en bas, nulle en haut. L'ombre de l'oreillette d'inspiration déborde celle de l'oreillette d'une surface se terminant en pointe en haut, large en bas et limitée sur les côtés par deux courbes à concavité interne; autrement dit, c'est un triangle curviligne à base inférieure.

Le contour du ventricule gauche d'expiration déborde en bas celui d'inspiration, phénomène qui expliquerait la traction exercée sur le péricarde par le diaphragme durant l'inspiration.

Action de l'oxygène sur la levure de bière.

M. Effront a observé, dans une masse de 3 kilos de levure de bière, une élévation considérable de température pouvant monter de 20° à 56° parallèle à une absorption d'oxygène très énergique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 19 Juin 1898.

Tuberculose végétante du larynx.

M. Bayer (Bruxelles) montre deux sujets guéris de leur tuberculose du larynx au moyen du curetage par les voies naturelles, suivi d'applications de parachlorphénol-glycérine. L'un d'eux présentait un degré considérable de sténose due aux végétations développées au niveau des lèvres vocales et de l'espace inter-aryténoïdien. Ce sujet a recouvré la voix, et son état général s'est amélioré d'une façon étonnante. L'affection pulmonaire concomitante a été enrayée.

Diaphragme membraneux congénital du pharynx nasal.

M. Bayer a montré une fille de 16 ans chez laquelle on constate à la rhinoscopie postérieure l'existence, derrière et au-dessus du voile du palais, une membrane circulaire reliant en bas les bords inférieurs des trompes d'Eustache et remontant de là vers la voûte du pharynx, pour s'y insérer à l'endroit de la tonsille pharyngienne, laissant au milieu une large ouverture pour la communication avec les fosses nasales. Aux deux côtés de l'insertion de la membrane à l'apophyse basilaire se trouvent en outre des pertuis correspondant aux cryptes de la tonsille pharyngienne.

Abcès sous-dural, suite d'otite moyenne purulente.

M. Delstanche fils (Bruxelles) a présenté un enfant de 14 ans, atteint depuis 5 ans d'une otite moyenne purulente, et qui se présenta en novembre 1897 avec un fort gonflement de la région mastoïdienne droite survenu brusquement et accompagné d'une fièvre intense. M. Delstanche père pratiqua l'incision de Wilde, qui découvrit une fistule correspondant avec l'antrum. Curetage, lavages antiseptiques, pansement iodoformé.

Huit jours plus tard, M. Delstanche fils, appelé en hâte, trouva l'enfant présentant des symptômes méningitiques graves.

M. Delstanche enleva le pansement, sonda la plaie à l'aide d'une sonde boutonnée et sentit son instrument s'enfoncer tout à coup de plusieurs centimètres dans la région de l'antrum; un flot de pus jaillit alors. Un lavage fut pratiqué, puis un pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain l'enfant reconnaissait tout le monde, se plaignait moins de la tête et mangeait avec appétit; la paralysie du bras gauche avait diminué. Le surlendemain, la moitié du bras était redevenue normale. Quatre jours plus tard, la paralysie de la jambe avait disparu à son tour.

Huit jours après, l'enfant se levait, mais l'écoulement était toujours abondant et fétide. Bientôt une nouvelle aggravation se manifesta, les symptômes méningitiques réapparurent. Vomissements, état de stupeur profonde, température à 37° seulement. Une intervention opératoire fut décidée.

M. Delstanche fils pratiqua l'antrectomie selon le procédé de Schwartze. Mais bien que l'antre fût largement ouvert et la paroi postérieure du conduit complètement démolie, aucun trajet fistuleux n'était visible; l'opérateur mit à nu la dure-mère, qui apparut absolument normale.

Le lendemain, l'état s'étant aggravé, M. Delstanche père ponctionna la dure-mère au moyen d'une seringue exploratrice qui se remplit d'un pus jaune, épais, fétide. Une grande incision en T de la dure-mère fut alors pratiquée et il s'écoula au moins un quart de litre de pus.

L'analyse bactériologique de ce pus y a révélé la présence du streptocoque.

A partir du moment de cette dernière opération, l'état de l'enfant s'améliora sans cesse. L'écoulement purulent diminua peu à peu, mais à diverses reprises on a dû cureter la plaie et enlever même des fragments de la hernie cérébrale qui s'était produite, car il se formait constamment des fausses membranes, et chaque apparition de celles-ci s'accompagnait de brusques élévations de température.

A la fin de février 1898, l'enfant ne présentait plus qu'un suintement de l'oreille. La cicatrisation est parfaite, mais malheureusement il y a une sténose assez marquée du méat. Cette sténose permet néanmoins l'examen au spéculum.

Carie du temporal.

M. Hennebert (Bruxelles) présente une malade atteinte de carie du temporal ayant nécessité deux opérations successives, en juin et en octobre 1897; la première fois, l'antrectomie avait été pratiquée, selon les règles formulées par Rousseau et Hennebert; au cours de la seconde intervention, imposée par la persistance des douleurs et l'extension rapide du mal, la plus grande partie du temporal avait été curetée; la carie s'étendait profondément jusqu'aux méninges, qui furent mises à nu sur une étendue de plus d'un centimètre carré, et en bas, jusque dans la rainure du digastrique; la paroi postérieure du conduit et le mur de l'attique furent enlevés.

Malgré tout, les douleurs, un moment disparues, revinrent bientôt, ne laissant plus à la malade un instant de repos. En janvier 1898, une paralysie faciale totale du côté malade s'établit brusquement, et à partir de ce moment, les douleurs s'évanouirent pour ne plus reparaître; actuellement, l'état général de la malade est des plus satisfaisants, mais, malgré les divers topiques mis en usage et malgré les traitements internes auxquels la malade fut soumise, aucun changement appréciable ne s'est produit au niveau de la plaie opératoire; celle-ci forme une large et profonde cavité rétro-auriculaire, sans tendance aucune à la cicatrisation; l'os est à nu, ne se recouvre pas de bourgeons, et la suppuration est très minime.

Paralysie du bras consécutive à une carie étendue du temporal.

M. Hicguet a opéré en décembre dernier un enfant de 3 ans 1/2 pour une mastoïdite, suite d'otite vieille d'un an. Il trouva une apophyse profondément creusée par la nécrose et la cureta vigoureusement. Toutefois les pansements, bien que fréquents, ne cessèrent pas d'être imprégnés de pus fétide, le fond et la paroi supérieure de la brèche osseuse noircirent et prirent l'aspect de la nécrose.

Au commencement d'avril se produisirent plusieurs hémorrhagies veineuses qui laissèrent l'enfant presque exsangue. Celui-ci résista cependant et reprit des forces. Vers le milieu du mois apparurent l'aphasie et une paralysie droite totale qui, plus tard, se limita au bras et à la main.

M. Hicguet se décida à une nouvelle intervention opératoire et fit tomber trois volumineux séquestres de la paroi supérieure, mettant à nu la dure-mère en cet endroit.

L'enfant, aujourd'hui, est toujours aphasique et paralysé du bras droit; les forces lui sont revenues.

La cavité osseuse persiste et nécessite des pansements fréquents; tout au fond, l'on sent un séquestre non mobile.

M. Hicguet montre l'extraordinaire profondeur de cette cavité; elle s'étend très probablement jusqu'au voisinage du canal carotidien.

Ce cas doit être rapproché de celui dont M. Buys a fait la nécropsie. Des deux côtés, la carie s'étend jusque près de la pointe de l'os pétreux, et des deux côtés se sont produites des complications dans l'hémisphère cérébral correspondant.

Nouveau traitement des sténoses nasales.

M. Delstanche père (Bruxelles) expose le procédé qu'il emploie depuis 3 ans environ dans le traitement des sténoses nasales, procédé dont l'idée première appartient à Bendelak-Hewetton. Cette méthode est surtout applicable aux cas de sténose des fosses nasales par étroitesse due à un rapprochement excessif des parois latérales (soit congénital, soit consécutif à la présence de tumeurs adénoïdes); les autres états pathologiques provoquant un rétrécissement du nez par une déviation et crête du septum ou par rhinite hypertrophique restent justiciables des interventions accoutumées.

L'opération, qui donne des résultats thérapeutiques rapides, se pratique au moyen d'une pince en tout semblable à celle employée dans le redressement du septum pour rapprocher les attelles métalliques internes, sauf que les mors en sont plus longs et présentent une légère courbure dans le sens antéro-postérieur. Cette pince est introduite, fermée, dans la fosse nasale jusqu'au point rétréci, puis ouverte brusquement, de façon à écraser et, si possible, à fracturer le cornet inférieur contre la paroi externe. Les opérations au cours desquelles se produit le bruit de fracture donnent les résultats les plus favorables. Cette manœuvre est répétée de proche en proche à mesure que l'instrument est retiré. Une fois cette dilatation forcée obtenue, on introduit aussitôt un gros tampon d'ouate, placé sur le porte-ouate spiroïde, tampon qui reste 24 heures dans le nez; ce tamponnement est répété 3 jours de suite et le résultat est maintenu par l'usage d'instillations de cocaïne pendant quelques jours, jusqu'au rétablissement de l'aspect normal de la muqueuse. Il est parfois nécessaire, quand il y a tendance à la formation d'une synéchie à la suite de l'intervention ou quand il en existait une auparavant, de maintenir la béance du méat au moyen d'attelles internes en gutta-percha que le malade supporte très aisément et qu'il peut introduire lui-même.

L'anesthésie locale au moyen de la cocaïne et de l'holocaïne, employées concurremment, suffit pour rendre cette opération parfaitement supportable. M. Delstanche a jusqu'à présent appliqué ce procédé dans 45 cas de sa pratique privée et environ 20 fois à l'hôpital; il en a toujours obtenu les meilleurs résultats.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

L'obstruction intestinale au cours de la pyléphlébite,

Par le Dr J. Magnan (1).

Les causes d'obstruction intestinale sont nombreuses; parmi elles il en est une sur laquelle on a jusqu'à présent peu insisté en raison de sa rareté, et qu'il convient pourtant de mettre en relief, c'est la phlébite oblitérante de la veine porte et des veines mésaraïques.

C'est en 1878 que Chuquet (2) pour la première fois a signalé des lésions graves de l'intestin grêle coïncidant avec la présence d'une pyléphlébite; cet auteur insiste sur trois points : d'abord il constate l'existence d'une thrombose chez un alcoolique, l'alcoolisme déterminant une diminution de la fibrine du sang; ensuite il explique le siège de la thrombose par le ralentissement considérable du sang dans la veine porte chez le cirrhotique alcoolique; enfin il compare l'aspect de l'infiltration sanguine des parois intestinales malades à celui d'un intestin sphacélé.

En 1885, Dreyfous (3) publie 3 nouvelles observations : il constate que le siège des lésions intestinales et de la thrombose est le même dans les 4 cas connus : il semble pour lui qu'il existe un lieu d'élection pour la thrombose veineuse et les lésions intestinales. Il remarque, en outre, que l'anse intestinale malade ressemble tout d'abord à une anse intestinale étranglée.

1. Les observations se trouvent dans la thèse du Dr Magnan (Paris 1898, n° 476. Carré).
2. Chuquet, *Bull. Soc. anat.*, 1878.
3. Dreyfous, *Bull. Soc. anat.*, 1885.

En 1889 et 1890, Pilliet (1) fait connaître deux nouveaux cas : en présence de thromboses des veines mésaraïques, il constate qu'une ou deux circonvolutions de l'intestin grêle tranchent sur le reste des autres par leur coloration rouge foncé ou violacée. Il décrit longuement les lésions de l'intestin et, comme les auteurs précédents, compare ces lésions à celles d'une anse intestinale engouée par un étranglement herniaire. Pour lui ces lésions intestinales sont d'origine microbienne et probablement antérieure à la thrombose veineuse.

En 1894, Péron et Baussenat (2) publient une nouvelle observation, et admettent qu'à la thrombose totale du système porte succèdent des lésions intestinales localisées, amenant la nécrose de l'intestin.

En juin 1897, MM. Letulle et Maygrier (3) rapportent l'histoire d'une malade, enceinte de 6 mois, morte presque subitement avec des symptômes de péritonite, chez laquelle on trouva à l'autopsie de la phlébite de la grande veine mésaraïque et de l'apoplexie de l'intestin au niveau du jéjunum sur une longueur d'environ 60 centimètres. Il y avait en outre des lésions de péritonite.

Enfin, en 1897, M. le Dr Barth (4), communique l'observation d'un malade, mort avec les symptômes d'obstruction intestinale et chez lequel, à l'autopsie, il trouve, outre la pyléphlébite primitive, des lésions intestinales analogues à celles des auteurs précédents.

Réunissant ce cas qu'il eut l'occasion d'observer aux cas précédemment énumérés, à celui de Letulle et Maygrier notamment dont il publie l'examen anatomo-pathologique détaillé, à un cas inédit de M. Teissier, M. Magnan vient de consacrer sa thèse à ce sujet. C'est à ce travail que nous empruntons ce qui suit :

I. Symptomatologie. — Les symptômes d'obstruction intestinale au cours de la pyléphlébite peuvent se présenter brusquement comme dans le cas de Barth; le malade, en quelques heures, éprouve des douleurs toutes différentes et par leur intensité et par leur siège de celles qu'il avait auparavant; les symptômes que l'on constatait jusqu'alors disparaissent, laissant la place à ceux de l'occlusion intestinale : on pourrait croire que l'on a devant les yeux un autre malade.

D'ailleurs, ce début soudain est quelquefois le premier symptôme morbide, comme dans les cas de Pilliet, car la pyléphlébite peut évoluer sans déterminer aucune douleur ni aucun trouble.

Tantôt, au contraire, les symptômes que l'on constatait primitivement disparaissent peu à peu devant de nouvelles manifestations pathologiques : les phénomènes d'occlusion intestinale apparaissent un à un, successivement, à quelques jours d'intervalle. Ils sont souvent peu nets, masqués ou diminués d'intensité par ceux de l'affection initiale. Le malade a la langue blanche, de l'anorexie, des nausées, parfois quelques vomissements bilieux, intermittents, rarement des hématémèses, il a des coliques passagères, survenant par crises, des selles diarrhéiques, sanguinolentes; il présente de la gêne de la respiration, de la petitesse du pouls, une température sensiblement normale, se rapprochant plutôt de l'hypothermie. Il a des insomnies, peu ou pas de cauchemars.

Puis brusquement la scène change : douleurs abdomi-

1. Pilliet, *Bull. Soc. anat.*, 1889, *Progrès médical*, 1890.
2. Péron et Beaussenat, *Bull. Soc. anat.*, 1894.
3. Letulle et Maygrier, *Bull. Soc. anat.*, 1897.
4. Barth, *Bull. méd. des hôp.*, octobre 1897.

nales plus vives apparaissant par crises subintrantes, météorisme, le contact des couvertures provoque les cris du malade, nausées, vomissements d'abord bilieux, puis porracés, abondants, fréquents; rarement on constate des hématémèses.

Le malade apyrétique est quelquefois, au contraire, comme celui de Barth, saisi par la fièvre; sa température, dans ce cas, peut atteindre 40°. Son pouls est petit, filiforme, fréquent, irrégulier; on constate quelquefois des pulsations avortées.

Son faciès est grippé, hippocratique : ses yeux s'excavent, son nez s'effile, sa voix est cassée.

Il ne rend plus de matières fécales ni de gaz par l'anus. Ses urines très rares renferment du pigment biliaire abondant et ne contiennent pas d'albumine généralement.

Tels sont les symptômes de la période d'état qui ne dure guère que 18 à 24 heures. Quelquefois elle est plus brève encore. Les courts instants qui la suivent et qui précèdent la mort sont marqués par une accalmie légère, les douleurs sont moins vives, les vomissements cessent, mais le faciès ne change pas, les forces du malade s'épuisent; ses extrémités se refroidissent, une sueur glacée perle également sur son visage, le pouls devient imperceptible.

Il meurt dans le coma ou conserve quelquefois jusqu'à la fin sa pleine connaissance.

Le traitement chirurgical a été tenté deux fois à la fin de la période d'état. La laparotomie pratiquée au siège d'élection sans anesthésie permit de constater des lésions intestinales et mésentériques telles que le chirurgien dans un cas referma simplement l'abdomen (observation de Péron et Beaussenat). Le malade mourut quelques heures après dans le coma; dans l'autre cas l'entéro-anastomose fut pratiquée, mais le malade expira également quelques heures après l'opération (observation de Teissier).

II. Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques ont été étudiées très soigneusement dans les 10 observations rapportées par M. Magnan et leur identité est absolue.

Quand on procède à l'autopsie d'un malade mort après avoir présenté les symptômes ci-dessus énoncés, à l'ouverture de l'abdomen une quantité plus ou moins considérable de liquide ascitique s'écoule. Sa couleur varie suivant sa quantité : jaune citrin lorsqu'il est abondant, il se présente aussi avec l'aspect d'une sérosité sanginolente et alors on n'en trouve souvent que quelques centaines de grammes.

Mais ce qui frappe surtout, c'est le météorisme de l'intestin; le péritoine est rouge, injecté : on ne constate de fausses membranes qu'au niveau d'une anse intestinale, située généralement à la hauteur de la région hypogastrique ou dans la fosse iliaque droite. Elles sont récentes, minces, se détachent facilement.

L'anse intestinale lésée appartient toujours à l'intestin grêle, le plus souvent au jéjunum. Elle est rouge, violacée, presque noirâtre et sa couleur rappelle celle de l'intestin étranglé. La consistance de l'intestin est ferme, sa paroi est épaissie, absolument dépourvue d'élasticité, cependant on ne constate à la base ni étranglement, ni torsion pouvant expliquer cet état de l'intestin. Son calibre est uniforme et se continue sans ligne de démarcation avec celui des anses voisines. Sa couleur brun foncé, rappelant celle des anses intestinales sphacélées, va aux extrémités de la portion malade en se dégradant, pour redevenir enfin normale. La stase veineuse se montre sur une longueur moindre, en aval de la portion malade.

Si l'on ouvre l'intestin dans toute sa longueur, on reconnaît, au niveau du jéjunum, sur une longueur pouvant varier de 20 à 60 centimètres et même 1 mètre, que la paroi intestinale est uniformément congestionnée, épaissie et comme carnifiée, la muqueuse, d'un gris rougeâtre, est recouverte soit de sang noir ou d'une sérosité rougeâtre sanguinolente, soit d'un exsudat friable qui se détache aisément par le grattage, laissant voir les valvules conniventes élargies et épaissies, privées de leur revêtement épithélial. Il n'y a pas d'ulcérations, mais un état tomenteux de toute la surface; la couche sous-muqueuse, quadruplée d'épaisseur, est criblée d'orifices vasculaires élargis, obstrués par des caillots sanguins noirâtres, non adhérents, de formation récente. Le reste de l'intestin paraît sain.

Le contenu du tube intestinal est tout différent dans ses diverses parties : l'estomac et la portion de l'intestin grêle située au-dessus de l'anse malade contiennent des aliments ayant subi un commencement de digestion, la partie malade est distendue par une sérosité sanieuse, rougeâtre et la partie inférieure du tube digestif contient des matières parfaitement digérées.

Cependant le calibre de l'intestin n'est rétréci nulle part, et le passage semble libre dans toute la longueur du conduit. Enfin, le reste de l'intestin est sain et normal.

Le mésentère est très augmenté de volume. Son épaisseur est triplée et même quadruplée (1 à 5 centimètres), mais seulement au niveau de l'anse intestinale lésée. Il est lardacé, œdémateux, infiltré, sillonné par des veines de la grosseur d'une plume de corbeau, thrombosées, remplies par des caillots brunâtres qu'on peut faire sortir à la pression.

En disséquant les veines mésaraïques, de l'anse intestinale malade jusqu'au tronc de la veine porte, il est facile de voir que ces veines, la plupart du temps, sont oblitérées dans toute leur étendue, par une thrombose généralisée se retrouvent dans toute la longueur de l'intestin, aussi bien dans les parties saines que dans celles qui sont malades. Rarement la thrombose peut être partielle et n'envahir que la veine grande mésaraïque.

Les artérioles peuvent également être thrombosées, mais, à côté de celles-ci, il en est d'autres plus nombreuses dont la paroi est affaissée et en partie rétractée sur quelques leucocytes mêlés à des débris fibrineux qui remplissent incomplètement la cavité vasculaire; d'autres enfin et c'est la majorité, sont saines.

La veine splénique est saine ou thrombosée.

La rate incisée montre son parenchyme comme lardé par les caillots noirs, concrets, qui remplissent les rameaux veineux dans tout leur parcours; elle n'est pas ou peu augmentée de volume, souvent son parenchyme est comme carnifié, sans sclérose véritable.

La paroi gastrique peut être parcourue par de nombreuses veines transformées par la coagulation de leur contenu en cordons pleins, saillants et flexueux. En général les artères sont saines, perméables et souples, quelques-unes, très rares et sur un parcours extrêmement petit, sont thrombosées.

Dans la veine porte : la thrombose apparaît généralement très accentuée. Elle peut soit exister dans toute l'étendue de ce vaisseau et même se prolonger dans le foie, soit occuper seulement une partie plus ou moins considérable de la veine. Dans tous les cas elle débute dans la veine porte ou dans ses racines pour gagner ensuite ses plus petites radicules et atteindre l'intestin,

comme le prouve d'ailleurs l'étude du caillot manifestement plus ancien à mesure qu'on s'éloigne davantage de l'intestin.

La thrombose en général ne se prolonge pas dans les divisions intrahépatiques de la veine porte qui sont affaissées et vides; quelquefois au contraire elles sont thrombosées.

Le foie, la plupart du temps, est diminué de volume et présente les lésions de la cirrhose.

La sérosité péritonéale et le sang du cœur, recueillis aseptiquement quelques heures après la mort et ensemencés sur les différents milieux de culture ordinaires, dans le cas de Barth, n'ont donné aucun résultat.

Au microscope si l'on examine l'intestin grêle au niveau de la portion malade, on voit à un faible grossissement la matière colorante des noyaux fixée presque uniquement sur la couche musculaire et sur le péritoine; les villosités, les glandes, les valvules conniventes, le tissu sous-muqueux ont une coloration rose pâle à l'hématoxyline et à l'éosine.

Les villosités sont tombées en grande partie, celles qui restent adhérentes montrent, à un fort grossissement, quelques très rares noyaux allongés dans l'axe de l'organe, mal colorés.

Des globules sanguins en voie de destruction sont disséminés dans la masse amorphe, indistincte, qui représente la villosité.

Les culs-de-sac des glandes de Lieberkuhn ont par places une légère teinte ardoisée; mais à un fort grossissement aucun noyau n'est nettement visible dans leur intérieur.

La sous-muqueuse est énorme, triple de la normale, ce qui est dû pour une part à d'énormes vaisseaux dilatés, remplis de globules rouges et de leucocytes, logés dans des mailles fibrineuses. De plus, quelques infiltrations sanguines plus ou moins importantes peuvent se faire assez irrégulièrement dans le tissu conjonctif clivant les faisceaux de fibres lisses qui alternent à un faible grossissement avec les bandes roses formées par les globules rouges.

Les vaisseaux de la sous-muqueuse ne sont pas tous thrombosés. Parmi ceux qui présentent des caillots dans leur intérieur, il y a des veines en majorité, mais aussi quelquefois des artérioles qui sont le siège de thrombus, faciles à suivre dans le bout du mésentère qui adhère à l'intestin.

La thrombose artérielle, quand elle existe, ne paraît pas contemporaine de la thrombose veineuse : elle est de date plus récente.

Il y a enfin dans la sous-muqueuse des amas de leucocytes polynucléaires, rares, logés dans la profondeur de la sous-muqueuse; les noyaux des fibres lisses sont colorés presque partout, sauf au point d'insertion du mésentère où le muscle a subi une nécrose presque complète.

Plusieurs fois, notamment dans le cas de Péron et Beaussenat sur des coupes de l'intestin malade on a pu constater la présence de microcoques.

La tunique péritonéale de l'intestin présente les lésions classiques de la péritonite aiguë.

Les veines possèdent toutes les lésions de la thrombophlébite récente. L'endoveine est un peu gonflée mais en général il n'y a pas encore de bourgeons; il est très rare en effet qu'on en trouve envahissant la périphérie du caillot.

Les vaisseaux du mésentère présentent des lésions analogues à celles déjà décrites. On constate encore quelques infiltrats sanguins autour des faisceaux conjonctifs du mésentère.

L'examen histologique des différentes parties de la veine porte et de ses racines montre que les caillots sont en voie d'organisation d'autant plus avancée qu'ils sont plus anciens, et plus on approche de l'intestin, plus on constate que leur formation est récente.

III. Pathogénie. — Étiologie. — Ce qui frappe tout d'abord les yeux dans cette affection, c'est le sphacèle de l'intestin, alors qu'on ne constate pas la présence de bride, de volvulus ou d'une invagination, en un mot d'aucun phénomène mécanique capable d'avoir produit une aussi grave lésion.

De plus dans tous les cas on a eu affaire à une pyléphlébite adhésive : c'est ce qui peut expliquer en partie la rareté de cette affection, la pyléphlébite suppurée étant plus commune que la précédente. L'évolution beaucoup plus lente des lésions dans la pyléphlébite adhésive permet aux lésions de l'intestin de se développer et de présenter finalement le sphacèle que nous avons constaté.

Certains auteurs ont prétendu que la lésion intestinale était primitive, que les vaisseaux, veines et artères, probablement sous l'influence des bactéries de l'intestin, avaient été thrombosés et que secondairement la pyléphlébite s'était déclarée. Pourtant si on étudie les lésions de la veine porte et de ses branches à divers endroits, on constate toujours que la pyléphlébite débute d'abord dans le tronc de la veine porte, gagne ensuite peu à peu ses branches d'origine et arrive enfin à l'intestin : toutefois la pyléphlébite peut se développer sous l'influence de microbes venant directement de l'intestin, de plus la gravité de l'affection intestinale dépend intimement de la virulence de l'agent producteur de la pyléphlébite.

Si celle-ci est peu étendue, peut-être n'y aura-t-il pas de lésion intestinale ou du moins elle sera très limitée : ces cas doivent souvent passer inaperçus et la guérison se produire naturellement. Au contraire, si la pyléphlébite est grave, on doit craindre les lésions consécutives de l'intestin, c'est-à-dire le sphacèle par thrombose veineuse et, secondairement, la migration de bactéries à ce niveau à travers les parois intestinales mortifiées comme dans l'étranglement herniaire et même la péritonite par perforation.

Quant à la localisation très nette de la lésion intestinale sur la première partie du jéjunum ou sur le commencement de l'iléon, l'examen attentif de l'intestin permet peut-être de l'expliquer; la thrombose veineuse sur l'anse intestinale malade est complète et la circulation du sang est absolument arrêtée. Au niveau des parties saines de l'intestin proprement dit, la thrombose veineuse n'existe pas et la circulation n'était pas entravée. Donc plus le réseau vasculaire sera riche et moins thrombosé, moins les lésions intestinales seront considérables. Or le jéjunum est précisément situé assez loin des extrémités de l'intestin et par là même très éloigné des voies collatérales, donc son irrigation sanguine est moins parfaite que dans les autres parties de l'intestin et par conséquent la thrombose des vaisseaux se fait plus rapidement que partout ailleurs : l'intestin à ce niveau n'étant plus irrigué devra nécessairement se nécroser et amener la mort du malade avant que les autres parties du tube digestif présentent des lésions très visibles.

Quant à l'obstruction intestinale, ce n'est pas un étranglement, puisque le champ de l'intestin est absolument libre; c'est donc plutôt un pseudo-étranglement, une pseudo-occlusion.

La nécrose de l'intestin est complète au niveau de la portion lésée. Les divers éléments qui composent la paroi

intestinale n'existent donc plus physiologiquement. Les plexus d'Auerbach et de Meissner situés dans l'épaisseur des tuniques de l'organe n'ont plus d'action.

La contractilité des fibres musculaires intestinales à ce niveau a disparu : il n'y a plus de mouvements de péristaltisme, il y a *paralysie* de l'intestin. Les quelques anses nécrosées sont donc une barrière impossible à franchir par les aliments situés dans la portion supérieure du tube digestif.

Cette affection se rencontre d'autre part chez les malades dont le système vasculaire est sérieusement taré : l'alcoolisme avec la syphilis semblent être la principale cause de la nécrose intestinale à la suite de pyléphlébite. On la rencontre également chez des goutteux, des saturnins, des cachectiques ou des obèses. Le malade de M. Teissier présentait une adipose considérable, des vaisseaux en mauvais état, et l'immobilité dans laquelle il était par suite de la phlébite qu'il avait à la jambe, a pu déterminer chez lui un ralentissement assez considérable du sang pour produire la pyléphlébite et les lésions intestinales secondaires.

IV. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Le diagnostic de la pyléphlébite est presque impossible à faire : le médecin, jusqu'au moment où les signes d'occlusion intestinale apparaîtront, pourra hésiter entre les nombreuses affections abdominales qu'on rencontre journellement. Peut-être pourra-t-il, à la fin, soupçonner la présence d'une pyléphlébite, quand les symptômes nets d'occlusion se présenteront : ce diagnostic alors aura peu d'importance, celui de l'occlusion intestinale s'imposant.

Le pronostic semble fatal, d'après les observations publiées, mais *a priori* on peut admettre que dans certains cas les lésions ne sont pas assez considérables pour déterminer la mort et la guérison se produit. Ces cas passeraient inaperçus. Mais si l'intestin est nécrosé sur une assez grande longueur il ne faudra pas avoir beaucoup d'espoir, la vie étant incompatible avec la gravité de la lésion.

Tout au plus peut-on espérer amener une amélioration par la laparotomie, que le médecin peut pratiquer en présence d'accidents d'obstruction intestinale dont il ne connaît pas la cause; à lui de juger, la laparotomie faite, si les lésions de l'intestin ne sont pas trop considérables pour tenter la résection de la partie lésée puis la suture des deux bouts de l'intestin, ou s'il doit simplement refermer l'abdomen.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du noma,

Par M. le Dr Etienne Deyrolle (de Lyon).

Le pronostic du noma est excessivement sombre. Tourdes, sur 239 cas, trouve 63 guérisons et 176 décès, soit 73 p. 100. Woronichin à Saint-Pétersbourg, 87 p. 100 : 20 morts sur 23 cas. Lind, en Suède, arrive même à 91 p. 100. Marshal Hall, en Angleterre, vit 5 décès sur 6 faits soit 83 p. 100; Béal nota exceptionnellement 3 guérisons sur 6 cas. L'ensemble des statistiques modernes donne en chiffres ronds une mortalité de 80 p. 100.

La mort est d'autant plus sûre et plus rapide que le noma frappe des enfants plus jeunes, que les conditions hygiéniques ont été plus défectueuses, et que le traitement a été plus tardif.

Il convient donc 1° de chercher à prévenir la maladie par une exacte prophylaxie; 2° d'intervenir énergiquement dès que le diagnostic est posé. Ces deux points doivent être examinés.

1° *Traitement prophylactique.* — Parmi la multitude de germes pathogènes qui habitent la bouche, doit se trouver le microbe particulier ou nécessaire à la symbiose spécifique du noma. La débilité générale due à la maladie primitive déterminante, ainsi que les mauvaises conditions locales produites par le décubitus ou provenant des lésions propres du processus morbide antérieur (rougeole, maladie de Riga, fièvre typhoïde, stomatites, etc.), préparent le terrain sur lequel se développera ce microorganisme spécifique, qu'il soit exogène ou endogène. Ce microorganisme est-il réellement spécifique ? Ou bien est-il un des hôtes ordinaires de la cavité buccale qui acquiert des propriétés gangrénantes (Dor) sous l'influence de certaines conditions tenant au terrain lui-même ? Il est difficile de trancher la question en l'état actuel de nos connaissances. Mais quelle que soit l'hypothèse qu'on admette, l'étiologie enseigne que le rôle primordial est joué par le terrain, que ce soit par réceptivité ou par une exaltation particulière des propriétés virulentes. Il faudra donc faire rationnellement chez les jeunes convalescents une antisepsie buccale suivant les principes donnés par Grancher, par exemple, c'est-à-dire de fréquents lavages de la bouche et des fosses nasales.

D'ailleurs, dans toute fièvre, les malades qui ont une stomatite intense sont ceux qui, antérieurement à la maladie, avaient la bouche malade ou mal nettoyée. Quand la rougeole survient chez des enfants à bouche saine ou lavée quotidiennement, l'exanthème est moins intense et jamais pultacé.

Comby préconise, pour prévenir la stomatite érythémo-pultacée, les lavages systématiques des premières voies, irrigations et pulvérisations qui sont les meilleurs agents préventifs des infections secondaires de la rougeole.

La maladie de Riga doit être traitée par une ablation aux ciseaux, puis une cautérisation à l'azotate d'argent, au thermocautère de la surface cruentée.

La cachexie étant une cause de l'apparition du noma, nous devons la combattre à double titre. Nous soutiendrons donc les forces par une alimentation raisonnable et appropriée, nous gardant de soumettre les enfants à une diète trop rigoureuse.

Avec d'Espine, nous conseillerons de bannir les mercuriaux, le calomel surtout, dans le déclin des pyrexies. Quoique adoptant les pratiques de cet auteur, nous ferons remarquer que cette conduite lui était dictée par la confusion qu'il faisait entre le noma et la stomatite mercurielle.

Etant donné ce que nous savons sur l'influence du décubitus dans la production du noma, il sera nécessaire de veiller à ce que le malade ne prenne pas constamment la même position, change de côté et de point d'appui.

Il est évident que la méthode de Brandt dans la typhoïde a bien diminué le nombre des escarres; si l'emploi du bain froid se généralise pour la rougeole, il est probable que les cas de noma diminueraient encore.

Bien que le noma ne soit pas contagieux il vaut mieux isoler les malades, ne fût-ce que pour enlever un voisi-

nage désagréable aux autres hospitalisés. Cela évitera aussi les chances d'infections secondaires. On pourra pulvériser dans la pièce un liquide antiseptique (solution salicylée, boriquée ou phéniquée faible).

2° *Traitement curatif.* — Le traitement curatif du noma comprend le traitement local ou chirurgical, et le traitement général ou médical.

Le traitement local immédiat doit remplir les indications suivantes : limiter l'extension de la gangrène, enlever les produits septiques et les produits gangrenés qui peuvent donner des produits toxiques dont la résorption est si dangereuse pour l'économie.

Il est bien entendu que le traitement général lui viendra toujours en aide pour permettre à l'organisme d'éliminer les produits nocifs en circulation.

Le traitement chirurgical doit être précoce, sous peine d'être inutile. L'intervention doit avoir lieu sitôt le diagnostic porté.

Toutes les méthodes anciennes doivent être rejetées. Toute la série des caustiques a été épuisée : nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide phénique, acide chlohydrique, permanganate de potasse, etc. Il résulte d'une expérience de trois siècles que ces cautérisations sont le plus souvent inefficaces. Il est non seulement inutile de tenter de nouveaux essais en ce sens, vu les résultats décourageants que l'on a obtenus, mais même dangereux. On s'expose à perdre un temps précieux en cherchant un résultat probablement nul.

Il faut agir vite, inciser et enlever largement. Le bistouri est préférable au thermo-cautère. Avec ce dernier, on a moins de sang, il est vrai, mais on voit moins ce que l'on fait; les tissus cautérisés perdent leurs caractères, on risque de laisser des parties atteintes par le processus gangréneux et, de ce chef, on s'expose à des récidives.

Voici la conduite que nous préconisons, qui est le manuel opératoire indiqué par le Dr Albertin. Elle nous semble de tous points excellente.

L'anesthésie de l'enfant doit se faire au chloroforme, s'il n'y a pas de contre-indications, afin d'éviter toute gêne que pourrait entraîner la crainte de l'explosion de l'éther, lorsqu'on aura à se servir du cautère actuel.

On commencera par placer un écarteur de mâchoire de façon à pouvoir explorer facilement tout l'intérieur de la cavité buccale. Après l'ablation des parties molles, joue, lèvres, etc., on sera le plus souvent conduit à intervenir sur le squelette de la région, le processus gangréneux s'infiltrant dans les alvéoles, décollant le périoste, pénétrant dans le tissu osseux.

On fera donc l'avulsion des dents. On évidera, on grugera les maxillaires à l'aide du davier-gouge du professeur Ollier. Un examen attentif permettra de dépasser non seulement les limites de son décollement, mais encore celles de son infiltration; le périoste malade s'épaissit légèrement, prend une teinte grisâtre, se décortique plus facilement, s'effiloche sous l'influence de la traction. L'os sous-jacent doit être le siège d'un curetage complet, d'un évidement jusqu'au tissu sain; au besoin même on ne doit pas reculer devant une résection partielle ou complète.

Il arrivera dans la majorité des cas, même en agissant alors que le noma débute à peine, de trouver une plaque gangréneuse, large de plusieurs centimètres. Elle siègera alors sur la face interne de la joue ou des lèvres, la lésion se traduit du côté de la peau par une tuméfaction indurée.

Après avoir reconnu et le siège et les limites apparentes du mal sur le côté muqueux, on aborde la tuméfaction indurée par le côté cutané. Il faut, avant de faire l'exérèse, commencer par faire une incision exploratrice, séparant en deux la masse dure, on pratique alors la palpation rendue plus facile par cette incision, comme nous l'allons l'indiquer.

Saisissant entre le pouce et l'index, chacune des lèvres de la plaie, on s'assurera de la souplesse ou de l'induration des tissus, de leur consistance normale ou non; le plus léger œdème doit attirer l'attention du chirurgien.

Cette palpation avec la pulpe digitale renseigne bien mieux le chirurgien que l'examen à la vue des parties malades. Elle est excessivement importante et nous y insistons beaucoup.

En effet, des tissus qui, à l'œil, sont sains en apparence, peuvent être légèrement œdématiés. Ces tissus sont déjà malades, le liquide de l'œdème est la partie la plus fertile en germes, ils doivent être enlevés.

L'excision doit dépasser franchement le siège de la plus légère induration.

Prenant ensuite entre le pouce et l'index, chaque moitié de la plaque, on en commence l'exérèse, à l'aide de ciseaux courbes ou de bistouri. Cet instrument sera autre que celui qui a servi à l'incision exploratrice, afin d'éviter toute inoculation, puisque l'incision de délimination doit se faire, nous le répétons à dessein, en plein tissu sain.

Il ne faut pas être économe, car si l'affection n'est pas poursuivie et détruite jusque dans ses dernières radiations, elle ne pardonne pas. On doit appliquer le vieil adage, « il faut sacrifier le meuble qui brûle pour sauver la maison ».

Une excision large, complète, sans économie, sans merci, suivant l'expression du Dr Albertin, tel est le résumé de l'intervention.

Une fois les limites du mal dépassées, il reste encore à stériliser la surface cruentée sur laquelle les germes infectieux, quelle que soit leur nature, ont pu s'égarer pendant l'intervention. Il faut vernir avec le paquelin toutes les surfaces. Dans un premier temps, le thermo-cautère chauffé à blanc, comme agent stérilisateur, et dans un second temps, comme agent hémostatique.

Le pansement sera fait à plat et sans sutures. Il ne sera pas occlusif, et on doit le changer souvent, non seulement parce qu'il se souille des liquides provenant de bouche, mais encore pour avoir toujours la plaie opératoire sous l'œil et sous le doigt, au cas où un point de récidive venant à apparaître, une nouvelle intervention immédiate viendrait à s'imposer.

Plus tard, seulement, bien plus tard, il sera permis de songer à réparer, par l'autoplastie, les difformités créées par le mal et par l'intervention. D'ailleurs, et c'est là un point important, la réparation spontanée consolera d'avance le chirurgien et lui diminuera sa tâche.

Plusieurs mois après l'intervention, alors que la rétraction cicatricielle a énormément diminué l'étendue de la brèche, qui souvent à ce moment se transforme en fistule, lorsque les portions osseuses dépériostées ou cautérisées se seront éliminées, on pratiquera la restauration de la région.

Qu'il nous soit permis d'insister encore une fois sur les détails opératoires qui nous paraissent d'une réelle importance au point de vue de l'efficacité du traitement.

Il est des cas, néanmoins, où cette conduite ne peut être suivie à la lettre. Ce sera, par exemple, lorsqu'un praticien de campagne, loin de tout centre hospitalier, dans un milieu défavorable, se trouvera livré à ses seules ressources. Allons-nous lui conseiller simplement l'anti-

sepsie de la région buccale par tous les antiseptiques usités, acide phénique, salicylique, permanganate et chlorate de potasse, salol, etc., qui ont paru donner quelques résultats? allons-nous lui conseiller, avec Dieulafoy, des cautérisations quotidiennes au thermocautère? Non certes. Tout médecin devra, dans la mesure de ses moyens, serrer de près le manuel opératoire que nous indiquons, en se servant du paquelin par exemple, comme agent tranchant et comme hémostatique; il lui suffira de l'aide d'un confrère pour faire l'exérèse dans de bonnes conditions. Il est vrai que la teinte rouge modifiera l'aspect des tissus, mais là encore, il aura les sensations tactiles pour se guider.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Bonnemaison (Camille). *Des accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications.* N° 215. (Société d'éditions scientifiques.)

M. Coupu (Th.). *Contribution à l'étude de l'utérus globulaire bipartitus au point de vue obstétrical.* N° 189. (Jouve.)

M. Kheifetz (S.). *Des fausses grossesses et des fausses tumeurs hystériques.* N° 221. (Jouve.)

M. Bonnemaison passe en revue les complications des accouchements rapides et non surveillés. Ces complications sont généralement peu graves, et cette bénignité tient à la multiparité, à l'époque prématurée de l'accouchement, mais surtout à *l'attitude* des parturientes. Instinctivement les femmes surprises par les premières douleurs, se couchent et s'accroupissent; et dans cette position les accidents sont rares. Si au contraire la femme accouche debout, on constatera bien plus fréquemment des lésions du conduit vulvo-vaginal de la mère ou du crâne de l'enfant.

Les complications les plus fréquentes sont d'abord les *ruptures du cordon*. Le faisceau funiculaire, d'après les recherches de Négrié, ne se rompt que sous l'influence d'un poids de 5 kilogs à 5 kilogs 150 grammes. L'expulsion d'enfants dont le poids moyen est de 3 200 grammes environ ne devrait pas par conséquent amener la rupture du cordon. Mais il est probable que d'autres facteurs entrent ici en ligne de compte, tels que la hauteur d'où se produit la chute, la gracilité, l'état variqueux, et surtout la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. Cette rupture s'effectue sur tout les points de la tige funiculaire mais principalement près de l'insertion ombilicale (9 fois sur 24 observations).

L'hémorrhagie n'est que rarement la conséquence des ruptures; l'hémostase est presque toujours assurée par les rétractions des parois vasculaires, surtout si l'enfant respire de suite.

A la suite de rupture du cordon, on observe assez souvent des *fractures du crâne*, qui suffisent parfois à amener la mort du fœtus, et qui siègent presque toujours sur l'un des pariétaux.

Il faut citer enfin parmi les complications les plus fréquentes la rupture de la vulve et du vagin, qui s'explique par la distension brusque que doit subir le conduit vulvo-vaginal. La rupture de l'utérus, l'inversion utérine, l'infection puerpérale, l'hémorrhagie et la délivrance ne constituent en somme que des complications peu fréquemment rencontrées dans la pratique.

Les faits qui précèdent prêtent à d'intéressantes considérations médico-légales sur la responsabilité des mères en cas de mort du fœtus sur l'accouchement inconscient dont M. Bonnemaison admet la possibilité.

Le diagnostic d'*utérus globulaire bipartitus* est souvent entouré de sérieuses difficultés, d'après M. Coupu. On ne peut se baser sur les renseignements donnés par la parturiente sur l'irrégularité ou la grande fréquence des règles, sur la présence d'un hématocolpos, pas plus que sur l'œdème des membres inférieurs. Le palper peut seul permettre de porter le diagnostic; on trouve quelquefois une tumeur accolée à l'utérus, et interposée entre la main qui explore et le corps du fœtus. On observe parfois des présentations vicieuses et le non-engagement de la partie fœtale; mais ces signes n'ont évidemment qu'une valeur très relative. Si en même temps qu'une malformation utérine existe une cloison vaginale, la constatation de cette cloison est très importante et attire de suite l'attention.

Mais elle peut passer inaperçue; le doigt arrive directement sur un col, et la bifidité de l'utérus reste méconnue. Enfin, en pratiquant le toucher, il sera possible, dans certains cas, de distinguer deux cols; le diagnostic s'impose alors de lui-même. Mais dans bien des cas on ne rencontre l'existence de cloisonnement utérin qu'en pratiquant la version interne ou la délivrance artificielle.

Dans toutes les observations rapportées par M. Coupu, le pronostic a été favorable pour la mère et l'enfant.

Parmi les fausses tumeurs abdominales, les unes sont produites par l'hypertrophie, l'ectopie ou la distension d'un organe ou par l'adipose de la paroi abdominale; les autres reconnaissent pour origine un trouble hystérique; c'est ce dernier groupe que M. Kheifetz étudie dans sa thèse.

Nombreuses sont les femmes, qui, entachées de stigmates de l'hystérie ou arrivées à la ménopause et très désireuses de devenir mères, prennent leur désir pour une réalité et se croient enceintes.

La disparition des règles, l'augmentation du volume du ventre sous l'influence d'une pneumatose intestinale ou d'une surcharge graisseuse de la paroi, deviennent des arguments décisifs; bientôt les troubles sympathiques de la grossesse apparaissent elles sentent très distinctement les mouvements actifs de leur enfant. Quelques-unes même, après plusieurs mois de fausse gestation, sont prises de douleurs de travail et appellent accoucheur et sage-femme. En examinant ces malades, on peut constater une tumeur (siégeant sur la ligne médiane et dans l'hypochondre) à contours peu nets, donnant tantôt de la matité, tantôt de la sonorité, et qui, si on s'en tenait à cet examen superficiel, pourrait être prise pour un utérus gravide. D'autres fois ces femmes présentant des troubles variables, l'exploration du ventre revêt la présence de tumeurs qui peuvent simuler tantôt un kyste de l'ovaire tantôt une tumeur du foie, tantôt un cancer de l'estomac, un rein flottant, etc. Si l'on administre le chloroforme on voit la tumeur disparaître peu à peu et se réformer sous les yeux du chirurgien dès le réveil de la malade, c'est la *tumeur fantôme*.

Le diagnostic de ces tumeurs fantômes est particulièrement difficile. Pour éloigner l'idée de grossesse, on refusera toute valeur aux signes de présomption de la gravidité, et on accordent au contraire une importance capitale aux signes sensibles, tels que volume de l'utérus, ballottement fœtal, perception des mouvements actifs ou des bruits du cœur. Si le palper ou les divers modes d'exploration ne donnaient pas de résultats satisfaisants, l'anesthésie chloroformique permettrait de lever tous les doutes. Les fausses tumeurs simulant des kystes ovariques, et toutes les tumeurs abdominales sont aisément dépistées par le même moyen. La conclusion pratique de cette étude est qu'en présence de toute tumeur abdominale suspecte, le chirurgien ne doit pas hésiter à donner du chloroforme pour avoir la clef d'un diagnostic hésitant.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Pascal (Émile). *Des hernies intestinales et appendiculaires dans la fossette rétrocæcale.* N° 25. (Imp. Bourgeon.)

M. Natalelli (F.). *Études critiques sur les traitements actuels de la luxation congénitale de la hanche.* N° 28. (Imp. Bourgeon.)

M. Coche. *De la rétention d'urine par paralysie de la vessie au*

cours de l'uréthrite blennorhagique. (Etude clinique et pathogénique.) N° 29. (Impr. des Facultés.)

M. Rivet (Paul). *Du traitement des grandes pleurésies chroniques séreuses par les ponctions répétées.* N° 30. Impr. des Facultés.)

La fossette rétro-cæcale peut être le siège de deux variétés de hernies rétro-péritonéales; ce sont des hernies dont le contenu est soit l'intestin, soit l'appendice.

Pour M. Pascal, la possibilité d'une hernie rétro-cæcale étant présente à l'esprit du chirurgien, celui-ci devra se hâter d'intervenir. L'incision de choix, d'après M. le professeur Poncet, est celle de la laparotomie iliaque, utilisée dans les appendicites. Suivant les nécessités, l'incision sera longue, plus ou moins agrandie dans tel ou tel sens; elle devra rendre aussi facile que possible l'exploration attentive du foyer pathologique.

A côté des hernies rétro-cæcales de la dernière portion de l'intestin grêle, doivent prendre place les hernies de l'appendice dans la même fossette rétro-cæcale.

Dans plusieurs cas, en effet, où l'appendice, au cours d'une dissection ou d'une opération, a été regardé comme faisant défaut, on se trouvait en présence d'une hernie appendiculaire dans la fossette rétro-cæcale dont l'orifice d'entrée se trouvait plus ou moins oblitéré.

Il y a tout lieu de croire que des accidents d'étranglement peuvent, en pareil cas, se produire; et que l'appendice est susceptible de s'étrangler dans la fossette rétro-cæcale, comme dans l'anneau crural et le canal inguinal. Deux faits de ce genre ont du reste été signalés en Angleterre, mais M. Pascal n'a pu en retrouver les observations.

Dans les accidents d'étranglement interne localisés au début dans la fosse iliaque droite ou paraissant être d'origine appendiculaire, on devra donc, suivant la remarque de M. le professeur Poncet, songer au rôle possible de la fossette rétro-cæcale, et, dans l'opération, se préoccuper de l'importance pathologique qui peut éventuellement être dévolue à ce cul-de-sac péritonéal.

M. Natalelli a entrepris une étude critique des différentes méthodes de traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Aucune de ces méthodes n'est entièrement satisfaisante, toutes ont leurs avantages et leurs inconvénients, leur proportion de succès ou d'insuccès.

Il est cependantdes méthodes auxquelles il ne faut plus guère songer, étant à peu près inutiles ou d'utilité très discutable. De ce nombre sont : la décapitation fémorale (Margary), la méthode orthopédique ancienne.

Quant aux autres, leurs indications paraissent être les suivantes : chez les sujets très jeunes, au-dessous de 3 au 4 ans au plus, on a obtenu de bons résultats avec les méthodes sanglantes d'Hoffa ou de Lorenz.

On pourra toujours commencer par essayer la réduction non sanglante de Lorenz qui est absolument innocente.

Chez les sujets plus âgés, les précédentes méthodes n'ont plus guère chance de réussir et, à partir de 10 ans, elles ne doivent même plus être tentées.

Les cas visant les sujets âgés sont pour ainsi dire dire incurables si la luxation est bilatérale; dans les cas de luxation unilatérale, au contraire, la recherche de l'ankylose en bonne position (méthode Rochet) pourra améliorer beaucoup la solidité de la marche, diminuera la claudicatiou et masquera la difformité.

A côté des cas de rétention d'urine survenant dans le cours d'une blennorrhagie par rétrécissement ou obstruction du canal uréthral, on peut en observer d'autres — rares il est vrai — dans lesquels l'urèthre est complètement perméable. Mais la vessie, par contre, ne possède plus sa contractilité normale et c'est la paralysie du muscle vésical qui s'oppose seule à la miction.

Le diagnostic de ces rétentions repose tout entier sur les caractères du cathétérisme et de l'écoulement de l'urine par sonde. La sonde pénètre dans la vessie sans rencontrer trace d'obstacle sur son passage; et d'autre part l'urine s'écoule sans force de projection, lentement et comme en bavant.

Les symptômes locaux ne diffèrent pas de ceux qu'on rencontre dans toutes les autres rétentions : augmentation de volume du ventre, tumeur plus ou moins médiane, suppression de toute miction.

Mais il existe quelques caractères propres à ce genre de rétention. Malgré une distension souvent très prononcée, les malades n'accusent pas de douleurs véritables et le besoin d'uriner ne se fait presque pas sentir. Ces rétentions sont de plus assez capricieuses dans leurs allures : elles peuvent disparaître et survenir à nouveau sans cause appréciable.

On a attribué ces rétentions soit à un acte réflexe médullaire d'origine uréthrale, soit à une sorte d'inhibition momentanée sous l'influence du virus blennorrhagique du centre moteur vésical.

D'après M. Coche on doit rapporter ces rétentions à un état analogue d'hystérotraumatisme, état déterminé par l'affection uréthrale. On pourrait d'après cela admettre l'existence d'un choc traumatique.

La grande pleurésie chronique séreuse n'a aucune tendance à la guérison spontanée, sauf chez les sujets jeunes; la persistance du liquide résulte de la rétraction et de la destruction fonctionnelle du poumon comprimé.

La guérison survient par l'hypertrophie du poumon du côté opposé, seul capable de combler la cavité pleurale déshabitée. Cette hypertrophie s'accompagne d'une ectopie cardiaque par refoulement identique à celle qui résulte des épanchements.

D'après M. Rivet, les ponctions répétées, convenablement espacées, déterminent la guérison en sollicitant cette hypertrophie et ce déplacement par la différence des pressions qu'elles entretiennent entre les deux côtés de la poitrine.

La quantité de liquide à évacuer, l'espacement entre les ponctions varient dans chaque cas particulier et suivant le temps écoulé depuis que le traitement a été institué. L'évacuation doit toujours être partielle, suffisante pour abaisser efficacement la tension du côté malade, assez modérée pour ne pas provoquer de fluxion et de traction exagérée. La répétition des ponctions doit être assez éloignée pour permettre au processus lent d'hypertrophie et de déplacement de s'accuser, assez rapprochée pour que chaque ponction assure un gain persistant.

La pleurotomie d'emblée est une méthode dangereuse par la suppuration qu'elle entraîne le plus souvent. Dans quelques cas exceptionnels, une pleurotomie secondaire pourrait être indiquée pour parfaire la guérison.

Thèses de la Faculté de Nancy.

Année 1897-98.

M. Job (Henri). *De l'hymen dans ses rapports avec l'accouchement.* N° 4. (Nancy.)

M. Lescuyer (Paul-Marc). *De la momification du placenta dans la grossesse extra-utérine.* N° 6. (Malzéville).

Que l'hymen soit une membrane propre ou ne représente que la terminaison du vagin, comme le veulent d'autres auteurs, il n'en est pas moins vrai que le rôle de cette membrane est très variable pendant l'accouchement. Une observation vulgaire a montré que la tête fœtale arrivée sur le plancher périnéal, éprouve un moment d'arrêt avant son dégagement complet.

L'obstacle proviendrait des parties osseuses du bassin, de coccyx en particulier ou des parties molles du releveur coccypérinéal, etc. Pour Budin, c'est l'orifice vaginal qui offre la plus grande résistance. M. Job pense que dans les cas où le détroit inférieur n'offre pas de résistance au passage ou la tête fœtale, l'hymen n'est pas capable à lui seul de constituer l'obstacle.

Cependant, il existe des faits dans lesquels l'hymen a été une véritable cause de dystocie. C'est quand il a subi une altération anatomique ou pathologique de sa texture et quand à la suite de lésions inflammatoires ou traumatiques, de syphilis, peut-être à cause de l'âge avancé de la parturiente, il a perdu la souplesse nécessaire. Ici la section de la bride hyméniale est nettement indiquée.

La rupture de l'hymen qui a résisté aux approches mascu-

lins est consommée après l'accouchement, à part des exceptions très rares. La déchirure est fort variable; elle siège de préférence à la partie inférieure, après s'explique par la courbure du canal vagino-vulvaire. Cette déchirure postérieure s'accompagne souvent d'autres plus petites siégeant sur les côtés de de l'orifice. Un symptôme constant de la rupture est l'hémorrhagie et la tête fœtale se montre recouverte d'une tache de sang plus ou moins large. Souvent des déchirures s'étendent aux parties voisines et amènent ainsi des lésions vulve vagino-périnéale assez étendues.

Dans la grossesse extra-utérine, l'enveloppe de l'œuf, la caduque est remplacée par le kyste fœtal; mais quels que soient les organes qui participent à la formation du kyste fœtal, le point d'implantation de l'œuf devient le siège d'une vascularisation abondante; le placenta s'insère soit sur la trompe soit sur l'ovaire, soit sur la paroi abdominale, soit sur un des organes contenus dans l'abdomen. Il se présente sous plusieurs formes bien décrites par M. Lescuyer. Parfois il est mince, étalé, diffus étendu et nappé. Parfois, au contraire, gros, épais et peu adhérent il ressemble à du poumon hépatisé. Parfois enfin est est multilobé et même disséminé en noyaux multiples; d'une façon générale on peut dire que, différent du placenta utérin, il est irrégulier dans sa forme et dans son épaisseur. Quand le placenta est tubaire, sa structure offre la plus grande analogie avec le placenta intra-utérin; mais si l'œuf s'est développé dans l'abdomen et surtout dans le tissu cellulaire du ligament large, le développement du placenta est incomplet. Mais quel que soit le point d'insertion, les rapports de l'œuf avec la surface d'implantation sont constitués par des adhérences entre les organes et les villosités choriales, adhérences qui jouent le rôle de la sératine et qui par conséquent servent à apporter le sang de la mère au placenta, si ces adhérences viennent à se rompre, elles peuvent se greffer sur de nouveaux organes donnant ainsi naissance à une grossesse ectopique *secondaire*.

Que devient le placenta après la mort ou l'extraction du fœtus? On a dit qu'après la mort de l'œuf, le placenta continuait à se développer. Ce fait doit être exceptionnel.

La résorption du placenta n'est pas complètement admise malgré certaines observations qui paraissent probantes. Il est beaucoup plus fréquent de voir le kyste fœtal s'éliminer par suppuration, quand les agents infectieux ont pénétré dans la cavité kystique soit par l'extérieur à travers la plaie abdominale, soit par migration à travers les parois du kyste, surtout quand celui-ci n'est pas accolé à l'intestin.

Un des modes d'élimination du placenta est la *momification*, non la momification complète, mais plutôt le premier degré de dessiccation qui aboutirait plus tard à la transformation en lithopédion; cette lithopédisation ne s'observe que quand le placenta est enfermé dans une cavité hermétiquement close. Il se produit dans ces cas une dénutrition, une dévascularisation qui ramène le ratatinement à sec de l'organe, qui devient dur, racorni, sans la moindre trace de sphacèle. Le tissu conjonctif s'épaissit, devient dense; les parties liquides se résorbent peu à peu. La momification du placenta passe souvent inaperçue, parce que la suppuration envahit le délivre après peu de jours. A côté de la momification naturelle du placenta, analogue à la gangrène sèche, et à la transformation du pédicule extra-abdominal dans l'hystérectomie, on peut chercher à produire cette momification artificiellement à l'aide d'agents momifiants.

Après la laparotomie pour grossesse extra-utérine on est autorisé à enlever le placenta quand la mort du fœtus remonte à une date déjà éloignée; quand le placenta est partiellement ou entièrement décollé, quand il est ramassé, peu étendu, même sur une petite surface, quand enfin il est pédiculé. Mais ces conditions ne rencontrent rarement réunies; et le chirurgien devra presque toujours renoncer à l'ablation. Si le placenta menace d'être envahi par l'infection, on pourra avoir recours au drainage de la poche kystique à la gaze iodoformée (Mickulicz) ou aux lavages biquotidiens (Pinard) avec une solution de naphtol β ou de biiodure d'hydrargyre à 1/4000.

En l'absence de phénomènes septiques on a conseillé de refermer l'abdomen et de pratiquer des lavages; le placenta doit se résorber à la longue. Les accidents sont fréquent avec cette méthode, et souvent on a été obligé de faire une deuxième laparotomie pour parer aux dangers, on peut encore instituer le traitement par lavages; mais il faut craindre, en ouvrant deux fois par jour le pansement, de favoriser l'infection de la plaie. Il est plus sage d'abandonner à la nature l'élimination du placenta, en procédant de la façon suivante :

Après l'incision du kyste fœtal et l'extraction du fœtus, on sectionne le cordon, on marsupialise la poche. Quand la cavité a été bien nettoyée, on la bourre avec de la gaze iodoformée, que l'on peut laisser 8 à 10 jours, à moins d'élévation de température. On change le pansement en s'abstenant de toute traction sur le placenta, et, au bout de 20 à 30 jours, le placenta se détachera de lui-même. Ce procédé, dont M. Lescuyer rapporte deux observations, suivies de succès, est applicable au cas d'enfant vivant aussi bien qu'à celui d'enfant mort.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Pathogénie de l'acromégalie, par F. Schupfer (*Annali di medicina navale*, an. IV, fasc. VII, juillet 1898, p. 688). — On connaît un certain nombre de cas de lésions de l'hypophyse cérébrale n'ayant pas donné lieu à des symptômes d'acromégalie. L'auteur donne un nouveau cas de cet ordre et montre que c'est à tort que l'on a voulu opposer ces faits à la théorie pituitaire de l'acromégalie.

En effet, le plus souvent, la lésion de l'hypophyse qui n'a pas donné lieu à des symptômes acromégaliques est une lésion *destructive* (anévrysme, gomme, nodule cancéreux *métastatique*). Lorsque la tumeur de l'hypophyse, primitive, n'a pas fait l'acromégalie, c'est que les sujets étaient âgés, que leurs os étaient hors d'état de subir le processus d'accroissement.

Les lésions de la pituitaire rencontrées dans l'acromégalie (hypertrophie simple, adénome, sarcome) ne sont pas destructives; elles sont seulement une *transformation* de la glande; le sarcome primitif de la pituitaire, bénin, ne donnant *jamais* de métastases, a des caractères particuliers qui le font considérer plutôt comme une hyperplasie dégénérative que comme une tumeur maligne vraie. Dans les rares cas d'acromégalie avec destruction de l'hypophyse (kystes, nécrose, dégénération colloïde), la lésion destructive remplaçait la lésion hyperplasique du début et la maladie était arrivée à sa période de cachexie. Les faits d'acromégalie sans tumeur hypophysaire constituent un autre argument contre la théorie pituitaire; mais les uns sont en réalité des cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, d'autres des cas de déformations osseuses consécutives à des lésions cérébrales multiples.

Il est certain : 1° que dans tous les cas bien établis d'acromégalie, la pituitaire a été trouvée *altérée;* 2° que les cas où l'hypophyse a été trouvée saine n'appartiennent pas à l'acromégalie; 3° que la lésion *destructive* de l'hypophyse ne fait pas l'acromégalie. On est donc en droit de regarder comme vraie la théorie pituitaire de l'acromégalie.

La gérodermie génito-dystrophique, par Rummo (*Académie médico-chirurgicale de Palerme*, juin 1898). — La nouvelle entité clinique décrite par M. Rummo fait partie de la classe des maladies de la dystrophie avec l'infantilisme, le féminisme, le myxœdème, le gigantisme, le nanisme, l'acromégalie, les myopathies et les dystrophies nerveuses hérédo-familiales.

Le syndrome morphologique de la gérodermie se rapproche du féminisme et de l'infantilisme par la pathogénie (dystrophie génitale); du myxœdème par l'état de la peau, de l'acromégalie par le volume des extrémités; il ne s'agit là que d'une affinité de symptômes, la gérodermie se distingue nettement des maladies congénères.

Le visage du gérodermique est couleur de cire vieille ou de parchemin; la peau en est rugueuse, ratatinée, flasque, inélastique; les zygomas sont saillants, le front bas et ridé, les sillons naso-géniens très apparents; les joues sont ridées et tombantes, les oreilles grosses et en anse. Ce masque gérodermique est bien

différent de la figure ronde, à peau lisse, mince, rosée, qui est l'attribut du féminisme et de l'infantilisme.

Dans la gérodermie, le tronc est très développé, le poignet et le cou-de-pied sont rendus volumineux par l'épaississement des têtes articulaires; les mains sont assez grosses pour rappeler le type acromégalique; le pied est éléphantesque. Dans le type gérodermique comme dans le féminisme, les seins et le ventre sont proéminents et les fesses bien développées au-dessous de l'ensellure lombaire; mais dans la gérodermie, l'abdomen est en besace, les mamelles et les fesses sont pendantes et flasques.

En ce qui concerne les caractères psychiques et moraux des trois types génito-dystrophiques (infantilisme, féminisme et gérodermie), on peut dire que d'une façon générale ils concordent avec l'âge apparent que le sujet semble conserver à perpétuité. Mais dans la gérodermie, contrairement à ce qui arrive dans le féminisme et l'infantilisme, l'intelligence, quoique obtuse, est assez bien équilibrée; la fonction génésique est très réduite ou absente, mais il n'y a pas de perversion sexuelle.

Les principales analogies entre les trois génito-dystrophies sont : le visage imberbe, les aisselles et le pubis glabres, la voix faible, aiguë, infantile. Mais, tandis que dans le féminisme et l'infantilisme les cheveux sont fins et souples, dans la gérodermie ils sont forts et hérissés; dans la gérodermie, la voix de fausset prend en même temps un timbre nasal.

Les caractères de la gérodermie génito-dystrophique sont précis et constants; en Sicile, la maladie est relativement fréquente et M. Rummo a pu observer quinze cas de cette affection qui semble déterminée par l'atrophie du testicule, de même que le myxœdème a pour origine l'atrophie de la glande thyroïde et l'acromégalie les altérations de l'hypophyse cérébrale.

MÉDECINE

Thyréoïdisme artificiel aigu et pathogénie de la Maladie de Basedow (Ein Fall von arteficiellem akutem thyreogenem Morbus Basedow; zugleich ein Beitrag zur Frage der Schilddrusenfonction und zur Frage der Aetiologie des Morbus Basedow), par A. von Notthafft (*Centralb. f. inner. Med.*, 1898, p. 353). — L'auteur dans un travail très documenté rapporte l'observation d'un homme de 45 ans chez lequel il se développa, à la suite d'ingestions de substance thyroïdienne contre son obésité, des accidents de thyréoïdisme simulant complètement le goître exophthalmique.

D'après lui, on doit tenir grand compte dans l'étude du goître exophthalmique des résultats favorables ou non du traitement thyroïdien. Dans le goître exophthalmique la sécrétion interne du corps thyroïde est altérée non seulement dans sa quantité mais surtout dans sa qualité.

La maladie de Basedow est un ensemble morbide complexe et variable, sans cause univoque mais avec une localisation spéciale dans son origine. Les recherches pathologiques ont montré que l'élément essentiellement malade de la glande est l'épithélium sécrétoire de la glande, dont la sécrétion est altérée. Celle-ci produit secondairement par sa toxicité, lorsqu'elle circule dans le sang, des troubles fonctionnels graves du système nerveux, surtout dans la région bulbaire.

Ces troubles sont secondaires et non primitifs. Les troubles vaso-moteurs, les congestions, les arhythmies peuvent expliquer certaines complications comme les hémorrhagies, les dégénérescences, les scléroses et les foyers de ramollissement du cerveau.

La cause intime du goître exophthalmique nous échappe : il semble pourtant qu'elle ne soit pas une, que les agents toxiques ou inflammatoires atteignant la glande (thyroïdites aiguës), aussi bien que les hémorrhagies (traumatisme), que les troubles de nutrition (chlorose, anémie, menstruation) ou de circulation (goîtres) peuvent conduire au développement de la maladie de Basedow.

Présence du brome dans la glande thyroïde normale (Presenza del bromo nella glandola tiroide normale), par Baldi (*Gazetta med. Lombarda*, juin 1898, p. 227). — L'auteur, en raison de la parenté intime que la chimie inorganique nous démontre entre l'iode et le brome, a voulu rechercher si dans les tissus organisés où l'on trouve de l'iode, en particulier dans la glande thyroïde, le brome peut également s'y rencontrer.

Pour retrouver la présence du brome, le Dr Baldi a eu recours à la méthode de Baubigny qui permet de déceler des traces infinitésimales de brome en combinaison. (Voir, pour les détails de cette méthode, *Comptes rendus de l'Acad. des sc. de Paris*, t. 135, p. 608.)

Les recherches du Dr Baldi ont été faites sur des extraits de glande thyroïde de Meck et sur des glandes thyroïdes fraîches. Dans les deux cas le réactif de Baubigny a démontré la présence du brome, en quantité suffisante pour pouvoir être susceptible de dosage.

Maladies de l'intestin (Kasuistiche Beiträge zu den Erkrankungen der Trachis intestinalis), par G. Rosenfeld (*Centralbl. f. klin. Medicin*, 1898, 23 juillet, p. 849). — L'auteur rapporte d'abord deux cas très semblables d'une interprétation difficile. Il s'agit de 2 malades, un homme de 26 ans et une femme de 32 ans, présentant sans cause antérieure un état d'épuisement considérable caractérisé par des vomissements, de la constipation, de l'inanition mais surtout par la présence dans leurs urines d'une forte quantité d'acétone. Dans les 2 cas, il n'y avait pas de diabète. La maladie débuta brusquement et se termina progressivement par la guérison. On peut se demander ici quelle était la cause de la maladie et peut être doit-on invoquer l'action toxique de l'acétone ou de quelque autre poison intestinal.

CHIRURGIE

Sur trois cas d'ovariotomie (Note on three successful cases of ovariotomy performed at the West-Hospital, Rakjot), par H. Burke (*Indian med. Gaz.*, 1898, p. 219). — Dans les trois cas rapportés par l'auteur, l'opération fut pratiquée pour kystes de l'ovaire.

Dans un cas il s'agissait de kyste uniloculaire sans adhérences, chez une femme de 45 ans.

Dans les deux autres cas il y avait des adhérences étendues, il s'agissait de kyste multiloculaire et dans un de ces deux cas le liquide était purulent.

La cavité abdominale fut lavée avec une solution salée.

Dans les 3 cas, le Dr Burke employa la position de Trendelenburg qui a l'avantage de mettre dans une certaine mesure le chirurgien à l'abri de l'intestin. D'autre part le malade dans ces conditions supporte mieux l'anesthésie. La ligature du pédicule fut faite avec un fil de soie et faite séparément pour les éléments du pédicule.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Août 1898.

De la kératectomie combinée.

M. Panas, sous ce nom, décrit une opération qui consiste d'abord à enlever la cornée en n'en laissant qu'un mince rebord; par l'ouverture ainsi obtenue il enlève l'iris, et laisse partir le cristallin. Pour éviter une trop grande sortie du vitré il se hâte de faire une suture médiane suivie de deux autres. Il arrondit ensuite les angles que font les extrémités de la ligne de réunion, et le moignon, ainsi formé, se prête très bien à la prothèse.

L'opération est très simple et M. Panas y recourt dans tous les cas où auparavant il pratiquait l'énucléation; elle est surtout indiquée dans le glaucome, où elle met fin aux douleurs si atroces de cette maladie, tout en permettant le port d'un œil artificiel.

Le protargol dans l'ophthalmie purulente.

M. Chauvel. — M. Darier nous a adressé un mémoire sur la guérison de l'ophthalmie purulente par le protargol. Je n'ai pu controler personnellement les résultats obtenus par M. Darier. Ils semblent avoir été très satisfaisants et paraissent

de nature à encourager les praticiens qui voudraient entrer dans la même voie. Je dois dire cependant que la vieille et excellente méthode de traitement de l'ophthalmie purulente par le nitrate d'argent, conserve et conservera longtemps encore de nombreux partisans. Elle a fait ses preuves, et je comprends que les praticiens ne l'abandonnent pas facilement.

Sur une nouvelle méthode de taille hypogastrique.

M. Suarez de Mendoza. — Etant donné les inconvénients que peut présenter, d'une part, l'emploi du ballon de Peterson (insuffisance temporaire du sphincter, rupture complète du rectum), et, d'autre part, la difficulté, dans certains cas, d'amener la distension de la vessie par l'injection de liquide, M. Suarez de Mendoza a cherché, dans la taille hypogastrique, à se passer de ces deux artifices.

Il y est arrivé en se basant sur la constatation suivante : lorsque le corps est placé dans la position de Trendelenburg à une inclinaison de 45°, le cul-de-sac péritonéal est toujours entraîné assez haut pour que le bec d'une sonde, introduite dans la vessie vide et poussée vers le bord supérieur du pubis apparaisse en cet endroit au-dessous du repli séreux.

Il se sert d'une sonde, dont le bout est plein et porte une rainure pour guider le bistouri et un œil la traversant de part en part, qui sert au passage d'une aiguille enfilée. Au-dessous de la partie massive, il y a un orifice destiné au lavage de la vessie.

Une fois le malade chloroformé, il procède au lavage de la vessie avec cette sonde; puis il incise la paroi abdominale comme d'habitude, et déchire avec le doigt le tissu cellulo-graisseux prévésical; puis la sonde étant poussée en haut par un aide et en avant, de façon à ce que, coiffée de la paroi vésicale, elle fasse saillie au-dessus du pubis, il fait passer l'aiguille dans l'œil de la sonde. Ensuite, avec le bistouri, il fend la vessie sur la cannelure antéro-postérieure qui se trouve sur le bec de la sonde. Avec des pinces ou un ténaculum on prend le fil de façon à former une boucle de chaque côté de l'œil de la sonde et on coupe ce fil pour obtenir ainsi deux brins, dont chacun traverse et soulève une des lèvres de l'incision vésicale, que l'on prolonge en avant autant qu'il est nécessaire. Pour le reste de l'opération on se conforme aux règles ordinaires.

MÉDECINE PRATIQUE

Le salicylate de méthyle dans le torticolis rhumatismal et la névralgie lombo-abdominale,

Par M. le Dr Mériel (de Toulouse),

Ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie à la Faculté.

L'introduction du salicylate de méthyle dans le traitement des affections rhumatismales a réalisé un véritable progrès thérapeutique. Au salicylate de soude, d'un emploi souvent dangereux et d'une tolérance difficile, MM. Linossier et Lannois substituent le salicylate de méthyle, d'un maniement commode et d'une innocuité presque absolue. Depuis, le mémoire de Linossier et Lannois (1), Duplessis (2), Le Strat (3), Ringot (4), Lemoine (5), Siredey (6), Dedieu (7), Catrin (8) ont successivement exposé les diverses affections justiciables de ce nouveau spécifique du rhumatisme. Malgré ces expérimentations, il est encore certaines maladies dans lesquelles le salicylate de méthyle peut rendre de grands services.

Il nous a été donné, dans notre clientèle, de traiter, dans le courant de cette année, un certaint nombre d'affections rhumatismales par le salicylate de méthyle. C'est ainsi que nous l'avons ordonné dans 9 cas de rhumatismes subaigus ou chroniques, 3 cas de rhumatismes articulaires aigus, 2 cas de sciatique et 1 cas de lombago; les 2 cas de sciatique notamment avaient résisté à toute autre médication.

Nous ne parlerons pas de ces cas, voulant seulement attirer l'attention sur le traitement du torticolis musculaire *a frigore* et de la névralgie lombo-abdominale pour lesquels le salicylate de méthyle n'a pas été essayé jusqu'à ce jour.

Observation I. — *Torticolis*. L. M... (de Blagnac), 50 ans, arthritique. Le 25 mai 1898, torticolis dont le siège est le muscle trapèze. L'inclinaison unilatérale gauche fait penser qu'un seul des trapèzes est pris; le muscle sterno-mastoïdien n'est pas douloureux.

Badigeonnage avec 30 gouttes de salicylate de méthyle, puis la peau est recouverte d'ouate, au-dessus de laquelle on applique un carré de toile gommée. Le soir sensible amélioration, la tête est moins immobilisée dans son inclinaison, quelques mouvements sont possibles. Nuit bonne et, le lendemain soir, toute douleur ayant disparue, nous trouvons notre malade assis à son métier de tisserand.

Obs. II. — *Torticolis*. C. M... (de Blagnac), 30 ans; père et mère arthritiques. Le 18 juin la malade est prise brusquement, dans la nuit, de douleurs vives dans le sterno-mastoïdien gauche avec impossibilité de redresser la tête. Nous ordonnons des badigeonnages avec 30 à 40 gouttes de salicylate de méthyle sur toute la longueur du muscle rétracté. Deux heures après la malade se lève et peut mouvoir sa tête; dans l'après-midi, la plupart des mouvements sont revenus et le lendemain la malade ne ressent plus de douleur.

Obs. III. — *Névralgie lombo-abdominale*. J. B... (de Blagnac), 47 ans. Le 3 juin, ressent une douleur, sourde d'abord, qui devient très vive dans la région lombaire. Cette douleur s'irradie graduellement vers la paroi abdominale jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la racine de la cuisse. Les mouvements du tronc et la marche sont douloureux et la position couchée est la seule qui soit supportée par le malade.

Le lombago et la colique néphrétique étant éliminés, le diagnostic de névralgie lombo-abdominale s'impose. Nous prescrivons *loco dolenti* des badigeonnages avec 30 à 40 gouttes de salicylate de méthyle. Au bout d'un 1/2 heure, la douleur est plus tolérable, moins vive et le malade peut se retourner dans le lit. Le soir, nouvelle application qui éveille un sentiment de brûlure; mais cette douleur se calme en 5 minutes. Dans la nuit, le malade se lève sur son lit, sans grande douleur; le lendemain, même traitement et le 6 juin, tout symptôme avait disparu.

On voit par ces exemples que le salicylate de méthyle est susceptible d'applications variées. Le traitement des névralgies par le salicylate de méthyle et de la sciatique en particulier, a donné des succès encourageants à Lemoine et à Rénon, ainsi qu'à Chambard-Hénon dans le zona. Ces essais cliniques nous ont encouragé à traiter de la même façon une autre névralgie, la névralgie lombo-abdominale et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Les douleurs si vives de cette névralgie ont pu s'atténuer rapidement et disparaître plus tôt qu'avec les traitements habituels. Nous insistons enfin sur la courte durée du torticolis traité par le salicylate de méthyle, et nous pensons que le domaine de ses indications est appelé à s'étendre chaque jour davantage.

1. Linossier et Lannois, Communication (*Sem. méd.*, 1896 97).
2. Duplessis, thèse de Paris, 1897.
3. Le Strat, thèse de Bordeaux, 1896.
4. Ringot, thèse de Lille, 1896.
5. Lemoine, *Soc. méd. des hôpitaux.*, 7 mai 1897.
6. Siredey, *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1897.
7. Dedieu, thèse de Toulouse, 1898.
8. Catrin, *Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mai 1898. Discussion.

Traitement externe de l'eczéma,

Par le Dr Leredde.

a. *Asepsie des surfaces eczématiques.* — A quelque variété d'eczéma que l'on ait affaire, il convient au préalable de mettre les surfaces en état de propreté, de les débarrasser des croûtes impétigineuses et de les empêcher de se reproduire.

A cette indication répondent plusieurs moyens.

Lorsque les croûtes sont abondantes, épaisses, on peut s'en débarrasser par des cataplasmes de fécule de la dimension exacte des régions eczématisées, qu'on laisse plusieurs heures en place. Après les avoir enlevés, on détache les croûtes au moyen de coton hydrophile et on lotionne à l'eau bouillie.

Les pulvérisations, pour lesquelles on emploiera simplement l'eau bouillie, permettent également de faire tomber les croûtes impétigineuses et constituent le traitement de choix dans les eczémas croûteux des régions pilaires. Lorsqu'il s'agit d'eczémas torpides, on peut se servir d'eau boriquée à 3 p. 100 ou de sublimé à 10 000, mais les antiseptiques n'ont pas d'avantage, car il suffit de débarrasser mécaniquement la surface des produits d'infection secondaire.

Dans les eczémas généralisés, l'indication des bains peut résulter de l'existence d'infections suppuratives diffuses de la peau; ainsi en est-il dans l'eczéma lié au prurigo de Hebra; mais, à part cette indication, l'emploi des bains, qui sont pourtant prescrits d'une manière banale, est formellement contre-indiqué; répétés, ils ont de nombreux inconvénients (Besnier, Brocq). Le bain d'amidon est le seul qui puisse être autorisé, comme bain de propreté, dans les eczémas chroniques, c'est-à-dire tous les 8 jours.

Dans l'eczéma aigu, infecté, le bain doit être remplacé par les pansements permanents à l'eau bouillie. Les décoctions de camomille, de fleurs de sureau, peuvent être exceptionnellement irritantes et l'eau boriquée l'est habituellement.

b. *Pansements simples des surfaces eczémateuses.* — Sous le nom de pansements simples, nous comprendrons l'ensemble des moyens qui ne diminuent pas sensiblement le suintement eczématique.

Nous les classerons de la manière suivante : pansements humides, corps gras, caoutchouc.

Aux pansements humides indiqués plus haut et qui conviennent au début des eczémas aigus, on peut rapidement substituer des pansements plus actifs. L'eau boriquée est encore irritante, mais combinée au borate de soude (Darier) ou au bicarbonate de soude (Brocq), elle offre en pansements humides permanents de précieux avantages.

Les corps gras sont aujourd'hui moins en honneur qu'autrefois; mais de tous, le plus utile est l'axonge fraîche, dans tous les eczémas aigus, si peu irritables soient-ils. On la renouvellera tous les jours. La vaseline exagère dans quelques cas les réactions inflammatoires de la peau. Parfois le liniment oléocalcaire stérilisé rendra des services, dans les eczémas hyperesthésiques (Besnier).

L'emploi du caoutchouc vulcanisé (Colson, E. Besnier, Tenneson) a réalisé un progrès important dans la thérapeutique de l'eczéma : on applique une feuille mince de la dimension exacte de la surface eczématique sur les lésions aseptisées au préalable. Trois fois par jour on l'enlève, on la lave à l'eau boriquée avec soin et on lotionne la peau à l'eau bouillie. Avec ces soins de propreté, qui sont indispensables, on obtient un décapage parfait des surfaces malades et un suintement intense. M. Tenneson continue l'emploi de caoutchouc jusqu'à ce que le suintement s'arrête. Nous avons modifié cette méthode, en la combinant à l'emploi du nitrate d'argent (voir Trait. réducteurs).

L'emploi du caoutchouc est indiqué dans l'eczéma aigu (sauf les contre-indications formulées au début de cet article), et au début du traitement de la plupart des eczémas chroniques, *non séborrhéiques.* S'il se produit de l'irritation, la moindre suppuration, on enlève le caoutchouc et on revient immédiatement aux pansements humides.

c. *Traitements réducteurs.* — On peut, dans certains cas, agir énergiquement sur l'eczéma aigu, lorsqu'il est d'origine externe, ou lorsqu'il n'y a aucune contre-indication viscérale.

L'acide picrique en solution aqueuse à 1/200 dont on imbibe des compresses qu'on recouvre de taffetas gommé et qu'on renouvelle tous les jours est de tous les procédés celui qui diminue le plus rapidement l'œdème et l'hyperémie cutanée. Dans quelques cas très rares, il peut être irritant, aussi faut-il en surveiller les effets.

Les pommades à l'oxyde de zinc conviennent à la période de régression de l'eczéma aigu, et dans les eczémas chroniques. On l'emploiera sous forme de pommade à 20 p. 100 ou d'onguent ou de pâte.

Mais ce traitement un peu banal convient surtout à l'hôpital et aux malades chez lesquels on ne peut suivre l'effet d'une intervention plus active. Chez les autres on peut, en observant la sensibilité des lésions et en procédant graduellement, employer des pommades et des glycérolés dans lesquels on incorporera :

De l'acide salicylique. . .	1-3 p. 100 (Lassar.)
De la résorcine.	1-2 —
De l'huile de cade ou huile de bouleau.	1-3-5 gr.

De l'acide phénique, 1 p. 100 (dans les eczémas où les lésions sont peu irritables et où le prurit est excessif).

Dans les eczémas chroniques, invétérés, lichénifiés, on peut procéder d'une manière beaucoup plus énergique et employer :

L'huile de cade à la dose de.	10 p. 100
L'oxyde jaune de mercure et le calomel.	1 p. 50 à 1 p. 20
L'acide pyrogallique. . . .	1-3 p. 100

Toutes ces substances peuvent être employées sous forme d'emplâtres, dans les eczémas limités et chroniques; signalons l'emplâtre à l'oxyde de zinc, l'emplâtre rouge de Vidal (minium, cinabre), l'emplâtre au calomel, l'emplâtre à l'huile de morue dans les eczémas liés au prurigo de Hebra. Dans l'eczéma chronique associé au prurigo, on emploie depuis Unna et Pick des colles, soit sur les parties eczématisées seules, soit, si l'on veut calmer le prurit, sur la surface entière du corps.

Parmi les procédés de réduction de l'eczéma, il faut mettre en première ligne le nitrate d'argent en solution aqueuse à 1 p. 100. Parmi les moyens actifs, aucun n'est moins irritant, et en le maniant énergiquement on peut venir à bout des eczémas les plus rebelles.

On peut, comme nous l'avons indiqué, combiner le traitement par le caoutchouc et le nitrate d'argent de la manière suivante : on applique le caoutchouc suivant la technique indiquée plus haut. Puis, chaque jour, on fait, sur la surface décapée, un attouchement au nitrate d'argent à 1 p. 40, et s'il ne se produit aucune réaction inflammatoire, ce qui est la règle, on élève peu à peu la dose jusqu'à 1/20. Après chaque attouchement, on laisse sécher la surface, puis on applique de nouveau le caoutchouc.

Ce traitement convient même à des eczémas étendus et subaigus.

Traitement de l'eczéma séborrhéique. — Lorsque l'eczéma séborrhéique n'est accompagné d'aucun suintement, lorsqu'il se présente sous forme de placards limités, on doit employer les méthodes analogues à celles qui réussissent dans les psoriasis : le glycérolé cadique fort, l'acide pyrogallique à 5 p. 100, l'acide salicylique à 5-10 p. 100, l'emplâtre de Vigo.

Les pommades soufrées, très en honneur depuis les recherches de Unna, ont parfois l'inconvénient à doses élevées de soufre, d'être plus irritantes que les précédentes.

Traitement de quelques variétés régionales. — *Cuir chevelu.* — Ici l'asepsie préalable a encore plus d'importance que partout ailleurs (pulvérisations); chez l'homme les cheveux seront coupés.

Dès que la surface sera en état de propreté, bonnet de caoutchouc la nuit chez l'homme, la femme ou l'enfant.

Lorsque le suintement aura disparu, et dans les formes chroniques, pommades salicylées, à l'huile de cade, à l'acide pyrogallique, frictions à l'extrait de panama chez la femme.

Eczéma des paupières. — Dans l'eczéma commun isolé ou associé à un eczéma de la face, M. Besnier recommande de commencer le traitement par des applications anodines : cataplasmes de fécules tièdes, pulvérisations d'eau bouillie. Les

formes internes, dit-il, sont du ressort de l'ophthalmologiste; dans les formes prolongées, séborrhéiques, l'emploi des pommades finit par s'imposer, mais est toujours délicat.

Eczéma conjonctivo-palpébral. — A la période d'irritation, compresse d'eau boriquée faible ou cataplasmes de fécule. Puis lorsque l'irritation conjonctivale décroît, irrigations conjonctivales et compresses tièdes matin et soir avec la solution :

Cyanure de mercure	0 gr. 05
Eau bouillie.	500 gr. (Besnier.)

Eczéma de la base des cils. — Les croûtes seront enlevées, on fera des lotions avec la solution de cyanure de mercure à 1 p. 1 000; s'il y a des érosions, on les touchera au nitrate d'argent. Lorsqu'on aura obtenu une amélioration marquée, on appliquera des pommades à l'oxyde de zinc le matin, et le soir à l'oxyde jaune 1 p. 200 (Besnier). Souvent l'épilation s'impose.

Lèvres. — Chez l'homme dans toutes les formes d'eczéma des lèvres un peu ancien, et dans tous les cas où il existe un état d'infection locale qui ne disparaît pas rapidement par les pulvérisations et les lotions antiseptiques, l'épilation est nécessaire.

On applique alors, et d'emblée chez les femmes (après asepsie de la surface), une bandelette de caoutchouc attachée derrière la tête par des cordons qui passent au-dessus des oreilles. Il sera utile dans les cas rebelles de combiner au caoutchouc des badigeonnages au nitrate d'argent suivant la technique que nous avons indiquée. Enfin dans les cas graves, il faut avoir recours à la scarification.

Mais il est essentiel de toujours rechercher la cause, et de faire étudier en particulier l'état des fosses nasales par un spécialiste.

Dans l'eczéma de la partie rouge des lèvres, M. Besnier recommande les astringents léger, ratanhia et borax, le savon mou de potasse, l'huile de cade ou de bouleau. Chez les sujets qui s'y prêtent, les scarifications sont le procédé de choix. La nuit on applique une bandelette de caoutchouc.

Barbe. — La barbe sera coupée aux ciseaux; le traitement local de l'eczéma sera alors celui de l'eczéma en général, suivant la variété à laquelle on aura affaire, aiguë, chronique.

Dans les formes subaiguës et chroniques, on fera plusieurs fois par jour des lotions avec la solution :

Alcool à 90°	100 gr.
Cyanure d'hydrargyre	0 gr. 05

A la période chronique, l'épilation est nécessaire, et si on ne vient pas à bout de l'eczématisation par l'huile de cade, l'oxyde jaune de mercure, le nitrate d'argent, il faudra scarifier.

Mains. — Nous avons indiqué que la condition nécessaire de la guérison dans les eczémas d'origine externe est la suppression de toutes les actions irritantes et en particulier du *savonnage quotidien*. Si le malade peut se servir de gants en continuant sa profession, on peut arriver à le guérir; si c'est impossible, on n'arrivera en général qu'à des résultats incomplets. Les pommades les plus épaisses sont les meilleures, car elles sont les plus protectrices.

Lorsque l'altération unguéale a pour cause directe une eczématisation des doigts et des régions péri-unguéales, il faudra faire disparaître celle-ci. (Le caoutchouc et le nitrate d'argent sont les meilleurs procédés.) L'eczématisation disparue, les lésions des ongles s'améliorent souvent. Lorsqu'elles sont isolées, on peut essayer de les modifier par la méthode qu'a recommandée Sabouraud qui applique chaque jour sur l'ongle un morceau de coton trempé dans la solution :

Iode.	1 gr.
Iodure de potassium.	2 gr.
Eau.	1 litre.

et recouvert d'un doigtier de caoutchouc.

Eczéma de la verge. — Chez l'enfant à prépuce exubérant, la circoncision s'impose. Chez le vieillard, lorsque l'eczéma est dû au séjour de l'urine entre le prépuce et le gland, on séparera ceux-ci par du coton hydrophile et on poudrera au bismuth. Les attouchements de nitrate d'argent à 1/50 agiront sur l'eczématisation. Les soins hygiéniques seront les mêmes chez les diabétiques. L'eczéma chronique du gland sera traité par l'huile de bouleau en badigeonnages. Les pommades sont d'une application difficile; dans les cas rebelles, on fera des pansements locaux permanents (Besnier).

Eczéma du scrotum. — Dans les périodes suraiguës, pulvérisations, soir et matin, cataplasmes de fécules tièdes la nuit, pansements humides le jour.

A la période de suintement, lorsque l'œdème diminue, le malade doit porter un suspensoir en caoutchouc, nettoyé à *fond*, ainsi que la peau, trois fois par jour. Plus tard, pansement au cyanure de mercure à 1 p. 10 000, enfin badigeonnages au nitrate d'argent (Besnier).

Eczéma de la vulve. — On ne peut guérir un eczéma vulvaire sans avoir déterminé et guéri sa cause. Après chaque miction, les parties génitales seront lavées à l'eau boriquée. On fera plusieurs fois par jour des lotions au sublimé à 1 p. 10 000 ou 1 p. 5 000. Au besoin, pansements humides permanents, badigeonnage au nitrate d'argent.

Eczéma de l'anus. — Comme l'eczéma vulvaire, celui de l'anus ne guérit que par la suppression de la cause. Il faudra avant tout régler les garde-robes. Avant la défécation, la région malade sera graissée avec la pommade :

Lanoline	} āā 50 gr.
Vaseline	
Résorcine	0 gr. 50

Après la garde-robe, le malade prendra pour le rendre de suite un lavement boriqué tiède (Besnier).

Si l'eczéma est aigu, on prescrira des bains de siège amidonnés à la période de suintement, du caoutchouc.

Dans les cas rebelles, M. Besnier recommande les pommades chrysophaniques à 5 p. 100, à condition d'en surveiller l'emploi et le nitrate d'argent. Les hémorrhoïdes seront traitées; dans les cas rebelles avec prurit et lichénification, l'anus sera dilaté.

Eczéma variqueux des jambes. — Toutes les fois que le malade pourra garder le repos, la jambe élevée, la guérison de l'eczéma variqueux se fera assez rapidement en l'absence d'ulcération et de lymphangite; si le malade marche, on ne peut répondre ni la durée, ni des complications.

A la période aiguë, cataplasmes de fécule, applications de caoutchouc.

A la période chronique, M. Besnier recommande les emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de morue ou au diachylon, et la compression de la jambe par un bas lacé. Une bande de caoutchouc partant du pied allant jusqu'au genou rendra les mêmes services que le bas.

Pieds. — Lorsque l'eczéma se présente sous sa forme vulgaire sans hyperkératose, le caoutchouc au besoin combiné avec le nitrate d'argent permet d'arriver à la guérison. S'il existe de l'hyperkératoie, il est nécessaire au préalable de « décaper » la peau. M. Brocq recommande de ramollir les croûtes avec des cataplasmes de fécule, puis de frictionner au savon noir ou avec un savon salicylé, enfin d'appliquer des pommades au glycérolé d'amidon salicylés (5,10 p. 100). Au besoin, on peut faire des applications de savon noir qu'on laisse en place plusieurs heures.

Une fois l'eczéma décapé, on le traite comme l'eczéma vulgaire.

Souvent l'eczéma plantaire est lié à l'hyperhydrose. Contre celle-ci, en dehors des périodes d'eczématisation, on prescrira des lavages avec des solutions de sublimé alcoolisées :

Sublimé.	1 gr.
Alcool à 90°	200 gr.
Eau.	800 gr.

au permanganate de potasse à 1 p. 5 000. Les pieds seront poudrés avec de la craie préparée additionnée de salicylate de bismuth ou de sous-nitrate :

Craie préparée	200 gr.
Sous-nitrate de bismuth	10 gr.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE DES CONGRÈS

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 30 août.

Traitement de la tuberculose par le sérum normal de bœuf, le séro-gaïacol et le phosphite de gaïacol.

M. Berlioz (de Grenoble). — Le relèvement de l'organisme est la source de toute guérison. La déchéance organique se traduit par une diminution du poids du corps et des matériaux solides de l'urine. La thérapeutique, au point de vue hygiénique, la plus sûre, est la suralimentation et la suraération. Au point de vue médicamenteux, c'est l'emploi de la créosote et de son principal composant, le gaïacol. M. Berlioz a songé à utiliser les injections de sérum normal de bœuf en remplaçant les injections sous-cutanées par des lavements et en ajoutant du phosphite de gaïacol et des extraits organiques au sérum ainsi injecté. Ces lavements s'administrent au moyen d'un flacon (30 grammes) muni d'une poire de caoutchouc. A la suite de ce traitement, les malades ont augmenté de poids. Il y a eu augmentation de l'urée dans l'urine. Chez un malade, l'urée a monté de 11 à 44 grammes. L'appétit et les forces sont revenues.

La fièvre n'est pas une contre-indication de ce traitement.

La guérison des arthrites tuberculeuses sans interventions sanglantes.

M. Calot (de Berck) a abandonné, depuis près de 2 ans, les interventions sanglantes dans le traitement des tumeurs blanches en considérant que les arthropathies tuberculeuses sont, au point de vue anatomo-pathologique, des abcès froids des articulations.

Comme pour les abcès froids en général, le meilleur traitement c'est, incontestablement, la ponction suivie d'injections modificatrices, ponctions et injections faites dans l'intérieur de la cavité articulaire.

Sur 40 tumeurs blanches, la guérison a été 39 fois obtenue par ce seul traitement; dans un seul cas, chez un homme de 30 ans, et pour une tumeur blanche datant de 5 ans, en raison de dispositions anatomiques rendant ce traitement difficile, M. Calot a dû recourir ultérieurement à une résection, ou plutôt à une arthrectomie.

Quant aux résultats orthopédiques, ils ont été des plus remarquables. Non seulement le membre a conservé sa forme, sa longueur et sa solidité; mais, dans près du quart des cas, les jointures ont recouvré la totalité ou la presque totalité de leurs mouvements.

Comme liquide d'injections, M. Calot emploie le naphtol camphré et l'éther iodoformé, à la dose de 1 à 10 grammes, suivant l'âge des malades. Il commence par des injections de naphtol camphré, pratiquées après évacuation de la cavité articulaire, jusqu'à concurrence de 3 injections, les faisant à 2 ou 3 jours d'intervalles l'une de l'autre. Après la 8e injection de naphtol camphré, il fait 2 injections d'éther iodoformé. Puis, après avoir vidé complètement la cavité articulaire à deux ou trois reprises du liquide qu'elle continue à sécréter pendant quelque temps après la dernière injection, il fait une bonne compression de la jointure avec de la ouate et des bandes plâtrées.

La période des injections a duré 25 à 30 jours, la période de compression dure environ 3 ou 4 semaines, après quoi le malade est laissé en liberté, le traitement étant fini.

S'il s'agit d'une tumeur blanche sèche, les 4 ou 5 premières injections d'une petite quantité de naphtol dans la cavité synoviale provoquent une sécrétion des parois de cette cavité et la production d'une sérosité brunâtre qui ramène ce cas au précédent.

Dans le cas de tumeur blanche avec fistule, le traitement est plus long. La fistule est une complication imputable au médecin; elle ne devrait jamais se produire. Lorsqu'elle existe, on arrive à la guérison avec des injections faites dans le trajet, de manière à ce que le liquide y séjourne. Les douleurs et le mouvement fébrile qui surviennent parfois pendant le traitement ne sont pas des contre-indications, mais ces phénomènes commandent d'espacer les injections et de diminuer la quantité de liquide injecté.

M. P. Redard (de Paris) applique depuis 8 ans les injections antiseptiques au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses de l'enfance. Le liquide qu'il injecte autour ou dans l'intérieur de l'articulation tuberculeuse est l'huile d'olives iodoformée à 5 ou 10 p. 100. L'huile doit être très soigneusement stérilisée. L'opération doit être absolument aseptique, pratiquée avec des seringues en verre munies d'aiguilles rigoureusement flambées.

Les injections, pratiquées une fois par semaine, plus ou moins longtemps, suivant les cas, souvent avec persévérance pendant plusieurs mois, seront surtout intra-articulaires. On peut faire aussi des injections péri-articulaires au niveau et au centre des fongosités. La quantité de liquide injecté varie de quelques gouttes à 6 centim. cubes.

Dans les ostéo-arthrites avec épanchement notable, M. Redard extrait par la ponction aspiratrice une petite quantité de liquide, avant de faire l'injection.

Les injections antiseptiques articulaires conviennent surtout pour les articulations à synoviales étendues, non anfractueuses, facilement accessibles, surtout pour le genou, pour le coude, le poignet et l'articulation tibio-tarsienne. L'articulation de la hanche ne peut être facilement atteinte, dans sa profondeur, et il faut, en général, se contenter d'injections péri-articulaires, ou dans les abcès, dès qu'ils apparaissent superficiellement.

La méthode est surtout indiquée dans les formes humides d'ostéo-arthrite de l'enfance, principalement dans les lésions fongueuses étendues à la synoviale.

De l'examen des observations, il résulte que les guérisons sont surtout obtenues dans les cas d'arthrites fongueuses, sans fistules, du genou (60 p. 100). Les succès sont moins fréquents pour les ostéo-arthrites du coude, du poignet et surtout de l'articulation tibio-tarsienne (40 p. 100). Les récidives sont assez rares.

Les résultats fonctionnels sont satisfaisants; une partie des mouvements sont conservés; dans le tiers des cas, il persiste de la raideur et quelquefois de l'ankylose.

Dans les arthrites avec fistules les insuccès sont fréquents et on n'obtient plus que 15 à 20 p. 100 de guérisons.

Dans ces cas, M. Redard recommande les injections dans l'épaisseur des tissus autour du trajet fistuleux, et surtout les injections profondes de sérum oxygéné. Il a aussi expérimenté le sérum d'euphorbe préconisé par M. Penières. Dans un cas d'arthrite fongueuse tibio-tarsienne, le résultat a été très satisfaisant et le malade est actuellement guéri. Dans un autre cas d'arthrite de la même articulation, le sérum d'euphorbe n'a eu aucune action et nous avons dû intervenir chirurgicalement.

Bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

M. H. Meunier communique une trentaine de cas de tuberculose pulmonaire chez des nourrissons chez lesquels l'examen des crachats pris dans l'estomac, par lavage de ce dernier, ont donné des résultats positifs au point de vue de la présence des bacilles de Koch.

Bien que l'enfant ne crache pas, il est donc possible et facile de pratiquer la bacilloscopie de ses sécrétions bronchiques et de faire bénéficier, par conséquent, le diagnostic de la tuberculose infantile du précieux procédé si utilement employé chez l'adulte.

Les crachats de l'enfant, déglutis aussitôt après leur expulsion hors des voies respiratoires, séjournent dans l'estomac un temps suffisant pour qu'on puisse les extraire de cet organe par un simple lavage et les soumettre ensuite aux procédés habituels de coloration des bacilles de Koch. L'opération doit être faite de préférence le matin à jeun.

La méthode n'est naturellement applicable qu'aux cas dans lesquels il existe une sécrétion bronchique purulente, pouvant faire supposer une tuberculose ouverte (tuberculose subaiguë, phthisie commune). Ici comme chez l'adulte, les examens positifs ont seuls une valeur indiscutable et imposent le diagnostic; les examens négatifs n'ont qu'une valeur de présomption qui prend, cependant, une signification presque décisive lorsqu'il s'agit de sujets dont les crachats déglutis sont nettement purulents et chez qui les signes d'auscultation indiquent l'existence d'un foyer de ramollissement ou de suppuration. En ce cas, en effet, l'absence du germe spécifique dans le pus expectoré, surtout après plusieurs examens, permet d'éliminer l'hypothèse d'une phthisie ulcéreuse et détourne le diagnostic vers les autres modalités de suppuration pulmonaire fréquentes chez l'enfant, telles que dilatation des bronches, pleurésies enkystées ou interlobaires ouvertes, broncho-pneumonies nécrosantes, etc.

De la radiographie dans la coxalgie et particulièrement dans la coxalgie au début.

M. P. Redard (de Paris) présente une série de radiographies démontrant que ce nouveau mode d'investigation permet de faire sur le vivant l'anatomie pathologique et constitue un très utile moyen de diagnostic et de traitement à diverses périodes de la coxo-tuberculose.

Dans les contractures de la hanche au début, les radiographies permettent d'affirmer l'existence réelle de la coxalgie, ou l'état d'intégrité de la l'articulation. M. Redard possède plusieurs observations, dans lesquelles il a pu affirmer l'intégrité de l'articulation, la pseudo-coxalgie étant sous la dépendance de contractures de la hanche par irritation douloureuse d'organes périphériques.

Dès le début de la coxalgie, les lésions sont nettement indiquées par la radiographie. Sur une radiographie qui appartient à un jeune enfant atteint de coxalgie datant seulement d'un mois, on voit très nettement les lésions osseuses se dessinant en clair et les lésions de la synoviale. Tout le corps du fémur est plus clair que celui du côté opposé, ce qui indique que, même à cette période peu avancée de la maladie, des lésions osseuses existent dans toute l'étendue du fémur.

Les radiographies, prises à diverses périodes de la coxalgie, indiquent les lésions suivantes :

Atrophie du fémur et du bassin du côté correspondant à la coxalgie. Teinte claire de tout le fémur, indiquant des lésions dans toute l'étendue de l'os.

Teinte foncée indiquant des fongosités ou la présence d'abcès froids; os spongieux, à petites cavités anfractueuses, moins dense, tassé. Tête fémorale irrégulière, disparition du col, diminution de l'angle du fémur, lésions de la cavité cotyloïde.

Séquestre, foyers osseux intra- ou extra-articulaires.

Luxation ou subluxation de la tête fémorale, inclinaison vicieuse du bassin.

Dans un assez grand nombre de cas, les radiographies démontrent que la coxalgie apporte un retard dans la soudure de l'épiphyse supérieure du fémur.

D'après ces indications, on peut établir un diagnostic précis de l'affection et de ses particularités, différencier la coxalgie de l'ostéomyélite des lésions péri-articulaires juxta-coxales, et des arthrites de diverses natures, instituer un traitement basé sur les conditions anatomo-pathologiques.

Une intervention, sanglante ou non, sera d'autant plus sûre qu'on connaîtra mieux l'état, les déplacements et les déformations des parties malades. L'étude du bassin coxalgique sera facile et permettra de corriger les inclinaisons vicieuses du bassin par la thérapeutique que M. Redard a indiquée au dernier Congrès de chirurgie.

La démonstration, par la radiographie, des modifications de formes de la tête fémorale et du bassinet, des subluxations légères de l'extrémité supérieure du fémur guidera la thérapeutique et renseignera sur les résultats que les redressements ou les opérations sanglantes pourront donner. Avant les interventions sanglantes, la radiographie indiquera l'étendue, le siège des lésions, l'existence de séquestres ou de foyers extra-articulaires.

De l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose dans les grands établissements d'instruction secondaire.

M. G. Weil attire l'attention du Congrès sur l'insuffisance notoire des mesures préventives contre la tuberculose dans les grands établissements d'instruction secondaire.

Dans les établissements d'instruction secondaire, la défense de cracher n'existe même pas ; et cela, malgré les avis de l'Académie qui, en 1890, et hier encore, émettait des vœux très nets pour l'installation de crachoirs dans toutes les écoles.

Les lycées de Paris sont souvent des agglomérations de plus de 3 000 personnes, avec des allants et venants nombreux ; on y mange et on y couche, et l'on n'y voit nulle part appliquées ces mesures banales contre la dissémination des crachats qui peuvent être bacillaires. La bienséance seule, à défaut de règlements, y sert de règle de conduite; et si l'immense majorité de cette agglomération ne crache pas par terre, on pourrait citer plus d'une exception. Ainsi, un professeur de lycée m'a dit que le pourtour de sa chaire était quelquefois entouré de tant de crachats laissés par celui qui l'y avait précédé que, par mesure de propreté, il les recouvrait d'un papier. Tel aussi, ce professeur de gymnastique, mort tuberculeux, qui crachait dans le sable où se roulaient les élèves !

Les médecins des lycées éloignent avec le plus grand soin tout élève qui présente le moindre germe contagieux et ne gardent point les enfants entachés de tuberculose ouverte. Il serait bon que les mêmes préoccupations visent la nocuité possible des maîtres, et que la contagiosité de ces derniers, en matière de bronchite tuberculeuse, fût l'objet d'enquêtes et de précautions qui seraient affaire de tact médical.

Il serait à désirer qu'on ne fournît aux élèves que des professeurs absolument indemnes de toute tare bacillaire; et pour cela, que l'entrée dans l'enseignement fût accompagnée d'un examen médical dans lequel on aurait en vue surtout la recherche de la tuberculose par les procédés que la science moderne met à notre disposition.

En terminant, M. Weil dépose les conclusions suivantes :

1° Il est à désirer que l'Administration procède dans le plus bref délai possible à l'installation des crachoirs dans les établissements d'instruction secondaire, avec obligation pour les maîtres

de prêcher d'exemple, en ne crachant jamais ailleurs que dans ce réceptacle.

2° Il serait urgent d'avoir recours à l'affichage pour renseigner les élèves sur le danger des expectorations. On pourrait même y ajouter quelques conseils faisant comprendre les risques du crachat et le danger de la non-observation de certaines mesures banales d'hygiène.

M. Landouzy s'associe d'autant plus énergiquement aux réclamations de M. Weil, que, en sa qualité de médecin en chef d'un des plus grands établissements d'instruction publique de Paris, il sait le temps et la peine qu'il lui a fallu, officieusement, pour obtenir l'installation de crachoirs.

De la tuberculose de la clavicule.

M. Ozenne (de Paris) communique l'observation d'une femme de 28 ans, entrée à Saint-Lazare. Comme antécédents héréditaires, on trouve qu'un de ses frères était mort phthisique. Comme antécédents personnels, rien à noter jusqu'à l'âge de 26 ans, c'est-à-dire 2 ans avant son observation.

A cette époque, cette jeune femme fait une fièvre typhoïde grave qui dure 2 mois. Aucune complication. Un an plus tard, douleurs assez vives au niveau de l'épaule du côté droit, qui persistent pendant quelques semaines, ne s'accompagnant d'aucun gonflement. Elles s'atténuèrent peu à peu et devinrent si minimes que la malade ne s'en préoccupa plus. Mais 6 mois plus tard apparaît, au niveau de l'extrémité interne de la clavicule, une rougeur de la peau qui ne tarde pas à augmenter et à s'accompagner d'un certain gonflement. La peau s'amincit, se perfore, et il en sort une sorte d'humeur jaunâtre. Pas de traitement à ce moment.

Quelques mois plus tard, pendant lesquels les douleurs persistèrent, la malade entre à Saint-Lazare et à ce moment, la peau, de couleur jaune rougeâtre, est adhérente aux parties profondes et présente un pertuis par lequel un stylet, introduit, arrive sur la clavicule dénudée.

Une incision dans le sens de la longueur de la clavicule permet de reconnaître que l'os était hypertrophié dans toute sa moitié interne. Cette hypertrophie se présentait sous forme d'un segment osseux du volume du médius, d'une coloration rougeâtre, autour d'un point qui était lui-même une solution de continuité de l'os, à l'union du tissu externe avec les deux tiers externes; avec le stylet, on trouvait une cavité, un séquestre; on agrandit la cavité de l'os au moyen d'une pince coupante et on put extraire facilement un tout petit séquestre. Curetage des fongosités et pansement à la gaze iodoformée. Au bout de 2 mois la cicatrisation était complète.

La malade ayant eu une fièvre typhoïde 2 mois auparavant, on aurait pu songer à un abcès typhique ou à de l'ostéomyélite. Mais la constatation dans les fongosités de la présence de cellules géantes nageant au milieu des cellules embryonnaires, faite par M. Dubard, ne laisse place à aucun doute au sujet de la nature tuberculeuse de la lésion.

On connaît quelques observations de tuberculose de la diaphyse des os longs. Verneuil, en 1851, a présenté à la Société anatomique, des fémurs, tibias, etc., atteints de tuberculose osseuse. En 1890, Petitpierre, dans sa thèse, cite des faits d'ostéite tuberculeuse chronique de la clavicule, dont un seul est discutable. Dernièrement M. Coudray a communiqué un cas recueilli chez une jeune femme de 32 ans, où les symptômes se sont bornés à la douleur et au gonflement osseux, sans suppuration.

Sur la non-cicatrisation des cavernes tuberculeuses du poumon avec persistance de leur cavité.

M. Raymond Tripier. — Toutes les lésions tuberculeuses du poumon sont susceptibles de guérison, mais il faut en excepter les cavernes avec persistance de leur cavité, dont les parois ne sont jamais constituées par une membrane fibreuse limitante avec ou sans épithélium à sa surface, comme on l'admet généralement.

Les excavations qui sont ainsi limitées se rapportent à des dilatations bronchiques, soit qu'on ait affaire à une cavité ressemblant à une caverne au milieu de dilatations bronchiques, soit qu'il s'agisse d'une petite cavité sans communication avec les bronches situées vers le sommet du poumon.

Les cavernes qui communiquent avec les bronches et que l'on considère à tort comme cicatrisées, continuent à évoluer, lentement il est vrai, mais en exposant toujours les malades aux plus grands dangers par la possibilité d'une généralisation plus ou moins étendue.

Cet accident est surtout à redouter lorsque la caverne se vide difficilement. C'est ainsi qu'on peut rencontrer vers la région postéro-externe du sommet une caverne superficielle ne communiquant avec une bronche que par une ouverture étroite située sur un point élevé de sa paroi; de telle sorte qu'il y a rétention d'une certaine quantité de pus tuberculeux dans une cavité à peu près close, bien propre aux phénomènes d'absorption et de généralisation.

Si une intervention chirurgicale pouvait être tentée, ce serait plutôt dans les cas de ce genre, mais à la condition de pouvoir obtenir l'accolement des parois de la cavité, sans lequel on ne peut espérer une guérison, pas plus par les moyens chirurgicaux que par les traitements médicaux.

Sur les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus.

M. L. Rénon. — Chez les animaux expérimentalement infectés, l'aspergillus fumigatus peut donner des formes particulières ressemblant à s'y méprendre à l'actinomycose (Laulanié, Lichtheim, Ribbert, Rénon, Lucet) : on les retrouve dans les poumons des malades ayant succombé à l'aspergillose primitive de l'appareil respiratoire (Weathon, Rubert Boyce, Kohn); jusqu'ici, elles ont toujours fait défaut dans les cultures en milieux usuels.

Ces formes actinomycosiques représentent des productions avortées (Lichtheim), et elles sont l'indice de la défense extrême de l'organisme et de la vitalité moins grande du champignon (Rénon).

On les rencontre dans d'autres mycoses, dans le favus (Sabrazès) et chez des microbes. La bactérie des nodosités des légumineuses peut prendre la forme oospora (Mazé), et le bacille de Koch présente aussi des formes actinomycosiques (Metchnikof, Coppen Jones, Babès et Lovachti, Cornil, Besançon et Griffon, Ferran); leur signification semble la même.

Si l'on songe qu'un champignon, l'aspergillus fumigatus, et qu'un microbe, le bacille de Koch, provoquant tous deux les réactions histologiques du tubercule, possèdent des formes actinomycosiques paraissant relever d'une vitalité moins grande, et si l'on considère que la plupart des parasites pourvus de ces formes spéciales (actinomyces, bacilles des nodosités, des légumineuses, aspergillus fumigatus, etc.), ont une vie saprophytique dans la nature, il n'est pas impossible de supposer qu'il en soit de même du bacille de Koch.

Ce n'est là sans doute qu'une idée théorique, mais en faveur de laquelle vient plaider l'étude toute récente de la tuberculose des animaux à sang froid. On sait, en effet, que les bacilles issus des tubercules des poissons présentent, dans certains cas, des formes ramifiées déviant des formes primitives (Dubard, Bataillon et Terre, Ledoux-Lebard), et que, par son passage sur la grenouille, la tuberculose humaine semble perdre de sa virulence (Auché et Hobbs), les animaux succombant plus tardivement que lorsqu'ils sont inoculés avec la tuberculose aviaire (Ramond et Ravaut).

Rapports de la morve et de la tuberculose.

M. Cartier. — Les bovidés, les oiseaux, qui n'échappent pas à la tuberculose, ne sont jamais atteints de morve. Il semble qu'il y ait antagonisme entre les deux maladies. La race équine, très sensible à la morve, est rarement victime de la tuberculose.

L'homme ne prend jamais la morve spontanément. Ce fait vient encore à l'appui de la non-coexistence de la morve et de la tuberculose.

Partant de ces faits et comme, d'autre part, une première atteinte de tuberculose ou de morve ne confère pas l'immunité, je me suis demandé si, en rendant artificiellement certains ani

maux morveux, on empêcherait le développement de la tuberculose chez eux et *vice versa*.

J'ai constaté, dans mes recherches au laboratoire Saint-Jacques, que la morve ne se développe pas dans un bouillon où pousse une culture vivante de tuberculose stérilisée empêche le développement de la morve.

M. Nocard est absolument d'un avis opposé à M. Cartier. Son hypothèse va à l'encontre de toute les traditions vétérinaires. Les chèvres ne sont pas réfractaires à la tuberculose (expériences de M. Moussu). Le mouton, qui est un peu plus difficile à rendre tuberculeux, ne prend pas plus facilement la morve que la chèvre. Il ne faut pas que le public croie qu'il y a antagonisme entre la morve et la tuberculose.

Lupus et épithélioma.

M. Paviot. — Dans l'association du lupus et de l'épithélioma, c'est à la périphérie des bourgeons épithéliomateux que l'on retrouve les cellules lupiques, avec ou sans cellules géantes.

Dans le cas que nous apportons aujourd'hui, il s'agit de cellules géantes que l'on voit survenir au centre même des bourgeons épithéliomateux.

Ce fait est véritablement intéressant, mais il mérite une petite discussion. D'abord, sont-ce bien des cellules tuberculeuses auxquelles nous avons affaire ? En second lieu, ne s'agit-il pas de ces cellules géantes que l'on a décrites dans les tumeurs des tissus lymphatiques ? Toutes nos tentatives pour y déceler le bacille de Koch ont été vaines, mais nous savons que, dans le lupus, la présence du bacille est excessivement rare. Cependant la discussion n'est pas close pour cela, car on peut objecter à ce fait que nous avons sous les yeux des cellules géantes comme on en observe dans la strongylose, etc. Mais quand on considère qu'elles sont au centre des tumeurs et ne sont entourées d'aucune zone de cellules embryonnaires, on peut conclure que cet épithélioma, greffé sur un lupus ne représentant aucune trace d'infection, présente bien des cellules géantes de nature tuberculeuse et non d'une nature indéterminée. Nous devons répondre à une autre objection. Kraus, en 1885, a décrit des cellules géantes dans les tumeurs épithéliales, mais aucun auteur ne les a rencontrées, et tous les histologistes savent bien que, dans l'épithélioma corné, on voit des cellules plates qui se fusionnent et donnent l'apparence de cellules géantes. Or, dans ces masses protoplasmiques polynucléaires, on retrouve toujours des vestiges de la division cellulaire persistante.

Ce fait présente un autre intérêt au point de vue de l'histogénèse de la cellule géante. Il vient confirmer cette notion acquise, et bien vue pour l'épithélioma du corps thyroïde (Cornil et Ranvier), et reposant sur d'autres constatations (cellules géantes se développant aux dépens des canalicules biliaires et dans les alvéoles pulmonaires), à savoir que la cellule géante peut se développer aux dépens des cellules épithéliales. Mais on ne peut ici parler ni de fusion de cellules, ni de cellules angioplastiques. On ne peut parler non plus de pénétration de leucocytes (théorie leucocytaire).

Enfin, ceci permettra de faire une troisième constatation. Cette constatation ne représente que la confirmation du fait qui a été avancé et bien prouvé par notre maître Tripier (de Lyon) au Congrès de Berlin, c'est-à-dire qu'il existe entre les cellules épithéliomateuses qui naissent autour d'un tubercule et les cellules propres qui naissent de ce tubercule une parenté étroite.

En effet, nous voyons que les cellules géantes se forment par la cohésion des cellules épithéliomateuses. Donc, dans ce fait, les cellules épithéliomateuses sont bien l'équivalent des cellules épithéliales, et c'est là que nous voyons à son summum cette parenté étroite entre les cellules d'un tubercule et les cellules propres de l'organe dans lequel on les observe.

Etudes sur les fausses tuberculoses.

M. Arthaud. — L'auteur a été frappé du nombre relativement considérable de tuberculoses à marche anormale qu'il rencontrait, environ 15 p. 100 du nombre des malades.

Ces tuberculoses se montraient réfractaires aux agents thérapeutiques. L'examen des crachats était souvent négatif quant aux formes bacillaires pures; on trouvait des formes sporulaires zoogléiques ou mycosiques dans les produits de l'expectoration. De plus, l'examen clinique des malades permettait de constater les traces d'une hérédité pathologique et de nombreuses traces de dégénérescence (dents d'Hutchinson, déformations osseuses, etc.). Il y avait des coexistences morbides fréquentes, affections cutanées, tuberculoses locales, névrites, etc. On trouvait sur le tégument des cicatrices représentant des traces d'affections anciennes. Chez quelques-uns de ces malades, des localisations typiques éveillèrent, malgré l'absence d'antécédents, l'idée de syphilis héréditaire et le traitement vint confirmer cette idée par une amélioration rapide des accidents soignés souvent depuis plusieurs années sans aucun succès.

L'auteur en arrive à cette première conclusion que, sur un lot de 100 malades présentant des symptômes de la tuberculose, il y a 10 p. 100 de syphilitiques héréditaires avec ou sans coexistence de tuberculose. Chez d'autres malades la médication mercurielle restant inefficace et devenant quelquefois plutôt nuisible, l'idée de syphilis devait être écartée, mais considérant que ces malades présentaient des coexistences morbides particulières (mal de Morvan, syringomyélie, panaris analgésique, ichthyose, névrite hypertrophique nodulaire, etc.), l'auteur pensa à la lèpre héréditaire. Le lieu d'origine de ces malades confirma tout d'abord cette prévision. L'enquête, sur un point, montra que les foyers les plus fréquents en France de ces formes anormales étaient :

1° Les remous d'invasion des Ardennes, collines de Picardie, du Hainaut, les Vosges.

2° Les zones identiques des Pyrénées, pays basque et Catalogne.

3° La Bretagne.

4° Les foyers erratiques au niveau du plateau central, de la Savoie, etc.

L'examen sur place des *Kakous* bretons à forme typique montra des localisations viscérales de la lèpre absolument semblables. L'auteur en conclut, étant donné l'abondance des formes en buisson dans les produits d'expectoration qu'il s'agit bien là de formes ancestrales de la lèpre dont la fréquence est d'environ de 2 à 3 p. 100 sur le total des malades.

Il peut certainement y avoir des coexistences; mais il paraît très certainement y avoir des cas purs et indépendants de la tuberculose. L'auteur a employé avec quelques succès, dans certains cas, l'acide salicylique à l'extérieur et la saliciline à haute dose comme médicament interne.

L'auteur indique que la dissémination de ces cas par l'hérédité et leur réveil possible sous forme virulente et transmissible peuvent expliquer l'apparition des cas de lèpre autochtone et leur extension dans les grandes villes.

Crymothérapie.

M. Ribard a fait, lors de la visite des membres du Congrès à l'hôpital Boucicaut, une conférence sur la médication crymothérapique (κρυμός, grand froid) qu'il expérimente chez les tuberculeux de concert avec M. Letulle. Tout le monde sait que l'on mange beaucoup plus pendant l'hiver qu'en été, que le séjour dans les pays froids excite l'appétit. M. Ribard, ne pouvant soumettre les tuberculeux eux-mêmes à l'influence du froid, a eu l'idée d'agir sur leur appétit par l'application locale du froid, et il procède de la manière suivante :

On remplit un sac de toile grossière avec deux kilos de « neige carbonique » dont la température est de — 80° et on l'applique sur le creux de l'estomac; afin de protéger la peau contre l'action directe de ce froid intense, on enveloppe le sac d'une couche épaisse d'ouate; dans ces conditions, la peau de la région sur laquelle est appliqué l'appareil conserve une température de + 5°; malgré cela les radiations émanées du bloc réfrigérant parviennent très probablement aux viscères abdominaux, car on sait que, étant donné un corps à une température inférieure à — 60°, aucune substance isolante n'est capable de le protéger contre les radiations calorifiques environnantes; il est donc fort vraisemblable que, au travers de la peau médiocrement refroidie, l'estomac et le foie subissent l'influence des 80° de froid de la neige carbonique; pour lutter contre cette influence, le système nerveux sympathique réagit violemment,

ce qui se traduit cliniquement par une sensation de faim.

Les applications du sac de neige carbonique durent environ une demi-heure et sont faites quotidiennement avant chacun des deux principaux repas : au bout de 3 à 5 jours de ce traitement, les phthisiques anorexiques ressentent de l'appétit; ils ont faim, mangent, ont une sensation de bien-être et renaissent à l'espérance.

Le seul inconvénient de cette méthode thérapeutique est son prix élevé : le sac de neige carbonique coûte 4 francs, et on ne peut le conserver plus d'une journée à cause de l'évaporation continue de la neige carbonique.

Rareté de la tuberculose chez les mineurs.

M. Josset. — Tous les auteurs ont été frappés du peu de fréquence de la tuberculose chez les ouvriers mineurs de houille. Nous avons voulu contrôler ces assertions. Par des examens bactériologiques répétés, nous nous sommes convaincus de la véracité du fait. Il était important de rechercher la cause de cette immunité. Les animaux anthracosés expérimentalement ne sont pas réfractaires au bacille de Koch. Il ne s'agissait pas d'une véritable immunité, mais simplement de la rareté relative de la tuberculose dans un groupe d'individus. Nous avons cherché une explication répondant mieux à nos connaissances actuelles; nous l'avons trouvée dans les conditions mêmes du travail de ces ouvriers : le chantier est en perpétuel déplacement; la place où on travaillait la veille est recouverte le lendemain par des remblais et abandonnée sans retour; partant, point de contagion possible; les poussières de houille et les fumées sont antiseptiques; l'air est constamment renouvelé. Telles sont les causes du peu de ravages que la tuberculose cause parmi eux.

Les ouvriers qui travaillent chez eux, comme les passementiers, donnent une plus forte proportion de tuberculose.

Dans les ateliers fermés, la contagion tuberculeuse est autrement facile.

La tuberculose et la pseudo-tuberculose vermineuse du mouton et de la chèvre.

M. A. de Joug (de Leyde) a observé très souvent chez les moutons et les chèvres la pneumonie vermineuse causée par la strongle (strongylus rufus).

Cette affection peut être difficile à distinguer de la vraie tuberculose, et l'examen histologique est souvent nécessaire.

La pseudo-tuberculose vermineuse peut envahir des organes autres que le poumon, et, notamment les ganglions lymphatiques.

Il n'est pas toujours facile de mettre en évidence les vers, non plus que de découvrir le bacille en cas de vraie tuberculose. L'inspecteur des viandes n'aura pas le temps d'attendre les résultats des inoculations au lapin.

Sur les scléroses pulmonaires.

M. Arthaud. — Il est fréquent de rencontrer aux autopsies des lésions de sclérose aux poumons (60 à 80 p. 100).

Quand on examine avec plus d'attention les parties du poumon qui paraissent saines, on constate trois types, qui coexistent la plupart du temps : 1° la sclérose massive; 2° la sclérose en plaques déjà décrite par Laënnec; 3° une forme beaucoup moins connue, c'est la forme emphysémateuse.

Ces lésions sont bien sous la dépendance de la tuberculose : car, en faisant des coupes, on finit par découvrir un tubercule fibreux très nettement caractérisé et on y constate le bacille.

Ces scléroses servent de base anatomique à des états morbides. Il est donc important de faire le diagnostic. Elles ne sont pas très faciles à mettre en évidence, même avec les rayons X. On voit à peine un léger changement dans la transparence du poumon. Mais par les moyens ordinaires on peut cependant les reconnaître. Elles se révèlent par de la matité, de la diminution des vibrations thoraciques, une respiration anormale caractérisée par la discontinuité du murmure vésiculaire, enfin par les signes qui sont la conséquence de ces troubles : dyspnée, anémie, troubles nerveux du côté d'organes différents, estomac, cœur (tachycardie, paroxystique), etc.

La prétuberculose pulmonaire et son traitement.

M. Fauvel. — Les symptômes locaux de la prétuberculose sont caractérisés par une inflammation de la muqueuse pharyngée, rouge et couverte de mucus, puis sèche, ainsi que les amygdales et le fond de la gorge. Les sécrétions d'abord abondantes, diminuent, deviennent muco-purulentes, puis sont remplacées par la sécheresse. L'amaigrissement et la fièvre apparaissent. L'inflammation peut gagner la trompe d'Eustache et entraîner une méningite par propagation. Dans ces cas, nous avons obtenu de bons résultats du lavage antiseptique des fosses nasales avec le siphon de Weber et de l'administration des extraits physiologiques glandulaires.

De la nécessité de multiplier les petits sanatoriums pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Legendre. — On a opposé contre l'établissement de sanatoriums les raisons suivantes : accumulation d'un trop grand nombre de malades, effroi pour les tuberculeux et leur famille, ennui des tuberculeux avancés, qui reculent devant la fatigue d'un déplacement, déplacement trop onéreux pour les familles qui cessent de voir leur parent tuberculeux.

Il faudrait qu'on ne fût pas obligé de faire faire un long voyage au malade, que ses parents pussent aller le visiter souvent. Il faudrait donc que dans un grand nombre de points de la France existassent des sanatoriums.

Il faudrait aussi qu'il existât des sanatoriums différents pour les différents périodes et dans différents climats, afin de répondre aux multiples besoins de la pratique.

Que se propose-t-on en envoyant des tuberculeux dans les sanatoriums? Leur apprendre à se soigner par l'hygiène, à éviter de tousser inutilement, à se servir du crachoir, etc.

Au point de vue médical, le climat comporte la température, la direction habituelle des vents, les poussières, l'hygrométricité, l'état du ciel, les pluies et l'état de la nappe souterraine du sol. Deux villes très rapprochées peuvent différer beaucoup.

Les chambres à coucher doivent être orientées au midi.

Les petits sanatoriums peuvent se concevoir de diverses façons : un médecin pourrait prendre en pension 3 ou 4 malades, ou bien tenir un établissement assez grand pour que les frais médicaux soient infimes par rapport aux frais généraux. Le nombre de 20 malades paraît alors nécessaire.

En résumé, je souhaite la création de petits sanatoriums de 4 à 20 malades pour la cure de la tuberculose.

Les sanatoriums populaires pour les tuberculeux en Allemagne.

M. P. Konindjy. — En 1895, il s'était formé à Berlin, sur l'initiative de M. Pauwitz, médecin militaire de la Croix-Rouge allemande, un comité central, dans le but de créer des sanatoriums populaires. Grâce au concours de la Croix-Rouge, ce comité put installer, la même année, un sanatorium à Grabowsee, qui est considéré comme le type de 30 sanatoriums, que la Croix-Rouge se propose de créer en Allemagne, et dont un tiers fonctionne déjà. Les professeurs von Leyden et von Ziemssen sont présidents du comité central.

Le sanatorium de Grabowsee est situé dans la forêt qui entoure le lac du même nom, à 3/4 d'heure de chemin de fer de Berlin. Il se compose actuellement de 3 bâtiments et 13 baraques, celles-ci divisées en 3 compartiments, dont les extrêmes contiennent 4 lits chacun; celui du milieu sert de salon. Les malades dorment avec les fenêtres ouvertes seulement d'un seul côté.

Les chambres, dans les bâtiments, sont à 2, 3 et 6 lits; le côté exposé au midi est presque entièrement éclairé; le côté opposé est plein. La nuit, on ferme les fenêtres qui sont tout près des lits des malades, et on laisse ouverte une fenêtre par chambre.

Dans la salle de bains, on trouve une pierre d'évier destinée à recevoir les expectorations des crachoirs de poche. Le malade lave son crachoir avec l'eau, le sublimé et un fort goupillon.

Les douches sont à 2 mètres de hauteur (6 douches en arrosoir et une à jet fort). La cuisine, la salle à manger, les magasins d'alimentation sont dans un bâtiment à part. Le sanatorium est éclairé à l'acétylène.

Le traitement consiste en hydrothérapie, frictions, repos à l'air.

Les malades passent d'abord par la clinique du professeur Gerhardt, sont réexaminés toutes les deux semaines, pesés également toutes les deux semaines. Leurs crachats sont examinés toutes les trois semaines et plus souvent s'il le faut. Les promenades sont permises après trois semaines de séjour.

Les registres que nous avons consultés montrent que les améliorations commencent habituellement à partir de la 4e semaine; il y a des cas exceptionnels, où l'amélioration se manifeste dès la seconde semaine.

Les malades payants donnent 3 marks par jours. L'entretien d'un malade revient à 2 m. 85 pf.

Le sanatorium de Ruppertshain est un établissement privé destiné aux deux sexes. M. Nahm, directeur du sanatorium, donne une statistique pour l'année 1896-1897. 475 malades ont été soignés pendant cette époque. 140 hommes et 49 femmes sont sortis très améliorés; 70 hommes et 17 femmes restèrent encore dans le sanatorium; leur état s'améliorait progressivement. En moyenne, un homme gagnait 10 livres pendant cette époque, et une femme. 7 livres 1/2.

Des sanatoriums semblables s'imposent pour la population pauvre de Paris. Il faut que le pays qui a donné naissance à Laënnec, Piorry, Villemin et Straus sanctionne la nécessité de la création de sanatoriums populaires dans le monde entier. Les sanatoriums populaires réaliseront un vrai progrès dans la lutte contre la tuberculose.

Cas de contagion de la tuberculose de l'homme aux animaux domestiques et de ces animaux entre eux.

M. Dubousquet-Laborderie a soigné pendant cinq ans un jeune sergent de ville, qui habitait un hôtel meublé à Saint-Ouen, et qui mourut, en 1866, de consomption tuberculeuse, avec grandes cavernes et expectoration très abondante ayant duré fort longtemps. Ce malade, alité durant plusieurs mois, avait pour commensaux deux chiens appartenant à son hôtelier.

Le premier, un danois de forte taille, brun, âgé de trois ans, se met à tousser, s'essouffle, jette, ne mange plus, mais boit continuellement, maigrit à un point extrême et succombe après huit mois de maladie. M. Dubousquet-Laborderie n'a pu faire son autopsie, le maître de l'hôtel lui ayant caché la cause de sa mort, jusqu'au moment où le deuxième chien vint à présenter à peu près les mêmes symptômes.

Celui-ci, un terrier noir, âgé de dix ans, se met à tousser, à perdre l'appétit, jette abondamment, mais n'est pas encore très maigre. Il est sacrifié après cinq mois de maladie. A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : foyers étendus de pneumonie caséeuse, avec cavernicules des diverses dimensions provenant de la dilatation des bronchioles et de l'ulcération du tissu pulmonaire. Dans la plèvre, la rate, le foie et les reins, quelques tumeurs de dimensions diverses et d'aspect sarcomateux. Nombreux bacilles recueillis par le grattage. Inoculation au cobaye positive.

Or, ce second chien avait pour compagnon un chat, qui n'est jamais monté dans la chambre du malade, mais qui couchait avec le chien et mangeait dans la même écuelle. C'était un chat gris, de dix mois. Il tousse pendant deux mois, perd l'appétit, maigrit, présente une abondante diarrhée pendant toute la durée de sa maladie et succombe après deux mois. A l'autopsie : nombreux nodules miliaires des poumons, avec foyers variant de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, ramollis au centre. Quelques petites cavernules. Ganglions mésentériques caséeux. Granulations dans le foie. Foyers caséeux dans les reins. Bacilles de Koch dans les produits de râclage, inoculation positive au cobaye.

Ces faits sont instructifs. Ils signalent un danger qu'on ignore généralement : la contagion tuberculeuse possible des enfants jouant avec les chiens ou chats.

Quelques recherches et réflexions sur la contagion familiale et « maisonnière » de la tuberculose.

M. Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen). — La population de Saint-Ouen, qui compte actuellement plus de 30000 habitants, a présenté en dix ans, de 1885 à 1894, 1248 décès par tuberculose. C'est surtout par contagion familiale et maisonnière que procède la tuberculose. J'ai vu souvent la contagion s'établir très vite après l'arrivée des familles dans la localité. Ce sont les femmes particulièrement qui commencent la série. Elle fait tache d'huile.

Cette contagion familiale et maisonnière, qui s'observe dans les logements ouvriers pauvres et malsains, est infiniment plus rare dans les milieux aisés ou riches. Le manque d'air et de lumière, l'encombrement, le surmenage, la misère et l'alcoolisme rendent le terrain organique de la famille apte à cultiver le bacille, et cela parfois avec une extrême rapidité. Je relève dans mes notes que, sur 175 cas de tuberculose, 107 fois j'ai pu établir la contagion familiale et maisonnière. J'ai vu souvent des familles se succéder dans les mêmes logements et presque toutes présenter des cas de tuberculose.

Ces faits se reproduisent partout. En Limousin, en Bretagne, en Normandie, où depuis six ans nous faisons une enquête auprès de plusieurs de nos confrères y exerçant depuis longtemps, la contagion familiale et maisonnière joue le plus grand rôle. La tuberculose est d'ordinaire importée par des étrangers à la localité. Il est rare qu'une fille partant en service à Paris n'en revienne pas au bout de dix à quinze ans, au maximum, pour mourir, dans son village, d'une maladie de poitrine.

M. Laffargue, de Brive, m'a cité ce cas bien typique, en fait de contagion familiale et maisonnière :

Dans une localité jusque-là indemme de tuberculose, revient se faire soigner et y mourir un charpentier de 42 ans, qui avait contracté sa maladie à Paris. Sa femme est contagionnée et meurt; sa fille subit le même sort; ces deux dernières avaient été soignées par une tante et sa fille qui habitaient la même maison, et les deux meurent aussi de tuberculose; elles n'avaient aucun antécédent tuberculeux. Ces cinq décès se sont produits dans l'espace de six ans.

En Bretagne et en Normandie, les médecins auxquels je me suis adressé sont aussi affirmatifs à ce triple point de vue : la rareté de la tuberculose autrefois, sa fréquence actuelle et la façon dont elle est importée et semée dans le pays.

Tous ces cas de contagion seraient évitables, mais des mesures d'ordre privé et d'ordre général sont nécessaires. Il faut qu'après chaque décès tuberculeux, la désinfection soit obligatoire.

Il faudrait dès l'école inculquer aux enfants les principes de la contagion et les instruire des dangers qui les menaceront plus tard s'ils vont dans les villes. Nos députés, nos sénateurs devraient faire d'actives propagandes pour retenir aux champs les paysans.

Tuberculose humaine transmise à la vache.

M. Nocard. — M. Huon, directeur de la vaccine à Marseille, a cité un cas de tuberculose humaine transmise à la vache. C'est une observation qui a la valeur d'une expérience.

Pour le service de la vaccine, à Marseille, on emploie des veaux sevrés, mais qu'on nourrit cependant avec du lait. Pour les nourrir, le service de la vaccine prend des vaches laitières. Une de ces vaches, reconnue indemne par l'injection de tuberculine, entre et est conservée dans une étable très bien tenue où elle reste à l'abri de tout contact avec les animaux étrangers. Pendant six mois, elle fut soignée par un vieux serviteur de la municipalité, que l'on considérait comme atteint de bronchite chronique. Il toussait, crachait, parfois vomissait, était retenu souvent au lit. Cette bronchite était, en réalité, de la tuberculose. Or, au bout de cinq mois de séjour, on constata que la vache toussait de temps en temps. Une nouvelle injection de tuberculine donna alors la réaction caractéristique ; la vache était tuberculeuse. On l'a alors remplacée par une autre vache, et on l'a gardée en observation pendant quelques mois, loin du service de la vaccine. Le malheureux qui lui avait primitivement

donné des soins est mort. L'autopsie a montré qu'il était tuberculeux. La vache fut alors sacrifiée et reconnue tuberculeuse. C'est une observation de plus à ajouter à celles que nous possédons à l'appui de l'identité des tuberculoses de l'homme et de l'espèce bovine.

Examen du pouls dans la phthisie.

M. Durand. — L'examen du pouls dans la tuberculose a une grande importance. La situation est grave si la courbe du pouls se maintient au-dessus de 100, désespérée si elle dépasse 120 pendant plusieurs jours.

L'examen du poids chez les tuberculeux présente une importance capitale; il permet de discerner les formes curables ou tout au moins les formes lentes.

Contagion de la phthisie.

M. Acard a observé un certain nombre de cas de contagion de la tuberculose dont le suivant peut être considéré comme typique.

Un ouvrier robuste, de 27 ans, perd sa première femme de tuberculose pulmonaire; il reste veuf avec un enfant. Il avait soigné sa femme avec beaucoup de dévouement. Il se remariait quelques mois après et ne tardait pas à donner des signes de phthisie. Sa deuxième femme devenait enceinte. Au sixième mois de sa grossesse, il se manifesta, au cinquième doigt, un abcès tuberculeux. La femme accoucha. Le mari était à l'hôpital Saint-Antoine. Il réintégra son domicile. Peu de temps après, son premier enfant mourait en nourrice de méningite tuberculeuse. Sa deuxième femme, retirée chez sa mère, faubourg Saint-Antoine, ayant, malgré nos recommandations, essayé, par économie, de donner à son bébé le lait de son sein gauche, mourait de tuberculose rapide. L'enfant, pris à son décès de tuberculose mésentérique, ne tarda pas à succomber à son tour.

Un nouveau ménage est venu habiter le même local. Actuellement, l'épouse est soignée dans un de nos hôpitaux, atteinte de phthisie pulmonaire.

Le phosphate de créosote dans la phthisie pulmonaire.

M. Boureau a traité trois malades atteints de lésions pulmonaires avec bacilles de Koch par le phosphate de créosote, à la dose de 6 grammes par jour, comme médicament unique. L'urine a augmenté de 20 p. 100 pour deux malades, ainsi que l'acidité urinaire. Il y a eu augmentation de poids chez tous les malades, disparition ou diminution des crachats, disparition des râles humides.

Traitement de la phthisie par des inhalations de formol et d'acide carbonique.

M. Cornil. — Le formol est irrespirable à l'état pur, mais, si on le mélange à l'acide carbonique, il peut servir au traitement de la tuberculose pulmonaire. Les inhalations durent 15 à 20 minutes au maximum. Sous l'influence de ce traitement, les crachats deviennent blancs, les râles diminuent, la pullulation des bacilles subit un ralentissement manifeste. Ces inhalations ont donné de bons résultats à l'hôpital de Villepinte chez les asthmatiques. On les a accusés à tort de provoquer des hémoptysies.

Des conditions organiques qui favorisent l'évolution de la tuberculose.

M. P. Villanova. — La tuberculose n'est pas, ainsi qu'on paraît le croire, comme la plupart des états morbides chroniques, une affection à évolution capricieuse et susceptible de modifications sous les influences ordinaires. Mes observations m'ont appris qu'il y a des bacillaires que rien ne peut sauver, tandis que d'autres, traités de la même façon, dans les mêmes conditions, au même degré de lésion, voire même à une période plus avancée du mal, se sauvent néanmoins d'une façon qui semble miraculeuse.

Théoriquement, la tuberculose est seule et unique. En clinique, elle varie avec les sujets. C'est l'organisme tout entier qui doit opposer de la résistance et non le poumon seul. La tuberculose est surtout, et avant tout, une affection générale, avant d'être une affection locale.

L'arthritisme seul ou l'artério-sclérose immunise ou guérit définitivement la phthisie pulmonaire.

La tuberculose pulmonaire à l'asile de convalescence de Vincennes.

M. Maurice Mignon (de Paris). — Les tuberculeux soignés à l'asile de Vincennes représentent environ un cinquième des malades. On peut les diviser en deux catégories : ceux qui sont à une période avancée, qui expectorent et sont plus ou moins cachectiques, et ceux qui sont tout à fait au début d'une tuberculose souvent même non encore soignée. Les premiers sont réunis dans des locaux aussi peu hygiéniques que possible, ils ne tirent aucun avantage de leur séjour et ont fréquemment des accidents graves; les seconds sont soignés avec les autres malades, faute de locaux spéciaux, et s'améliorent assez souvent. L'auteur envisage ensuite la question de la contagion, qui est d'une fréquence exceptionnelle, d'après ce qui résulte d'observations faites pendant près de deux ans; ce fait n'a rien d'étonnant quand on songe combien tout convalescent est apte à recevoir une infection quelconque. En raison des considérations précédentes, devant l'impossibilité d'empêcher la contagion à cause de l'irréalisation de toute mesure hygiénique efficace, à cause de l'organisation même de l'établissement, l'auteur émet le vœu qu'on n'envoie plus de tuberculeux à l'asile de Vincennes.

Sur une nouvelle pseudo-tuberculose observée chez les jeunes animaux de l'espèce bovine.

M. Vallée. — C'est en 1884 que Malassez et Vignal ont décrit, sous le nom de tuberculose zoogléique, une maladie tuberculeuse provoquée par un parasite très différent du bacille de Koch. Depuis, de nombreux auteurs ont signalé des pseudo-tuberculoses analogues.

En 1885, M. Nocard retrouvait chez la poule la même maladie. Bientôt des faits semblables se multiplient. Ces infections ont des origines variées et toutes, cependant, présentent le même agent bacillaire, se décolorant par le Gram, pullulant dans les bouillons sous forme de chaînettes.

Après Dor, Preisz a proposé de les appeler pseudo-tuberculoses strepto-bacillaires.

Mais, à côté de cette affection, en existent d'autres ayant quelque analogie avec la tuberculose bacillaire de Koch.

En 1894, Preisz et Guinard signalent, chez le mouton, une pseudo-tuberculose causée par un microbe d'aspect rappelant le bacille diphthérique. Il ne s'agissait pas d'une véritable pseudo-tuberculose, mais simplement d'un semis de foyers purulents. M. Nocard vient d'établir que le bacille de Preisz et Guinard est identique à celui qui provoque la lymphangite pseudo-farcineuse du cheval (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896).

De mon côté, j'ai pu étudier une affection pseudo-tuberculeuse différente de toutes celles observées jusqu'ici, et sévissant sur les jeunes animaux de l'espèce bovine.

La maladie a été observée dans une exploitation agricole de la Motte-Beuvron, comptant 35 bêtes bovines. Les veaux étaient frappés 8 à 15 jours après la naissance et mouraient en 4 à 8 jours, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une faiblesse extrême et une perte totale de l'appétit. A l'autopsie, tous les organes semblaient sains, sauf le foie qui présentait toujours des lésions tuberculiformes.

Au début de l'année 1898, le vétérinaire de l'exploitation, M. Héaulé, adressa à M. Moussu (d'Alfort), le foie de l'un des sujets. M. Moussu voulut bien me confier l'étude de l'affection.

Le foie est criblé de granulations tuberculiformes à sa surface et contient des foyers tuberculiformes à son intérieur. Au milieu de microbes variés, on trouve un fin bacille, dont l'abondance prédomine. Ce bacille conserve la coloration de Gram. Il est plus petit que le bacille du rouget du porc. Cultivé et inoculé aux animaux, il a reproduit la lésion initiale.

Ce bacille cultive rapidement sur le bouillon peptonisé; de

même sur la gélose à la température de 38°. Lorsque l'ensemencement a été pratiqué en stries, la culture se fait sous forme d'une traînée gris bleuâtre, transparente, dont les bords sont finement découpés et comme plissés. Sur la gélatine, la culture n'apparaît qu'après 36 à 48 heures, sous forme d'une multitude de petites colonies arrondies.

La culture sur pomme de terre offre un certain intérêt; quoique abondante, elle est à peine visible. A une bonne lumière et sous une incidence déterminée, on perçoit une bande luisante qui correspond à la strie d'ensemencement.

Le microbe pseudo-tuberculeux pullule sous forme d'un très petit bacille, immobile, à peine plus long que large, arrondi à ses extrémités. L'association en diplo-bactérie est fréquente. Jamais de chaînettes.

Le microbe se colore par toutes les couleurs d'aniline. Sa résistance à la décoloration par le Gram-Nicolle est remarquable.

Les passages en bouillon acide lui font perdre sa virulence.

Le chauffage à 67° durant dix minutes suffit pour tuer le microbe.

Les toxines obtenues en chauffant à 70° pendant un quart d'heure les cultures en bouillon ou en les filtrant sur bougie Chamberland n'ont pas d'activité.

En résumé, la lésion de la pseudo-tuberculose bovine se rapproche beaucoup de la lésion morveuse du cheval. Comme dans cette dernière, c'est la chromatolyse qui est le caractère dominant du processus.

Au point de vue histologique, les tubercules observés dans les poumons d'un lapin inoculé dans le péritoine sont identiques à ceux du foie.

On peut admettre que l'infection se réalise par les voies digestives.

Le fait que l'affection a disparu de l'exploitation où elle régnait, dès que les veaux ont été nourris au lait bouilli et que les locaux ont été désinfectés, plaide en faveur de cette hypothèse.

Effets des injections gazeuses dans la péritonite tuberculeuse expérimentale.

M. Pierre Teissier (de Paris). — Ce traitement s'adresse à la forme ascitique fibreuse. Cette forme guérit parfois spontanément, après une simple évacuation de la sérosité épanchée. Il semble bien que la pénétration de l'air ait une influence. On sait que M. Potain a conseillé les injections d'air dans la plèvre enflammée.

J'ai cherché à établir expérimentalement quelle pouvait être l'action préventive ou curative de l'air sur une tuberculose péritonéale produite chez le cobaye ou le lapin, par inoculation de tuberculose faiblement virulente. Je me suis servi de l'appareil de Potain pour les injections d'air stérilisé. J'ai fait des injections d'air, d'azote et d'oxygène. La dose de gaz a été de 100 à 150 centim. cubes pour le cobaye, de 300 centim. cubes pour le lapin.

Voici les résultats obtenus :

L'injection est parfaitement tolérée. Au bout de 8 jours, l'épanchement est complètement résorbé. A l'autopsie, on trouve des lésions atténuées. Quand on a injecté de l'oxygène, les lésions sont limitées au péritoine; quand on a injecté de l'air, et surtout de l'azote, on trouve des granulations dans les poumons. Il y a là une sorte de métastase de l'infection tuberculeuse expérimentale.

L'air paraît donc avoir une action d'arrêt sur le processus de la péritonite. Vraisemblablement la pénétration de l'air dans la cavité péritonéale joue un certain rôle dans les résultats de la laparotomie dans cette affection. En outre, la séparation des anses intestinales diminue les inflammations de voisinage.

J'ai étudié l'action directe des gaz sur la morphologie des cultures. J'ai ensemencé dans des flacons de Fernbach des cultures de bacille tuberculeux sur gélose glycérinée. Les unes furent mises dans une atmosphère renouvelée d'azote ou d'oxygène, les autres en contact avec l'air servant de témoins. Les cultures dans l'oxygène se développaient très lentement, étaient peu étendues en surface, particulièrement épaisses et visqueuses, allongées mais non filamenteuses.

Les cultures dans l'azote étaient très pauvres, sous forme de pellicules transparentes et exclusivement composées de bacilles courts, que l'on tend à attribuer à des formes résistantes du bacille, même à des spores.

L'iodoforme en injections sous-cutanées dans les hémoptysies à répétition du début de la tuberculose.

M. P. Gallot (de Menton) a eu chez un tuberculeux, à la première période, qui présentait des hémoptysies peu abondantes, mais excessivement fréquentes, l'occasion d'employer avec plein succès l'iodoforme en injections sous-cutanées. Ce médicament ayant donné toute satisfaction, il l'a, par la suite, employé systématiquement dans les hémoptysies congestives du début de la tuberculose et s'en est toujours bien trouvé.

Dans son premier cas, il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui, le 10 août 1896, fut prise subitement, à la suite d'une émotion, d'un crachement de sang abondant, dont la quantité fut évaluée à un verre à Bordeaux par le médecin qui la vit alors. Bien que condamnée aussitôt au repos allongé, elle eut trois autres hémoptysies pendant le mois qui suivit.

En même temps, elle était prise d'une petite toux sèche, sans expectoration, maigrissait et présentait des troubles de dyspepsie asthénique, avec vomissements alimentaires, qui compromettaient profondément la nutrition.

C'est dans ces conditions qu'elle me fut envoyée à Menton, où elle arriva le 22 novembre 1896, dans un état de faiblesse extrême, pesant exactement 44.750.

Au bout de trois semaines la malade était complètement métamorphosée : l'appétit et les forces étaient revenus, les digestions se faisaient bien, l'état général était excellent; le 14 décembre, le poids avait augmenté de près d'un kilo (45.500).

Tout allait pour le mieux, quand, à l'occasion des règles, le 26 décembre, se produisit un crachement de sang qui, malgré le repos au lit et les précautions les plus sévères, se renouvela presque chaque jour pendant tout le courant de janvier. Le crachement de sang s'arrêtait pendant deux jours et reparaissait le troisième. L'iodoforme, administré alors par la voie hypodermique en solution dans l'huile eucalyptolée, à la dose initiale quotidienne de 0 gr. 05, fit cesser l'hémoptysie dès le troisième jour.

Dans des cas analogues M. Gallot a obtenu le même succès et a remarqué qu'il était presque toujours possible de relever dans les antécédents du malade une prédisposition hémophilique.

Sur l'hérédité de la tuberculose.

M. Charrin. — L'hérédité directe, le passage de la graine, est chose rare; depuis trois ans, dans mon service de médecine de la Maternité, je n'ai pas rencontré un seul cas positif; peut-être faut-il faire intervenir l'intégrité du placenta, beaucoup moins souvent altéré dans la bacillose que dans la syphilis? Par contre, il existe assez fréquemment des modifications du terrain, ce qu'on appelle des prédispositions, la réceptivité. Je me suis efforcé de préciser ces modifications, de manière à substituer aux mots des données tangibles, positives.

On observe des accouchements prématurés. Le poids des rejetons, issus, à terme, de mères tuberculeuses, peut être inférieur à la normale; la croissance s'effectue lentement. Si on calcule le rapport du poids à la surface, suivant les procédés du professeur Bouchard, on voit qu'un kilog. de matière vivante correspond normalement à 5 ou 7 décimètres cubes, tandis que, chez les sujets tarés, ce kilog. correspond à 7 ou 9. Ce kilog. perd donc plus de chaleur, d'autant que la peau doublée par le muscle, comme je l'ai vu avec Guillemonat, avec Bordier, a une conductibilité plus marquée que si elle était doublée de graisse. Par suite, ce kilog. de nouveau-né, pour maintenir la température normale, sans quoi il y a déchéance, est obligé de brûler la matière : il y a excès d'usure là où les dépenses devraient être réduites.

Si on analyse les urines, on voit le carbone fléchir, tomber par kilog. à 0,17 au lieu de 0,25; il en est de même de l'urée. Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total donne 0,8 gramme à 0,94, chez les sujets sains, et 0,72 à 0,74, chez les descendants des bacillaires. La faiblesse de ce rapport indique l'in-

suffisance des oxydations; des matériaux sont demeurés à l'état des matières extractives, sans arriver à la phase de l'urée.

Sous cette forme, comme l'a montré M. Bouchard, les composés sont plus toxiques; de fait, l'urine de ces tarés tue à 80 ou 90 par kilog., alors que celle des enfants normaux ne tue qu'à 120 ou 160; elle n'est pas toxique, à cause du peu d'abondance des substances minérales, de la potasse des aliments, dont le lait est presque dépourvu, du moins relativement, à cause des fermentations intestinales réduites parce qu'il y a peu de débris alimentaires, à cause des matières colorantes, des déchets de la désassimilation existant en minime quantité, l'assimilation prédominant.

Cette assimilation est entravée chez les rejetons tarés; si, en effet, on analyse les fèces, on découvre 15 centigrammes d'azote pour ces tarés, et 38 milligrammes pour les enfants sains; les premiers laissent échapper sans utilisation une forte proportion de produits, comme l'établissent une série d'analyses faites avec M. Guillemonat, en appliquant les données du professeur Bouchard.

Cette faiblesse d'assimilation explique peut-être la diminution du rayonnement; au calorimètre, d'après des mesures prises avec M. Bonniot, on obtient, à l'aide d'un appareil d'Arsonval, 4 à 6 calories par heure, au lieu de 7 à 9.

Le foie, le rein, offrent parfois des lésions, dont l'intérêt réside surtout dans la genèse. Ces enfants, en effet, n'ont pris que du lait ou respiré de l'air, lait et air qui ont aussi pénétré chez les enfants témoins indemnes, nourris, dans le même local, par les mêmes nourrices; d'ailleurs, ni ce lait, ni cet air ne passent pour générateurs de lésions viscérales. Il faut donc incriminer le vice cellulaire transmis ou l'action des poisons circulant dans les plasmas, poisons démontrés par la toxicité des urines, d'autant que ces urines injectées progressivement sous la peau provoquent des altérations d'organes; si les cellules influencent les plasmas, les plasmas influencent les cellules.

On a là, dans toute sa pureté, la preuve que des altérations de cet ordre peuvent naître sans procéder de l'extérieur; chez l'adulte ou l'animal, on ne peut être certain qu'à un moment donné un toxique n'est pas entré.

Du reste, ces expériences ont une précision peu commune, en ce sens qu'on connaît exactement ce qui pénètre; on mesure la quantité du lait ingéré, sans autre élément; enfin il y a des témoins.

L'analyse de gaz de la respiration fournit 0,28 à 0,44 de CO^2, toujours au kilog. et par heure, chez les individus normaux et 0,12 à 0,15 chez les fils de bacillaires; même déficit pour l'eau de la respiration.

En somme, on sait, d'après l'expérimentation, que si on augmente la toxicité du milieu interne, l'activité de la dénutrition ou la lenteur de l'assimilation, que si on lèse les viscères, on expose l'organisme, d'une manière générale, à l'infection; les descendants des bacillaires subissent ces conditions.

Il est clair que l'âge, l'ancienneté, la gravité du mal, etc. exercent une influence. D'autre part, diverses affections, diverses tares des générateurs peuvent probablement agir de même; il n'y a là rien de spécifique; il faudrait accumuler les observations, les analyses, opérations longues, laborieuses, pour fixer les proportions, car il est des bacillaires qui, comme des syphilitiques, procréent des rejetons normaux.

Ce que je puis dire, c'est que chez des sujets issus de mères tuberculeuses, dans des proportions inconnues, j'ai rencontré des tares, en plus ou moins grand nombre, suivant les cas, qui permettent de dire que l'organisme, au point de vue du poids, de la croissance, du rayonnement, de l'activité des échanges, de la toxicité des humeurs, etc., offre des particularités; l'édifice est construit différemment; il est moins solide; on peut indiquer d'une façon positive en quoi consistent les prédispositions, les vices du terrain. De même chez la puerpérale, chez la mère, l'augmentation du sucre, peut-être la diminution des matières minérales, du fer livrés au rejeton, expliquent la diminution bien connue de la résistance à la tuberculose. Là encore les les modifications du terrain commencent à correspondre à des réalités.

En résumé, les enfants issus de femmes tuberculeuses présentent une moindre résistance et une prédisposition à l'infection. Cette prédisposition est en rapport avec une modification héréditaire de la vie cellulaire de l'organisme, se traduisant particulièrement par une surcharge graisseuse du foie et des reins, et par la toxicité des humeurs.

Plus l'enfant se cachectise, plus il se refroidit, les surfaces n'étant pas en rapport avec les poids.

Ces observations, faites sur 6 nouveau-nés, permettent d'établir des données cliniques précises à la place du mot assez vague de terrain pour expliquer la prédisposition des enfants de souche tuberculeuse à la tuberculose.

M. Landouzy envisage l'hérédo-tuberculose sous deux chefs :

L'une rare, hérédo-tuberculose typique, véritable infection héréditaire par transmission directe du bacille, du générateur à l'engendré.

L'autre, commune, intoxication et non plus infection bacillaire, hérédo-tuberculose atypique, dans laquelle, par le générateur, se fait à l'engendré transmission d'un état organique et fonctionnel spécial, d'un véritable état diathésique, dystrophiant, que, hier même, Fournier fils, dans sa thèse inaugurale, mettait en parallèle avec la dystrophie native de l'hérédo-syphilis décrite par le professeur Fournier.

Ce que, en matière d'hérédité tuberculeuse, le bacille, forçant les barrières placentaires adultérées, n'arrive à faire qu'exceptionnellement, la tuberculine, par imprégnation fœtale, le réalise journellement pour les mères tuberculeuses qui mettent au monde des enfants en état diathésique héréditaire. Communément, la diathèse du fils est créée de toutes pièces au contact de la toxhémie maternelle, et cet état diathésique tout spécial, fait de tuberculine, constitue l'hérédo-tuberculose atypique.

L'état diathésique imposé aux bébés de mères tuberculeuses devient aboutissant et recommencement de tuberculose :

Aboutissant, en tant qu'il est fonction non plus d'infection bacilliforme et tuberculiforme, mais fonction de toxhémie bacillaire, fonction d'imprégnation tuberculineuse.

Recommencement, en tant que l'état diathésique congénital prépare le terrain pour toutes les tuberculoses de contagion.

Cet aspect de l'hérédo-tuberculose n'est certes pas un des moins intéressants de la question des états diathésiques d'hérédité tuberculeuse, puisqu'il démontre que, pour si grande que soit la part à faire en matière de tuberculose à la contagion directe, il faut, pour certaines dystrophies natives, compter avec l'hérédo-tuberculose atypique.

Ce n'est donc pas seulement dans sa santé personnelle et dans son existence que l'homme, contagionné par la tuberculose, est atteint; c'est sa descendance qui est entachée, c'est la race tout entière qui est menacée (tout comme l'est la descendance des syphilitiques), puisque alors même que les mères tuberculeuses ne transmettent qu'exceptionnellement la graine, elles créent un état diathésique, qui non content de mener à toutes les déchéances, est particulièrement bacilliphile : tuberculinose en actualité, tuberculose en expectative, tel est trop souvent le lot des phthisiques.

L'alcoolisme considéré comme cause prédisposante de la tuberculose.

M. Constantin Thiron. — 1° Toutes les boissons alcooliques distillées sont nuisibles à l'état de santé, et d'autant plus à l'état de maladie, et spécialement pour les affections de la poitrine, tuberculose du poumon et des autres organes.

2° Comme boissons hygiéniques, nous recommandons l'eau filtrée, le lait stérilisé, les infusions aromatiques de café, thé, la limonade froide ou mieux cuite, l'hydromel fermenté, les tisanes pectorales, les sirops à l'eau de Seltz, l'eau de goudron, etc.; les vins naturels de raisin et les vins de fruits, non fermentés et non additionnés d'alcool, la bière sans alcool, etc. Ces produits ont une grande valeur nutritive, sont agréables au goût et désaltérants.

Tuberculose locale chez les vieillards.

M. Widal. — La tuberculose locale osseuse ou cutanée est considérée, en général, comme exceptionnelle chez le vieillard.

J'ai eu cependant l'occasion d'en recueillir 10 observations chez des gens âgés de 70 à 78 ans.

Au point de vue clinique, l'évolution de ces tuberculoses locales commençant à un âge si avancé, a été telle qu'on l'observe chez les jeunes, qu'il se soit agi de tubercules de la peau, d'abcès froids osseux ou sous-cutanés. Je n'ai pu déceler chez quelques-uns de mes malades aucun antécédent tuberculeux personnel.

A l'autopsie de deux d'entre eux, âgés l'un de 74 ans, l'autre de 76 ans, nous avons constaté cependant au sommet des poumons des cicatrices fibreuses, reliquats d'anciennes lésions tuberculeuses.

Un de mes malades avait eu des hémoptysies à l'âge de 20 ans, et depuis cette époque n'avait souffert d'aucune autre manifestation tuberculeuse; deux autres vieillards âgés de 78 ans, avaient souffert d'adénite sous-maxillaire tuberculeuse rapidement guérie, l'un à l'âge de 8 ans, l'autre à l'âge de 10 ans. Cette longue trêve de 70 ans nous montre combien longtemps chez le même individu, la tuberculose peut rester sommeillante.

Chez quelques-uns de nos malades, on constatait une sorte d'hérédité rétrograde; leurs enfants avaient été frappés de tuberculose de longues années avant que l'on ait pu constater chez eux la première manifestation tuberculeuse apparente. L'un de nos malades avait perdu deux de ses enfants de phthisie, 30 et 35 ans avant l'apparition chez lui de la première manifestation tuberculeuse.

Etudes de moulage et de malades à l'hôpital Saint-Louis, au point de vue des toxi-tuberculides.

M. H. Hallopeau a adopté cette dénomination pour mettre en relief la pathogénie jusqu'ici méconnue de nombreuses et importantes dermatoses. Le champ des tuberculoses cutanées s'est considérablement agrandi dans ces dernières années; cet accroissement a été dû surtout, en premier lieu, aux découvertes de Villemin et de Koch; la possibilité d'inoculer la tuberculose et de trouver dans ses lésions des bacilles caractéristiques a permis de lui rattacher, en toute certitude, des affections qui, jusque-là, en avaient été séparées; il en a été ainsi particulièrement pour le lupus vulgaire, les adénopathies tuberculeuses, les gommes, les lymphangiectasies de même nature. Mais faut-il s'en tenir à cet ordre de faits? Des affections d'origine tuberculeuse ne peuvent-elles se manifester sans être inoculables et contenir des bacilles? L'observation a montré qu'il fallait répondre par l'affirmative; il existe nombre de dermatoses qui se montrent exclusivement chez des tuberculeux, qui coïncident presque constamment avec des manifestations apparentes de la tuberculose, qui ne peuvent être rattachées à aucun type morbide et qui, cependant, ne sont ni bacillaires ni inoculables : elles sont dues à l'action de toxines émanées de foyers bacillaires et transportées par la circulation à distance de leur foyer d'origine. MM. Gautier et Bouchard ont fait faire un progrès des plus importants à la pathogénie et à la physiologie générales en montrant que les microbes pathogènes agissent sur les tissus, non directement, mais bien par les produits solubles qu'ils engendrent; or, il est facile de concevoir que ces produits solubles, bien que retenus dans une certaine mesure par leurs bacilles générateurs, ne limitent pas leur action aux parties avoisinant ces bacilles, mais sont transportés par la circulation en diverses parties plus ou moins éloignées de l'organisme et y déterminent des lésions; ce fait est réalisé expérimentalement par les injections de tuberculine ou de bacilles morts retenant des toxines : on a vu ces toxines provoquer des réactions locales et générales et engendrer ainsi diverses affections cutanées : on peut invoquer une origine semblable pour les affections qui se rattachent à la tuberculose sans être bacillaires ni inoculables : si on ne les produit pas toutes par les injections de tuberculine, c'est que cette substance ne contient qu'une partie des toxines tuberculeuses qui sont complexes et multiples; le nom de tuberculide, proposé par Darier, s'appliquant à toutes les manifestations cutanées de la tuberculose, il y a lieu de distinguer des tuberculides bacillaires et des toxi-tuberculides. L'histoire de ces toxi-tuberculides est en train de se faire ; l'interprétation nouvelle peut être considérée comme démontrée, pour plusieurs dermatoses, comme probable ou possible pour plusieurs autres; parmi les premières, il faut citer le lichen scrofulosorum, les tuberculoses acnéiformes et nécrotiques, les folliculites suppuratives, soit isolées, soit agminées et pemphigoïdes, les tuberculides papulo-érythémateuses; parmi les secondes, le lupus érythémateux, l'ecthyma térébrant de l'enfance, certains eczémas, le pityriasis rubra, des érythèmes et l'angio-kératome, toutes les lésions cutanées peuvent être ainsi provoquées par ces tuberculides depuis l'érythème jusqu'aux suppurations et à la nécrose : ce polymorphisme s'explique par des différences d'âge et de réaction des sujets, et par le siège des foyers bacillaires générateurs : dans chaque tissu, le bacille de Koch trouvant un milieu de culture différent, peut se modifier et engendrer des toxines différentes par leur action pathogénétique.

M. Du Castel présente une femme atteinte, depuis 3 ans, de folliculite tuberculeuse. Elle présente sur la peau des lésions qui ressemblent à des tuberculides, éruption caractérisée par une saillie inflammatoire à base indurée, pustuleuse et à tendance gangréneuse, se terminant par la formation d'une croûtelle desquamante. Presque toujours, chez ces malades, la paume de la main présente des lésions.

Diagnostic des tuberculides et des syphilides mutilantes des extrémités à forme lupique.

M. Fournier présente la reproduction en couleur d'une lésion des mains qui rappelle absolument le lupus vulgaire. Les malades de ce genre sont fréquents. L'affection est caractérisée par une mutilation plus ou moins profonde des extrémités : on voit de larges ulcérations rougeâtres, plusieurs phalanges sont tombées et laissant une surface ulcéreuse et rouge.

Ces lésions peuvent, en principe, être réalisées par des maladies multiples. Mais le plus souvent, sans approfondir l'examen, on en fait une lésion tuberculeuse (*lupus vorax* des extrémités).

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un facteur, qui est entré dans le service de M. Fournier, le 22 juin. Il disait être dans cet état depuis 9 ans. A l'examen, on songea au panaris de Morvan, à la lèpre nostras, à des troubles trophiques d'origine nerveuse (syringomyélie), mais, finalement, M. Fournier s'arrêta aux deux hypothèses de tuberculose ou de syphilis. Prenant en considération des ulcérations d'apparence tuberculeuse que le malade présentait du côté de l'oreille, il se décida pour une tuberculide, avis qui fut partagé de tous.

Or, on sait que, depuis quelque temps, systématiquement, lorsqu'on se trouve en face d'un lupus, on essaye le traitement par les injections de calomel et l'iodure de potassium : car, bien souvent, l'effiacité de ce traitement a montré qu'on se trouvait en présence de lésions syphilitiques méconnues.

Conformément à cette coutume, M. Fournier a donc prescrit au malade une injection de calomel et 10 grammes d'iodure. Dès le 4e jour, il a constaté avec surprise une amélioration. Après la seconde injection de calomel, le doute n'était plus permis, c'était de la syphilis. Le 19e jour, la guérison fut complète.

Cherchant alors avec plus de rigueur les antécédents du malade, on arriva à savoir que, 3 ou 4 ans auparavant, le malade avait été soigné à la Salpêtrière comme syphilitique; mais il n'avait pas tardé à abandonner son traitement et repris ses occupations.

Donc, en résumé, ce malade était atteint de syphilides mutilantes des extrémités. M. Fournier a tenu à attirer l'attention sur cette lésion et sur la difficulté parfois très grande de son diagnostic avec les tuberculides, diagnostic qui offre l'importance au point de vue curatif.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Nantes.

Traitement électrique des paralysies périphériques.

M. Leduc (Nantes). — L'objet de cette communication concerne les paralysies par lésions des troncs nerveux, les paralysies dues à des névrites, névrite *a frigore*, névrite rhumatismale, traumatique, etc.

Le traitement consiste dans l'emploi exclusif des courants galvaniques réglés d'une certaine manière. On détermine d'abord le siège de la lésion; ce qui, la plupart du temps, est facile. On applique alors la méthode monopolaire négative; le pôle positif, large électrode indifférente, est appliqué sur l'épigastre ou dans le dos, l'électrode négative formée par un tampon d'une surface d'autant plus grande que le nerf est plus profondément situé, d'autant moindre qu'il est superficiel, est appliqué à l'endroit de la lésion; un rhéostat étant placé dans le circuit, on augmente d'abord le nombre des éléments, on diminue ensuite la résistance de façon à atteindre le maximum d'intensité que le malade puisse supporter, intensité variant suivant les personnes et les régions d'un tiers de milliampère à 3 milliampères par centimètre carré, on laisse passer le courant un temps variable de 2 à 12 minutes suivant la tolérance de la peau.

Cette première partie du traitement, la plus importante, a un double but et un double résultat : 1° l'électrisation monopolaire négative a, sur les inflammations chroniques en général, une action résolutive très marquée et elle donne des guérisons d'une rapidité surprenante. Cette action s'exerce sur les névrites chroniques, cause de paralysie; 2° l'électrisation monopolaire négative produit l'état cathélectrotonique ou augmentation de l'excitabilité du nerf et combat ainsi directement le symptôme caractéristique de la paralysie. Il arrive souvent qu'un nerf, absolument inexcitable au commencement de la première séance, est parfaitement excitable après l'électrisation monopolaire négative; il arrive fréquemment aussi que la contractilité volontaire, entièrement disparue depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, reparaît après la première séance, ce qui est d'un excellent pronostic et permet de promettre la guérison en moins de 10 séances.

La seconde partie du traitement consiste dans l'excitabilité du nerf, de ses branches, ou des muscles à l'aide du courant galvanique interrompu. On doit s'appliquer, pour obtenir l'intensité convenable, à régler la force électromotrice et la résistance, de façon à éviter un état variable trop rapide et une contraction trop brusque, ceci est surtout important pour les applications à la tête. L'excitation galvanique des contractions a surtout pour but d'améliorer la nutrition du muscle, elle remplace, partiellement au moins, l'action trophique des centres, ainsi que le prouvent les améliorations obtenues dans des cas d'atrophie musculaire progressive, cas dans lesquels on peut faire rétrocéder et empêcher l'atrophie par une excitation galvanique des muscles répétée tous les jours, et cela sans agir sur les centres nerveux. L'excitation faradique ne donne pas les mêmes résultats : sur plusieurs de nos malades qui avaient été traités par la faradisation avant de s'adresser à nous, elle a paru accélérer l'atrophie musculaire. Cela tient probablement à ce que, avec les courants faradiques. la durée de l'état variable est trop courte.

Nous pratiquons les séances d'électrisation au nombre de 2 ou 3 par semaine.

Sur 23 paralysies faciales, d'une durée d'une semaine à 3 mois, que nous avons traitées comme il est indiqué dans cette note, nous avons obteuu la guérison avec une moyenne de 7 séances.

Nous ne faisons pas rentrer dans ces 23 cas nne paralysie faciale datant de 2 années, dans laquelle les muscles ne répondaient plus à l'excitation galvanique, et qui s'est cependant guérie après des séances quotidiennes pendant plusieurs mois, pratiquées ainsi que nous l'avons décrit.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Neuvième session tenue à Angers du 1er au 6 août 1898.

Forme tardive du délire de revendication.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) a décrit, en 1897, sous le nom de délire de revendication, une forme particulière de délire systématisé des persécutés persécuteurs, variété de la folie raisonnante.

En dehors de cette forme type, il a rencontré quelquefois, à l'origine, ou dans le cours de certaines folies plus caractérisées, des idées délirantes de revendication.

Par exemple :

1° Ces idées délirantes peuvent caractériser la période prodromique d'une manie terminée par la démence incurable;

2° Elles peuvent survenir dans le cours d'une aliénation héréditaire dont elles inaugurent la période démentielle terminale;

3° Elles peuvent se présenter sous la forme du délire systématisé ambitieux primitif et constituer une variété de mégalomanie;

4° Enfin, le délire de revendication peut être symptomatique de la démence organique et se manifester à la suite d'une attaque de ramollissement cérébral.

En résumé, dans les quatre observations présentées, cette forme tardive de délire de revendication se rencontre chez des héréditaires menacés ou déjà atteints de lésions cérébrales d'origine vasculaire (athérome cérébral, foyers de ramollissement). Elle est la conséquence de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et d'une perversion, d'ailleurs habituelle, chez les déments organiques, de la sensibilité affective.

Un cas de chorée saltatoire chronique datant de 25 ans, guérie en 5 mois.

M. Paul Sollier (de Boulogne-sur-Seine). — Il s'agit d'une vieille fille de 43 ans, sans grande hérédité, d'un faible développement intellectuel, qui présentait, depuis l'âge de 18 ans, des troubles spasmodiques rhythmiques multiples, continus, avec paroxysmes extrêmement violents, tantôt localisés, tantôt le plus souvent généralisés : sauts, contorsions des membres, grimaces de la face, spasmes laryngés, cris, aboiement, secousses de tête, chorée saltatoire, etc., qui avaient fini par amener la malade à se confiner dans un placard pour limiter ses mouvements et étouffer ses cris. Cet état était absolument continu, et, dans les moments d'accalmie, il subsistait, quand même, un état spasmodique généralisé des muscles. Maints traitements avaient été essayés sans succès. Par l'isolement, l'hydrothérapie chaude, et surtout par une gymnastique musculaire spéciale, les crises cessèrent au bout d'un mois. Puis la malade recouvra toute sa sensibilité interne, retour qui amena, comme l'auteur l'a démontré, la régression de la personnalité jusqu'à l'âge du début de la maladie. Au bout de 5 mois, la malade était en état de quitter le sanatorium et de se livrer à toutes les occupations de la vie journalière, et, depuis son retour dans sa famille, les accidents n'ont pas reparu.

En dehors de la longue durée de la maladie, cette observation est intéressante en ce qu'elle montre que la guérison est toujours possible et, d'autre part, quelle imporsance ont certaines manœuvres gymnastiques dans le traitement des névroses.

Basophobie chez un hémiplégique.

M. Ch. Mirallié. — Un homme atteint d'une hémiplégie ancienne voit, à la suite d'un traitement électrique qui aggrave son état, se développer une phobie de la marche. Tandis que, chez lui, il marche assez facilement, il ne peut sortir de chez lui ni monter son escalier sans être pris de crises d'angoisse avec sueurs, faciès vultueux, contracture extrême de la jambe paralysée et menace de tomber. Un traitement psychique améliore ces phénomènes. Cette observation est absolument identique à celle publiée par le professeur Grasset.

Tumeur du corps calleux.

MM. Séglas et **P. Londe** (de Paris), rapportent l'observation suivante : Mlle B..., âgée de 21 ans, présente, à partir d'octobre 1892, un état de confusion mentale auquel se joint, 1 mois après, de la faiblesse des membres du côté gauche puis du côté droit. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe et du délire d'auto-accusation. A son entrée à la Salpêtrière, en juin, elle est dans un état typhoïde avec carphologie, raideur des membres, exagération des réflexes. Après une rémission de 2 mois, elle tombe brusquement dans un état méningitique qui l'emporte en 3 semaines.

Outre une tuberculose plus ou moins généralisée, on trouve, à l'autopsie, un néoplasme occupant le corps calleux et le centre ovale des deux hémisphères, et qui tranche par sa coloration grisâtre et sa consistance ferme sur la substance blanche. La lésion s'étend depuis l'os frontal jusqu'au lobe occipital. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un tissu formé de cellules-araignées de la névroglie et des fibrilles fines.

Des auteurs insistent sur les troubles mentaux et sur la topographie de la lésion.

Le délire d'auto-accusation systématique.

M. Séglas (de Paris). — Il existe des cas de folie systématique dans lesquels le délire est uniquement constitué par des idées d'auto-accusation. Il s'agit alors d'individus héréditaires plus ou moins déséquilibrés, présentant certains traits de caractère habituels aux délirants systématiques ordinaires (susceptibilité, égoïsme, orgueil) et d'autres (timidité, scrupules, méfiance de soi-même) dont le délire d'auto-accusation ne représente que l'exagération. Ce délire qui se manifeste tantôt d'emblée ou s'installe d'une façon insidieuse est toujours primitif et reste prédominant. L'humilité n'en est souvent qu'une étiquette trompeuse, voilant un sentiment de vanité blessée et dissimulant un égoïsme profond. Il n'a pas le caractère de fixité monotone du délire mélancolique, mais se présente sous la forme d'un système constitué par une série d'interprétations délirantes, portant sur le présent ou même sur la vie passée du sujet. Il peut s'accompagner parfois d'hallucinations secondaires, surtout de l'ouïe, et d'idées de suicide. De plus, il n'existe pas de symptômes psychiques ou somatiques d'un état mélancolique fondamental. L'exercice des facultés intellectuelles reste normale en dehors du délire; il n'y a pas de douleur morale permanente, mais seulement par intervalles de l'anxiété ou de la dépression réactionnelle. La santé physique reste bonne, les fonctions organiques intactes.

Tantôt l'évolution est chronique; le délire systématisé persiste sous une forme stéréotypée; quelquefois, il survient des idées de persécution, de grandeur; d'autres fois le sujet arrive à la négation systématisée.

Tantôt l'évolution est celle d'un délire d'emblée plus ou moins prolongé, mais curable.

Enfin, le délire d'auto-accusation peut se présenter sous la forme de simples bouffées délirantes, à type de délire systématisé aigu hallucinatoire. Dans ces cas aigus les récidives sont fréquentes.

Par leurs caractères symptomatiques et évolutifs, ces faits de délire d'auto-accusation se différencient ainsi très nettement de la mélancolie pour se rapprocher, au contraire, des autres formes connues de délire systématisé primitif.

Un cas fruste de tabès combiné.

MM. Noguès et **Sirol** communiquent l'observation d'une femme de 34 ans, sans antécédents héréditaires et personnels, qui présenta une paraplégie spasmodique survenue dans l'espace de 6 mois : exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, démarche titubante, ébrieuse, tremblement des membres supérieurs et de la langue. Pas de troubles de la vessie ; signe de Romberg très nettement accusé, pas de troubles de la sensibilité générale ou sensorielle, sauf un peu d'hypoesthésie dans les membres inférieurs. En présence de cette complexité symptomatique et de ces associations disparates, les auteurs se demandent quel diagnostic on peut porter. Passant en revue les diverses myélopathies, sclérose en plaques, tabès spasmodique, myélite transverse, on peut voir par exclusion qu'il peut s'agir d'une forme fruste de tabès combiné non encore décrite.

Etat des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de mal.

MM. A. Rispal et **D. Anglade** (de Toulouse), rapportent l'observation d'un sujet mort en état de mal épileptique, après avoir présenté toutes les grandes manifestations physiques et psychiques de la névrose.

Son système nerveux a été étudié par les méthodes de Nissl et de Golgi. Dans les régions cervicale et lombaire de la moelle, les cellules radiculaires ont été reconnues normales. De même les cellules des noyaux du bulbe. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont généralement saines. C'est à peine si quelques-unes sont le siège d'un processus de chromatolyse peu accusé et encore moins caractéristique.

Dans le cerveau, les lésions sont très importantes. Les cellules pyramidales ont perdu leur forme et leur volume. On les voit souvent avec un corps boursouflé, vacuolisé, duquel se détache un prolongement filiforme et tortueux. Parfois, au contraire, le volume du corps est tellement réduit et le prolongement protoplasmique principal si augmenté de volume, qu'il est impossible de dire où finit l'un et où commence l'autre. La substance chromatique et la trame achromatique sont détruites en partie.

Mais la lésion principale que les préparations font ressortir avec évidence, c'est l'invasion des cellules par des corpuscules apparemment névrogliques; c'est surtout le développement de ceux-ci aux dépens de la cellule qu'ils envahissent : sorte de phagocytose d'origine névroglique dont quelques-unes des phases s'observent bien sur coupes.

On ne peut pas dire si cette phagocytose précède ou suit la mort de la cellule.

En outre, cette phagocytose n'est pas spéciale au cerveau des épileptiques. Elle a été observée, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, chez les déments complets dont le système nerveux était le siège d'altérations profondes.

Un cas de maladie de Little.

M. Poix (du Mans) rapporte l'observation d'une petite fille âgée de 2 ans 1/2, née de parents ne présentant aucune tare névropathique; la mère eut une grossesse normale, l'accouchement se fit à terme, mais fut particulièrement laborieux, et l'enfant ne fut extrait qu'à la troisième application de forceps, il était en état de mort apparente et les jours suivants eut des convulsions. A l'examen, les membres inférieurs paraissent normaux à l'état de repos; mais si l'enfant est mis debout, ils deviennent aussitôt rigides et les pieds se mettent en varus équin; les réflexes patellaires sont très exagérés; il y a du clonus du pied; cette rigidité se produit sous l'influence d'une piqûre, d'une émotion quelconque; au niveau des membres supérieurs la rigidité existe, mais est beaucoup moins accentuée, surtout à gauche; pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters; le faciès est hébété et stupide; le crâne est déformé, il présente un aplatissement des bosses frontales et une saillie de la région occipitale. Cette observation montre que la maladie de Little peut être due non seulement à un accouchement prématuré, mais encore à un accouchement laborieux, et tend à faire prévaloir l'opinion de Ross, Wolters et Oster qui admettent la prédominance des lésions cérébrales sur les lésions médullaires, les lésions du faisceau pyramidal n'intervenant que consécutivement à celles de la corticalité.

Étude clinique sur l'obsession.

MM. Marie et **Vigouroux**. — Les formes chroniques de ce syndrome sont plus spécialement étudiées dans ce travail, en particulier les phobies permanentes et les manies (arithmomanie, kleptomanie, onomatomanie, etc.), tardives, dégénératives, en quelque sorte chroniques, dans la forme non plus épisodique, mais persistante et même progressive au point de constituer une démence spéciale.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La glycosurie dans le cancer primitif du pancréas,

D'après M. le Dr F. Guillou (1).

Parmi les symptômes qui révèlent le cancer primitif du pancréas, il en est un certain nombre qui se rencontrent de manière suffisamment constante pour constituer la caractéristique habituelle de cette variété de cancer viscéral. Les uns sont des symptômes positifs : amaigrissement et cachexie rapides, ictère bronzé, distension de la vésicule biliaire, parfois douleur et tumeur épigastriques; les autres, négatifs : absence de tuméfaction du foie et de la rate, absence d'ascite. C'est cet ensemble décrit dès 1888 (2) par Bard et Pic dans un mémoire devenu classique, qui a été désigné par Hanot sous le nom de « syndrome Bard-Pic » (3). L'importance de ces symptômes a depuis été vérifiée, mais à côté de ces symptômes primordiaux, il en est d'autres, stéarrhée, lipurie, glycosurie, auxquels Bard et Pic, qui ne les avaient pas rencontrés dans leurs cas, refusaient une valeur réelle. Parmi eux la glycosurie surtout a été contestée. Tandis qu'avec Bard et Pic, Caron (4), Parisot (5) admettent la rareté du symptôme glycosurie, Lachmann (6), à la suite de Litten (7), lui attribue une importance majeure; de nombreuses observations mentionnées par Mirallié, dans l'article qu'il consacra à cette question (1) sont venues confirmer cette dernière opinion. Mirallié reprenant la question et dépouillant les 113 cas de cancer primitif du pancréas qu'il peut réunir, trouva, sur 50 cas où le sucre fut recherché, 13 fois de la glycosurie, 37 fois elle manquait et dans deux de ces derniers cas il y avait glycosurie alimentaire. Relevant le fait de l'absence de la glycosurie avant la terminaison fatale, montrant dans les cas où l'on peut suivre toute l'évolution de la maladie, la présence du sucre dans une première période, puis sa disparition à une seconde période terminale, montrant que, dans les cas où la glycosurie manquait, l'examen des urines a été fait à une période trop rapprochée de la terminaison fatale, Mirallié propose de distinguer dans la maladie deux périodes : une première période glycosurique avec phénomène de diabète maigre et stéarrhée, état général encore peu atteint, début de l'ictère, foie un peu volumineux et dépassant les fausses côtes, dilatation de la vésicule biliaire, et douleurs; une seconde période terminale non glycosurique, caractérisée par la disparition du sucre et des phénomènes diabétiques, l'accroissement continu de l'ictère, l'atrophie du foie, la dilatation énorme de la vésicule biliaire, la cachexie rapide très prononcée. Pour Mirallié, Bard et Pic n'auraient décrit que la seconde période terminale, non glycosurique de la maladie; il n'y aurait qu'une seule forme clinique à deux périodes : glycosurique et non glycosurique. Perdu (2) objecte à cette conception que chez la plupart des malades entrant à l'hôpital sans glycosurie, rien dans l'interrogatoire, n'indique que les malades aient passé par une période de diabète maigre; que, d'autre part, même en admettant une période de début identique, la maladie évolue dans la seconde période suivant diverses formes dont l'une revêtant le type du diabète maigre avec glycosurie; Courmont et Bret (3) acceptent en la modifiant la conception de Mirallié, pour eux il existerait une phase intermédiaire caractérisée par le balancement entre la glycosurie et l'ictère. Enfin Bard et Pic sont revenus sur la question dans un important et récent mémoire (4) dans lequel, tout en admettant la possibilité de la glycosurie, ils en font un symptôme secondaire dû non au cancer mais à la sclérose concomitante de l'organe. Depuis, M. Guillou, élève de Mirallié, y a consacré sa thèse, et c'est à ces deux derniers travaux que nous empruntons la plupart des éléments qui vont suivre.

Etude clinique. — L'existence de la glycosurie, d'après ce que nous venons de voir, qu'on l'admette comme phénomène essentiel mais passager, ou comme phénomène associé, ne saurait désormais être discutée comme fait clinique possible.

La quantité de sucre émise est en revanche appréciée diversement par les auteurs. Pour Parisot il s'agit d'une glycosurie peu abondante. Bard et Pic admettent de même que dans la plupart des cas la glycosurie est faible et tout à fait différente de la glycosurie très abondante que l'on observe dans les cas de diabète pancréatique proprement dit.

1. Guillou, thèse de Paris, 1898, n° 424, H. Jouve.
2. Bard et Pic, *Revue de médecine*, avril et mai 1888.
3. Hanot, *Congrès de Paris*, 1896; *Bulletin médical*, 5 avril 1896.
4. Caron, thèse de doctorat, Paris, 1889.
5. Parisot, thèse de doctorat, Paris, 1891-92.
6. Lachmann, Inaugural Dissertat., Greifswald, 1889.
7. Litten, *Charité Annalen*, 1880, p. 187.

1. Mirallié, *Gaz. des hôp.*, 19 août 1893, n° 94.
2. Perdu, thèse de Lyon, 1893-94.
3. Courmont et Bret, *Province médicale*, 30 juin 1894.
4. Bard, *Congrès de Tunis* (*Bulletin médical*, 1896); — Bard et Pic, *Revue de médecine*, 10 décembre 1897.

Pourtant, dans nombre de cas la glycosurie était assez accentuée. Les malades de Frerichs, de Parisot, de Courmont et Bret, de Macaigne, avaient une glycosurie notable; de même ceux de Mirallié, de Fothergill, de Fleiner; dans la plupart des cas, la glycosurie varie entre 50 et 100 grammes; elle peut dépasser ces chiffres et atteindre 200 et 350 grammes; la glycosurie n'atteint pourtant pas le degré de certains cas de diabète pancréatique. Elle peut s'accompagner de polyphagie (maladie de Caron, Frerichs et Mirallié). Dans d'autres cas, si l'appétit n'est pas augmenté, du moins reste-t-il satisfaisant pendant tout ou partie de la maladie; cette persistance des fonctions digestives est d'autant plus remarquable que le malade présente le plus souvent un ictère qui, d'abord léger, va ensuite en s'accentuant. Si la polyurie est fréquemment signalée, la polydipsie a été assez rarement notée. Enfin il y a un fait à remarquer : tandis que les phénomènes diabétiques apparaissent brusquement dans le diabète pancréatique proprement dit, ici la polydipsie et la polyphagie apparaissent insidieusement, peu à peu, augmentent progressivement, en même temps que le malade maigrit et s'émacie; tout d'abord il est à peine frappé de cette augmentation de l'alimentation; ce n'est que tardivement, alors que la polyphagie et la polydipsie ont acquis un degré très accentué, qu'il s'en aperçoit et s'en inquiète.

La glycosurie semble, elle aussi, augmenter progressivement pour atteindre peu à peu son apogée; cependant il est rare qu'on puisse observer le malade dès le début; ce n'est que quand l'affection a atteint un certain degré que le médecin est consulté et constate un chiffre assez fort de glycosurie. D'après Frerichs, la quantité de sucre rendue par les urines varierait suivant les heures de la journée; l'urine de la nuit serait plus riche en sucre que l'urine de la journée. L'influence de l'alimentation sur la glycosurie est nettement indiquée dans certains cas; dans deux observations même, où il n'y avait pas de glycosurie proprement dite, on put provoquer la glycosurie alimentaire.

Quant à la fréquence de la glycosurie, elle est difficile à établir de façon absolue. Mirallié, sur 50 cas où le sucre est recherché, le voit signalé 13 fois; depuis, il a été signalé dans d'autres observations; Bard et Pic réunissant les faits nouveaux à ceux de Mirallié concluent que la glycosurie n'a été observée que 17 fois sur 150 cas; en réalité, la fréquence est plus grande, car si l'on élimine les cas où la recherche du sucre n'est pas mentionnée, on arrive au chiffre de 62 cas, chiffre sur lequel on a trouvé 17 fois la glycosurie. Depuis, 10 nouveaux cas ont été relevés par M. Guillou dont 9 où le sucre fut recherché, 3 où il fut trouvé. Donc 20 fois sur 71 cas la glycosurie fut constatée.

Mais quelle est l'importance de ce symptôme glycosurie? Pour l'établir il faut d'abord savoir à quelle époque il apparaît et comment il se comporte suivant l'évolution de la maladie. Le fait mis en lumière par Mirallié est que dans les cas où la glycosurie est signalée, la maladie a eu une longue évolution, une année et plus, que d'autre part la glycosurie a toujours disparu dans les derniers moments, alors que le lésion de la glande est à son apogée. Les faits de Marston, de Frerichs, de Collier, de Macaigne, de Mirallié, sont caractéristiques à ce point de vue, et si les malades n'avaient été examinés dans ces observations qu'aux dernières périodes, on aurait signalé l'absence du sucre sans soupçonner qu'elle avait pu exister dans les mois précédents.

Or, dans la plupart des observations où les auteurs signalent l'absence du sucre, l'examen des urines a, d'après Mirallié, toujours été fait à l'approche de la mort; dans 4 seulement sur 35, l'examen des urines a été fait 4 mois et plus avant la mort. Pour Mirallié donc, la glycosurie est un symptôme constant du cancer du pancréas au moins pour la première période de son évolution; Courmont et Bret, publiant une nouvelle observation, sont venus à l'appui de M. Mirallié, et montrèrent que la disparition de la glycosurie ne se fait pas d'un coup, mais peu à peu, qu'elle peut même reparaître en faible quantité pour disparaître ensuite définitivement. Il y a une période d'oscillation intermédiaire aux deux phases de Mirallié.

Dans les cas publiés depuis le mémoire de Mirallié, sur 7 cas où la glycosurie n'a pas été constatée, 4 fois la mort a eu lieu dans le mois, une fois dans les 3 mois qui suivirent (1).

Cette conception de Mirallié basée sur un certain nombre de faits bien étudiés, a été discutée par Bard et Pic; pour eux, s'il est des cas où il s'agit de glycosurie simple semblant imputable au cancer, il en est d'autres où il y a des symptômes de diabète pancréatique; dans ceux-ci, il semble qu'il s'agisse en réalité de cancer venant compliquer un diabète préexistant et susceptible d'atténuer ou même de faire disparaître les symptômes diabétiques; c'est dans cette catégorie qu'ils groupent les observations de Frerichs, de Courmont et Bret; quant à la glycosurie simple, sans symptômes diabétiques, elle serait légère, passagère; il faut remarquer que dans leurs 2 cas personnels, la glycosurie disparut, ou se réduisit à des traces dans la période terminale; ils viennent donc plutôt à l'appui de la conception de Mirallié; c'est sur ces cas et sur quelques autres relevés, parmi ceux de Mirallié, qu'ils se basent pour soutenir la théorie de la sclérose concomitante sur laquelle nous allons revenir.

PATHOGÉNIE. — Nous n'avons pas à discuter ici la pathogénie du diabète pancréatique, encore assez peu nette, car si le rôle de la lésion pancréatique est indiscutable, il est nombre de cas où la lésion, sclérose, suppuration, cancer, etc., n'a pas détruit toute la glande, et où la quantité de glande intacte serait plus que suffisante, expérimentalement, pour éviter la glycosurie. Nous allons seulement rapidement exposer les diverses théories émises pour expliquer la glycosurie du cancer primitif du pancréas.

Les premiers auteurs qui établirent une théorie furent Courmont et Bret. Pour eux, à la première période, glycosurique, du cancer du pancréas, la glycosurie s'explique par ce fait que le pancréas, profondément altéré (envahi par la sclérose dans le cas de Courmont et Bret) n'a plus de sécrétion interne, laquelle, d'après la doctrine de Chauveau et Kauffmann, exerce une action frénatrice sur la production du sucre dans le foie; aussi celui-ci se forme-t-il en excès et la glycosurie en est la conséquence. A la seconde période, où pourtant la sclérose est à son maximum, la glycosurie disparaît. C'est que pour ces auteurs, le cancer augmentant vient comprimer le cholédoque et amener un ictère progressif foncé; la cellule hépatique imprégnée de bile s'altère, et malgré l'excitation bulbaire ne produit plus de sucre en excès; d'où disparition progressive des symptômes diabétiques, rapidité de la cachexie, mort. Pourtant les auteurs remarquent que, dans certains cas, l'ictère diminue ou disparaît aux dernières semaines de la maladie, c'est qu'alors

1. Cas de DEGUY et PIATOT, *Soc. anatom.*, 18 mars 1898.

la cellule hépatique détruite devient incapable de faire du sucre et de la bile. Les expériences de Marcuse (1) viennent à l'appui de cette interprétation, puisque cet auteur, expérimentant sur des grenouilles, montre l'ablation du pancréas seul entraînant la glycosurie, au bout de 24 à 48 heures, tandis que l'ablation simultanée du foie et du pancréas n'est au contraire jamais suivie de glycosurie; la présence du foie est absolument nécessaire pour la production du diabète après extirpation de pancréas. Par analogie, malgré l'altération du pancréas, la glycosurie doit disparaître à la période terminale du cancer de cet organe, quand le foie est sclérosé et ses cellules dégénérées.

Thiroloix (2) admet que dans le cancer du pancréas la glycosurie n'est que rarement pancréatique et semblable à celle du diabète maigre. « Le plus souvent elle est extrapancréatique, d'emprunt et due à la lésion des nerfs péri-pancréatiques avec retentissement sur le foie. La néoplasie, à sa période d'envahissement, par elle-même ou par les adénopathies, irrite les nerfs, d'où la glycosurie, puis les détruit, d'où la disparition de cette glycosurie. » Plus rarement, pour lui, la glycosurie serait pancréatique; alors elle affecterait l'allure de celle qu'on trouve dans la destruction lente expérimentale, peu prononcée, s'accusant avec l'alimentation amylacée, disparaissant dans les périodes où le malade ne s'alimente plus.

Enfin, pour Thiroloix, la rareté de la glycosurie dans l'épithéliome, d'apparence généralisé, s'expliquerait par ce fait qu'il suffit de quelques cellules déformées enfoncées dans une gangue scléreuse pour assurer le parfait fonctionnement de la glycosurie. A la première partie de cette théorie M. Guillou oppose la longue durée de la glycosurie dans quelques cas observés, alors que la glycosurie péripancréatique produite par l'irritation des fibres nerveuses est d'origine passagère. Mais c'est surtout la dernière conclusion de Thiroloix contre laquelle il s'élève, car toujours, dans les cas observés, lorsque le sucre s'est montré, c'est au premier examen de l'urine; le sucre disparaissait ensuite plus ou moins longtemps avant la mort, jamais on n'a cité de cas où un premier examen fût négatif au point de vue de la glycosurie et où des examens successifs l'aient montré, à une période tardive de la maladie.

Enfin Bard et Pic ont émis récemment une nouvelle et intéressante théorie. Nous avons montré qu'ils divisent les faits en deux groupes qu'ils expliquent successivement. Dans le premier groupe un cancer du pancréas se greffe sur un diabète pancréatique préexistant et fait disparaître la glycosurie. Pour eux le cancer glandulaire ne doit pas figurer en effet parmi les causes de diabète pancréatique; loin de détruire les fonctions du pancréas il les exalte, notamment celles de glande à sécrétion interne. Dès lors celle-ci, qu'il s'agisse d'un ferment glycolytique, comme l'admet Lépine, et avec lui Bard et Pic, ou d'une sécrétion allant refréner la glycosso-formation hépatique, comme le veulent Chauveau et Kauffmann, amène la diminution ou la disparition du diabète préexistant.

Dans un autre groupe, Bard et Pic classent les cas où, au cours d'un cancer pancréatique, est survenue de la glycosurie sans symptômes de diabète. Pour eux cette glycosurie, qui ici est bien fonction du cancer, relève de la sclérose concomitante du pancréas, associée en général à la sclérose du foie, et qu'ils notent dans un certain nombre de cas. Cette sclérose serait fonction de l'infection ascendante, d'origine intestinale probablement, qui s'ajoute à l'obstruction; mais par suite cette sclérose n'est pas constante, parce que l'infection nécessaire à sa production est elle-même une circonstance contingente: la glycosurie elle-même est donc inconstante.

Enfin la sclérose secondaire du pancréas marchant de pair avec la sclérose similaire du foie, l'existence d'un certain degré de cirrhose hépatique coïncidant avec un peu de glycosurie peut être, dans les cas douteux, en faveur du cancer pancréatique avec scléroses parallèles du pancréas et du foie.

Les objections à cette théorie séduisante sont assez nombreuses. M. Guillou invoque en effet les faits expérimentaux de Thiroloix provoquant la sclérose du pancréas sans amener de glycosurie, les cas de glycosurie dans le cancer du pancréas sans sclérose, les faits de Carnot (1) où sur 12 expériences ayant amené la glycosurie, dans 4 cas on constate de la glycosurie sans sclérose, dans 7 une sclérose peu avancée, dans un seul une sclérose complète.

D'autre part dans 5 des observations publiées par Bard et Pic dans leur mémoire de 1888 il existe une sclérose du pancréas et pourtant ces auteurs n'ont pas trouvé de sucre. Enfin, outre qu'il n'est pas démontré que le cancer ne soit pas une lésion par elle-même susceptible d'altérer la fonction sécrétoire de la glande, on peut aussi objecter que cette théorie n'explique pas la disparition de la glycosurie à la période terminale. Il est vrai que cette disparition est mentionnée dans les cas expérimentaux de Mering et Minkowski lorsque les animaux survivent quelque temps à l'ablation du pancréas, de même que dans quelques expériences de Thiroloix; cette disparition ou tout au moins la diminution notable du sucre s'observe également dans quelques cas de diabète pancréatique où les lésions sont surtout scléreuses; elle n'est donc pas propre au cancer du pancréas; de plus, l'importance de l'alimentation a une action certaine sur l'abondance de la glycosurie; la pauvreté de l'alimentation à la période terminale, le marasme dans lequel tombe le malade semblent par suite aussi intervenir pour amener la disparition de la glycosurie, que provoquent peut-être aussi la destruction des filets nerveux admise par Thiroloix, et la perte de fonctionnement des cellules hépatiques invoquée par Courmont et Bret.

Quant à la glycosurie elle-même, trois théories sont actuellement en présence pour l'expliquer : irritation des filets nerveux péripancréatiques; action destructive du cancer à titre de lésion de la glande supprimant sa sécrétion interne; action de la sclérose concomitante. Des faits ultérieurs seuls pourront faire adopter de manière certaine l'une ou l'autre de ces explications.

P. L.

1. Marcuse, *Soc. physiol. de Berlin* 22 juin 1864; *Mercredi médical*, 1894, p. 356.
2. Thiroloix, *Gazette hebdomadaire*, 2 mars 1895, p. 100.

1. Carnot, thèse de Paris, 1898 : Pathogénie des pancréatites (Steinheil).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de M. le professeur Heydenreich.

De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de la rotule,

Par Georges Gross,
Interne des Hôpitaux.

Si les luxations de la rotule sont déjà des affections rares (1 p. 100 de la statistique générale des luxations de Stimson), à plus forte raison les luxations irréductibles le sont-elles.

En présence d'une luxation de la rotule irréductible sous le chloroforme par les manœuvres de Valentin (1) (la jambe dans l'extension forcée, la cuisse fléchie sur le bassin) et de Watson (2), que doit-on faire?

Faut-il essayer la section sous-cutanée du ligament rotulien, préconisée par Gaszan (3) (après un insuccès d'ailleurs), ou bien la section du tendon du triceps, combinée à celle du tendon rotulien conseillée par Wolff (4), ou bien encore la méthode proposée par Duplay (5) en 1870 : enfoncer au niveau du bord enclavé de la rotule une érigne double, analogue a la griffe de Malgaigne, et par un effort énergique attirer en avant la rotule accrochée? D'après Ch. Nélaton *(Traité de chirurgie)*, « dans les cas difficiles ce procédé reste évidemment le meilleur, mais, s'il n'arrivait pas à vaincre l'obstacle à la réduction, le conseil donné par Moreau, d'ouvrir la jointure et de passer un élévatoire au-dessous de la rotule pour la dégager, ne mériterait pas la réprobation dont il avait été l'objet ». Aujourd'hui l'on peut dire plus encore et, en présence d'une luxation irréductible sous le chloroforme (si toutefois il y a gêne dans les mouvements), recourir d'emblée à l'arthrotomie. Cependant de pareils cas sont rares; je n'ai pu en réunir que 6 observations antérieures à la mienne, que voici :

M... François, âgé de 44 ans, mineur à Maxéville, entre à l'hôpital le 23 décembre 1897.

Le 22 décembre, marchant à reculons, en serrant le frein d'un petit wagonnet de mine, il a glissé sur le rail et a eu le genou gauche violemment contusionné, pincé entre deux tampons : celui du wagonnet qu'il dirigeait et celui d'un autre wagonnet qui était arrêté sur la voie.

Le blessé est resté debout, n'est pas tombé, mais n'a plus pu faire un seul mouvement, avec sa jambe gauche, qui est demeurée fixée dans l'extension forcée. Il n'a ressenti que des douleurs insignifiantes.

Il entre à l'hôpital le 23 décembre au soir, la jambe dans une gouttière en fil de fer matelassée de coton. A l'examen local, on trouve le genou gauche considérablement augmenté de volume d'avant en arrière et de dedans en dehors. A la place occupée à l'état normal par la rotule, on voit et on sent une dépression de 3 doigts environ qui au premier abord semble indiquer une luxation du tibia en arrière; sous cette dépression, un certain degré de fluctuation due à l'hémarthrose; plus profondément enfin on sent la poulie fémorale. On trouve la rotule en dehors, appliquée sur le condyle externe du fémur. Sa face lisse, antérieure, est sous la peau, dirigée d'avant en arrière, faisant une saillie notable sur le côté externe du genou, saillie prolongée en bas et en haut par le tendon rotulien et le quadriceps crural, tendus. Le bord interne de la rotule est en avant. Le creux poplité est normal, libre. La mensuration n'accuse aucun raccourcissement de la jambe. La pointe du pied n'est pas déviée, ni en dedans, ni en dehors. Aucune ecchymose au genou. Le blessé ne se plaint pas, ne ressent aucune douleur, mais l'impotence fonctionnelle est complète.

Du reste, bon état général, mais traces d'adénites bacillaires suppurées anciennes à la région rétro-maxillaire, sous l'oreille; submatité et diminution d'élasticité dans la fosse sus-épineuse droite.

La jambe est replacée dans une gouttière.

24 décembre. — Anesthésie au chloroforme. Précautions antiseptiques habituelles. Après avoir retiré du genou, par aspiration (appareil Dieulafoy, aiguille n° 2), 40 grammes de sang, on essaye la réduction manuelle. On cherche à repousser la rotule en avant à l'aide des deux pouces, les doigts prenant point d'appui sur le condyle interne, la jambe dans l'extension, la cuisse fléchie sur le bassin, ainsi que le recommande Valentin. Malgré des tentatives très énergiques, qui la mobilisent à peine, la rotule ne peut être ramenée en place, on ne peut réduire la luxation.

Le soir on constate un début d'ecchymose; la température est de 37°8. Le blessé souffre peu; la jambe est maintenue dans une gouttière.

25 décembre. — L'ecchymose a augmenté.

Le 26 décembre, l'ecchymose est considérable; elle remonte jusqu'à mi-cuisse et descend jusqu'à mi-jambe. On se décide à arthrotomiser le malade, seul moyen pouvant permettre de réduire la luxation, irréductible par les tentatives manuelles sous le chloroforme.

27 décembre. — M. le professeur Heydenreich fait l'arthrotomie.

Anesthésie au chloroforme. Brossage et savonnage du genou. Lavage au sublimé et à l'éther.

Incision médiane sur la face antérieure du genou, longue de 8 centimètres environ, portant sur les téguments, les aponévroses, la capsule articulaire. Le genou ouvert, M. Heydenreich essaye de ramener la rotule saisie entre les doigts à sa place normale, mais il ne peut ainsi la fixer solidement, et les tractions, très légères, ne la mobilisent pas. Avec l'écarteur-râteau, on peut en saisir le bord externe (devenu postérieur par le fait de la luxation) et la ramener assez facilement en place, en 3 temps : 1er temps : la rotule est ramenée d'arrière en avant; la crête qui divise en deux la face articulaire de la rotule, la fixe encore, l'accroche sur le condyle externe; 2e temps : la rotule bascule autour de cette crête (axe longitudinal) comme centre; enfin, 3e temps, elle glisse en dedans, venant reprendre sa place normale.

On lave le genou avec une solution de sublimé à 1 p. 2000. Deux incisions latérales avec drains de caoutchouc, puis suture de l'incision médiane au cri de Florence. Pansement sec compressif. La jambe est immobilisée dans une gouttière plâtrée.

Le soir, l'état général de l'opéré est satisfaisant. La température est à 37°8; le pouls à 108.

Malgré les précautions antiseptiques prises, les suites opératoires n'ont pas été simples. Le 1er janvier, en changeant le pansement, on voit un peu de pus s'écouler par les drains latéraux, mais le malade ne ressent aucune

1. Valentin, cité par Nélaton, in *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, tome III, p. 223, 1891.
2. Watson, *Gazette médicale*, 1840.
3. Gaszan, *Journal de chirurgie*, I.
4. Wolf, cité par Malgaigne, in *Traité des fractures et luxations*, vol. II, p. 918.
5. Duplay, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1870, p. 126.

douleur. La température, qui du 29 décembre au 9 janvier avait oscillé entre 38° et 38°8, redevient normale, le 9 janvier. Pendant ces quelques jours, le pansement a été renouvelé tous les matins.

Le 22 janvier, on change l'appareil plâtré (gouttière laissant le genou découvert et remontant jusqu'à l'aine) et le 5 février, l'opéré quitte le service. Il devait revenir au bout de 15 jours, mais n'a été revu au service que le 25 mai, c'est-à-dire cinq mois environ après l'intervention. Il nous dit, alors, avoir enlevé son appareil une quinzaine de jours après sa sortie de l'hôpital. Aujourd'hui le genou n'est plus déformé, mais il subsiste une certaine raideur, un certain degré d'ankylose; ce genou ne peut être fléchi que d'un angle de 30° environ, cependant le malade marche assez facilement à l'aide d'une canne.

Midelfart (1), le premier, en 1887, fit une arthrotomie antiseptique pour luxation irréductible de la rotule.

Il s'agissait d'une enfant de 12 ans, qui avait été renversée, et qui était tombée sur le genou. Elle entre à l'hôpital avec une fracture transversale de la rotule. Le fragment inférieur était immobile, à peu près à sa place normale, mais, à la palpation, on ne pouvait percevoir le fragment supérieur. La jambe était dans l'extension, tout mouvement de flexion impossible. Midelfart fit l'arthrotomie, et, le genou ouvert, il constata que le tendon du quadriceps était désinséré de la rotule, et que celle-ci se trouvait logée dans l'interligne articulaire, entre les condyles du fémur et le tibia. C'est le bord inférieur de la rotule, dirigé vers en avant, qui en avait imposé pour un fragment rotulien. La rotule fut remise en place. La réunion se fit par première intention.

Chez le malade de J. Voigt (2), la luxation datait de quatre semaines; la rotule était déplacée en haut et en dehors du fémur, sur le condyle externe. La jambe est dans l'extension; les mouvements de flexion de l'articulation sont extrêmement limités, indiqués à peine. Des tentatives de réduction avec et sans chloroforme ayant échoué, Voigt se décida à une intervention sanglante. Une incision longitudinale, faite au-devant de la rotule, la montre complètement inversée, ayant pivoté de 180° sur son axe longitudinal, la face articulaire regardant en dehors, du côté de la peau, son bord externe regardant en avant, son bord interne en arrière. Le ligament rotulien est arraché, le quadriceps à moitié déchiré. En présence de ces dégâts, Voigt extirpe la rotule, puis suture la capsule et la peau. Les suites opératoires furent simples, et, dans la suite, les mouvements de flexion possibles jusque 140°. Six mois après, à sa grande stupéfaction, Voigt constate qu'il s'est reproduit une rotule d'apparence normale. En outre les mouvements sont rétablis; la flexion de la jambe se fait jusqu'à 75°.

Leo Szuman, de Thorn (3), présente au 18e Congrès des chirurgiens allemands un cas de luxation horizontale de la rotule. Il s'agit « d'une forme typique de luxation de la rotule, dans l'interligne articulaire, sans ouverture de l'article, sans fracture des épiphyses.

« La luxation est consécutive à un traumatisme du genou par une roue de machine, et compliquée de contusion périarticulaire; le blessé est amené le jour même (1er février 1888). A l'exploration, on constate une luxation de la rotule gauche dans l'interligne articulaire, entre le condyle externe du fémur et le plateau tibial. A la place que normalement doit occuper la rotule, en avant du genou, existe une forte dépression, au niveau de laquelle la peau contusionnée présente des excoriations superficielles et des ecchymoses. La rotule est solidement fixée à sa nouvelle place, et peut à peine être un peu ramenée en avant. Le genou est fléchi; on ne peut le mouvoir qu'au prix de vives douleurs, mais on ne peut l'étendre complètement.

« Les essais de réduction avec et sans chloroforme demeurent sans résultats.

« Comme la jambe ne pouvait être étendue, que le fonctionnement de l'article était compromis, et que, de plus, l'on pouvait craindre la gangrène par compression, Leo Szuman se décida, séance tenante, à une intervention sanglante.

« Il pratique une incision sous-rotulienne en U à concavité supérieure, comme pour une résection, puis, la jointure ouverte, deux doigts sont introduits en forme de crochet derrière la rotule, mais ne peuvent la ramener en place. On la trouve du reste, comme on l'avait prévu, parfaitement horizontale, entre le condyle externe du fémur et le tibia, fortement enclavée. Le liagment rotulien tordu est attiré dans l'article. La surface articulaire de la rotule est dirigée vers en haut, sa surface antérieure vers en bas vers le plateau tibial. La ligne verticale qui divise la surface articulaire de la rotule est maintenue en arrière de la convexité du condyle externe du fémur; le tendon du muscle quadriceps crural est déplacé en dehors, et la capsule articulaire arrachée par le condyle externe. A la partie externe de la jambe, le tendon du quadriceps crural par sa tension achève l'enclavement de la rotule. Le ligament latéral interne est intact, le ligament latéral externe déchiré en lambeaux, les ligaments sont croisés, arrachés. Leo Szuman sectionne le ligament rotulien, et pendant qu'un aide tirait dessus, avec un pince à traction, il engage à nouveau deux doigts derrière la rotule, s'en servant comme d'un crochet. Après plusieurs essais, la rotule glisse enfin, et, avec un ressaut revient à sa place normale. Un fragment du bord de la rotule, détaché, mobile, est extrait de l'article. Les ménisques articulaires sont enlevés afin de régulariser la surface articulaire. Drainage, sutures, pansement aseptique et attelle de Watson.

« La température monte à 38°5, le deuxième jour, mais les suites opératoires sont simples. La guérison est obtenue en cinq semaines. Au bout de deux mois, des mouvements partiels sont possibles (de 180° à 160°). »

D'après Szuman, le mécanisme de cette luxation aurait été une luxation latérale externe d'abord, puis, par des traumatismes ultérieurs, la rotule aurait pénétré dans l'article, ouvert en avant par suite de la flexion du genou.

Montenovesi (1) eut à intervenir dans un cas plus complexe.

Il s'agissait d'une vieille fracture de l'extrémité supérieure du tibia, avec luxation irréductible de la rotule en dehors, genu valgum, cal difforme, atrophie du vaste interne, le tout remontant à 6 ans.

Montenovesi circonscrivit par une incision la rotule en bas et en dedans, et sectionna les ailerons rotuliens; ouvrant ainsi l'articulation, il désinséra le tendon rotu-

1. Midelfart, Eine seltene Luxation der Patella (Nork-Mag. foër Laëgvid), juillet 1887, anal. *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 3.
2. J. Voigt, Ueber eine Luxation der Patella (Inaug. Diss. Iena, 1889).
3. Léo Szuman (Thorn), Sur une forme rare de luxation de la rotule (Communication au 18e Congrès des Chirurgiens allemands, avril 1889, *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, p. 101 du Supplément).

1. Montenovesi, Lussazioni inveterata della rotula (Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma, séances de janvier et février 1893) (*Riforma med.*, 18 avril 1893).

lien de son attache au tubercule du tibia, et le transplanta vers en bas et en dedans, en la fixant par un clou dans la dépression existant au côté externe de ce tubercule. Le résultat fonctionnel fut excellent. Quelque temps après, en faisant une résection cunéiforme pour remédier au genu valgum, il enleva le clou de la première intervention. L'insertion artificielle du tendon rotulien était parfaite.

Un chirurgien américain, Perkins (1), pratiqua en 1893 une arthrotomie chez un jeune homme de 26 ans. Chez lui, la luxation, qui remontait à six années, fut d'abord une luxation habituelle, puis, un beau jour, la rotule se fixa à sa place anormale et la luxation devint irréductible.

La rotule était fixée derrière le condyle externe du fémur, la jambe tournée en dehors, le pied droit faisant un angle droit avec le pied gauche.

Par une incision médiane, Perkins ouvre l'articulation. Il ne constate aucune adhérence autour de la rotule qui était fixée par la capsule; ce n'est qu'après des tractions très énergiques qu'il parvient à la ramener en bonne position, mais la rotation de la jambe subsista malgré la réduction. Sutures. Drainage. Au bout de six mois l'opéré quitte l'hôpital.

La rotation externe disparut peu à peu sans autre intervention et 4 ans plus tard les mouvements étaient parfaits, la flexion était possible à 45°.

Enfin Brun (2), en 1896, traita par l'arthrotomie une luxation irréductible de la rotule; le résultat fut excellent. « Il s'agissait d'une luxation irréductible de la rotule, d'origine traumatique et datant de 9 ans. Au début, la luxation avait revêtu les allures d'une luxation récidivante, mais elle s'était promptement fixée, et l'irréductibilité était devenue complète.

« Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, la rotule reposait sur la face externe du condyle fémoral, sa face antérieure regardant en dehors, son bord interne en avant. Dans les tentatives de réduction, on la sentait maintenue et solidement fixée par un trousseau fibreux épais qui se tendait surtout dans les mouvements de flexion. Comme le fonctionnement du membre était très imparfait, Brun conclut qu'il y avait intérêt à intervenir.

« Je découvris, dit-il, l'articulation à l'aide d'une incision courbe, à concavité supérieure. La capsule fibreuse mise à nu, je sectionnai sa partie externe, épaisse et rétractée, et je ne pus obtenir la réduction facile et complète qu'après ouverture de l'articulation. Pour maintenir la réduction obtenue, j'excisai une partie de la capsule articulaire, en dedans la rotule, où elle présentait du reste une minceur tout à fait anormale, et je suturai à la soie les deux lèvres de cette excision.

« Les suites opératoires furent simples, et huit mois après l'intervention le résultat s'était maintenu absolument parfait. La rotule occupait sa situation normale, et la marche s'effectuait sans difficulté ni fatigue. »

Brun ajoute, que quelques semaines plus tard, à la suite d'un coup ayant porté sur la partie interne du genou, il se produisit une ulcération de la cicatrice, qui entraîna la formation d'un petit abcès et l'élimination du fil de soie qui avait servi à faire la suture. Cette élimination, du reste, n'a eu sur la fixité de la rotule aucune conséquence fâcheuse.

On voit, d'après les 7 observations qui précèdent tout le profit que le chirurgien peut tirer d'une intervention opératoire dans les cas de luxation irréductible de la rotule. Chez les 7 malades le fonctionnement de la jointure était sinon complètement aboli, du moins fortement compromis par le fait de la luxation; grâce à l'arthrotomie et à la réduction qu'elle a rendue possible, tous les 7 ont pu marcher; les fonctions furent sinon intégralement, du moins suffisamment rétablies pour permettre la marche. L'arthrotomie seule a permis de lever l'obstacle à la réduction. Cet obstacle quel était-il?

« La rotule est tellement fixée, dit Valentin, qu'il faut pour l'ébranler des efforts considérables. Elle semble comme clouée au fémur. »

Cette grande fixité est due dans certains cas (luxations internes et externes) à la pénétration du bord interne de la rotule dans le tissu spongieux de la face externe du condyle, ainsi que cela fut trouvé dans une autopsie par Andrews.

Dans d'autre cas, la fixité provient (Malgaigne) de l'enclavement dans la fossette sus-condylienne du fémur, de l'un des angles latéraux de la rotule (ce qui n'a été prouvé par aucune autopsie, mais ce qui est possible, d'après Panas).

Dans d'autre cas enfin, la rotule est pincée entre les deux surfaces articulaires du fémur et du tibia (luxation horizontale, inter-articulaire).

Dans notre cas, la rotule était fixée par pénétration, dans le tissu spongieux du condyle externe, non pas du bord interne de la rotule, mais de la crête qui divise en deux, de haut en bas, la face articulaire de la rotule. Cette pénétration devait être assez profonde, à en juger par la fixité très grande de la rotule, et l'on comprend parfaitement Moreau qui échoua dans ses tentatives de réduction, même après avoir ouvert la capsule pour passer un élévatoire entre le fémur et la rotule.

Il ne faut donc pas reculer devant l'arthrotomie (1) dès que la persistance du déplacement entraîne une gêne fonctionnelle un peu considérable. Elle seule permet de remettre la rotule à sa place. Cette arthrotomie, comment la faire? On se laissera guider ici selon les cas, préférant ou l'incision longitudinale antérieure, médiane, ou l'incision en U, à concavité supérieure, ou toute autre encore. Les procédés opératoires ont varié, mais les résultats fonctionnels obtenus, eux, ont toujours été bons (2).

1. Perkins (Kansas), Complete dislocation of patella, reduced by arthrotomy after six years (*Annals of Surgery*, décembre 1893).

2. Brun, Luxation irréductible de la rotule (*Société de chirurgie*, 11 mars 1896, p. 237).

1. Cahier, in *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et P. Delbert, 1896, III, p. 278.

2. *Rev. méd. de l'Est*, 1898, p. 494.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Cholous. *Etude sur les déplacements de la glande lacrymale orbitaire*. N° 395. (H. Jouve.)

M. Baraduc. *Traitement des kystes hydatiques abdominaux*. N° 397. (Steinheil.)

M. B. Oquendo (Carlos). *Contribution à l'étude de l'ozène*. N° 399. (H. Jouve.)

M. Pley. *Sur un procédé d'extraction de la cataracte secondaire*. N° 400. (Steinheil.)

M. Lacorbe. *Diagnostic et traitement de la paralysie spinale infantile par l'électricité*. N° 403. (H. Jouve.)

M. Fouquéau. *Observations d'accès d'éclampsie puerpérale et leur traitement.* N° 404. (H. Jouve.)

M. Bardiaux. *De l'acide osmique au point de vue thérapeutique.* N° 405. (G. Carré et C. Naud.)

M. Takvorian. *Contribution à l'étude des dermites simples de l'enfance.* N° 411. (H. Jouve.)

M. Amice. *Aphasie traumatique.* N° 291. (Maloine.)

M. Schini. *Les collyres huileux; leurs avantages sur les collyres aqueux et les pommades.* N° 318. (Steinheil.)

M. Krien. *De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle* N° 378. (H. Jouve.)

M. Bénard. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à une torsion.* N° 379. (P. Delmar.)

M. Macé. *Quelques considérations sur les accès éclamptiques principalement sur leur diagnostic et leur traitement.* N° 412. (H. Jouve.)

M. Baranger. *Cardiopathies et grossesses.* N° 413. (Steinheil.)

M. Miot. *De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite de l'avortement.* N° 414. (H. Jouve.)

M. Jossilevitch. *Les écoulements par l'oreille et la paralysie faciale dans les traitements du crâne.* N° 415. (H. Jouve.)

D'après M. Cholous, la glande lacrymale peut se déplacer comme les organes situés dans les cavités viscérales, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme. Cette affection parait être excessivement rare.

L'étiologie et la pathogénie des déplacements spontanés sont encore mal élucidées. Il est possible que le déplacement soit lié souvent à une faiblesse congénitale des ligaments suspenseurs de la glande, à laquelle viendrait s'ajouter une cause efficiente telle que maladie infectieuse (oreillons) ou augmentation de volume de la glande provenant d'autres mécanismes.

Quant aux déplacements traumatiques, ils exigent, semble-t-il, pour se produire, le concours de plusieurs circonstances : corps vulnérant effilé et tranchant, agissant avec une certaine violence et comprimant la paupière supérieure contre l'orbite, section de la glande au niveau de son insertion inférieure ou destruction des brides fibreuses qui la relient au plafond orbitaire.

Le déplacement spontané se reconnaîtra au siège de la tumeur, à sa mobilité, à sa forme granuleuse et aussi à la vacuité de la fosse lacrymale.

Le traitement variera suivant les cas : expectation et appareil contentif, replacement de la glande (*dacryopexie*) (A. Terson), ou extirpation de l'organe déplacé.

M. Baraduc étudie dans sa thèse le traitement des kystes hydatiques abdominaux. La ponction évacuatrice simple appliquée au traitement des kystes hydatiques à développement abdominal doit être rejetée comme infidèle, souvent impraticable, et dangereuse.

La ponction évacuatrice suivie d'injection parasiticide est plus efficace; cependant, elle échoue souvent, et, elle joint en outre à tous les dangers de la ponction évacuatrice simple, les risques d'intoxication liés à l'introduction de liquides antiseptiques dans le kyste. Elle doit donc être également proscrite comme incertaine et dangereuse.

En présence d'un kyste hydatique abdominal suppuré ou non, on doit recourir d'emblée à la laparotomie.

La marsupialisation expose les malades aux fistules interminables avec tous leurs inconvénients, et aux éventrations consécutives. Elle doit être réservée aux kystes suppurés.

L'extirpation et l'énucléation ne peuvent être que des procédés d'exception. L'extirpation ne doit être tentée que dans les cas de kystes non adhérents et facilement pédiculisables. L'énucléation est toujours laborieuse; elle sera remplacée avantageusement par l'incision avec suture sans drainage, procédé tout aussi radical et beaucoup moins périlleux.

La méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés de l'abdomen consiste dans l'incision suivie de l'extirpation de la vésicule mère, et de suture du kyste sans drainage.

Cette méthode peut être appliquée suivant deux modes opératoires différents. Mais celui de M. Pierre Delbet ou incision avec suture sans drainage, après capitonnage de la poche fibreuse, donne incontestablement les meilleurs résultats.

Pour M. Oquendo l'ozène ne doit plus être considéré comme un symptôme commun à de nombreuses maladies, mais comme une entité morbide spéciale.

C'est une maladie microbienne, due au bacille de Lœwenberg.

Cette affection est, la plupart du temps, localisée à la muqueuse nasale, elle a peu de tendance à envahir les cavités voisines, mais, elle peut entraîner secondairement des complications du côté des organes voisins; dans certains cas, ces complications sont nettement dues au microbe de Lœwenberg : dacryocystite, kératite et surtout ozène trachéale, qui se localise sur la muqueuse trachéale, il y poursuit une évolution absolument indépendante de celle de l'ozène nasale.

Le traitement de l'ozène par la sérum-thérapie, qui devait donner de merveilleux résultats, ne produit pas d'amélioration durable, il détermine très souvent des accidents, il doit donc être abandonné.

D'après M. Pley, on peut ériger en méthode générale l'extraction des cataractes secondaires, en mettant de côté les fines membranules qu'il est possible de disciser à l'aide du kystitome ou de tout autre instrument du même genre, et celles qui se compliquent d'adhérences iritiques étendues ou totales pour lesquelles on a recours à d'autres procédés tels que l'irido-capsulotomie ou la capsulotomie après iridectomie. Quant aux cataractes secondaires résultant d'un traumatisme, peut-être est-il préférable de pratiquer d'emblée la capsulotomie; bien qu'elles puissent paraître faciles à extraire au premier abord, il arrive souvent que l'on se trouve en présence d'altérations profondes du corps vitré, de fortes adhérences ou de décollement de la rétine qui peuvent amener des complications opératoires et plus particulièrement une perte abondante du vitré.

D'après les observations recueillies par M. Pley l'extraction totale semble préférable à l'extraction partielle tant au point de vue de l'acuité qu'au point de vue de l'œil lui-même qui se trouve ainsi à l'abri de toute intervention ultérieure.

Le procédé opératoire qui vient d'être décrit tend à faire cette extraction sans léser le vitré, car la pince glisse à sa surface, et sans tiraillements de l'iris, car s'il y avait des adhérences plus fortes qu'on ne le supposait on se contenterait de faire un arrachement central, « ce qui est à la rigueur suffisant et d'un effet toujours supérieur à la discision » (Panas).

Enfin, si cet arrachement ne pouvait se faire, si les lambeaux ne s'écartaient pas pour former une pupille, on pourrait facilement, par l'ouverture faite avec la pique, introduire une pince de Liebreich, un kystitome, une pince ou tout autre instrument qu'on jugera utile.

L'opération ainsi faite a donné de très bons résultats optiques : elle présente peu de gravité.

Pour M. Lacorse les réactions électriques aident au diagnostic de la paralysie spinale infantile et peuvent dans une certaine mesure permettre de porter un pronostic.

La paralysie infantile est une affection curable dans un très grand nombre de cas, si on emploie un traitement approprié.

Le seul moyen thérapeutique efficace consiste dans l'emploi du courant électrique.

Le traitement électrique pour être vraiment utile doit réunir plusieurs conditions :

1° On doit utiliser le courant galvanique.
2° On doit intervenir le plus tôt possible.
3° On doit enfin électriser longtemps avec patience.

En cas d'accès éclamptiques chez une femme grosse, M. Fouquéau conseille d'avoir recours à la saignée du bras ou, si elle est impossible, à l'application de sangsues. La saignée, frappée d'un ostracisme injustifié, mérite de rentrer dans l'arsenal de nos moyens thérapeutiques.

Les purgatifs devront être administrés sans parcimonie : calomel, jalap, scammonée; mais préférablement, si la malade peut avaler, les limonades au citrate de magnésie ou au tartrate

de soude, effervescents, et les grands lavements salés. Puis, comme calmants, opiacés ou chloralés. Quant au traitement chirurgical, comme le disait Tarnier : toutes les fois que l'on pourra terminer l'accouchement sans violences, on sera autorisé à le faire.

L'auteur ne fait que citer l'opération césarienne. En France, les accoucheurs sont peu enclins à la pratiquer. On enseigne, dans les classiques, que l'on ne devra employer ce moyen que *post mortem :* la survie de l'enfant, dans ce cas, sera bien problématique.

M. Bardiaux a fait dans sa thèse une revue générale de l'acide osmique au point de vue thérapeutique avec expériences personnelles.

D'après cet auteur l'acide osmique est un agent d'une grande puissance antiseptique.

Les vapeurs de ce corps sont très dangereuses pour les muqueuses respiratoires, aussi la thérapeutique ne doit-elle pas l'employer sous cette forme.

L'action de l'acide osmique en solution est purement locale, et, à ce titre, son degré de toxicité est très variable, pour ainsi dire nul dans certains tissus, très grand au contraire lorsque cette action se manifeste largement sur un organe indispensable à la vie.

L'acide osmique est un fixateur d'une grande énergie, et cette propriété en fait un remède vraiment efficace dans le traitement des tumeurs bien limitées : telles que cancroïdes, tuberculoses de la peau, angiomes, etc. De plus, il est capable d'arrêter, momentanément du moins, dans leur développement les tumeurs à généralisation rapide.

En vertu de son action particulière sur les nerfs, l'acide osmique est un excellent analgésique. Il donne de bons résultats dans le traitement de certaines névralgies rebelles. On peut également l'utiliser, à titre purement palliatif, pour calmer les douleurs du cancer.

Enfin, d'après Wildermuth, il agit favorablement dans l'épilepsie.

Les nouveau-nés et les enfants en bas-âge sont très fréquemment atteints de lésions cutanées étudiées depuis longtemps sous les noms d'érythème, d'intertrigo, d'érythème vésiculeux, papuleux, etc. Dans leur forme la plus légère, bien peu d'enfants leur échappent, mais en ce cas leur importance est minime.

Sous la forme un peu plus accentuée leur fréquence est grande encore et elles méritent déjà l'attention du praticien.

Enfin elles présentent des formes sérieuses et des modifications de leur aspect usuel qui, tant pour leur gravité propre qu'en raison des erreurs de diagnostic qu'elles ont entraînées et peuvent entraîner encore, doivent être étudiés avec grand soin.

M. L. Jacquet qui, en 1886, avait consacré de remarquables études à l'une de leurs variétés les plus importantes mal connue avant lui, a récemment repris d'ensemble l'étude de ces lésions. Il a montré, plus complètement encore, la filiation qui unit leurs diverses formes ; il a établi que la dénomination générique « d'érythème » est à la fois insuffisante et fausse, et propose de les grouper sous celle de « dermites simples de l'enfance ».

M. Takvorian a eu récemment l'occasion d'observer dans les services respectifs de MM. les professeurs Pinard et Hutinel deux cas de ces dermites infantiles et a ajouté deux observations personnelles en contribution à l'étude de ces intéressantes dermatoses.

Les traumatismes de la région temporo-pariétale sont fréquemment accompagnées d'aphasie.

Pour M. Amice, au point de vue clinique, il importe de distinguer les cas où l'aphasie est le seul symptôme du traumatisme du crâne ; ceux où elle est associée à une paralysie faciale des membres :

1. Aphasie isolée
2. Aphasie avec paralysie faciale
3. — — — — et du membre supérieur
4. Aphasie avec hémiplégie

Dans les cas accompagnés de paralysie faciale celle-ci siège généralement du côté opposé à la lésion ; l'auteur cite cependant trois observations où cette paralysie accompagnée d'aphasie siège du côté gauche ; il n'a pas trouvé la raison de ces faits.

L'aphasie consécutive aux traumatismes du crâne est généralement due à la compression ; elle peut parfois relever de l'hystérie traumatique.

Il est fréquent de voir une aphasie totale succéder à une lésion limitée, mais bientôt elle se localise généralement pour prendre l'un des quatre types connus.

Le pronostic de l'aphasie consécutive à un traumatisme du crâne est tout à variable, et dépend de la gravité de la lésion causale. D'une façon générale les aphasies sensorielles sont peut-être plus susceptibles de s'améliorer que les aphasies motrices.

D'après M. Scrini, les collyres aqueux sont d'un emploi malaisé et difficile ;

L'application des collyres huileux et facile ;

L'instillation des collyres aqueux provoque un larmoiement considérable et le spasme de l'orbiculaire ;

Les collyres aqueux s'altèrent rapidement ;

Les collyres huileux sont stables ; le collyre huileux à l'ésérine en particulier ne se transforme pas en rubrésésine ;

Les collyres aqueux sont septiques employés comme ils le sont généralement ;

Les collyres huileux sont toujours aseptiques ;

L'action des collyres huileux est plus sûre, plus rapide, plus intense est plus prolongée ;

Le collyre huileux de cocaïne ne produit pas l'exfoliation de l'épithélium ;

Il semble donc pour toutes ces raisons que les collyres huileux sont appelés à remplacer avantageusement les collyres aqueux et les pommades à la vaseline.

Les ruptures des salpingites purulentes peuvent dans certains cas simuler l'hématocèle, ainsi que M. Krien en rapporte 4 observations. Dans ces faits, il n'existe que des adhérences très friables ; on ne peut ni énucléer sans rupture, ni faire des marsupialisation.

Le diagnostic d'hématocèle s'appuiera sur l'absence de passé pelvien, les signes d'une hémorrhagie interne, et dans certains cas, sur la constatation des symptômes d'une grossesse extra-utérine au début.

Les commémoratifs d'un passé pelvien net, la douleur suraiguë au toucher, l'absence des signes d'hémorrhagie interne, l'absence de pesanteur rectale et vésicale seront en faveur de la rupture salpingienne.

Pour les raisons exposées plus haut il sera toujours précieux, au moment d'opérer une salpingite suppurée, adhérente, de rechercher s'il y a eu ou non, un jour donné, des symptômes de pseudo-hématocèle.

La voie vaginale doit être préférée toutes les fois qu'il est possible ; si on fait la laparotomie, on devra prendre de grandes précautions.

D'après M. Bénard, de tous les accidents consécutifs à la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, l'occlusion intestinale est de beaucoup le plus rare ;

Cet accident est toujours plus grave et nécessite une intervention immédiate.

D'après M. Macé, des accès éclamptiques graves peuvent se manifester chez des parturientes présentant peu ou point d'albumine. L'apparition et la gravité de ces accès n'est pas en rapport avec la quantité d'albumine trouvée dans les urines.

Il ne faut donc pas se fier uniquement à l'absence d'albumine pour écarter le diagnostic d'accès éclamptiques et l'on en doit toujours rechercher les autres signes prodromiques.

Dès l'apparition des symptômes de la toxémie, le régime lacté doit être institué dans toute sa rigueur, de même qu'une hygiène qu'on observera scrupuleusement (repos, chaleur, purgatifs, etc.).

Dans les cas plus graves, si la maladie ne cède pas au traitement : saignée, injections hypodermiques de sérum artificiel, et, dans les cas excessivement graves seulement, accouchement prématuré.

L'accès lui-même est combattu par l'anesthésie, chloroforme,

chloral; s'il survient pendant l'accouchement, on hâtera l'expulsion.

Après le travail, continuation du régime lacté et de l'hygiène jusqu'à disparition complète des symptômes.

M. Baranger a étudié les rapports de la grossesse et des cardiopathies. La grossesse seule ne crée pas l'hypertrophie physiologique du ventricule gauche. Lorsqu'il y a hypertrophie cardiaque, il s'agit d'une hypertrophie pathologique, provoquée par différents processus morbides.

La grossesse peut rendre appréciable une maladie de cœur jusque-là silencieuse, mais elle ne peut être considérée comme cause de cardiopathies.

La grossesse peut aggraver les lésions cardiaques; elle donne alors naissance aux troubles gravido-cardiaques. Ces accidents se produisent surtout lorsque le rein, le foie ou le myocarde sont atteints; mais ils sont loin d'être constants, et souvent la grossesse n'a que peu ou pas d'influence sur les cardiopathies préexistantes.

L'influence des cardiopathies sur la grossesse peut se traduire par des modifications dans la menstruation, par des métrorrhagies survenant avant, pendant ou après le travail, par des accouchements avant terme, par des lésions placentaires, par la diminution de vitalité de l'enfant. Cette influence, toutefois, a été exagérée, et on observe souvent de la part des femmes enceintes une certaine accoutumance aux affections cardiaques.

Le pronostic est en rapport avec l'état du myocarde et avec l'état des reins et du foie. Donc, les lésions valvulaires ne s'accompagnant pas de lésions myocardiques, n'offrent de gravité qu'autant qu'elles coexistent avec des lésions organiques ou des troubles fonctionnels des reins et du foie.

Le traitement sera prophylactique dans tous les cas, médical s'il survient des accidents gravido-cardiaques, obstétrical si l'amélioration ou la guérison n'est pas obtenue par les moyens précédents.

Après l'avortement, le placenta peut être retenu dans la cavité utérine. La délivrance spontanée est de ce fait retardée et la durée de la rétention varie entre un jour et plusieurs semaines.

Pendant ce temps, la femme est exposée à des hémorrhagies et à la septicémie. Mais s'il ne survient pas d'accidents, elle n'en doit pas moins être l'objet d'une surveillance médicale attentive.

Pour toutes ces raisons, M. Miot croit qu'il y a tout avantage à intervenir et à provoquer l'évacuation de l'utérus aussitôt que la rétention placentaire sera confirmée, c'est-à-dire 24 heures à 48 heures après l'avortement.

Nous pensons que le procédé de choix consiste dans l'introduction de ballons intra-utérins, qui agissent en déterminant des contractions utérines grâce auxquelles le placenta se décolle et est expulsé derrière le ballon.

Si le placenta reste adhérent, on profite de la dilatation produite par le ballon pour introduire immédiatement les doigts dans l'utérus et procéder au curage digital.

D'après M. Jossilevitch, nous croyons qu'il y a lieu de restreindre la valeur séméiologique des signes invoqués habituellement dans le diagnostic des fractures du rocher et longtemps considérés comme pathognomoniques.

Pour avoir la signification qu'on leur accorde généralement, ils doivent se présenter avec les caractères suivants : abondance, persistance et intermittence de l'otorrhagie, issue précoce de sérosité abondante, continue et influencée par les mouvements de la tête et les efforts du blessé; identité des caractères physico-chimiques de la sérosité épanchée avec le liquide cérébrospinal; apparition immédiate d'une hémiplégie faciale n'ayant aucune tendance à rétrocéder dans la suite. C'est seulement en présence de ces trois symptômes réunis avec ces caractères précis que l'on est en droit de porter le diagnostic de fracture basilaire; car il ne faut pas oublier que lorsqu'une otorrhagie abondante est accompagnée d'un écoulement séreux tardif par l'oreille et d'hémiplégie faciale quelques jours seulement après l'accident, que la fonctiou auditive n'est pas abolie et que les phénomènes de commotion cérébrale sont de courte durée et n'excèdent pas quelques heures, il s'agit le plus souvent d'une simple rupture du tympan.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Drevet. *De la polyarthrite tuberculeuse déformante (Pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux).* N° 73. (Imprimerie Bourgeon.)

M. Imbert. *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des spasmes fonctionnels.* N° 75. (Imprimerie P. Legendre.)

D'après M. Drevet la polyarthrite tuberculeuse déformante se distingue cependant du rhumatisme chronique déformant par un certain nombre de caractères. Ceux-ci découlent :

1° Des antécédents des malades qui sont porteurs de cette affection. Ils sont ou bien fils ou frères de tuberculeux ou bien tuberculeux eux-mêmes et porteurs quelquefois depuis longtemps d'autres manifestations bacillaires, au moment où apparaissent chez eux les manifestations articulaires multiples.

2° De l'âge auquel débute l'affection, la polyarthrite tuberculeuse étant surtout une affection de la jeunesse alors que le rhumatisme déformant n'apparaît qu'après 40 ans.

3° De ses caractères cliniques. Les déformations articulaires qui paraissent, à une première inspection, plus ou moins semblables dans les deux affections, présentent cependant parfois des caractères différentiels nets. C'est ainsi que, dans la polyarthrite tuberculeuse déformante, on constate, en même temps que les signes d'atrophie des têtes articulaires, l'existence de masses plus ou moins molles donnant, comme les fongosités, la sensation de rénitence, de fausse fluctuation. L'envahissement de la capsule, sa distension par ces fongosités, le relâchement ligamenteux expliquent, en outre, la laxité de l'article et les déformations qui rappellent celles du rhumatisme déformant.

Il s'agit le plus souvent d'un processus plastique sans tendance à la suppuration et comparable d'après M. le professeur Poncet aux lésions squelettiques de la carie sèche.

La radiographie montre, en outre, que les déformations des têtes osseuses sont dues à un effondrement du cartilage diarthrodial consécutif à la raréfaction irrégulière du tissu osseux de l'épyphise par l'infiltration bacillaire. Il se produit, à la suite de ce phénomène, une adaptation nouvelle des deux têtes osseuses ainsi déformées (Destot-Bérard).

La marche de l'affection est essentiellement chronique et progressive.

Le pronostic est grave, autant par la coexistence habituelle de lésions tuberculeuses pulmonaires que par l'impotence parfois à peu près complète due à la multiplicité et à la marche chronique des lésions. Il semble néanmoins être un pronostic à longue échéance.

Le diagnostic précoce de cette affection a d'autant plus d'importance qu'il y a intérêt à ne pas soumettre les malades à un traitement antirhumatismal intempestif. La mobilisation des articulations et d'une façon générale toutes les manœuvres thérapeutiques directes sur les jointures malades, sauf cependant les frictions et le massage méthodique, sont contre-indiquées. On ne peut songer, d'autre part, le plus souvent, à une intervention chirurgicale dont l'idée ne peut s'allier avec la multiplicité des lésions. La seule ressource semble donc résider dans l'hygiène et le traitement général des tuberculeux.

Pour M. Imbert les spasmes fonctionnels se développent constamment sur un terrain prédisposé avec névropathie, par l'intermédiaire de l'arthritisme principalement.

Ces spasmes ont leur origine dans une lésion périphérique qui, dans un grand nombre de cas, peut être rattachée à des localisations rhumatismales franches.

Le rhumatisme crée des lésions dans les synoviales, le tissu fibreux, les aponévroses et tendons, les muscles et les nerfs.

Le résultat constant de ces lésions consiste dans l'atrophie et l'état d'hypotonie de certains groupes musculaires. Ces insuffisances musculaires créent une disposition spasmodique des

muscles antagonistes sains et engendrent le spasme. L'excitabilité réflexe de la moelle et le pouvoir d'inhibition du cerveau interviennent aussi.

En dehors du rhumatisme, il existe encore des cas de spasmes fonctionnels dont il faut chercher la cause soit dans des intoxications venues du dehors, soit, plus souvent, dans des auto-intoxications.

Le traitement comprendra 3 périodes :

1° Traitement du rhumatisme ou de la maladie toxique (urémie, etc.).

2° Traitement des lésions locales.

3° Contre l'élément psychique, s'il existe, l'indication d'un convulsivant apparaît (extrait de belladone).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 Août 1898.

Sur la trachéotomie et le tubage en dehors des milieux hospitaliers.

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur un travail de **M. Baldingen.**

Le tubage est surtout utile depuis la sérothérapie. En dehors des milieux hospitaliers, après la trachéotomie, le nettoyage de la canule interne est facile et peut être fait par des gens non compétents. Le nettoyage du tube dans le tubage nécessite, au contraire, la présence du médecin.

M. Baldingen attache un fil à demeure au tube; on se sert de préférence du tube court. Mais le tube court s'obture plus facilement que le long. Il prétend que l'enfant détubé n'asphyxie pas tout de suite, et que, d'ailleurs, le médecin doit revoir toutes les trois heures son malade. Pour lui, cependant, il regarde le tubage comme impraticable en dehors des milieux hospitaliers ou en dehors d'une surveillance médicale permanente.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'importance du pansement après la cautérisation par l'acide arsénieux des cancroïdes de la face,

D'après M. le Dr Ph. de Lostalot (de Biarritz).

Nous avons fréquemment ici même parlé du traitemement des cancroïdes de la face par les caustiques, en particulier par l'acide arsénieux. Bien que nous préférions pour notre part à tous ces procédés, quelque ingénieux qu'ils soient, une bonne et simple exérèse, nous ne pouvons méconnaître les résultats indiscutables obtenus dans certains cas par les badigeonnages ou les injections d'acide arsénieux. Il peut se faire en effet que les malades qui refusent l'intervention chirurgicale soient appelés à bénéficier de ce mode de traitement : c'est pourquoi nous avons à plusieurs reprises exposé les perfectionnements apportés dans la technique par les auteurs qui se sont occupés de cette question.

Or, d'après M. le Dr Ph. de Lostalot, une des causes les plus habituelles de l'échec des badigeonnages à l'acide arsénieux est l'insuffisance du pansement consécutif à la chute de l'eschare. La cautérisation peut avoir dépassé les limites de la lésion et créer dans les tissus voisins une prédisposition à un nouvel ensemencement et cela d'autant plus aisément que la cicatrisation aura de ce fait été plus longue. D'autres fois le caustique a été exactement appliqué, mais après la chute de l'eschare le pansement a été négligé : la cicatrisation traîne en longueur et aboutit finalement à une récidive *in situ*, qu'on attribue à tort à une cautérisation incomplète. Il faut donc mettre tous ses efforts à obtenir une cicatrisation rapide et voici comment M. le Dr Ph. de Lostalot arrive à ce résultat.

Dès que l'eschare est tombée, on applique sur la plaie préalablement aseptisée le mélange suivant que l'on rend agglutinant par l'addition d'une petite proportion d'eau bouillie :

Oxyde de zinc	āā parties égales.
Sous-nitrate de bismuth . .	
Gomme arabique	

Sous l'influence de cette application répétée 5 à 6 fois, la cicatrisation est généralement obtenue en 8 jours : le fond de la plaie se recouvre d'une mince couche épidermique qui permet de supprimer tout pansement au bout de ce temps. Dans deux cas où cette méthode a été employée, M. le Dr Ph. de Lostalot a obtenu deux succès.

Traitement de la névralgie trifaciale et de la migraine,

D'après M. le Dr Ph. de Lostalot (de Biarritz).

Le praticien ne saurait avoir trop de moyens de combattre les crises douloureuses des névralgiques. Parmi ces moyens, le stypage au chlorure d'éthyle, les frictions avec des crayons mentholés, les applications de pommades gaïacolées et chloroformées ont donné localement les meilleurs résultats. Le refroidissement temporaire ainsi obtenu calme l'accès et souvent en prévient le développement. Mais le stypage nécessite un appareil spécial, les crayons mentholés sont difficiles à préparer et souvent falsifiés : le discrédit jeté sur ces crayons est venu de leur mauvaise fabrication. Enfin, beaucoup de malades ne peuvent se résoudre à employer des pommades qui ont l'inconvénient de devoir être enlevées après soulagement : cette opération, devant se faire à l'eau chaude et au savon, suffit quelquefois à réveiller la crise. M. le Dr Ph. de Lostalot prescrit avec succès dans sa clientèle la formule suivante, qui répond à tous ces desiderata :

Ether sulfurique.	āā 50 gr.
Alcool de mélisse.	
Menthol.	10 gr.

Un fort tampon d'ouate est imbibé de cette mixture et porté rapidement sur tous les points douloureux. Il en résulte un refroidissement intense comparable à celui obtenu par le stypage. En quelques minutes, les douleurs disparaissent ou s'atténuent, et ce soulagement persiste plusieurs heures, l'évaporation lente de la solution continuant à se faire pendant un certain temps après l'application.

VARIÉTÉS

Les teintures pour les cheveux et de leurs dangers,

D'après M. le Dr Tissot.

Depuis l'antiqnité les teintures ont été employées, surtout par les femmes, pour modifier la coloration de leurs cheveux, suivant le caprice de la mode; sans cause apparente, suivant l'époque et le moment, telle couleur l'emporte sur telle autre : tantôt c'est le noir, tantôt c'est le blond et quelquefois le rouge.

C'est à la magicienne Médée que l'on fait remonter l'origine des teintures. Le rajeunissement du vieil Eson ne serait, d'après quelques archéologues, que la métamorphose d'une chevelure blanche en chevelure noire.

Divers documents prouvent que ces teintures étaient parfaitement connues — avec leurs dangers du reste — des Grecs et Romains qui eux-mêmes tiraient leur secret de l'Inde et de

l'Egypte. Les différents textes des auteurs ne laissent aucun doute sur ce sujet.

La même coutume se retrouve en même temps sous d'autres latitudes.

En effet, depuis un temps immémorial, les Chinois sont en possession, dit-on, d'un secret pour régénérer la couleur noire des cheveux blancs.

Dans une communication faite le 21 juin 1847 à l'Institut de France, un savant orientaliste, M. Stanislas Julien, affirme que les Chinois ont su transformer au moyen de médicaments et d'une alimentation particulière la teinte des cheveux blancs et roux en cheveux du plus beau noir.

C'est, dit-il, par ce moyen que les Chinois, corrigeant ainsi les écarts de la nature, peuvent se dire, depuis la plus haute antiquité, *le Peuple aux cheveux noirs*.

Les Orientaux ont eux aussi leur procédé de teinture : leurs femmes se servent journellement d'une préparation appelé « surmé » pour se noircir les sourcils et les cils.

Les femmes arabes et les Maures emploient le *henné* de temps immémorial.

Les dames romaines jaunissaient leurs cheveux avec un savon gaulois et les poudraient avec une terre ocreuse ; les hommes, à l'exemple de l'empereur Commode, employaient une poudre d'or qui donnait à leurs cheveux une teinte si rutilante que les yeux ne pouvaient en soutenir l'éblouissant éclat.

La couleur blonde jaune, surtout celle d'un rouge ardent était préférée. Cette transformation s'obtenait soit avec une perruque, soit en changeant la teinte des cheveux.

Puis la mode change : et nous voyons alors les patriciens et la classe noble, au dire de Pline, teindre leurs cheveux en noir avec le millepertuis, le myrte, le cyprès. L'écorce verte de la noix donnait au témoignage de Tibule d'excellents résultats :

... Coma tum mutatur ut annos dissimulet,
Viridi cortice tincta nucis.

Ovide paraît accorder plus de confiance au suc de certaines plantes importées d'Allemagne ; du moins il en parle comme étant d'une pratique usuelle. « Telle femme, s'écrie Martial, devient subitement corbeau, qui tout à l'heure était cygne. »

Mais déjà à cette époque les accidents causés par l'emploi de toutes ces teintures étaient fréquents et il est facile de trouver dans les Pères de l'Eglise, dans les poètes mêmes, des textes avertissant le public.

Ainsi Ovide gourmande une jeune fille qui, malgré ses avis, a voulu changer la couleur de sa chevelure : « Je te le disais bien : ne tourmente pas ainsi tes « cheveux » ; tu as si bien fait qu'il ne t'en reste plus à teindre ».

Et plus loin :

« Vraiment je m'écriais : c'est un crime, oui c'est un crime de brûler des cheveux si beaux ! » Plus loin encore :

Ipsa dabas capite mixta venena tuo.

« Ne t'en prends qu'à toi, c'est toi-même qui appliquais sur ta tête ces mixtures empoisonnées ».

Au moyen âge l'usage des teintures ne fut pas oublié.

Enfin, chez les Européens modernes, l'industrie teinturière a pris une extension énorme.

Les journaux sont remplis d'annonces et de découvertes plus merveilleuses les unes que les autres, pour déguiser le grisonnement.

En résumé on peut dire avec Tzard :

« Les femmes se teignaient les cheveux du temps de Jérémie, elles se les teignent encore aujourd'hui et se les teindront toujours. »

Et les hommes aussi trop souvent, pourrait-on ajouter !

S'il est vrai que l'usage de teindre les cheveux se retrouve chez tous les peuples, et remonte à la plus haute antiquité, il ne l'est pas moins que les accidents et les dangers des teintures ont été constatés partout et à toutes les époques.

Actuellement leur emploi est généralisé : malgré les progrès de la chimie moderne qui ont permis de mieux analyser la composition des produits utilisés, malgré les résultats fournis par la physiologie expérimentale qui ont permis de reproduire chez les animaux les symptômes divers des empoisonnements observés chez l'homme, le commerce est libre. Bien que les dangers que cet état de choses fait courir au public ignorant soient grands, les législateurs ne sont jamais intervenus pour réglementer la fabrication et la vente de substances le plus souvent toxiques ni pour en diminuer l'usage.

Les inventeurs de teintures cosmétiques se sont ingéniés bien plus à composer des noms sonores et originaux qu'à créer des formules nouvelles.

Toutes les drogues de la chimie toxique s'y trouvent en abondance depuis le *Rastikopetra* ou *rastik-yuzi* des Turcs et des Arméniens, à base de soufre, fer et antimoine, dont M. Landerer (d'Athènes) donne la formule et la préparation, jusqu'aux mixtures bizarres baptisées d'un nom oriental quelconque.

Les eaux dites de Chine, d'Afrique ou *de Perse* ne sont qu'une dissolution de nitrate d'argent dans une eau aromatique. *Les crêmes dites de jeunesse* sont à base de nitrate de plomb et d'acide hydrosulfurique. *La Mélanine* est à base de chaux et d'arsenic.

La potasse caustique, les nitrates d'argent, de mercure, de bismuth, les acétates de cuivre et de plomb, les acides nitrique, sulfurique, sulfhydrique, l'hydro-sulfate de soude forment la base de toutes ces eaux et pommades. Voici par ordre quelques-unes des principales.

N° 1.

Minium pulvérisé	1 partie
Hydrate de chaux	4 —

Mélangez ces deux substances et arrosez-les, avec une solution faible de potasse, de manière à donner la consistance d'une bouillie claire.

N° 2. — *Eau dite de Chine.*

Nitrate d'argent	1 partie
Chaux hydratée	4 —

Faites dissoudre dans une quantité suffisante d'eau et filtrez.

N° 3.

Nitrate d'argent	āā 15 gr.
Nitrate de mercure	(āā 15 gr.)
Eau	135 gr.

N° 4. — *Eau d'Egypte.*

Nitrate d'argent	1 partie
Nitrate de bismuth	1 —
Sous-acétate de plomb	1 —

Sous l'action d'une eau sulfureuse quelconque les cheveux prennent une teinte noire, mais comme cette eau est en général à base de sulfhydrate de soude il arrive que, si l'on n'y prend garde, la chevelure entière se dissout.

N° 5. — *Pommade argentique.*

Nitrate d'argent	8 gr.
Crème de tartre	8 gr.
Ammoniaque	15 gr.
Axonge	15 gr.

Cette pommade doit s'employer après avoir dégraissé le cheveu.

N° 6. — *Teinture végétale.*

Ecorce de noix vertes	125 gr.
Gros vin rouge	200 gr.

N° 7. — *Teinture blonde.*

Lactate de fer	1 partie
Nitrate de bismuth	2 —
Nitrate d'argent	1 —
Eau distillée	10 —

N° 10 *bis*. — Solution bi-chromate de potasse liquide, eau oxygénée.

N° 8.

1er Flacon, solution de sulfhydrate de soude.

2e Flacon, passer dans les cheveux un simple peigne de plomb.

N° 9.

C'est une de celles qui ont le plus de succès.

1er Flacon, solution de permanganate de potasse.

2e Flacon, solution de tannin.

A première vue, cette teinture paraît absolument inoffensive. Cependant, plusieurs cas de dermite et d'intoxication ont été constatés. L'action de ces deux solutions s'explique par la formation d'acide pyrogallique.

N° 10.

Il est enfin une teinture des plus employées dans ces derniers temps et sur laquelle il est nécessaire d'attirer l'attention.

Voici donc la formule de cette teinture à nom variable et alléchant toujours, *exempte de sel métallique*, disent les prospectus.

1er Flacon : *solution de chlorhydrate de paraphénylènediamine.*

2e Flacon : *eau oxygénée.*

Telle est la formule qui, sous des noms différents, a causé dans ces dernières années le plus grand nombre d'accidents.

Elle est d'un emploi plus facile que celles à base de henné et d'indigo; elle a des colorations plus franches d'aspect que les teintures à base de nitrate d'argent ou d'acide pyrogallique; elle n'est pas suspecte de provoquer les accidents généraux d'intoxication connus du médecin comme les teintures à base de sels de plomb; elle a une action beaucoup plus rapide que les diverses teintures à base de tannin, de noix de galle, de brou de noix, infusion de fèves, etc. Toutes ces raisons en ont vulgarisé l'emploi et elle est devenue de mode pourrait-on dire.

Elle détermine des accidents effroyables pourtant et mérite, plus que les autres peut-être, la rigueur du pouvoir public.

Les accidents causés par les teintures sont, on le comprend, corrélatifs des substances qui entrent dans leur composition. L'intensité des symptômes varie également, d'abord en raison directe de la composition de la teinture, du nombre des applications, de la région sur laquelle le produit est employé, et ensuite, de la constitution de la personne qui en fait usage, de ses antécédents et de ses occupations qui lui permettent ou l'aident d'une façon plus particulière à éliminer le poison absorbé.

Toutes les préparations employées jusqu'ici sont nuisibles soit par elles-mêmes, soit par la substance annexe qui doit *transformer* la base de la teinture ou la mordancer en la faisant prendre sur les cheveux, soit même par les produits à l'état naissant qui se dégagent et deviennent ainsi très actifs.

La peau présente toujours à sa surface suffisamment de micro-organismes pour amener la suppuration et déterminer une infection générale dès qu'il se produit une solution de conbinuité du derme ou de l'épiderme.

Toutes les teintures capillaires utilisées jusqu'à ce jour sont d'un emploi dangereux.

Les lésions qu'elles déterminent sont de deux ordres : les unes inflammatoires, les autres toxiques.

Le siège d'élection des lésions inflammatoires est primitivement la bordure des cheveux, la lèvre supérieure, le front, la nuque, les oreilles, la face, le cou et quelquefois le membre supérieur, elles peuvent d'ailleurs se généraliser.

Les complications sont encore mal connues; elles peuvent passer inaperçues d'abord pour ne survenir qu'à une échéance éloignée.

L'action toxique sur le rein est manifeste; elle se traduit par une desquamation épithéliale que l'on constate souvent.

L'analyse de l'urine permet d'apprécier les lésions provoquées dans le rein par le poison; elle ne permet pas cependant de constater la présence du poison lui-même.

Tous ces accidents sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit. Un grand nombre de maux d'yeux, de névralgies, de migraines, de pseudo-méningites ne reconnaissent pas d'autres causes.

La plus dangereuse de toutes est celle dite à base *de chlorhydrate de paraphénylènediamine* dont l'action sur l'économie peut être comparée à une leucomaïne ou une ptomaïne. En résumant une des dernières observations prises à l'hôpital Saint-Louis, on peut en présenter le tableau clinique de la façon suivante : Dermite inflammatoire de la face, caractérisée par une pléiade de papules, de papulo-vésicule et de vésicules développées sur un fond inflammatoire, de couleurs variables, occupant toute la face, quelquefois le cou, le tronc, ou d'autres parties plus éloignées du corps. Chez certains sujets elle apparaît jusqu'aux extrémités. Les paupières sont gonflées, les joues bouffies, les yeux injectés quelquefois projetés au dehors dans les cas graves.

Le sujets éprouve une sensation de picotement, de démangeaisons légères au début, allant en s'accentuant, dans les cheveux, la barbe, etc. La durée des accidents est variable, le retour à l'état normal s'effectue lentement, par une desquamation plus ou moins abondante suivant que la forme est plus ou moins bénigne; pas de sucre, quelquefois de l'albumine.

Dans l'état actuel de la législation concernant les matières vénéneuses et les produits nuisibles à la santé, il n'existe ni lois ni règlements qui s'appliquent exclusivement à la vente de médicaments, articles de parfumerie ou produits destinés à *l'usage externe.* Tout au contraire les diverses dispositions législatives concernant les substances nuisibles n'ont été édictées qu'en raison des dangers qu'elles présentent lorsqu'elles sont destinées *à l'usage interne.*

L'ordonnance de 1846 et le décret de 1850, en limitant la vente de certaines substances, ont voulu, tout en conciliant la liberté du commerce et la sécurité publique, empêcher, dans la mesure du possible, les empoisonnements de toute nature. Le but a-t-il été atteint? Non, car la statistique a prouvé que la plupart des empoisonnements étaient commis à l'aide de substances dont la vente était libre, et le fait est connu. Pourquoi, le criminel se servirait-il de produits dont l'achat est compliqué, lorsqu'il en a tant d'autres à sa disposition, qu'il peut se procurer sans difficulté, et qui servent ses desseins tout aussi bien que des substances prohibées? C'est ce qui a fait dire que du moment qu'on avait reconnu l'impossibilité d'interdire la vente de tous les poisons, il était inutile d'entraver la vente de quelques-uns.

Quant aux articles du code ils permettent de punir celui qui a porté atteinte volontairement ou involontairement a la santé d'autrui, et de lui demander réparation du préjudice causé; mais c'est insuffisant. Ce qu'il faudrait, c'est, en outre des mesures prohibitives et repressives existant déjà, créer des mesures préventives. Mieux vaut prévenir que guérir, dit-on, mais tel n'a pas été jusqu'à présent le souci du législateur.

L'autorité municipale dans la personne du préfet peut prendre telle mesure que comporte l'intérêt général. C'est ainsi que différents arrêtés ont été rendus prohibant l'emploi de certains produits dans la fabrication du papier destiné à envelopper les produits alimentaires; mais cette autorité limitée par sa territorialité sortirait de ses attributions en prenant des mesures qui atteindraient l'industrie en général.

Donc, ce qu'il faut, *c'est une loi.*

La seule mesure efficace serait, semble-t-il, la reconstitution des commissions de médecine créées par un décret du 18 août 1810 pour la reconnaissance et la divulgation des remèdes non encore insérés au Codex et que ne pourraient vendre les pharmaciens; mais il serait utile d'étendre leurs attributions, car elles n'étaient compétentes que pour l'examen des préparations pharmaceutiques entrant dans le corps humain sous forme de médicaments. C'est ainsi qu'il a été jugé que les substances propres à la toilette, telles qu'une essence ou huile qui appartient également à la pharmacie et à la parfumerie, ne pouvaient être considérées comme remède secret et échappaient en conséquence à leur contrôle.

Le caractère de la loi est un peu platonique; il est très bien de veiller à ce que le consommateur ne se soit pas trompé, mais il serait bien mieux d'empêcher que ces produits puissent lui nuire.

On pourrait en conséquence, pour compléter la loi de 1851, et lui donner le caractère de sécurité hygiénique qui lui manque, dresser une liste de toutes les substances dont l'emploi serait interdit dans la préparation des produits de parfumerie et prescrire en outre, en s'inspirant de l'arrêté du 18 décembre 1848 et 5 janvier 1849, que tous *les produits destinés à être appliqués sur une partie quelconque du corps ne pourraient être mis en vente qu'après autorisation d'une commission.* Cette autorisation pourrait être à chaque instance retirée et de cette façon on pourrait peut-être surveiller avec efficacité la vente de certains produits exploités dans le commerce au grand détriment de la santé du public.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Du zona au cours de la paralysie générale,

Par le Dr G. Dupau.

La paralysie générale progressive, arrivée à la période d'état est, d'ordinaire, d'un diagnostic facile. Mais combien il est souvent malaisé de la déceler, lorsqu'elle se cache sous les symptômes si obscurs du début ! Parmi les signes précurseurs, que l'on a depuis longtemps divisés en signes psychiques et en signes somatiques, nous croyons que de ces derniers doit probablement venir la première indication, qui mettra l'attention du praticien en éveil.

On a signalé des troubles somatiques de plus ou moins grande importance au début de la paralysie générale. Nous connaissons les tressaillements, les soubresauts, les spasmes et les crampes. On a cité les tics du visage, consistant surtout en mouvements convulsifs des paupières et de l'aile du nez.

MM. Christian et Marandon de Montyel ont attiré l'attention sur le mal perforant qui peut être le premier trouble trophique d'une paralysie générale, aussi bien que dans le tabès. M. Magnan a étudié particulièrement les lésions des 3e, 4e et 6e paires crâniennes, qui amènent les troubles de la vue, la dilatation anévrysmale de l'artère centrale de la rétine, l'atrophie de la papille et les modifications si caractéristiques de la pupille; extérieurement enfin le ptosis et le strabisme.

Nous citerons aussi les érythèmes, les desquamations de la couche épidermique, les œdèmes à résorption difficile, les abcès.

Nous rappellerons tout spécialement la migraine ophthalmique qu'a décrite Charcot(1) et qu'il a montrée souvent subordonnée aux lésions de la méningo-encéphalite diffuse. Cette migraine peut être un prodrome très avancé : Baudron (2) cite des cas où elle a précédé de 10 mois la paralysie générale confirmée.

Tous ces accidents, résultant de lésions névritiques, sont l'indice d'une mauvaise nutrition des tissus; ils peuvent éclater indépendamment d'une lésion centrale et ont leur valeur diagnostique, quand on les rapproche des troubles psychiques, que peut présenter le malade.

Bien souvent au contraire, on passera à côté sans en chercher la véritable origine, et, parmi eux, il en est un qu'on ne s'est pas habitué encore à classer : c'est le zona, et particulièrement le zona ophthalmique.

Or le zona peut être une manifestation précoce de la paralysie générale, et par cela même devenir un des symptômes prémonitoires.

C'est ainsi que Gannet (3) dans sa thèse cite 5 cas de zona au cours de la paralysie générale.

L'observation, ci-dessous, due à M. Giraudeau, est un cas très net de zona ophthalmique au début d'une paralysie générale.

Ernest C..., garçon de café, 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Peu importants : père, mort âgé ; mère morte d'une tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Pleurésie à l'âge de 23 ans.

Histoire de la maladie. — Le 6 mars 1896, il entre à l'hôpital Saint-Louis pour un zona ophthalmique. Il est traité par M. Danlos, qui le fait mouler et le présente à la Société de dermatologie. Il sort convalescent au bout de quelque temps. Il revient à l'hôpital Saint-Louis en novembre de la même année; il présente à ce moment des troubles cérébraux graves dont il n'y avait pas de trace sept mois auparavant et qui paraissent avoir débuté 5 mois après le zona. M. Danlos fait le diagnostic de paralysie générale; il a de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, du tremblement des mains sans paralysie et un état de déchéance cérébrale déjà avancé (diminution de la mémoire et de l'intelligence, sans idées ambitieuses). L'anesthésie persistait alors très complète dans la région sus-orbitaire droite, territoire envahi primitivement par le zona.

Le malade reste à Saint-Louis jusqu'à fin décembre.

Le 25 janvier 1897, il se fait admettre à Tenon (service de M. Giraudeau). Il avait eu, 15 jours avant, une violente attaque épileptiforme, à la suite de laquelle la parole était restée plus difficile et plus embarrassée : c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

A son entrée, on constate nettement les symptômes de la paralysie générale; il a quelques idées ambitieuses se croit très instruit, parle de l'argent qu'il a gagné, raconte qu'il était tireur extraordinaire au régiment, mais tout cela sans manifestations délirantes à proprement parler.

Il répond de travers aux questions qu'on lui pose et pleure facilement.

Du côté de la mobilité, on observe un léger tremblement des membres sans incoordination; un tremblement des lèvres et de la langue quand il veut parler; son écriture est irrégulière.

Pas de troubles de la sensibilité.

Le 15 mars, à son réveil, après avoir dormi toute la nuit d'un sommeil tranquille, le malade veut se lever; il regarde les murs qui l'entourent sans proférer une parole. Immédiatement, il est pris d'une attaque de contractions, qui dure environ une

1. Charcot, Leçons du mardi, 1887-1888.
2. Baudron, thèse de Paris, 1895.
3. Gannet. Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux (thèse de Paris, 1888).

minute, et à laquelle fait suite une période de convulsions de 2 heures environ. On remarque que les mouvements sont plus forts du cœur droit que du côté gauche. Le visage est pâle, la respiration est bruyante, les yeux sont ouverts et immobiles.

On fait une injection d'éther; on met des sinapismes aux jambes, des sangsues derrière les oreilles.

Le malade meurt à 4 heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne :

La dure-mère est normale et présente peu d'adhérences; la pie-mère et l'arachnoïde sont intimement soudées ensemble : elles sont congestionnées sur toute la surface de l'encéphale, surtout sur l'hémisphère droit. Par places, on observe sur les méninges de petites taches bleuâtres. Le décollement de la pie-mère est très difficile et ne peut se faire sans entraîner la couche la plus superficielle de l'encéphale. Lorsque les méninges sont enlevées, la surface libre des circonvolutions présente une surface irrégulière très fortement injectée, des érosions plus ou moins étendues, nombreuses surtout dans la région antérieure.

Les ventricules contiennent une grande quantité de liquide.

L'épendyme présente une surface villeuse ayant l'aspect d'une langue de chat.

Rien au niveau des noyaux gris centraux et sur l'hémisphère gauche; les plaques d'arachnoïde sont encore plus prononcées qu'à droite, surtout au niveau de la convexité.

On trouve de petits foyers de ramollissement sous-pie-mériens, certains ayant déjà une teinte ocreuse.

Le cervelet présente la même congestion.

Le bulbe et la protubérance ont une apparence normale.

Au niveau de la protubérance les trijumeaux ne présentent pas de lésions; *mais en se rapprochant du rocher, le trijumeau droit est ramolli, injecté et beaucoup plus adhérent à la dure-mère.* Le gauche semble indemne.

Les poumons, le cœur, le foie, les reins, semblent normaux.

D'autre part voici le très court résumé d'un certain nombre de cas observés par le Dr Paul Sérieux.

Chauv..., 32 ans, paralysie générale, a eu un zona de la branche ophthalmique du trijumeau, trois ans avant son internement.

Reb..., zona intercostal, au cours de la paralysie générale.

Mart..., démence paralytique, zona du plexus cervical superficiel.

Monn..., paralysie générale, zona du nerf obturateur gauche,

Vauth... a présenté un zona de la grande lèvre gauche, au cours de sa paralysie gauche.

Fec..., paralysie générale, a eu un zona 5 ans avant d'être interné.

Ramadier (1) a rapporté aussi quatre cas de zona dont trois intercostaux et un ophthalmiqne chez les paralytiques généraux qu'il a pu observer.

Ces quelques observations prouvent l'existence incontestable des éruptions zostériformes dans la paralysie générale.

Pour nous, il n'y a pas simple coïncidence et ces éruptions zostériformes ne peuvent être que des symptômes du travail dégénératif, qui a envahi le système nerveux; il y a rapport possible et probable de cause à effet entre la méningo-encéphalite diffuse et le zona observé.

La méningo-encéphalite en effet, alors même qu'elle ne reconnaîtrait pour cause ni une intoxication, ni la syphilis, causes de débilitation facilitant l'apparition d'un zona, qu'on ne trouverait aucun antécédent héréditaire, peut, par les seules lésions ordinaires qu'elle comporte, provoquer une éruption zostériforme.

La théorie de Pitres et Vaillard (2), rattachant le zona à une névrite périphérique, cadre avec les lésions de même nature, que l'on a trouvées sur les nerfs de certains paralytiques généraux. Bevan-Lewis (1), Déjerine (2) ont en effet signalé d'importantes altérations des nerfs périphériques au cours de la méningo-encéphalite et ces altérations peuvent expliquer les troubles trophiques, qui l'ont accompagnée, et quelquefois même précédée; le zona peut donc être la manifestation de ces névrites périphériques du début.

La théorie spinale de M. Brissaud rattachant certains cas de zona à une lésion médullaire limitée, peut également expliquer la production du zona au cours de la paralysie générale où l'on signale d'importantes lésions médullaires.

De même, enfin, les lésions trouvées dans les ganglions crâniens ou rachidiens, à l'autopsie des paralytiques généraux, peuvent expliquer une éruption zostériforme, puisque, dans nombre d'observations, des éruptions zostériformes ont été provoquées par des lésions des ganglions dues à diverses causes.

Pour ce qui est du zona facial dont l'observation ci-dessus est un exemple, il est d'autant plus explicable que les lésions sont plus avancées, plus étendues dans l'encéphale que dans le reste de l'axe cérébro-spinal, et que presque toujours la congestion et l'épaississement des méninges y est plus accentuée. L'infiltration des espaces sous-arachnoïdiens, l'augmentation du liquide céphalo-rachidien sont autant de causes à la distension du volume de la masse encéphalique, qui dans ce cas produit sur les nerfs crâniens de la base une véritable compression.

M. Brissaud (3) dans une de ses leçons cliniques, a justement recherché, dans trois cas de zona ophthalmique suivis d'hémiplégie croisée les rapports de ces deux manifestations morbides, et il a admis que presque toujours le zona ophthamique et la plupart des zonas céphaliques sont, vu les circonstances très spéciales qui les produisent, symptomatiques d'une affection encéphalique, appelée à se manifester ultérieurement par des troubles trophiques beaucoup plus graves : que « si le zona ophthalmique n'est pas une affection bénigne quant au présent, il a une signification bien plus sérieuse quant à l'avenir ».

Or nous pensons qu'un zona facial survenant chez un individu qui paraît en bonne santé peut bien être parfois le premier éclat, et un éclat très antérieur de ce travail dégénératif qui aboutira à la méningo-encéphalite. La situation particulière du ganglion de Gasser rend le trijumeau et son ganglion plus facilement attaquables, et dès l'origine, par les phénomènes congestifs qui l'entourent. Les lésions de la dure-mère gagnent de proche en proche et atteignent le névrilemne qui, après avoir servi de manchon au tronc nerveux, va former une capsule au ganglion. De cette capsule, enfin, le processus de sclérose pénétrera le tissu qui cloisonne et enchevêtre les cellules nerveuses.

Chez notre malade de Tenon, nous avons vu la paralysie générale évoluer en dix mois. Chez lui le maximum des lésions semble avoir porté sur les enveloppes et les vaisseaux de l'encéphale, l'épendyme était couvert de villosités, le liquide ventriculaire abondant. Ce n'est pas à la protubérance que le trijumeau était atteint; c'est au point où il était en contact avec les méninges, là, par conséquent, où il a eu le plus à souffrir du travail inflammatoire de ces membranes, et surtout de la dure-mère à laquelle il adhérait. Aussi le zona ophthalmique survenu chez ce malade cinq mois avant

1. Ramadier, Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale (thèse de Paris, 1894).
2. Pitres et Vaillard, *Arch. de neurologie, 1883.*

1. Bevan-Lewis, *Revue des sciences médic.*, t. VII.
2. Déjerine, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1896.
3. Brissaud, *Journal de méd. et de chir.*, 25 mars 1896.

le début confirmé de sa paralysie générale, nous semble-t-il la résultante de l'irritation de son ganglion par les lésions de voisinage, et de la dégénérescence des éléments nerveux qui ont suivi, et il y a en tout cas une relation absolue entre ce zona et la paralysie générale, qui a évolué ensuite. C'est un trouble trophique imputable à la maladie qui a été diagnostiquée plus tard, et ce zona d'ailleurs, comme les autres cas de zonas chez les paralytiques généraux n'a pas été accompagné des phénomènes généraux graves, qui caractérisent le zoster fébrile infectieux.

Aussi croyons-nous pouvoir conclure de ces considérations, développées ailleurs plus longuement (1), que les différents zonas et en particulier le zona facial peuvent précéder d'un temps plus ou moins long le début confirmé de la paralysie générale et que ces zonas peuvent être dus : α) à une lésion précoce de l'axe cérébro-spinal; β) à une de ces lésions périphériques qui, en atteignant soit le nerf, soit le ganglion, peuvent être elles-mêmes une manifestation précoce de la paralysie générale. Dans ce cas la lésion périphérique semble due à la pachyméningite, qui produirait secondairement des lésions dans le ganglion de Gasser ou le trijumeau, lésions nerveuses qui sont suivies de la manifestation cutanée.

1. Georges Dupau, thèse de Paris, 1898, n° 567 (H. Jouve).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Neuvième session tenue à Angers du 1er au 6 août 1898.

Troubles délirants post-opératoires.

MM. Marie et **A. Vigouroux** (Dun-sur-Auron) communiquent un certain nombre d'observations cliniques concernant des malades ayant présenté des troubles délirants après qu'elles eurent subi une opération et montrent combien il est difficile de limiter l'action qu'a pu avoir cette opération sur la genèse et l'évolution du délire. Une de ces malades a présenté des idées de persécution, avec hallucinations de tous les sens et tendances persécutrices, quelques mois après avoir subi l'hystérectomie abdominale. Elle accusait le chirurgien qui l'avait opérée d'être à la tête de ses persécuteurs.

Aujourd'hui elle présente un délire très intense assez bien systématisé, avec tendances ambitieuses et propensions aux réactions violentes.

On pourrait croire à l'existence d'une relation étroite entre l'opération et le délire; mais l'examen clinique de la malade, son observation complète révèlent d'abord des antécédents héréditaires chargés; puis l'existence de nombreuses tares dégénératives et enfin plusieurs bouffées délirantes antérieures, idées hypocondriaques, craintes d'empoisonnement, etc., etc.

Depuis qu'elle est internée, elle a compris parmi ses persécuteurs les médecins qui l'ont soignée, et le chirurgien opérateur ne joue plus qu'un rôle secondaire.

La seconde malade a subi, elle aussi, une hystérectomie abdominale; 4 ans après, elle était internée, présentant de la confusion mentale, de la sensiblerie, etc.

A l'Asile, elle eut des attaques d'hystérie, et aujourd'hui elle présente tous les stigmates psychiques et mentaux de cette névrose. Y a-t-il une relation entre l'ablation des ovaires et la genèse de l'hystérie? L'observation nous montre combien il est difficile de se prononcer. Car, non seulement nous trouvons des antécédents héréditaires névropathiques; mais à l'âge de 18 ans, la malade a eu une crise de dépression nerveuse de nature douteuse; et de plus, dans le laps de temps qui sépare l'opération de l'internement, elle a subi des malheurs, souffert de la misère et probablement fait quelques excès alcooliques.

La troisième observation concerne une mélancolique qui, dans un accès d'anxiété, s'est jetée par la fenêtre, s'est brisé la cuisse et a dû être amputée. Cette opération, pratiquée, il est vrai, alors qu'elle avait à peine repris conscience d'elle-même, ne semble avoir eu aucune influence sur l'évolution de son affection mentale; et c'est surtout dans ses rêves actuels de caractère triste que l'on peut retrouver trace de l'émotion produite par l'opération.

Le rôle des opération chirurgicales comme base d'interprétations délirantes des malades est plus nette. Telle cette malade mélancolique opérée d'une hernie, qui accuse sa belle-fille de l'avoir blessée d'un coup de hache; tel ce dégénéré hypochondriaque qui, après avoir été sondé, accuse le médecin de lui avoir mis des vipères dans le ventre, etc.

Enfin, chez les aliénés, l'influence heureuse des opérations est de courte durée, comme le montre l'observation de cette hypocondriaque qui, opérée d'une fistule anale qui la préoccupait beaucoup, 8 jours après sa guérison complète, avait reporté son attention sur une affection pulmonaire qui n'existe pas.

Le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques.

MM. P. Valentin et **P. Hartenberg** (de Paris) ont étudié le mécanisme pathogénique suivant lequel se constituent certaines phobies de la neurasthénie.

Après avoir admis, en principe, que toute phobie a pour élément fondamental un état d'anxiété, et que cet état d'anxiété consiste essentiellement en un phénomène cardio-vasculaire, ils exposent le résultat de leurs observations cliniques.

Chez certains malades neurasthéniques ils ont vu survenir brusquement, sans aucune cause connue, un de ces accès de palpitations cardiaques si fréquents dans la maladie de Beard. Ces désordres cardio-vasculaires retentissent dans les sphères sensitives de l'écorce et s'accompagnent, dans la conscience, d'un sentiment d'angoisse, de peur. Cet état d'angoisse devient permanent dès lors, tandis que reviennent, périodiquement, et comme accidents épisodiques, des crises de palpitations et d'angoisses aiguës, qui ne sont que la reproduction de l'attaque initiale par hypermnésie émotive.

L'histoire de trois malades, rapportée par les auteurs, à titre d'exemples, confirme ces principes théoriques.

En somme certaines phobies neurasthéniques paraissent avoir, non, comme on pourrait le croire, un point de départ psychique, c'est-à-dire cortical, mais un point de départ organique dans le domaine de l'appareil cardio-vasculaire. Un désordre initial du cœur et des vaisseaux, survenu sans aucune représentation psychique préalable, détermine un état d'anxiété, à la faveur duquel les phobies pourront se constituer.

L'appareil cardio-vasculaire semble donc bien jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces phobies.

Myopathie primitive. Amélioration par l'organothérapie musculaire.

M. Félix Allard (de Paris) rapporte l'histoire d'un enfant de 9 ans 1/2, adressé à M. Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, et atteint de myopathie primitive généralisée. L'affection, isolée dans la famille, paraît remonter à l'âge où l'enfant a commencé à marcher; elle n'a cessé de progresser depuis.

Ce qui ajoute un intérêt particulier à cette observation, c'est la coexistence chez ce malade de troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire). Ce fait semble bien démontrer que les atrophies musculaires, comme les arrêts de développement, sont commandées par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale.

Au point de vue fonctionnel, le malade présente l'aspect le plus complet de la pseudo-hypertrophie, et cependant l'hypertrophie et l'atrophie sont relativement peu marquées, comme le montrent les photographies jointes à l'observation. L'examen électrique, particulièrement utile dans ces cas-là pour avoir une

idée exacte de la valeur fonctionnelle de chaque muscle, montre, à la face, la participation de l'orbiculaire des lèvres. Il indique une diminution considérable des excitabilités faradique et galvanique aux membres supérieurs et surtout à la racine des membres. Aux membres inférieurs, ce sont les fessiers et les muscles de la région entéro-externe des jambes qui sont le plus atteints. L'auteur insiste sur certaines particularités qu'il a observées en pareil cas dans l'ordre d'apparition des secousses, quand on excite par le courant galvanique le nerf ou l'un des muscles placés sous sa dépendance.

Le traitement électrique, sous forme de galvanisation de la moelle, de faradisation et de galvanisation des nerfs et des muscles, n'a produit aucun effet. Sur le conseil de M. Brissaud, l'auteur a essayé de l'organothérapie par du suc musculaire spécialement préparé par M. Bouty. Un tableau comparatif des résultats de l'examen électrique, avant et après le traitement, indique une augmentation nette des excitabilités pour plusieurs muscles.

Cette tentative thérapeutique, heureuse dans une affection réputée incurable et fatalement progressive, mérite d'attirer l'attention et appelle de nouvelles recherches.

Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants.

M. Mally (de Paris), rapporte l'observation d'une malade de 64 ans chez laquelle une intervention chirurgicale au niveau du creux poplité, très bien conduite, amena la paralysie complète du sciatique poplité externe avec réaction de dégénérescence complète.

Cette paralysie évolua en l'espace de 6 mois. En même temps la malade présentait d'une façon très nette de la trépidation épileptoïde des deux pieds avec exagération des réflexes rotuliens avec atrophie du triceps. Ces accidents spasmodiques disparurent progressivement en l'espace d'un mois du côté non traumatisé et de deux mois du côté malade.

Ces sortes de réactions réflexes post-traumatiques ne sont pas exceptionnelles; pour les mettre en évidence il faut les rechercher avec soin, et surtout elles ne sont très apparentes que chez les sujets prédisposés.

Il est de toute importance néanmoins d'en tenir compte.

La formule ancienne de Duchenne et de Erb est manifestement insuffisante.

L'électrisation statique, au contraire, présente tous les avantages.

Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire. Traitement électrique des paralysies faciales.

M. Mally rapporte l'observation d'un malade de 67 ans qui, à la suite d'une perte de connaissance, présenta une paralysie faciale double. L'examen électrique montra la dégénérescence complète à gauche, réaction normale à droite. Le facial droit récupéra ses fonctions au bout de 2 mois, le facial gauche demeura paralysé définitivement.

Myélite transverse et paraplégie flaccide.

M. Brissaud rapporte l'histoire d'un cas de myélite transverse survenue après 5 ans de syphilis et caractérisée par une paraplégie spasmodique. Durant 16 mois le malade put encore marcher, il avait les jambes raides, avec des réflexes exagérés, de la trépidation épileptoïde et du clonus spontané. Obligé de garder le lit à partir du mois de novembre 1897, il perdit peu à peu la faculté de mouvoir ses membres inférieurs, et la paraplégie devint absolument flaccide. Non seulement les réflexes n'étaient plus exagérés, mais ils étaient complètement abolis. Quelques troubles de la sensibilité se manifestèrent sous la forme de dissociation « syringomyélique »; l'incontinence d'urine et des matières fécales, les eschares, l'œdème aggravèrent progressivement la situation et le malade succomba dans le marasme au mois d'avril 1898. Ainsi, une paraplégie flaccide absolue avait succédé à une paraplégie spasmodique des mieux caractérisées.

A l'autopsie on trouva un foyer de myélite marginale typique occupant une hauteur de 4 centimètres environ, au niveau de la troisième racine dorsale.

La lésion avait complètement modifié la constitution de la moelle; on ne reconnaissait plus rien de la forme normale et des rapports de la substance grise et des cordons blancs. Cette sclérose équivalait à une véritable section de l'axe spinal. Au-dessus du foyer, la dégénérescence des cordons de Goll, des faisceaux cérébelleux et des faisceaux de Gowers se prolongeait jusqu'à la région bulbaire. Au-dessous la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se poursuivait jusqu'à la région sacrée. L'examen des nerfs des membres inférieurs démontra, comme en font foi les préparations présentées par M. Brissaud, l'existence d'une névrite parenchymateuse, névrite destructive, telle qu'on n'en observe guère qu'après les sections expérimentales. Une névrite de cette intensité explique la transformation de la paraplégie spasmodique en paraplégie flaccide. Les cellules des cornes antérieures et les racines n'étaient pas, à beaucoup près, aussi gravement altérées que les nerfs périphériques. Les détails relatifs à leurs lésions seront publiés ultérieurement.

M. Pierret (de Lyon) a examiné les préparations microscopiques de la moelle du malade de M. Brissaud; elles sont démonstratives. Nul doute qu'il ne s'agisse là d'une méningo-myélite très probablement d'origine infectieuse ainsi que l'indiquent la localisation et le caractère des lésions. Il n'est pas douteux également que s'il y a eu chez le malade de M. Brissaud une paraplégie spasmodique d'abord et une paraplégie flasque ensuite, cette transformation a été la conséquence de l'apparition, au niveau des troncs nerveux des membres inférieurs, d'une névrite destructive qui ne permettait plus aucune conductibilité.

Cette observation prouve que l'on ne doit accepter qu'avec beaucoup de réserves les faits, peu nombreux, du reste, qui ont été opposées depuis quelques années à la théorie de Charcot sur la corrélation qui existe entre la sclérose des faisceaux pyramidaux et la paralysie spasmodique. Il ne suffit pas, en pareil cas, d'examiner les différentes régions de la moelle, il faut encore faire porter les investigations sur les racines spinales, les nerfs et même les muscles, et le plus souvent cette recherche fournira l'explication des faits qui, au premier abord, semblent en contradiction avec la doctrine de Charcot.

La médecine mentale à la campagne.

M. Terrien (Vendée), sur 19 aliénés, n'en a adressé que 5 à l'asile; il a pu soigner les 14 autres à domicile, réalisant ainsi l'assistance familiale. Il en tire cette conclusion que, si le médecin en clientèle était initié à la psychiatrie il pourrait, dans bien des circonstances faire, comme lui, de l'assistance familiale directe et contribuer ainsi, dans une certaine mesure, au désencombrement des asiles.

En outre, M. Terrien fait remarquer que le Vendéen, qui est un buveur de vin à des doses quotidiennes de 6 à 8 litres, fait rarement de l'alcoolisme et exceptionnellement du délire alcoolique; cela tient à ce qu'il ne boit que du vin blanc de pays. Les 4 délirants alcooliques rencontrés par lui en 10 ans étaient des buveurs de mauvais alcools.

Epidémie de myélite infectieuse.

M. Petrucci a observé dans son asile une épidémie de méningite infectieuse, particulièrement sévère tant comme nombre d'atteintes que comme chiffre des décès. Il a en 155 malades (87 hommes et 68 femmes) dont 30 sont morts.

Au point de vue symptomatique la maladie a compris 4 périodes : la première était caractérisée par des troubles digestifs et circulatoires; dans la seconde se produisait le retour à la santé ou le passage à la troisième période, celle des paralysies; à ce point de son évolution la maladie tournait quelquefois vers la guérison, mais le plus souvent la cachexie venait terminer la scène.

La maladie a débuté presque toujours par de l'œdème qui, limité d'abord aux membres inférieurs, envahissait successivement les membres supérieurs, le poumon et même la glotte, ce dernier accident a été la cause de la mort de plusieurs de nos malades. Il y avait de l'élévation du pouls, mais pas d'hyperthermie.

Les troubles digestifs ne tardaient guère à apparaître; ils consistaient surtout en vomissements qui, malgré leur fréquence, n'entraînaient pas d'anorexie; au contraire, certains malades ne cessaient de réclamer à manger. La diarrhée était exceptionnelle et la constipation la règle.

Les patients accusaient une douleur très vive au niveau du sternum. Les réflexes nerveux étaient diminués. Les urines parcimonieuses ne présentaient aucun caractère spécial. La peau était brunâtre, terreuse, mais ne montrait pas de troubles trophiques.

Arrivée à ce point la maladie pouvait évoluer vers la résolution, ce qu'indiquait la diminution de l'œdème et des vomissements, en même temps que les forces revenaient. Mais cette convalescence était sujette aux rechutes.

Lorsque l'affection continuait, au contraire, sa marche, on voyait s'établir les troubles nerveux paralytiques et sensitifs; la force dynamométrique descendait jusqu'à devenir nulle; les mouvements rappelaient ceux des ataxiques; les extenseurs des orteils et les péroniers latéraux se prenaient d'abord; la paralysie s'étendait et gagnait le rectum de la vessie; on avait sous les yeux le spectacle de la paralysie ascendante. On a observé des arthropathies douloureuses. Chez tous les malades les réflexes patellaires avaient disparu.

L'examen ophthalmoscopique, fait par M. Motais, ne montra rien d'anormal du côté de la papille.

Arrivés à ce point, quelques rares malades ont guéri; chez les autres apparaissaient des plaques érythémateuses, puis des phlyctènes, signes avant-coureurs de la cachexie dans laquelle ils allaient tomber, pour succomber en général à la paralysie bulbaire.

Chose remarquable, l'état mental des aliénés ne s'est nullement modifié au cours de cette affection. A l'autopsie, on trouvait la queue de cheval ramollie.

L'origine hydrique de cette épidémie semble certaine, car il a suffi de fermer certains robinets pour mettre fin aux accidents.

Ligature de l'artère humérale au pli du coude. Troubles paralytiques consécutifs.

M. Mally (Paris) communique l'observation d'un ouvrier de 26 ans qui eut l'artère humérale sectionnée au niveau du pli du coude gauche d'un coup de couteau. La ligature du vaisseau fut faite le même jour; il en résulta une paralysie de tout l'avant-bras, intéressant par conséquent des muscles innervés par le médian, le radial et le cubital. L'exploration électrique fit constater de grosses altérations de l'excitabilité, n'offrant pas les caractères classiques de la réaction de dégénérescence (secousses tétaniques avec prédominance de l'anode pour le courant galvanique, et conservation de l'excitabilité faradique).

Ces troubles paralytiques ne peuvent s'expliquer ni par un traumatisme nerveux direct (section ou compression du médian) ni par le mécanisme des paralysies réflexes, ni enfin par une forme d'hystéro-traumatisme.

Il semble plus logique d'admettre que le trouble circulatoire résultant de l'oblitération artérielle a pu provoquer une altération passagère des troncs nerveux. Ce mécanisme a du reste été invoqué déjà par MM. Jeoffroy et Achard pour interpréter, dans un cas de névrite périphérique, les lésions d'autopsie. Enfin MM. Ballet et Duthil ont récemment pu provoquer des paralysies en anémiant la moelle par la compression de l'aorte; ils déterminaient de la sorte des lésions plus ou moins accentuées dans les cellules des cornes antérieures de la moelle.

Le malade a guéri dans l'espace de 2 mois.

Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire.

M. Mally (Paris). — Un malade de 67 ans, à la suite d'une perte de connaissance, présenta une paralysie faciale double. L'examen électrique montra la réaction de dégénérescence complète à gauche. Réactions normales à droite. Le facial droit récupéra ses fonctions au bout de 2 mois, le facial gauche demeura paralysé définitivement.

Cette observation démontre, d'une part, l'utilité de l'exploration électrique, et, de l'autre, l'inutilité du traitement local dans les cas qui présentent la réaction de dégénérescence. Dans ces cas le traitement local est inutile, sinon nuisible. Les muscles non dégénérés sont susceptibles, au contraire, de bénéficier dans une large mesure du traitement électrique localisé et généralisé (électrisation statique).

Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants.

M. Mally (Paris). — Chez une malade de 64 ans, une intervention chirurgicale au niveau du creux poplité très bien conduite, amena la paralysie complète du sciatique poplité externe avec réaction de dégénérescence complète. Cette paralysie évolua en l'espace de 6 mois.

En même temps, la malade présentait, d'une façon très nette de la trépidation épileptoïde des deux pieds avec exagération des réflexes rotuliens avec atrophie du triceps. Ces accidents spasmodiques disparurent progressivement en l'espace d'un mois du côté non traumatisé, et de deux mois du côté malade.

Ces sortes de réactions réflexes post-traumatiques ne sont pas exceptionnelles; pour les mettre en évidence, il faut les rechercher avec soin, et surtout elles ne sont très apparentes que chez les sujets prédisposés. Il est de toute importance, néanmoins, d'en tenir compte pour instituer un traitement rationnel. La formule ancienne de Duchenne est manifestement insuffisante. L'électrisation statique, au contraire, présente tous les avantages.

Trois cas de troubles psychiques post-opératoires.

M. Terrien. — Premier cas : femme de 35 ans, frappée de paraplégie avec anesthésie des membranes inférieurs, jusqu'au-dessus des malléoles; accident survenu aussitôt après une application de forceps. L'électrisation faite par le médecin traitant fut continuée sans succès pendant un mois. Utilisant une autre pile afin de pouvoir faire une suggestion efficace, M. Terrien supprime en deux séances la paralysie. Pour lui, c'est moins le courant que la suggestion faite avec le courant qui fait disparaître la paralysie hystérique. Il cite, à l'appui de cette thèse, de nombreux faits qu'il a déjà publiés dans ces différents articles sur l'hystérie en Vendée.

Deuxième cas : femme de 74 ans, atteinte, à la suite de l'ablation d'un cancer de l'œil, d'une contracture spasmodique permanente des mâchoires avec impossibilité absolue d'articuler des mots. Guérison immédiate par le traitement psychothérapique.

Troisième cas : homme de 60 ans, présente, après une opération d'un carcinome du nez, des étouffements répétés, des suffocations avec des idées hypochondriaques. Guérison de ces étouffements par la suggestion faite avec des pointes de feu appliquées au creux épigastrique; disparition consécutive des idées hypocondriaques.

Ces trois malades avaient une hérédité névropathique très chargée, mais n'avaient jamais présenté d'accidents hystériques. C'est donc bien au traumatisme opératoire qu'il faut attribuer ces manifestations psychiques. La suggestion a eu raison de ces accidents; c'est, du reste, d'après M. Terrien, le seul traitement vraiment efficace dans la circonstance, une manifestation psychique exigeant, pour guérir, une médication psychique.

Maladie de Parkinson.

M. Terrien rapporte un cas de respiration de Cheyne-Stockes chez un homme de 77 ans qui a eu de nombreux accès d'angine de poitrine et qui est atteint depuis plusieurs années de la maladie de Parkinson.

Ce phénomène respiratoire, avec des pauses de 20 à 30 secondes et des phases dyspnéiques de 40 à 50 secondes, existe depuis 3 mois et persiste encore aujourd'hui. Ce Cheyne-Stockes respiratoire est-il dû aux lésions cardiaques qui ont déjà produit l'angor pectoris ou à la maladie de Parkinson?

IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 30 août.

Valeur sémiologique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

M. Sirot (Beaune). — Quand, dans une affection thoracique, le malade étant convalescent et apyrétique, le pouls se maintient entre 94 et 110, il faut se méfier et suspecter la tuberculose.

D'autre part, chez les tuberculeux avérés apyrétiques il existe une relation entre la fréquence du pouls et la gravité de la maladie; d'une manière générale, la tachycardie est toujours d'un mauvais augure; elle indique une marche rapide et une issue fatale à échéance relativement courte. L'apyrexie avec tachycardie fait présumer que la maladie marchera rapidement, et que la malade aura beaucoup de chances de mourir par syncope, alors que la lésion pulmonaire ne légitimera pas encore aux yeux du médecin une fin prochaine.

MM. Durand et **Mongour** (Bordeaux) arrivent à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de M. Sirot. L'adénopathie trachéo-bronchique et les cardiopathies étant éliminées de la question on peut dire que, dans la tuberculose à marche lente, apyrétique ou non, la situation est grave si la courbe du pouls se maintient au-dessous de 100, désespérée si elle dépasse 120 pendant plusieurs jours.

Toute amélioration vraie en cours de tuberculose est suivie d'un ralentissement du pouls.

Chez les tuberculeux guérissables ou guéris, le pouls est normal quant au nombre des pulsations, ou ralenti. L'examen du pouls présente donc une importance capitale puisque, isolé du groupe des autres symptômes physiques ou fonctionnels, il suffit presque à diagnostiquer les formes curables ou tout au moins à marche lente.

Chez ceux des tachycardiques qui ont succombé, le cœur était constamment atteint de myocardite : la dégénérescence du myocarde et la tachycardie sont dues probablement à l'imprégnation toxinique.

M. G. Arthaud (Paris) pense au contraire que la tachycardie du tuberculeux, connue du reste depuis longtemps, est due à l'augmentation du travail du cœur par suite de l'imperméabilité progressive du poumon.

M. G. E. Papillon (Paris). — La tachycardie, au cours de la tuberculose pulmonaire est due quelquefois, sans doute, à des lésions cardiaques, mais beaucoup plus souvent à l'abaissement de la tension artérielle; la tachycardie est fonction de la dépression artérielle et toutes deux sont fonctions de l'intoxication tuberculeuse. On peut le constater à 3 périodes différentes de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

1° Au début, avant même l'apparition de tout signe sthétoscopique, la pression artérielle s'abaisse et le pouls s'accélère. En même temps on peut observer un signe, très fugace, il est vrai, que j'ai proposé d'appeler le « pouls de Wells » (caractère particulier, hâtif, « hurried » du pouls et invariabilité du rhythme du pouls dans les changements de position).

2° Plus tard, l'évolution de la tuberculose se fait par poussées aiguës, séparées par des intervalles de répit. Or, chacune de ces poussées est annoncée quelques jours à l'avance par un abaissement de la pression artérielle et une accélération du pouls.

3° Quand la tuberculose est en voie de guérison, la pression artérielle et le pouls redeviennent normaux.

En résumé, la tachycardie, dans la tuberculose pulmonaire, est, de même que l'hypotension artérielle, un signe de présomption, un signe d'avertissement en quelque sorte, soit d'une infection tuberculeuse non encore diagnostiquée, soit d'une nouvelle poussée aiguë au cours d'une tuberculose en évolution.

Sur une nouvelle pseudo-tuberculose.

M. H. Vallée (Alfort) a étudié, chez les veaux, une véritable épidémie de pseudo-tuberculose provoquée par un bacille différent des microbes pseudo-tuberculeux signalés jusqu'ici. Ce bacille prend énergiquement le Gram, et l'inoculation des cultures a reproduit, chez divers animaux d'expérience, la lésion initiale. La maladie, qui semble résulter d'une infection par les voies digestives, a disparu par l'alimentation au lait bouilli des animaux exposés à la contagion.

Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées.

M. Leduc (Nantes). — J'ai décrit, l'année dernière, au Congrès de Moscou, un procédé d'aspiration laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire, et, cela avec une perfection et une sûreté parfaites; la poudre entraînée par le courant d'air aspiré recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales, qui pendant l'aspiration se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de 6 millimètres environ de diamètre intérieur, de 20 à 25 centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur, et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube; à 4 centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire; la poudre, entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche, ni dans le pharynx.

Nous avons continué à employer cette méthode et nous avons obtenu avec elle, surtout dans le cas de laryngite tuberculeuse; des résultats tels que nous nous sommes reprochés de n'avoir pas assez insisté, dans notre communication de Moscou, sur son efficacité.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce traitement guérit régulièrement les laryngites tuberculeuses et les laryngites les plus graves; nous l'avons appliqué à des malades ayant des laryngites tuberculeuses depuis plusieurs mois, complètement aphones, avec dysphagie des plus pénibles, dyspnée intense constituant un danger immédiat, les replis aryténo-épiglottiques œdématiés de façon à ne laisser qu'une fente très étroite au passage de l'air; nous l'avons appliqué à des larynx ulcérés et, dans tous les cas, nous avons eu une amélioration rapide. Souvent, presque toujours, l'amélioration est presque immédiate; dans une semaine la dyspnée disparaît, la voix revient et les malades peuvent s'alimenter.

Nous considérions autrefois la laryngite tuberculeuse comme une des plus désespérantes au point de vue des résultats thérapeutiques. Depuis que nous employons la méthode décrite dans cette note, nous considérons la laryngite tuberculeuse comme la manifestation la plus facile à guérir de la tuberculose.

Nous n'employons comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, 4 à 8 aspirations par jour, suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur, nous ajoutons au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne, ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine.

Nous avons essayé beaucoup d'autres poudres, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di-iodoforme. C'est une chose remarquable que l'iodoforme, qui convient au pansement des tuberculoses locales, ne semble pas convenir au larynx; nous avons observé plusieurs cas d'intolérance, se manifestant par une laryngite aiguë, chez des malades pour lesquels le pharmacien avait cru pouvoir substituer l'iodoforme au di-iodoforme.

Depuis notre communication de Moscou, nous avons soumis à ce traitement 25 malades atteints de laryngite tuberculeuse, tous se sont guéris de leur laryngite. Ceux qui ont succombé sont morts par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire, mais après la disparition des symptômes laryngés.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 19 Juin 1898.

Carie du rocher et méningo-encéphalite suppurée.

M. Buys (de Bruxelles) a présenté des pièces provenant d'un enfant de 9 ans qui a succombé à une méningite purulente consécutive à la carie du rocher.

Seul l'hémisphère droit, c'est-à-dire celui correspondant à l'os malade, présente les lésions de la méningite suppurée; celle-ci donne lieu à de nombreux abcès situés au fond des sillons qui séparent les circonvolutions et jusque dans la substance cérébrale elle-même. C'est donc d'une véritable méningo-encéphalite suppurée qu'il s'agit.

Le rocher est entamé par la carie et la nécrose jusque près de son sommet; on peut constater, en effet, l'existence de signes nécrotiques dans le canal carotidien lui-même. Il n'y a pas de trace de phlébite ni dans le sinus transverse ni dans aucun autre sinus. La dure-mère est intacte partout.

L'infection est due au streptocoque, qui a été retrouvé à l'état pur dans le pus méningé.

Une otite d'origine non déterminée existait depuis un an. Le sujet était malingre et peu développé pour son âge; il présentait sur la mâchoire inférieure une cicatrice adhérente, suite d'une ancienne affection osseuse. Quelques jours avant la mort se sont manifestés des accès d'épilepsie jacksonienne du côté opposé à l'hémisphère où siégeaient les lésions.

Dégénérescence kystique de l'amygdale.

MM. Buys et **Labarre** (de Bruxelles) ont montré une amygdale atteinte de dégénérescence kystique dont on constate macroscopiquement et microscopiquement des stades variés: on voit le kyste à sa naissance, sous la forme d'un amas de cellules épithéliales disposées en couches concentriques. Dans les exemplaires plus développés, les cellules sont en voie de dégénérescence évidente. Plus tard enfin, elles s'effacent au point qu'on n'en trouve plus que des débris.

Dans la coupe montrée à la Société, on découvre encore l'apparence typique de l'épithélioma. Les cellules épithéliales de revêtement de cette amygdale sont en effet en voie de prolifération active et produisent des prolongements atypiques qui creusent la masse connectivale. Ce sont les parties les plus profondes de ces prolongements qui subissent ultérieurement la dégénérescence kystique.

Il s'agit donc, en dernière analyse, d'un épithélioma bénin, à dégénérescence kystique.

Les pièces proviennent d'une enfant de 14 ans; elle s'est présentée pour une « grosseur dans la gorge », qu'elle avait, dit-elle, ressentie la veille pour la première fois.

L'examen montra, se séparant de l'amygdale gauche, une tumeur arrondie, pédiculée vers le haut, qui cachait en partie le voile du palais. Le reste de l'amygdale gauche et la droite tout entière présentaient des tubérosités de volume variable, mais généralement petites, pédiculées ou tendant à la pédiculisation.

La grosse tumeur pédiculée fut enlevée à l'anse; il s'en écoula une certaine quantité de sérosité louche, jaunâtre, ce qui démontrait sa nature kystique. L'amygdalotome Mathieu enleva une grande partie de l'amygdale restante.

Corps étranger ayant séjourné six mois dans l'espace sous-glottique.

M. Delsaux montre une esquille osseuse, de forme triangulaire dans son ensemble, mesurant suivant son grand axe 26 millimètres, dans le sens transversal 22 millimètres, épaisse de 1 millim. 1/2 environ. L'angle antérieur, très pointu, était inséré dans la paroi antérieure de l'espace sous-glottique, vers le point de réunion des cordes vocales, tandis que l'angle postérieur, situé un peu à gauche de la ligne médiane, se trouvait à 7 millimètres environ sous le cartilage aryténoïde gauche. Pendant l'extraction, l'opérateur s'aida de l'index de la main gauche appliqué sous la pince de Schmidt, de façon à produire une véritable rotation de l'instrument autour d'un axe horizontal. C'est grâce à cette façon d'opérer que M. Delsaux a pu facilement dégager la pointe de l'esquille enfoncée dans la paroi antérieure du larynx et éviter que cette pointe ne lacérât les tissus pendant sa sortie du larynx.

Manifestations auriculaires de l'hystérie.

M. Boland (Verviers), *rapporteur*. — La littérature traitant ce sujet est très considérable, mais il est bien des points, même très importants, sur lesquels il existe des opinions contradictoires. Ainsi on voit Pitres s'inscrire en faux contre les affirmations absolues de Walton et Sollier, que le degré de surdité correspond à celui de l'anesthésie. Il existe les mêmes contradictions sur la question des bourdonnements, etc.

Comme symptôme objectif, on a signalé les hémorrhagies légères par le conduit, sans lésion appréciable; les uns les disent sans rapport avec l'écoulement menstruel, les autres les ont toujours vues précéder de peu ou remplacer les menstrues. Comme phénomènes subjectifs, on peut signaler les bourdonnements, les vertiges, les hallucinations, la surdité. En général, il n'y a pas de caractères les distinguant nettement des mêmes symptômes dus à d'autres maladies, cependant la variabilité du degré de la surdité dans des limites notables et à des moments rapprochés indiquerait une origine hystérique; de même une surdité unilatérale considérable ne détruisant pas l'orientation. Les pressions centripètes de Gellé donnent dans la surdité hystérique les mêmes résultats que ceux qu'on obtient dans les oreilles normales au point de vue de la synergie entre les muscles des deux côtés (réflexes biauriculaires). Le phénomène du transfert appartient aussi en propre à l'hystérie.

Pour ce qui est de l'étiologie, on peut incriminer tous les chocs d'ordre moral et d'ordre physique, tout ce qui diminue l'énergie mentale, les traumatismes surtout chez les hommes.

Le diagnostic n'est pas toujours facile si les troubles auditifs ne sont pas accompagnés d'autres symptômes, rendant probable l'existence de l'hystérie. Bien des cas de maladie de Ménière, ou rattachés à l'épilepsie, appartiennent à l'hystérie.

Le traitement est psychique. On frappera l'imagination par la mise en œuvre des procédés les plus variés (électricité, métallothérapie, etc.); on agira par suggestion directe, on fortifiera la volonté débile du patient.

M. Coosemans (Bruxelles), *co-rapporteur*. — L'étiologie se confond avec celle de la névrose et la localisation auriculaire s'explique soit par l'existence d'une altération générale de la sensibilité du même côté du corps, soit par la coexistence de lésions organiques de l'organe de l'ouïe, lésions qui en font le *locus minoris resistentiæ*; elle se justifie encore par la nature même de l'agent pathogène (grands bruits) ou par le lieu de son action : régions auriculaire et péri-auriculaire (traumatismes). Enfin, certaines maladies générales infectieuses : fièvre typhoïde, pneumonie, syphilis, influenza, et certaines intoxications aiguës sont quelquefois suivies de phénomènes auditifs de nature hystérique.

Les manifestations hystériques de l'oreille peuvent se répartir en 5 groupes principaux (Gradenigo) :

1. *Modifications de la sensibilité acoustique*, qui est ou diminuée (hypoacousie), ou supprimée (anacousie), ou exaltée (hyperacousie). Ces modifications peuvent exister seules ou avec une hémianesthésie cutanée du même côté; sans ou avec des altérations anatomo-pathologiques de l'oreille, et dans ce cas le degré de la lésion n'est pas en rapport avec celui du trouble auditif observé; avec ou sans mutisme concomitant ou alternant, bégaiement ou aphonie.

2. *Modifications de la sensibilité cutanée* tactile, douloureuse, thermique, etc., du conduit, du tympan et du pavillon, sensibilité qui peut être diminuée, supprimée ou exaltée.

3. Les *otalgies de nature hystérique* n'existent jamais sans lésions soit de l'oreille (aiguës ou chroniques), soit des parties voisines (dents, pharynx, larynx, nez), mais l'hystérie du sujet exalte l'intensité des douleurs.

4. *Zones hystérogènes* disséminées dans toutes les parties de l'appareil auditif et dont l'excitation provoque des manifestations réflexes d'ordre moteur : toux, asthme, vertiges, nausées, accès hystériques véritables.

5. *Hémorrhagies de l'oreille* généralement peu abondantes et en rapport avec la menstruation.

Le diagnostic s'établit par l'examen général du sujet, surtout par la recherche des stigmates de l'hystérie, et, dans leur absence, par l'examen de la cause pathogène, de son mode d'action, du degré de perturbation auditive en rapport ou non avec les lésions organiques de l'oreille; par l'influence du traitement psychique; enfin par les caractères propres à l'anesthésie d'origine hystérique : *a*) la diminution du pouvoir de perception des sens s'étendant uniformément à toute la série; *b*) le Weber, si la surdité est très prononcée, est du côté sain ou du côté de l'oreille la moins malade; si la surdité est moins prononcée, le D. V. peut être central, ou latéralisé du côté de l'oreille malade, s'il coexiste des lésions organiques de celles-ci; *c*) le Rinne est généralement positif, sauf si la surdité est très prononcée ou s'il existe une lésion matérielle de l'oreille; *d*) la grande variabilité de l'acuité auditive; *e*) en général, dans la surdité hystérique, l'excitabilité électrique du nerf auditif est diminuée; *f*) les bourdonnements n'existent que dans le cas de lésions matérielles ou avec les attaques; *g*) les vertiges n'existent pas.

Le pronostic est généralement favorable. Le traitement est celui de la névrose, surtout le traitement physique et, à ce titre aussi, l'électricité.

M. Bayer a, dans un cas, fait disparaître instantanément des phénomènes nerveux graves (inconscience et délire datant de 24 heures) par le simple cathétérisme de la trompe d'Eustache. Il s'agissait de manifestations hystériques provoquées par un traumatisme.

Comme symptômes particuliers à cette névrose, M. Bayer cite les bruits subjectifs anormaux, tels que bruits de marrons éclatant sur le feu.

M. Delie cite comme étant de nature hystérique non douteuse les 2 cas suivants : un enfant de 13 ans s'introduit dans un jardin pour voler des fruits, il est surpris, poursuivi, et reçoit une volée de coups sur la tête. Une surdité complète s'ensuit. L'enfant dort pendant 3 jours, inaccessible aux bruits les plus violents. Le 3e jour, il s'éveille tout à coup et son ouïe est redevenue normale.

Le 2e cas est celui d'une femme atteinte de sclérose unilatérale de l'oreille moyenne. Le diapason appliqué au vertex est localisé de ce côté sans autre phénomène, mais si on le place sur le crâne, dans le voisinage de l'oreille, il se produit des contractions cloniques de tous les muscles de ce même côté.

Traitement chirurgical des sinusites ethmoïdales.

M. Goris (Bruxelles), *rapporteur*. — La sinusite ethmoïdale suppurée est la seule dont le traitement soit essentiellement chirurgical. Comme les cellules ethmoïdales sont dans un rapport intime avec les autres cavités accessoires du nez, on devra toujours s'assurer du point de savoir si les cellules ethmoïdales seules sont entreprises ou si elles le sont de concert avec les autres sinus de la face.

Les causes assignées à l'empyème des cellules ethmoïdales sont, en général, les polypes, les sinusites voisines, et surtout les tentatives opératoires portant sur le méat moyen. Il faut y ajouter comme facteur important la syphilis.

Le mode d'intervention dépendra de la région et de l'étendue occupées par les lésions. Celles-ci siègent-elles dans la portion postérieure de l'ethmoïde, ou bien le stylet a-t-il révélé une lésion (carie, séquestre) localisée, le galvano-cautère, les pinces et curettes coupantes pourront amener la guérison. Si, au contraire, l'ensemble des cellules est pris, si des fistules se sont produites du côté de l'orbite, l'intervention large sera indiquée, non seulement comme plus rapidement curative, mais comme beaucoup moins dangereuse que les raclages, cautérisations, forages au vrile qui sont tous procédés dangereux à employer dans cette région voisine de l'orbite et du cerveau.

M. Jauquet (Bruxelles), *co-rapporteur*. — Il n'existe pas de traitement médical applicable aux sinusites aiguës : seul le traitement chirurgical peut faire espérer une guérison radicale. Ce traitement est différent selon les causes. L'ethmoïdite étant généralement consécutive à une affection nasale (polypes, tumeurs, processus inflammatoires quelconques), le traitement doit tendre d'abord à supprimer cette cause. Puis les procédés chirurgicaux s'attaqueront aux cellules ethmoïdales elles-mêmes. Ces procédés ont pour but d'ouvrir largement les cavités malades, puis d'en extraire les produits qui entretiennent la sinusite (curetage, cautérisations, lavages, pulvérisations, etc.). Les interventions se pratiquent par les voies naturelles ou par les voies artificielles (orbite ou face). Malgré l'énergie et la perfection relative des interventions, certaines sinusites restent rebelles. Le manque ou le peu de succès obtenu dans ces cas provient de nos connaissances encore rudimentaires sur la nature intime de ces sinusites, dont la cause première nous échappe. Il va sans dire que lorsque l'ethmoïdite est précédée, accompagnée ou suivie d'autres sinusites, leur traitement se combinera d'une façon appropriée.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Temime. *Etude sur la péritonite à pneumocoques primitive et isolée chez l'adulte et chez l'adolescent.* N° 381. (H. Jouve.)

M. Couderc. *L'opération de Trendelenburg (traitement des ulcères variqueux par la résection de la saphène).* N° 382. (G. Carré et Naud.)

M. Boutin. *Contribution à l'étude du fibromyome télangiectasique du vagin chez la femme enceinte.* N° 384. (H. Jouve.)

M. Martirené. *Réflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës des enfants.* N° 385. (H. Jouve.)

M. Saizy. *Les troubles des organes génitaux chez la femme au cours des affections rénales.* N° 387. (H. Jouve.)

M. Hallé (Jean). *Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme (Etat normal et pathologique).* N° 388. (Steinheil.)

M. Cury. *Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière.* N° 394 (H. Jouve.)

M. Parent. *Etude sur la tuberculose de la glande parotide.* N° 416. (Steinheil.)

M. Lebœuf. *Contribution à l'étude des indications thérapeutiques et du traitement des fractures de la diaphyse du fémur.* N° 417. (Petit-Ragot.)

M. Jeunet. *Contribution à l'étude du traitement du goître exophthalmique par la section ou résection du sympathique cervical.* N° 418. (H. Jouve.)

M. Renault. *Les hernies inguinales du cæcum et de l'S iliaque considérées principalement chez l'enfant.* N° 419. (Carré et Naud.)

M. Auffray. *Contribution à l'étude du diagnostic de la péritonite suraiguë dans l'ulcère perforé de l'estomac.* N° 427. (H. Jouve.)

M. Maillard. *De la torsion des salpingites.* N° 429. (H. Jouve.)

M. Marquès. *Courant ondulatoire. Des applications thérapeutiques du courant ondulatoire en gynécologie.* N° 430. (H. Jouve.)

M. Desourteaux. *Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses.* N° 432. (H. Jouve.)

M. Tessier. *L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature (angiotripsie) (procédé Taffier) (technique et résultats).* N° 833. (Steinheil.)

M. Zaharoff. *Contribution à l'étude du molluscum pendulum de la vulve.* N° 545. (H. Jouve.)

M. Gomès. *De l'opothérapie ovarienne contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'ovarine*. N° 600. (Carré et Naud.)

M. Dally. *De l'incision vaginale directe (étude critique)*. N° 604. (Steinheil.)

D'après M. Temime, la péritonite à pneumocoques primitive et isolée est relativement fréquente chez l'enfant, et plus particulièrement chez la fille. Elle est au contraire très rare chez l'adulte et l'adolescent.

Une idée générale doit dominer la pathogénie de la péritonite à pneumocoques, c'est l'idée de virulence dont le défaut paraît expliquer la cause de la rareté de l'infection péritonéale.

L'étiologie est assez obscure. Il est vraisemblable que l'infection se fait par voie lymphatique ou circulatoire.

Le début est brusque et soudain; il n'y a pour ainsi dire jamais de prodromes. Une vive douleur abdominale, des vomissements, la fièvre, une atteinte considérable de l'état général, la régularité des selles et quelquefois un peu de diarrhée, constituent l'entrée en scène de la maladie.

Plus tard le ventre se tuméfie, le liquide se forme et s'enkyste en même temps que les symptômes initiaux s'atténuent et qu'une fièvre septique persiste.

Le pus est crémeux, bien lié, verdâtre et tient en suspension de nombreuses membranes fibrineuses. Le pneumocoque à l'état de pureté est l'agent pathogène de cette péritonite.

Cliniquement le diagnostic causal de l'infection est d'autant plus difficile qu'on n'y songe pas en raison de sa rareté. Néanmoins, on pourra tout de même le soupçonner, eu égard au mode de début, et à l'absence de commémoratifs. La ponction exploratrice serait un moyen d'assurer ce diagnostic.

Le diagnostic causal importe peu, étant donné que toute péritonite doit être opérée. Le traitement de choix est la laparotomie. La ponction est insuffisante et doit céder le pas à l'incision franche, hardiment et rapidement faite.

M. Couderc a étudié dans sa thèse les résultats et les indications de la résection du tronc de la saphène interne dans les cas d'ulcère, intervention qu'on pourrait désigner sous le nom d'opération de Trendelenburg.

Dans l'étiologie des ulcères variqueux, les troubles circulatoires jouent un rôle pour le moins aussi important que les altérations des terminaisons nerveuses.

La nutrition défectueuse des tissus, en rapport avec la stase veineuse et l'obstacle qu'elle crée à la circulation du sang oxygéné dans les capillaires, suffit à expliquer les altérations trophiques de la peau et du tissu cellulaire.

La dilatation de la saphène, et l'insuffisance valvulaire consécutive, est la cause des troubles circulatoires qui ont l'ulcère pour conséquence.

La théorie sanguine doit donc passer au premier rang dans la pathogénie des ulcères variqueux : elle explique le siège particulier de leur apparition, ce que la théorie névritique était impuissante à faire.

L'opération de Trendelenburg, qui a pour effet de supprimer en partie les inconvénients de l'insuffisance valvulaire, se trouve légitimée par l'étude du mécanisme de la circulation dans les membres variqueux avec saphène forcée. Il faut réséquer un segment étendu de la veine, la ligature simple et la section entre deux ligatures ne suffisant pas. Ce n'est qu'une opération de petite chirurgie qu'on fera toujours à la cocaïne.

La cicatrisation des ulcères s'accomplit plus vite après la résection de la saphène que par le simple repos au lit.

La plupart des observations connues manquent de renseignements précis sur l'avenir des ulcères étudiés, mais dans plusieurs cas où les opérés ont été vus même à longue échéance après plusieurs années la guérison s'étant maintenue.

Parmi les différentes formes que peuvent affecter les fibromyomes, il en est une caractérisée par sa vascularisation : on peut l'appeler fibromyome télangiectasique. Cette forme se rencontre rarement d'après M. Boutin. Le diagnostic en est difficile malgré un examen attentif de tous les symptômes locaux. L'examen histologique seul permet d'établir un diagnostic exact.

Cette tumeur peut être une cause de dystocie et d'hémorrhagies graves durant la grossesse. Elle est susceptible de s'infecter et de se sphacéler. Aussi le pronostic en est-il à redouter.

Il est nécessaire d'intervenir dès qu'elle se manifeste. L'ablation au bistouri, précédée d'une ligature de sûreté paraît être le meilleur procédé. Cette opération doit se faire avant l'accouchement.

M. Martirené a observé dans le service de M. Broca un certain nombre de cas d'arthrites aiguës chez des enfants.

Pour cet auteur, les arthrites suppurées infantiles, dites autrefois idiopathiques, doivent être la plupart du temps rapportées à l'ostéomyélite, elles atteignent une ou plusieurs articulations. De ces arthrites ostéomyélitiques les unes sont simplement catarrhales, les autres pyohémiques.

Les micro-organismes qui leur donnent naissance sont le plus souvent le streptocoque, puis le staphylocoque et le pneumocoque; dans certains cas le liquide séreux plus ou moins louche est amicrobien et stérile.

A part quelques cas de térébration conjugo-épiphysaire, la pathogénie doit être le plus souvent rapportée à la propagation articulaire par voie lymphatique intra-épiphysaire.

Les symptômes de ces arthrites sont presque toujours aigus et acquièrent vite un caractère alarmant. Le pronostic ne paraît vraiment grave que si on n'opère pas à temps et suffisamment. La détente est prompte quand on opère; mais des complications générales sont encore possibles. La restitution fonctionnelle intégrale de l'articulation est la règle. Le diagnostic est généralement facile.

Le traitement devra consister dans l'arthrotomie; cette intervention sera toujours suffisante, elle sera suivie d'une trépanation, dans les cas où on trouve un point osseux dénudé, et d'un drainage dans tous les cas, mais pas trop prolongé. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'intervention est précoce. Pourtant il n'est jamais trop tard pour opérer.

Pour M. Saizy, malgré les divergences des interprétations pathogéniques, il est incontestable qu'au cours d'une néphrite aiguë ou chronique, l'on peut observer du côté des organes génitaux de la femme des perturbations qui sont en rapport avec l'âge de la malade : irrégularités menstruelles, leucorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies, aménorrhée, retour d'un flux sanguin hémorrhagique après la cessation des règles chez une femme âgée.

Les affections de l'appareil génital de la femme sont rangées par presque tous les auteurs, parmi les causes de l'ectopie rénale; nous croyons que dans certains cas où il y a coexistence d'un déplacement rénal et de troubles génitaux, il faut renverser la proposition et accorder au rein mobile un rôle important dans la genèse de ces perturbations.

La gravelle, affection caractérisée par des symptômes essentiellement douloureux, comme les maladies du système utéro-ovarien peut simuler ces dernières ou les compliquer.

Quand il y a coexistence d'une affection des reins et d'une affection génitale, la première complique la seconde et la fait considérer comme grave.

Le diagnostic sera facile si l'on songe que des troubles survenant dans des organes génitaux sains sont quelquefois sous la dépendance d'une lésion rénale. De cette constatation découlent les indications thérapeutiques : traitement local, traitement de l'affection causale.

Dans une excellente thèse, M. Jean Hallé, a étudié la bactériologie du canal génital de la femme.

Pour l'auteur, à l'état normal, la vulve, le vagin, l'orifice externe du col utérin de la femme renferment une flore microbienne variée. Cette flore comprend des espèces aérobies et des espèces strictement anaérobies. Les microbes aérobies sont nombreux au niveau de la vulve. Les microbes anaérobies augmentent de nombre dans la profondeur du vagin et abondent souvent dans le bouchon muqueux du col utérin.

A partir de l'orifice externe du col, le reste de l'appareil génital (utérus, trompe) ne contient pas de germe à l'état normal.

a) Dans les parties microbiennes du canal génital de la femme, il n'existe pas d'organisme aérobie pathogène pour l'animal.

La flore normale aérobie du canal génital comprend surtout :

1° Un streptocoque, non pathogène, qu'il paraît possible de distinguer du streptocoque pyogène.

2° Des bacilles, hôtes habituels de certaines muqueuses saines ou malades (conjonctive, pituitaire). L'examen seul et la culture sur sérum ne permettent pas de les distinguer du bacille de la diphthérie; mais leurs autres caractères de culture, et leur inocuité pour l'animal en font des espèces définies, distinctes du bacille de Löffler.

b) Les microbes anaérobies, hôtes normaux du canal génital sont pathogènes pour l'animal. Inoculés en culture pure, ils reproduisent des abcès et des gangrènes parfois mortelles.

A l'état pathologique, dans les affections du canal génital de la femme et de l'enfant (vulvo-vaginites, bartholinites, infections puerpérales, etc.) les espèces aérobies pathogènes que l'on rencontre n'appartiennent pas à la flore habituelle du canal génital.

Ce sont, dans la grande majorité des cas, le gonocoque de Neisser et le streptocoque pyogène.

Les espèces aérobies, hôtes habituels de la vulve et du vagin, ne paraissent pas jouer de rôle dans leurs affections.

Par contre, les microbes anaérobies qui existent normalement dans les voies génitales, et qui sont pathogènes pour l'animal, sont capables, seuls ou associés au gonocoque ou au streptocoque, de déterminer certaines suppurations et de leur imprimer des caractères spéciaux (fétidité, putréfaction, gangrène).

Dans le pus des bartholinites ces microbes peuvent exister seuls ou associés au gonocoque et donnent toujours un pus fétide et gangréneux. Ils amènent la putréfaction des débris placentaires dans la cavité utérine. On les rencontre associés au streptocoque pyogène dans certaines suppurations péri-utérines à caractère putride.

Pour M. CURY, la Société a intérêt à donner aux femmes enceintes de la classe ouvrière la facilité d'être assistées pendant une partie de leur grossesse. C'est le moyen le plus sûr de porter remède à l'élévation du taux de la mortinatalité et de la mortalité infantile dans les milieux nécessiteux; mortalité dont l'importance détruit en grande partie le bénéfice qui résulte de l'élévation du taux de la natalité dans les mêmes milieux.

Cette assistance ne doit point se borner à la simple protection légale : purement matérielle, elle serait souvent incomplète; elle n'est parfaite qu'autant qu'elle est complétée par une surveillance médicale réelle et constante.

Le rôle de la Société ne doit point se borner à protéger l'enfant qui vient de naître, elle doit également aide et protection à la femme nécessiteuse devenue mère, au moins pendant la période de temps nécessaire à son complet rétablissement.

La tuberculose primitive de la glande parotide est rare, mais elle existe, ainsi que le montrent les observations peu nombreuses, mais absolument probantes, publiées dans ces derniers temps.

D'après M. PARENT, les tumeurs de la parotide de nature tuberculeuse peuvent présenter deux formes : une forme confluente et une forme disséminée, mais quel que soit l'aspect macroscopique, l'examen histologique et bactériologique permet toujours d'y constater les mêmes lésions spécifiques de la tuberculose (bacille de Koch, cellule géante type, cellule épithélioïde, infiltration embryonnaire).

L'introduction du bacille se fait par deux grandes voies : *a*) la voie ascendante par le canal de Sténon; *b*) la voie descendante par les vaisseaux sanguins et lymphatiques (portes d'entrée : dents cariées, muqueuse gingivale, amygdale).

La clinique de cette affection est très obscure. L'étiologie n'offre rien de particulier; cette tuberculose paraît se développer à l'âge adulte et également dans les deux sexes. Les symptômes sont également très vagues; début insidieux, marche lente et indolente en général. C'est pourquoi le diagnostic est difficile et souvent même impossible. L'examen histologique et bactériologique peut seul trancher la question.

Le traitement est avant tout chirurgical : l'extirpation de la tumeur ou ablation totale de la glande ont donné d'excellents résultats.

La fracture de la diaphyse du fémur, surtout quand elle est de cause directe, est un traumatisme d'une certaine gravité; soit parce qu'elle laisse à sa suite un raccourcissement du membre, une difformité de la cuisse, une arthropathie du genou, une débilité distrophique du membre; soit parce qu'elle est suivie d'une consolidation retardée, sinon d'une pseudarthrose.

Le plus communément, la réduction d'une fracture de la diaphyse du fémur est difficile : elle est entravée d'une part par la tonicité, la contracture des muscles de la cuisse et même de la fesse; d'autre part, elle est dépourvue de sanction lorsqu'il est impossible de la maintenir en raison d'une hématome dans le foyer de la fracture, surtout lorsque celle-ci résulte d'une cause directe. — Chez l'adulte, la contracture perd habituellement son importance à partir du sixième au neuvième jour. Il faut attendre souvent jusqu'au quinzième jour lorsque l'hématome est considérable.

D'après M. LEBOEUF, pour opérer la réduction, il convient de suivre l'indication thérapeutique qui place en abduction le fragment supérieur du fémur. — Une friction méthodique permet ensuite de répartir l'hématome sur une grande étendue du tissu cellulaire et de compléter en même temps l'exploration du foyer de fracture. — La réduction elle-même est opérée le plus souvent sans secousses par des manœuvres soutenues d'extension et de contre-extension, sans interrompre l'abduction du membre étendu, et souvent sans y ajouter le moindre effort de coaptation.

La contention d'une fracture de la diaphyse du fémur peut être réalisée, chez l'adulte, presque aussi aussi aisément que chez l'enfant pourvu que le bandage soit appliqué immédiatement après la réduction.

Il est probable, dit M. JEUNET dans sa thèse, que la physiologie du grand sympathique cervical devrait être encore mieux connue qu'elle ne l'est pour qu'on pût être certain qu'en supprimant cet organe on ne cause aucun dommage à l'économie.

Comme, malgré tout, la somme des résultats favorables est élevée, nous concluons que l'indication de cette opération se présente parfois. Par exemple, si toutes les méthodes ont été essayées sans succès, et surtout si l'exophthalmie est très considérable. Nous savons, d'après les études cliniques, que la section du sympathique agit particulièrement sur ce symptôme.

Il ne faut pas oublier que cette opération porte à son actif un certain nombre de cas malheureux.

Enfin, que pour s'entourer de toutes les précautions possibles, il serait bon :

1° D'anesthésier à l'éther et non au chloroforme (Faure).

2° De pratiquer la résection bilatérale en deux séances séparées par un intervalle de deux ou trois jours; et, dans cette résection, n'enlever que le ganglion supérieur avec les tractus qui l'unissent au ganglion moyen (Jonnesco).

M. RENAULT dans sa thèse étudie les hernies inguinales du cæcum et de l'S iliaque chez l'enfant.

Ces hernies sont relativement fréquentes dans le jeune âge. Ce sont dans la plupart des cas des hernies inguinales congénitales.

Le péritoine forme habituellement au cæcum, aussi bien qu'à l'S iliaque, un sac complet, rarement un sac incomplet.

On ne rencontre qu'exceptionnellement le cæcum isolé dans les hernies; il est presque toujours accompagné par l'intestin grêle, le côlon ou le grand épiploon.

Les hernies du cæcum, tant à droite qu'à gauche, sont, dans la majorité des cas, secondaires; l'organe est entraîné par l'iléon déjà hernié, ou par ses attaches séreuses qui arrivent à faire partie d'une hernie préexistante.

Deux sortes n'adhérences peuvent amener l'irréductibilité de l'S iliaque ou du cæcum : les unes sont inflammatoires, les autres sont naturelles, ces dernières ayant pour cause le glissement du péritoine.

Les hernies du cæcum et de l'S iliaque, en raison de leurs complications, sont, plus souvent que les autres hernies, justiciables de la cure radicale.

L'ulcère perforé de l'estomac peut entraîner une péritonite suraiguë rapidement mortelle pour laquelle l'intervention chirurgicale s'impose.

D'après M. Auffray, avant la laparatomie, deux symptômes surtout ont une grande valeur diagnostique pour la localisation à l'estomac du siège de la perforation. Ce sont :

1° La douleur avec sa soudaineté, son intensité, sa localisation spéciale, sa constance presque absolue et son exaspération habituelle par l'ingestion de liquides. Ce « coup de poignard » péritonéal, marquant d'une façon solennelle le début de la perforation , est le meilleur des signes de diagnostic.

2° La tension spéciale du ventre ; cette dureté et cette rétraction de la paroi, quand elles existent, doivent faire localiser à l'estomac le siège de la perforation.

A côté de ces deux signes cardinaux, viennent se placer d'autres signes moins constants, tels que l'intensité et la rapidité du collapsus, l'absence de vomissements, l'hypothermie, dont la valeur moindre n'est pas cependant à négliger.

Au cours de la laparotomie : l'issue de gaz inodores, ou d'odeur plutôt acide que fécaloïde, la présence au milieu des anses intestinales de résidu alimentaire, la progression des lésions de péritonite allant en augmentant au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'estomac, sont autant de signes dont le chirurgien doit tenir compte dans la recherche de la perforation.

Dans les salpnigites, d'après M. Maillard, la trompe est susceptible de se tordre comme un simple pédicule de kyste de l'ovaire.

La torsion embrasse la trompe à sa partie interne et le ligament larhe. L'ovaire est ou non compris dans la tumeur.

Elle détermine un arrêt de la circulation : l'hématosalpinx et parfois la gangrène en sont la fréquence.

Cette complication ne peut se produire que si la tumeur s'est en quelque sorte pédiculisée auparavant.

Les symptômes les plus constants sont une douleur subite dans la fosse iliaque, péritonisme, et présence d'une tumeur volumineuse au niveau des annexes.

Le seul traitement efficace est une intervention immédiate par la laparotomie.

Le courant ondulatoire est un courant périodique, caractérisé par ce fait que sa forme est sinusoïdale, et qu'il va de zéro à un maximum sans jamais changer de sens.

Au point de vue physique il possède les avantages :

a) De produire l'électrolyse grâce à sa direction polaire constante.

b) De pouvoir être facilement mesuré d'une façon exacte, et lorsqu'il est directement produit par des machines dynamo-électriques, de pouvoir être gradué, soit en augmentant la vitesse de rotation de l'induit, soit en faisant varier le voltage du champ magnétique de l'électro-aimant inducteur :

c) D'où sa facilité de dosage.

En gynécologie, le courant ondulatoire nous a paru être un excellent médicament contre l'élément douleur, soit qu'il s'applique à la dysménorrhée, soit qu'on l'emploie contre les douleurs intermenstruelles.

Grâce à ce nouvel agent thérapeutique M. Marquès a avantageusement combattu chez les arthritiques les neuroarthritiques et les nerveuses les divers troubles douloureux que continuaient à provoquer des lésions utérines et péri-utérines, traitées vainement par les moyens classiques, ou améliorées par ces moyens classiques, mois sédation de la douleur.

Chez ces mêmes malades, dans certains cas, il a obtenu la disparition des ménorrhagies, des métrorrhagies, de la leucorrhée, des œdèmes et des exsudats péri-utérins et péri-annexiels.

Mais il n'a jamais observé, sous l'influence de ce traitement, d'action résolutive sur les fibromes, ou de modifications dans les désordres survenus dans la situation anatomique des organes.

M. Marquès n'a donc obtenu que des résultats symptomatiques équivalaient à de véritables guérisons. Ceci prouve que, chez ces malades, les troubles nerveux et vaso-moteurs dominaient la scène.

Ce travail n'aurait-il pour résultat que de contribuer à prouver le rôle joué chez les arthritiques et les nerveuses par ces troubles vaso-moteurs, le peu d'importance dans ces mêmes cas des désordres anatomiques, la prépondérance des troubles nerveux et fonctionnels, que ce seul résultat suffirait à nous satisfaire.

On peut espérer que des perfectionnements nouveaux viendront simplifier l'outillage électrique et permettront ainsi de vulgariser une thérapeutique dont le but est vraiment digne d'intérêt, puisque le but de cette thérapeutique est d'augmenter et de fortifier le domaine de la gynécologie conservatrice.

D'après M. Desourteaux la digitale à hautes doses (2 à 4 grammes de feuilles, en infusion, par jour) est bien supportée par les pneumoniques.

Elle agit dans les 48 heures ; et, son action persiste après la cessation du médicament.

La digitale à hautes doses est sans action sur le processus inflammatoire de la pneumonie ; elle n'abrège pas la durée de la maladie.

Chez les pneumoniques, les hautes doses de digitale :

A. — Abaissent la température.
B. — Suppriment la dyspnée.
C. — Diminuent la fréquence du pouls.
D. — Favorisent la diurèse.

La digitale à hautes doses, favorisant la diurèse et supprimant les trois grands et dangereux symptômes de la pneumonie, est un excellent traitement de cette maladie ; mais, il ne faut en user que chez des malades que l'on peut aisément surveiller.

M. Tessier étudie, d'après la statistique des cas opérés par M. Tuffier, les résultats de l'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature (angiotripsie).

Tous les cas se rapportent à des hystérectomies vaginales totales dont 25 primitives et 5 secondaires à une colpotomie postérieure.

Les résultats opératoires sont les suivants :

L'une des malades (observation IX), femme de 37 ans, cachectique, atteinte d'une vieille hématocèle, d'une grossesse extra-utérine infectée et d'une annexite double suppurée et que M. Tuffier avait pendant longtemps hésité à opérer, est morte d'une péritonite septique que l'on a vérifiée à l'autopsie. M. Barbarin interne du service, a injecté et disséqué les artères utérines : l'hématase et la cicatrisation vasculaire étaient parfaites.

L'autre malade (observation XVIII) est morte de congestion pulmonaire double pendant une épidémie de grippe qui régnait à la Pitié. La cavité vaginale était parfaitement étanche.

Ces deux décès ne sont donc pas imputables à l'angiotripsie.

La dernière opération sur un prolapsus utérin a été très démonstrative ; car on sait que, de toutes les hystérectomies, celles pour prolapsus sont de beaucoup celles qui saignent le plus.

Pour toutes, les suites opératoires ont été excellentes.

L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature, telle que la pratique M. Tuffier, semble être le procédé de choix et ce mode opératoire est le plus grand perfectionnement qui ait été apporté à l'opération de Péan.

M. Zaharoff étudie le molluscum pendulum de la vulve.

D'après cet auteur, le molluscum pendulum est le fibrome mou de la peau.

Le fibrome molluscum, généralisé ou circonscrit, présente la structure générale du tissu fibreux dermique : on trouve : *a*) des faisceaux conjonctifs, *b*) des cellules plasmatiques, *c*) un liquide séro-albumineux et *d*) des vaisseaux et des nerfs.

Le molluscum pendulum peut subir des dégénérescences.

Son pronostic est bénin ; les seuls accidents qu'il entraîne sont dus à son volume et à son siège.

Le traitement d'élection est l'ablation pure et simple.

Dans un excellent travail, M. Gomès étudie les résultats de l'opothérapie ovarienne.

Pour cet auteur, l'opothérapie ovarienne donne ses meilleurs résultats contre les troubles congestifs dus à la ménopause artificielle et naturelle, contre l'aménorrhée, la dysménorrhée et la dysménorrhée d'origine ovarienne. Les troubles nerveux vrais sont en général très peu amendés.

Cette médication doit être suivie longtemps.

L'opothérapie ovarienne agit en provoquant des phénomènes probables d'oxydation et d'hydratation de certains principes, dont la présence dans l'organisme, en provoquant une sorte d'auto-intoxication, est la cause des troubles observés.

Ces phénomènes d'oxydation et d'hydratation se traduisent par une augmentation de l'élimination des phosphates dont le taux devient égal et parfois supérieur à la normale, mais toujours proportionnel à la quantité d'ovarine absorbée.

Cette augmentation notable ne peut être attribuée à la minime quantité d'anhydride phosphorique contenue dans l'ovarine.

M. Dally a essayé une mise au point des nombreuses discussions qui sont nées parmi les chirurgiens au sujet du traitement des collections pelviennes.

D'après cet auteur, l'incision du vagin est une opération ancienne, qui répond au précepte élémentaire d'ouvrir les abcès là où ils sont proéminents. Elle fut pratiquée de tout temps : elle ne peut ni devenir exclusive, ni être suppléée.

Elle doit être réservée, comme méthode de choix, à des cas très simples où une collection intra-péritonéale tombe dans le vagin, d'un seul côté, à l'exclusion des lésions annexielles.

Celles-ci doivent être traitées, suivant les indications, par la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.

Dans quelques cas graves où l'on redoute une intervention compliquée et tant soit peu longue, l'incision vaginale directe pourra être employée comme méthode de nécessité.

En tant qu'incision exploratrice, l'incision vaginale directe est inférieure à la laparotomie.

Elle doit être faite sous le chloroforme, au bistouri, sans qu'il y ait nécessité d'employer des instruments spéciaux.

Elle doit être suivie d'un lavage et d'un drainage.

Les principaux dangers de l'incision vaginale directe sont la blessure de l'urèthre ou de l'artère utérine; la complication la plus fréquente est la persistance d'une fistule, qui nécessite le recours à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale. La mortalité est insignifiante, la guérison complète peu fréquente lorsque les lésions sont complexes.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Mazière. *De l'empyème palsatile intra-pleural.* N° 68. (Alex. Rey.)

D'après M. Mazière les pulsations thoraciques se produisent dans des pleurésies presque toujours purulentes, siégeant à gauche et durant déjà depuis un certain temps; ces pleurésies peuvent être tuberculeuses, métapneumoniques, ou relever d'autres infections.

L'épanchement peut occuper soit une poche enkystée en rapport avec le cœur, soit toute la cavité pleurale.

Le pneumothorax est fréquent, mais non constant.

Les pulsations sont tantôt seulement sensibles à la palpation, tantôt perceptibles à la fois à la vue et à la palpation. Elles siègent dans des régions occupées par l'épanchement et disparaissent par la ponction.

On doit faire le diagnostic avec les battements de l'insuffisance aortique et de l'aortite, la pneumonie pulsatile (Graves), le cancer pulsatile du poumon, la péricardite avec épanchement et surtout l'anévrysme aortique. Il est en général facile.

A l'autopsie, on trouve une cavité purulente en rapport avec le cœur et limitée par la plèvre thoracique et des parois résistantes : le diaphragme abaissé et recouvert par des néomembranes inextensibles, le médiastin refoulé à droite, épaissi, formant une cloison solide adhérente à la paroi thoracique, le poumon atélectasié, densifié, sclérosé en totalité ou seulement dans la partie qui touche à l'épanchement, et retenu dans ce cas par des adhérences pleurales.

La présence d'une lame pulmonaire sclérosée au-devant du péricarde n'étant pas constante, il en est de même de la péricardite. Les pulsations thoraciques se produisent lorsque par un travail de sclérose, d'épaississement, les parois de l'empyème sont devenues résistantes. Le cœur, retenu par les adhérences du péricarde, refoule l'épanchement à chaque systole. Le liquide trouve du côté du médiastin, du diaphragme et du poumon une résistance plus grande que celle des espaces intercostaux et ceux-ci sont soulevés rhythmiquement.

Au même titre que les autres maladies infectieuses qui se sont substituées, dans certains cas, à la cause rhumatismale dans la pathogénie des arthropathies chroniques déformantes, la tuberculose doit être considérée comme une cause productrice de faux rhumatisme. Il existe une variété d'arthrites tuberculeuses déformantes, le plus souvent multiples, d'où le nom de polyarthrite tuberculeuse déformante que leur a donné M. le professeur Poncet, qui les a isolées des manifestations polyarticulaires chroniques dites rhumatismales.

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi thérapeutique du bleu de méthylène et de la diaphtérine,

Par le Dr Fred. Mays (1), de Chibrikil (Égypte).

M. le Dr Mays a consacré dans un des derniers numéros du *Münchener med. Wochenschrift* une importante revue générale à l'étude thérapeutique *bleu de méthylène et de la diaphtérine*, à laquelle il ajoute l'apport de ses résultats personnels.

Le *bleu de méthylène* a d'abord été employé par Emlich et Leppmann sous forme d'injections sous-cutanées ou à l'intérieur, dans le traitement des névralgies. Son action parut très efficace et ces premiers résultats furent confirmés par MM. Combemale et François, en France, qui constatèrent son efficacité dans le traitement du rhumatisme articulaire, Leyden et Lewy montrèrent son utilité dans les polynévrites, dans la migraine par spasme vasculaire; enfin de différents côtés on essaya le bleu de méthylène tantôt dans les néphrites, tantôt dans la cystite, la pyélite, les affections gonorrhéiques, et même dans les cancers.

Mais c'est surtout dans la malaria que le bleu de méthylène a pris une place importante.

M. le Dr Mays a vu souvent que bien des cas de malaria réfractaires à la quinine réagissaient promptement au bleu de méthylène alors que d'autres se comportaient d'une façon absolument opposée. Il a employé le bleu de méthylène dans 46 cas de fièvre quotidienne (dont 1 larvée) et 7 de fièvre tierce. Dans tous les cas de fièvre quotidienne le bleu de méthylène à la dose de 1 cent. 3 fois par jour lui a donné de meilleurs résultats que la quinine.

La diaphtérine (oxychinaseptol) a été recommandée en 1892 par Emmerich et Kronacher comme étant un antiseptique énergique presque complètement inoffensif et ces résultats ont été confirmés dans un petit nombre de publications de 1892 à 1893.

Emmerich le premier montra les importantes propriétés germicides de la diaphtérine, et vit qu'au bout de 1/4 d'heure le staphylococque pyogenes aureus était détruit dans une solution à 3 p. 100, au bout d'une heure dans une solution à 0,3 p. 100. Des expériences sur les cobayes prouvèrent la faible toxicité du médicament.

Pour Kronacher la diaphtérine doit s'employer en solution à 0,5 à 2 p. 100. Dans ces conditions on obtient de très bons résultats avec la diaphtérine dans le traitement des brûlures, des phlegmons, dans l'ozène et pour toutes les plaies dont la cicatrisation s'opère ainsi sans difficultés.

Ces résultats se trouvent entièrement confirmés par les observations de M. le Dr Mays. On a vu que sous l'influence de la diaphtérine, on obtenait la guérison rapide des plaies de toute nature. Dans le traitement de la blennorrhagie, les lavages uréthraux avec une solution de diaphtérine se sont montrés efficaces. En général M. le Dr Mays a utilisé des solutions à 5 p. 100.

1. *Münchener med. Woch.*, n° 24-25, 1898, p. 745.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Deux cas de péricardite avec épanchement. Paracentèse. Guérison.

Par MM. J. Demange,
Chef de Clinique médicale,

Et L. Spillmann,
Aide de Clinique à l'Université de Nancy.

La paracentèse du péricarde n'est entrée dans la pratique courante que depuis une trentaine d'années. Les premières statistiques, en effet, semblaient donner des résultats peu satisfaisants.

C'est ainsi que Sellkeim (1) rapporte 154 cas de péricardite scorbutique. 30 malades furent opérés et, sur ces 30, 7 seulement guérirent.

Sur 46 observations relevées par Reynaud en 1876, la mort eut lieu 6 fois dans les 24 heures; d'autre part, sur 24 observations citées par M. le professeur Bernheim (2) et recueillies entre les années 1876 et 1887, 12 malades guérirent. Quant aux cas de mort, il ne nous semble pas qu'ils puissent être imputés à l'intervention, puisque certains malades présentaient en même temps des lésions d'endocardite et de myocardite ou des complications pleuro-pulmonaires, et que chez l'un d'eux (3), la mort survint 5 mois et 1/2 après la ponction.

La paracentèse du péricarde ne doit donc pas être considérée comme une opération dangereuse par elle-même, bien que nombre de médecins la redoutent encore aujourd'hui.

Elle peut rendre de signalés services dans des cas désespérés de péricardite aiguë, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer deux fois cette année à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Voici ces deux observations :

Observation I. — Le nommé M... âgé de 20 ans, marchand ambulant, entre à la Clinique le 9 mars 1898. Il ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels.

Vers le 22 février le malade fut pris de grippe avec bronchite, coryza et phénomènes généraux tels que vertiges, insomnie, inappétence.

A son entrée au service, le malade a 39° de température et se plaint d'une vive douleur dans l'hypochondre droit. La face est cyanosée, les lèvres violacées. Le pouls est petit, irrégulier, intermittent, inégal et lent (P. 60). La matité du cœur est considérablement augmentée. On ne perçoit pas le choc de la pointe. Les bruits du cœur sont tumultueux, arhythmiques et très sourds. On n'entend pas de souffle. Les urines sont rares, troubles, sans albumine. Le malade est en proie à une dyspnée intense (33 R). La percussion dénote une matité compacte à la base gauche et l'auscultation fait entendre à ce niveau quelques râles sous-crépitants et un souffle aigre.

La langue est couverte d'un enduit saburral. L'haleine est fétide. Les digestions se font cependant normalement et les selles sont régulières. Le foie est notablement augmenté de volume et déborde les fausses côtes de 2 travers de doigt. Il est douloureux à la pression. La rate est également plus grosse qu'à l'état normal.

Le malade est très agité et ne peut reposer pendant la nuit. Il a eu plusieurs lipothymies depuis son entrée à la Clinique.

Le 10 mars, on porte le diagnostic de grippe avec complication de péricardite, pleuro-pneumonie et congestion hépatique. On applique des pointes de feu sur la région précordiale. La température est à 38°8. La dyspnée s'est encore accentuée (R. 45) et le pouls est de plus en plus misérable. On fait prendre au malade de la caféine. Une thoracentèse pratiquée à gauche ne donne issue qu'à 60 grammes d'un liquide séreux.

Le soir T. 38°5, P. 60.

Le 11, la matité précordiale s'est accrue en largeur. Les symptômes d'infection s'étant accentués, on examine le sang, obtenu par piqûre du doigt, et on y constate la présence de staphylocoques. T. 38°6 et 39°.

Le 12, T. 38°2. La cyanose et la dyspnée augmentent. Le malade n'a pas eu un seul moment de repos.

En présence de ces symptômes d'asphyxie imminente, notre maître, M. le professeur Spillmann, pratique à 4 travers de doigt en dehors du bord gauche du sternum et dans le 4e espace intercostal, une ponction du péricarde, à l'aide de l'aiguille n° 2 de l'aspirateur du professeur Dieulafoy. L'aiguille est dirigée obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, afin d'éviter la piqûre du cœur. Cette ponction permet de retirer 100 grammes d'un liquide d'abord séreux puis légèrement hémorrhagique.

Immédiatement après la paracentèse, le pouls se régularise. Il est très fréquent (120 P.). La cyanose diminue et le malade accuse un notable soulagement. On prescrit 25 gouttes de teinture éthérée de digitale. Le soir, la température est à 39°. Le soulagement persiste le 13 et le 14.

Le 15, la matité péricardique augmente de nouveau. Elle s'étend du bord droit du sternum à la ligne axillaire antérieure gauche. La dyspnée reparaît ainsi que l'irrégularité du pouls. Un nouvel examen du sang est pratiqué. On fait une culture avec 1 c. c. de sang pris au pli du coude, à l'aide d'une seringue de Lüer. L'ensemencement donne une culture pure de *staphyloccoccus aureus*.

Le 16, la dyspnée est intense. Le malade suffoque. On pratique, au même point qu'à la précédente intervention une nou-

1. Sellkeim, thèse de Dorpat, 1848.
2. Bernheim, art. *Péricarde* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, vol. 23, p. 46.
3. Hindenlang, *Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, 1879.

velle ponction du péricarde, qui ramène 500 grammes d'un liquide louche et sanguinolent. Comme la première fois, le malade éprouve immédiatement une sensation de bien-être. Le pouls se régularise tout en restant fréquent (P. 100).

Le 17, on perçoit à la base gauche, vers la partie moyenne de l'omoplate, du souffle et de l'œgophonie.

Une thoracentèse pratiquée le 18 permet de retirer 200 grammes de liquide citrin. Le liquide de cet épanchement pleural et celui du péricarde sont amicrobiens. Les ensemencements pratiqués restent stériles.

Le 21, on perçoit à la pointe du cœur un léger frottement.

Le 24, le frottement disparaît, et la matité précordiale redevient compacte. On fait une troisième paracentèse du péricarde qui ne ramène aucun liquide.

Le 26, on perçoit à nouveau le frottement. Les symptômes pleurétiques disparaissent à la base du poumon gauche. Les jours suivants, les frottements péricardiques persistent. La température est toujours très élevée et présente de grandes oscillations.

Le 13 avril, les frottements péricardiques disparaissent.

Le 4 mai, les urines, qui jusqu'alors avaient été normales, diminuent d'abondance et renferment un peu d'albumine.

Le malade accuse toujours une faiblesse extrême. L'albumine ne disparaît des urines que le 14 mai.

Le 17 juin, les bruits du cœur, qui avaient recouvré leur timbre normal, s'assourdissent à nouveau. La matité précordiale paraît à nouveau augmentée, mais une 4e paracentèse est pratiquée et ne donne pas plus de résultats que la troisième.

On a la sensation de pénétrer avec l'aiguille au travers d'un tissu lardacé très épais.

A partir de ce jour, les symptômes pulmonaires et péricardiques s'éteignent peu à peu. La fièvre tombe, l'état général s'améliore et le malade quitte le service le 27 juin, assez bien rétabli pour supporter sans accidents les fatigues d'un trajet d'un jour et demi en chemin de fer. Nous avons eu des nouvelles de ce malade qui était en pleine voie de guérison.

OBS. II. — Il s'agit d'un valet de chambre âgé de 22 ans, dans les antécédents héréditaires duquel nous ne notons aucune particularité. Le malade a eu la rougeole à l'âge de 7 ans et une fièvre typhoïde il y a un an. Il est alité depuis cinq jours. La maladie a débuté par de vives douleurs dans les membres inférieurs. Deux jours après les articulations radio-carpiennes droites et métacarpo-phalangiennes gauches sont tuméfiées et douloureuses, puis les articulations scapulo-humérales se prennent à leur tour. C'est alors que le malade entre au service, le 13 juin 1898. La température est de 39°5. Les mouvements de l'épaule gauche occasionnent une douleur intense. A droite, ces mouvements sont très limités. La main droite et le poignet droit sont gonflés et œdématiés. On ne remarque rien aux membres inférieurs. Le malade accuse une oppression très vive depuis trois jours. La pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal sur la ligne mamillaire. Le choc est fort. La matité précordiale est augmentée.

L'auscultation fait entendre un double bruit de frottement avec maximum au 3e espace intercostal gauche, et un souffle présystolique et systolique à la pointe.

Les urines sont foncées, mais ne renferment pas d'albumine. Le malade ne tousse pas : on entend quelques râles fins aux bases.

L'appareil digestif est normal.

Pas de céphalée ni de délire.

On prescrit 6 grammes de salicylate de soude.

Le 16 juin, le frottement a une intensité moindre.

Les articulations atteintes sont toujours aussi tuméfiées.

Le même état persiste jusqu'au 21.

Le 22 on trouve le malade en proie à une dyspnée intense. Le frottement ne se perçoit presque plus à la région précordiale.

La respiration est obscure aux deux bases.

Le 24, la matité cardiaque dépasse le bord droit du sternum de 2 travers de doigt. Les douleurs articulaires ont presque disparu.

Le 27, l'oppression est considérable. Le pouls est petit, fréquent, dépressible. La face a une teinte terreuse. On note une voussure très marquée de la région précordiale.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Spillmann pratique, comme dans le cas précédent, une paracentèse du péricarde, au lieu d'élection, et retire 70 centim. cubes d'un liquide hémorrhagique trouble.

L'examen de ce liquide y décèle la présence d'un nombre considérable de globules blancs et de quelques cocci. L'ensemencement sur gélose donne une culture de *staphylococcus aureus*.

Une culture faite avec 1 centim. cube de sang pris dans une veine de l'avant-bras reste stérile.

Le même soir, tous les symptômes alarmants constatés le matin se sont amendés. La dyspnée est moindre (R = 24 au lieu de 36 avant l'intervention); le pouls est fort, régulier.

Le malade repose tranquillement pendant la nuit.

Le 28, la matité commence au bord droit du sternum. Le frottement perçu dans la région précordiale est de nouveau perceptible. Traces d'albumine dans les urines.

Le 29, le pouls est petit. Les bruits du cœur sont éloignés. Le frottement ne s'entend qu'à la partie supérieure du péricarde, vers le 3e espace.

Le 3 juillet, nouvelle poussée articulaire au niveau des genoux avec T à 40°.

On redonne au malade du salicylate.

Le 5, les genoux, le poignet et les articulations des doigts de la main droite sont tuméfiés et douloureux.

Le 8, les douleurs articulaires ont de nouveau disparu. La matité précordiale a diminué d'étendue et l'état général s'est très amélioré.

Le 15 juillet, troisième poussée aiguë vers les articulations des poignets et des genoux avec élévation de T à 39°.

Le frottement précordial est peu perceptible.

On perçoit encore nettement le souffle présystolique et systolique à la pointe.

Le 16 juillet les symptômes articulaires s'amendent. La dyspnée a complètement disparu. Les jours suivants l'amélioration s'accentue. Le malade, qui est encore au service, peut être considéré comme guéri.

Comme on le voit d'après ces deux observations, c'est principalement sur les phénomènes asphyxiques, sur l'augmentation de la matité précordiale et sur la faiblesse extrême de la pression artérielle, que l'on s'est basé pour poser le diagnostic de péricardite.

Nous n'avons en effet pas observé la douleur précordiale intense que l'on regardait autrefois comme un signe certain d'épanchement. Quant à la matité « en brioche » (encoche de Sibson », nous ne l'avons observée que dans le premier cas, où on retira du péricarde 600 grammes de liquide.

Elle se rencontre surtout dans les cas d'épanchement abondant. Le diagnostic doit donc se baser plutôt sur les symptômes fonctionnels que sur les signes physiques. « Si le cœur faiblit, si le pouls est petit, irrégulier, si l'oppression, la cyanose, l'angoisse, la tendance aux lipothymies accusent l'asystolie, il y a indication d'urgence (1). »

Nous avions affaire, dans les 2 cas, à de la péricardite séro-fibrineuse survenue chez le premier malade à la suite d'une grippe, et chez le second dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Dans les 2 cas, il s'est agi d'une *staphylococcémie*. La présence, dans le liquide retiré chez le deuxième malade, de globules blancs et de staphylocoques, révélés par l'examen direct et par la culture, pouvait faire craindre la transformation de l'épanchement séreux en épanchement purulent.

L'évolution clinique prouva que cette crainte était mal fondée, la guérison survint sans complication, comme chez le premier malade, dont le liquide péricardique était amicrobien.

La stérilité de l'épanchement de ce premier malade pouvait paraître étrange, en raison de l'existence conco-

1. BERNHEIM, *loc. cit.*

mitante d'une infection sanguine à staphylocoque (examen direct du sang et culture).

Un fait analogue a été observé expérimentalement par MM. Lannelongue et Achard qui, ayant injecté du staphylocoque blanc dans le sang d'un lapin, déterminèrent en même temps que plusieurs petits abcès en divers organes, une péricardite avec épanchement séro-fibrineux.

L'énorme soulagement apporté chez nos malades par la ponction montre de quelle utilité peut être cette intervention dans les cas de péricardite où l'asphyxie est imminente, quelle que soit du reste l'abondance de l'épanchement. La faible quantité présumée de liquide péricardique ne doit pas faire craindre la piqûre du cœur. Il suffit de prendre la simple précaution d'enfoncer l'aiguille très doucement, de la diriger obliquement, presque parallèlement à la paroi et d'aspirer le liquide le plus lentement possible. On évite ainsi la blessure du myocarde et la brusque décompression que l'on a accusée à juste raison d'occasionner une syncope mortelle.

La paracentèse du péricarde ne nous semble donc pas plus dangereuse que celle de la plèvre ou du péritoine et mérite, au même titre que ces deux interventions, d'entrer dans la pratique courante.

REVUE GÉNÉRALE

Varices et sciatique des femmes enceintes,

Par le Dr A. Maynau.

Il n'est pas un médecin qui n'ait observé, chez les femmes enceintes, la forme atténuée de la sciatique. Cette forme de névralgie se manifeste ordinairement vers le sixième mois de la grossesse et provoque des douleurs assez intenses pour effrayer parfois la malade ou son entourage. D'autres fois, et dès le début de la gestation, ce sont des migraines, des névralgies dentaires, des douleurs lombaires surtout. M. Vinay explique l'apparition de ces symptômes morbides par l'impressionnabilité excessive que la nouvelle fonction imprime à l'organisme de la femme. Ces phénomènes douloureux résultent aussi, dit-il, des modifications locales qui surviennent du côté de la matrice et des annexes; l'augmentation de poids de l'utérus provoque des tiraillements du côté des ligaments ronds et des ligaments larges. L'augmentation de la vascularité qui envahit tous les organes contenus dans le petit bassin expliquerait ces névralgies si fréquentes au début de la grossesse.

Ces douleurs peuvent persister jusqu'à l'accouchement. En général elles s'amendent pour reparaître de nouveau et, cette fois, mieux localisées vers la fin de la grossesse. Les plus fréquentes de ces névralgies sont la névralgie lombo-abdominale et la névralgie sciatique.

C'est cette dernière que nous nous proposons d'étudier. Tous les auteurs, il est vrai, signalent la névralgie sciatique comme une complication possible des varices, chez les femmes enceintes. Mais nulle part nous n'avons rencontré la description complète de cette complication dont nous avons rapporté dans notre thèse inaugurale deux observations détaillées, recueillies dans le service de M. Charrin.

Les varices sont des dilatations plus ou moins considérables, permanentes et pathologiques des vaisseaux veineux dont la structure est altérée.

Cela nous conduit à bien distinguer les dilatations veineuses et les varices. La dilatation existe, sous la dépendance de la compression passagère exercée par le fœtus sur les vaisseaux de la mère. L'état pathologique du vaisseau n'existe pas encore; et, en effet, aussitôt après l'accouchement le vaisseau reprend son calibre normal; il était simplement dilaté, sans être profondément altéré. Chez certaines femmes prédisposées, ou chez celles dont l'étoffe veineuse n'est pas assez solide pour résister à l'augmentation de pression, la dilatation, de passagère et d'accidentelle qu'elle était dans le premier cas, devient, dans celui-ci, permanente et pathologique; l'accouchement ne fait pas disparaître la phlébectasie : la varice est définitivement constituée.

Mais la dilatation simple est rare. L'apparition de varices à une première grossesse en doit faire craindre la reproduction à une grossesse ultérieure : si la dilatation se produit, il est bien probable qu'elle est le résultat non de la compression seule, mais aussi d'un état pathologique antérieur, d'une faiblesse congénitale ou acquise des tissus constitutifs des vaisseaux.

Les varices proprement dites au contraire sont très communes chez la femme enceinte. On les rencontre surtout à l'anus (hémorroïdes) et au rectum; aux organes génitaux externes et internes; aux membres inférieurs. Il ne sera question ici que de ces dernières, et nous devons d'abord relever ce qu'il y a de spécial dans leur étiologie.

Outre les causes habituelles des varices, il est évident que pour la femme enceinte la compression exercée sur les vaisseaux iliaques par l'utérus gravide gêne manifestement la circulation de retour. Mais cette compression n'est pas seule en jeu, ainsi qu'en témoigne l'apparition de varices chez des femmes au début de leur grossesse, leur persistance fréquente après l'accouchement.

A l'appui de la théorie purement mécanique, on pourrait dire que, d'après Lesguillons, l'inclinaison de l'utérus à droite expliquerait la fréquence assez grande des varices de ce côté, contrairement à ce que l'on observe en dehors de la gravidité. Nous avons en effet observé à la Maternité une malade porteuse de volumineuses varices de la cuisse droite et dont le fœtus était en position occipito-iliaque droite transverse. Mais cette cause n'était pas unique. Au début de la grossesse, les varices de cette malade étaient aussi volumineuses.

En réalité, la plupart du temps, la grossesse agit sur des veines prédisposées. Comme le dit Briquet, les varices sont héréditaires, c'est-à-dire que la faiblesse du tissu veineux est congénitale. Les parents transmettent à leurs enfants un réseau veineux constitutionnellement mauvais, dont la contractilité et l'élasticité déjà paresseuses s'altèrent de plus en plus. Il suffira pour cela d'une cause insignifiante, générale ou locale. Et Gerdy a été jusqu'à dire que l'on naît variqueux comme en naît scrofuleux.

La grossesse est dans ces conditions une cause occasionnelle fréquente de varices. M. Budin les a rencontrées 100 fois sur 300 femmes examinées. On les rencontre surtout chez les femmes qui, par leur profession, sont obligées à des travaux pénibles et exigeant une station debout prolongée. Cette cause mécanique vient alors joindre son action à celle de la grossesse. Mais l'étude précise de cette statistique démontre qu'on ne saurait tout attribuer à la compression veineuse par le globe utérin.

Il en résulte, en effet, que les varices sont surtout fréquentes chez les primipares, au début de la grossesse;

l'apparition pendant les cinquième et sixième mois est à peu près aussi fréquente que pendant les sixième et septième. En réunissant les deux mois qui composent ces deux périodes intermédiaires, on obtient le même nombre de cas. Enfin les varices sont rares pendant les troisième, cinquième et neuvième mois. Les femmes enceintes qui auraient atteint le huitième mois de leur grossesse sans avoir de varices, auraient 94 chances sur 100 de ne pas en avoir.

Sur 50 primipares, 10 étaient déjà variqueuses avant leur grossesse. Pour 6 d'entre elles la grossesse a fait augmenter les varices; elle n'a rien modifié pour les 4 autres. Pour 32 les varices ont complètement disparu après l'accouchement; enfin pour les 8 dernières, elles ont augmenté ou se sont maintenues dans le même état.

La proportion est à peu de chose près la même chez les multipares. Chez elles, le maximum de fréquence a lieu pendant les trois premiers mois.

Les varices sont-elles plus fréquentes eu égard à la position du fœtus? Nous n'avons pu nous faire, malgré nos recherches, aucune idée de cette influence. Si elle existe, nous la considérons comme étant sans importance bien déterminée.

Tant que la tête n'est pas engagée, la compression des troncs veineux est fort problématique. Le fœtus peut en effet évoluer librement dans la cavité utérine et la matrice elle-même est mobile dans l'abdomen. La compression ne saurait donc être que passagère jusqu'au moment de l'engagement. Cela nous conduit à la possibilité de la compression nerveuse.

Vers la fin de la grossesse, la partie fœtale engagée peut comprimer, au niveau du détroit ou de la concavité du sacrum, tous les nerfs du plexus sacré et quelques branches du plexus lombaire.

Anatomiquement cette compression peut exister et on la constate cliniquement, surtout à cette période de la grossesse. On sait combien sont fréquentes alors les douleurs lombaires, les névralgies crurales et surtout les névralgies sciatiques. M. Tarnier qui a, le premier, appelé l'attention sur les douleurs de cette sorte les attribue à une névralgie des rameaux cutanés émanés des branches collatérales des plexus lombaires.

La théorie de la compression explique-t-elle donc complètement l'apparition des varices et des névralgies chez la femme enceinte? Diverses questions restent encore fort obscures. On comprend difficilement que la grossesse soit seule propre à produire les varices des membres inférieurs, alors que les plus volumineuses tumeurs de l'abdomen et du bassin produisent de l'œdème seulement, mais non une altération rapide des veines. La compression même des troncs veineux ne suffit pas à expliquer le phénomène. Force est donc, sans s'arrêter à cette explication, d'aller plus loin dans l'étude de la question et l'on a été amené ainsi à invoquer l'action du système nerveux et, à l'appui de cette hypothèse, on a fait valoir tout de suite l'apparition précoce d'autres troubles nerveux tels que les névralgies, les migraines, etc.

L'influence du système nerveux sur la production des varices peut être comprise de deux façons différentes : ou bien il s'agit de lésions locales du nerf, par compression; ou bien d'un trouble trophique s'exerçant à distance et réagissant sur le système vasculaire tout entier.

A. Les lésions locales du nerf peuvent appartenir à deux groupes de faits :

a) Les varices du tronc même du nerf (Quénu).

b) La compression directe sans l'intermédiaire des vaisseaux du nerf.

Les varices des vasa nervorum semblent plutôt l'apanage des cas où des varices très étendues occupent le membre tout entier. Mais ces localisations tronculaires ne sont que des complications ultimes de volumineuses varices déjà préexistantes. Sans doute, au cours des varices confirmées, ces varices du nerf pourraient contribuer, pour leur part, à compliquer le processus pathologique et à en expliquer certaines particularités.

Toutefois, pendant la grossesse, il est bien difficile d'admettre que les varices du nerf contribuent au développement des varices du membre.

La compression du tronc nerveux lui-même peut exister assurément au cours de la grossesse. On ne peut guère pourtant l'invoquer avant le 5e mois. Jusqu'à cette époque en effet le développement de l'utérus est peu important et c'est ordinairement le moment où les femmes enceintes sont le plus sujettes à des accidents veineux. Nous avons vu d'ailleurs que, chez les primipares, le maximum de fréquence, pour l'apparition des varices, avait lieu dès le premier mois. Chez les multipares, ce maximum survient du 3e au 6e mois. Même en admettant que dans tous les cas les varices apparaissent au 6e mois, il est bien probable qu'à cette période les compressions des troncs nerveux n'auront pas encore atteint l'intensité qu'elles pourront avoir ultérieurement. D'autre part, il est difficile de comprendre que ces compressions ne s'accompagnent pas dans tous les cas de douleurs vives, à type spécial.

Enfin, dans les cas où l'on a pu supposer que la compression des troncs nerveux aurait joué un rôle actif, pendant la grossesse (paralysie ultérieure des muscles de la région antéro-externe), on n'a pas signalé le développement exagéré du réseau variqueux.

B. En second lieu, comment peut-on interpréter l'action du système nerveux dans le développement des varices chez les femmes enceintes? N'est-il pas possible de supposer qu'il s'exerce sur les vaisseaux une action trophique?

Les accidents trophiques sont fréquents au cours de la grossesse : les actions réflexes à distance sur la nutrition des divers organes semblent présenter une intensité toute spéciale. La pigmentation, par exemple, ne s'exerce-t-elle pas manifestement sous une influence trophique? Chez la femme enceinte cette pigmentation se produit au niveau des régions du corps qui présentaient avant la grossesse la coloration la plus foncée. De même, nous avons eu l'occasion de constater que, chez les tuberculeuses enceintes, cette pigmentation était surtout marquée au niveau des régions qui, sous l'influence de la bacillose, s'étaient déjà particulièrement colorées. De même peut-être peut-on considérer que, dans certains cas, les vergetures ne sont pas seulement produites par la distension mécanique de la peau. Leur rapidité d'apparition, leur variabilité d'aspect, leur présence parfois au niveau même de la région fessière, tout semble indiquer qu'à la distension mécanique s'ajoute un élément trophique. De même l'ulcère de jambe, chez les femmes enceintes, présente quelquefois une allure subaiguë. Il s'accompagne souvent de troubles nerveux et guérit après l'accouchement avec une rapidité qui semble indiquer l'action d'une cause nerveuse.

Mais dans l'ulcère de jambe des femmes enceintes, apparaît enfin un autre élément bien intéressant pour nous, la localisation des accidents trophiques au membre inférieur.

Nous voyons donc intervenir une série de facteurs qui malgré leur diversité concourent au même but. Souvent, sur un organisme atteint de la diathèse arthritique, par-

fois virtuellement porteur d'une hérédité variqueuse directe, on voit de volumineuses varices se développer au cours de la grossesse.

Ces varices sont à la fois le résultat d'une série de causes, troubles trophiques et modifications générales de la nutrition réagissant sur les tissus de la femme. Compression nerveuse directe dans certains cas, gêne de la circulation de retour pour d'autres, tous ces facteurs possèdent un rôle important.

Cette discussion étiologique semblé nous éloigner de notre sujet proprement dit : en réalité elle nous y ramène. Nous avons montré la part qui revient aux troubles réflexes et trophiques du système nerveux dans l'étiologie des varices. Ne peut-on pas supposer que, dans certaines circonstances, ce rôle s'exagère? De même que, dans le cours de la grossesse, l'hystérie et la chorée deviennent plus marquées, de même les signes nerveux, qui virtuellement au moins accompagnent les varices, peuvent prendre une exubérance toute spéciale.

C'est sans doute en raison de ces troubles nerveux spéciaux à la grossesse que la sciatique variqueuse des femmes enceintes revêt un aspect un peu différent de celui de la sciatique variqueuse hors de la grossesse.

« On sait depuis longtemps, dit M. Quénu, que des varices un peu développées finissent par déterminer des phénomènes douloureux, quelquefois assez intenses, calmés la plupart du temps par le repos et le décubitus horizontal. Ces douleurs sont caractérisées par une sensation d'engourdissement et de douleur dans tout le membre inférieur, de crampes dans le mollet, une tension continue et gravative se calmant par le repos, augmentant par la marche et mieux encore par la station debout.

« Les variqueux se plaignent de douleurs non seulement dans le mollet et aux chevilles, mais dans la cuisse et la fesse.

« Gendrin attribue ces douleurs à l'existence de veines variqueuses dans l'épaisseur des nerfs.

« Si le malade n'accuse pas de douleur spontanée, la pression peut arriver à déceler la sensibilité morbide du sciatique.

« Si la douleur est spontanée, les douleurs provoquées par la pression sont naturellement plus vives.

« En général, d'ailleurs, les douleurs ne sont pas très intenses; ce sont des sensations gravatives, profondes, continues, persistant quelquefois la nuit, mais survenant surtout après la marche, la fatigue, une longue station debout. Elles sont parfois compliquées de crampes et d'une faiblesse musculaire remarquable. »

Tel est le tableau de la sciatique variqueuse, comme elle se présente dans les cas où M. Quénu l'a observée.

Cette description pourtant s'éloigne notablement de celle des deux cas que nous avons observés. Tandis que dans la sciatique variqueuse banale, la symptomatologie est atténuée; tandis que les douleurs ne revêtent jamais le caractère qu'elles ont dans la sciatique ordinaire; dans nos deux cas, au contraire, les symptômes névralgiques sont prépondérants et attirent d'abord l'attention.

Nous voyons la sciatique apparaître à des époques variables de la grossesse : dans un de nos cas, il s'agit d'une névralgie survenue au cours du 9e mois; dans l'autre, la malade n'est enceinte que de 6 mois. Dans aucun de ces cas on ne peut nettement dire que la malade soit de souche arthritique, ou que les névralgies soient fréquentes chez elle.

Les varices mêmes sont tantôt des varices bilatérales, et alors la sciatique est double; tantôt les varices sont unilatérales et la sciatique siège alors du côté des varices.

Le début de la sciatique se fait plus souvent d'une manière lente et graduelle. Il s'agit d'abord d'une sensation de lourdeur et de pesanteur siégeant au niveau de la fesse, sans irradiation douloureuse.

Cette première phase peut durer une à deux semaines. Ces douleurs vont ensuite en s'accentuant. Unilatérales d'abord, elles peuvent devenir bilatérales. Ce qui frappe bientôt la malade, c'est la difficulté de la marche.

Incapable de supporter la souffrance provoquée par l'extension de la jambe, la malade s'avance dans l'attitude suivante : la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Si les douleurs sont très vives, la malade marche sur la pointe du pied, ou bien s'appuie sur le bord externe et la partie antérieure.

D'ailleurs, à mesure que la malade marche, à mesure que les varices deviennent plus turgides, la difficulté de la marche augmente.

C'est ainsi que les irradiations deviennent plus accentuées et le signe de Lasègue, s'il était peu marqué au moment où la malade était couchée, devient très net lorsqu'elle a marché quelque temps.

Au repos et dans le décubitus horizontal, la malade, quelquefois, n'éprouve pas de douleurs spontanées; mais le mouvement, l'effort viennent réveiller bientôt la douleur, qui affecte le type de douleur aiguë parcourant le territoire du sciatique, dans toute la région de la fesse et de la cuisse, s'étendant plus rarement du côté de la jambe. Sous l'influence d'une période de repos, ces douleurs peuvent s'atténuer. Mais, spontanément parfois, pendant 24 ou 36 heures, elles réapparaissent avec toute leur netteté primitive et les irradiations deviennent plus fréquentes au niveau de la cuisse.

Dans un de nos cas, après une période de quinze jours, pendant laquelle la sciatique s'était nettement établie, nous avons vu survenir une névralgie lombo-abdominale, caractérisée par une série de points douloureux siégeant au niveau des muscles grands droits, de l'orifice inguinal, de la masse sacro-lombaire.

En même temps, on constatait l'existence, dans la même zone, de troubles de sensibilité.

Sous l'influence de cette sciatique, nous voyons apparaître encore une attitude de scoliose, caractérisée par une concavité inférieure tournée du côté du membre atteint de la névralgie.

Dans l'autre cas (sciatique double), aucune attitude vicieuse du rachis ne peut être observée.

Du côté des muscles, on ne constate pas d'atrophie rapide; du moins jusqu'à présent nos deux malades n'en ont pas présenté.

L'aspect franchement névralgique de cette sciatique porte à penser que rien de semblable ne se produira. Il n'existe pas de troubles trophiques manifestes du côté des téguments.

Les troubles de la sensibilité ne font guère partie du tableau de la sciatique. Cependant, chez une de nos malades, nous avons cru constater une légère diminution de la sensibilité tactile, mais il est difficile de rien affirmer de précis sur ce sujet.

L'exploration du nerf sciatique montre l'existence des points de Valleix, du moins de ceux de la fesse, de la cuisse et de la tête du péroné. Le signe de Lasègue possédait, dans nos deux observations, une netteté spéciale.

Nous n'avons jamais constaté ni polyurie, ni glycosurie; les urines de nos deux malades n'ont jamais non plus été albumineuses.

La palpation du sciatique, au niveau de la concavité

du sacrum, a été douloureuse au toucher vaginal; mais cette sensibilité ne semblait présenter rien de caractéristique.

La marche de cette affection paraît assez irrégulière. On peut néanmoins distinguer un stade de début, où les douleurs sont diffuses; une période d'accroissement pendant laquelle apparaissent les troubles de la marche, des douleurs vives et quelquefois la névralgie lombo-abdominale.

Puis, les douleurs deviennent plus irrégulières; elles surviennent avec une acuité de plus en plus affaiblie, pendant des périodes de deux à trois jours.

Dans un de nos cas, au bout d'un mois, il n'existait plus de troubles de la marche.

L'observation de nos deux malades ne nous a pas encore permis de savoir de quelle manière cette affection rétrocédait. Pourtant il nous semble que, dans le cas où la sciatique était bilatérale, l'engagement de la tête produira, sans doute, une augmentation et même une reprise des symptômes douloureux.

Les douleurs disparaîtront-elles après l'accouchement? L'aspect nettement névralgique de cette sciatique permet d'espérer qu'il n'y aura pas d'atrophie des muscles de la jambe. Peut-être cependant doit-on craindre, après l'accouchement, la persistance des douleurs qui prendraient le type de la sciatique variqueuse banale.

La possibilité du développement de varices du nerf sciatique, le fait que ce nerf a été le siège d'une névralgie font craindre une pareille évolution, mais les observations ne sont pas encore complètes à cet égard.

Pathogénie. — L'histoire que nous venons de retracer de la sciatique variqueuse nous montre le caractère nettement névralgique de l'affection, dès son apparition.

Ce caractère se retrouve également dans toute l'évolution de la maladie; il devient encore plus marqué, si l'on pense que la névralgie sciatique chez les femmes enceintes peut s'accompagner d'autres névralgies siégeant dans les territoires dépendant du plexus lombaire.

Tout porte à croire qu'il s'agit là d'une névralgie simple et non pas d'une névrite. La nature des douleurs, l'état de la sensibilité et des réflexes, l'évolution même de la maladie ne nous autorisent pas à comparer cette affection avec la névrite sciatique.

Mais sous quelle influence se développe cette affection? S'agit-il d'une névralgie *a frigore*, d'une névralgie à type rhumatismal, telle que la névralgie sciatique banale? Nous ne le pensons pas.

Le mode de début est lent et graduel; l'évolution est irrégulière et ne ressemble guère à celle de la sciatique *a frigore*.

Cette sciatique variqueuse des femmes enceintes se développe-t-elle donc sur un terrain préparé par l'arthritisme? Les malades sont-elles depuis longtemps prédisposées aux névralgies de toute espèce?

Nos deux observations ne corroborent pas cette hypothèse.

Cependant si on admet que les varices sont une manifestation de la diathèse arthritique, peut-être pourra-t-on considérer l'apparition de la névralgie, chez les femmes enceintes variqueuses, comme un autre effet de la même cause.

Le rôle des varices, dans la manifestation de la sciatique, doit être aussi soigneusement discuté.

Assurément, comme nous l'avons vu plus haut, la sciatique variqueuse des femmes enceintes ne présente pas le type de la sciatique variqueuse ordinaire. Mais, le début de la névralgie, au moment même où les varices atteignent leur plein développement, son existence du même côté que les varices, semblent établir un lien pathogénique entre les deux affections. Peut-être sont-elles seulement superposées l'une à l'autre, mais leur coïncidence suffit à modifier, dans une certaine mesure, leurs symptômes réciproques.

Peut-être surtout faut-il admettre qu'il s'agit d'une sciatique variqueuse qui, évoluant sur un terrain prédisposé par la grossesse, prendra un caractère d'acuité toute spéciale.

Peut-on d'ailleurs comprendre le lien qui unit la sciatique aux varices mêmes? M. Quénu, dans les cas qu'il a étudiés, a constaté l'existence de varices des vaisseaux du nerf. Nous ne serions pas éloigné de penser que lorsque les varices sont antérieures à la grossesse, il puisse exister des varices du tronc nerveux, incapables de provoquer la sciatique en temps ordinaire, mais susceptibles d'en déterminer le syndrome chez la femme enceinte. Et en effet, sous l'influence de la grossesse, les vaisseaux du membre inférieur se congestionnent et s'ectasient, tandis que l'organisme lui-même devient prédisposé aux affections nerveuses.

Dans notre autre cas, au contraire, nous constatons l'apparition de névralgies multiples occupant la première place, tandis que les varices semblent jouer un rôle plus accessoire, incontestable pourtant, puisque varices et sciatique siègent du même côté. Dans ce cas, d'ailleurs, la malade, sans être atteinte d'hystérie franche, présente un terrain névropathique nettement déterminé.

Si nous reconnaissons donc un lien, variable mais évident, entre les varices de nos malades et leur sciatique, pouvons-nous déterminer la cause qui agira pour produire à la fois ces deux effets?

Dans un des cas la tête se présente en O.I.D.P. Or, les varices et la sciatique siègent à gauche. Bien mieux, la tête n'est pas profondément engagée dans l'excavation.

Dans l'autre, nous avons affaire aussi à une présentation du sommet, mais la tête est mobile, et la sciatique est bilatérale. Une compression directe produite par la partie fœtale semble donc bien improbable.

Allons-nous d'ailleurs, par l'exploration des plexus sacrés, reconnaître l'existence d'un point où la compression atteint son maximum et où les racines du nerf présentent une sensibilité particulière à la pression? Nullement.

L'examen de la malade chez laquelle l'engagement s'est produit nous a permis de constater une sensibilité égale des deux côtés. En vain cherchons-nous à savoir si chez elle une hyperesthésie particulière expliquerait la localisation de la sciatique au territoire supérieur du nerf sciatique. Il est impossible de rien déterminer de caractéristique. Mais cette malade est atteinte de névralgie lombo-abdominale; le fémoro-cutané lui-même présente des signes de névralgie. Pouvons-nous donc admettre qu'il s'agit d'une névralgie propagée de bas en haut, du plexus sacré vers le plexus lombaire, alors même que la tête est disposée suivant le diamètre opposé du bassin?

La compression du nerf lombo-sacré qui seule pourrait peut-être expliquer la diffusion de la douleur aux deux plexus, ne peut être invoquée en raison même de la position.

Nous sommes donc disposé à croire que la névralgie n'est pas déterminée par la compression produite par la partie fœtale, mais qu'elle est sous la dépendance d'un trouble nerveux localisé d'un seul côté, soit par l'effet des varices antérieures, soit sous l'influence d'une cause qui nous échappe. Cette cause d'ailleurs pouvant porter son action non pas seulement sur le membre inférieur, mais pouvant réagir sur des territoires plus éloignés,

comme celui du plexus lombaire. Ainsi le lien symptomatologique entre les varices et la sciatique nous paraît nettement établi. La relation entre la grossesse et le syndrome est certaine, mais nous ne croyons pas que la compression joue ici un rôle prépondérant.

Le diagnostic de l'affection nous a paru aisé. L'existence de la sciatique, caractérisée par la présence des points douloureux de Valleix, la constatation du signe de Lasègue font évidemmennt d'emblée porter le diagnostic de névralgie sciatique. La constatation des varices permettra également de reconnaître le type de l'affection.

Le diagnostic dans d'autres circonstances peut devenir moins aisé. Lorsqu'une sciatique franche existe et que le membre montre à sa surface quelques varicosités réparties également des deux côtés, sans prédominance du côté de la sciatique, lorsque la sciatique a précédé l'apparition des varices, on peut se demander s'il s'agit d'une sciatique variqueuse ou d'une sciatique qui est venue se surajouter à des varices préexistantes. C'est là une question de théorie encore plus qu'une question de diagnostic, et il nous paraît bien difficile de la résoudre *a priori*.

La phlébite variqueuse sera difficilement confondue avec la sciatique variqueuse. La phlébite variqueuse est le plus souvent superficielle; la douleur est moins généralisée, ne survient pas par accès, etc.

Pourtant, on peut concevoir que dans certains cas de phlébite profonde à type névralgique, si l'œdème est modéré, si l'on craint de pratiquer une exploration profonde du membre, on puisse hésiter quelques instants. L'évolution de la maladie viendra trancher la difficulté.

Le rhumatisme musculaire, assez rare d'ailleurs au cours de la grossesse, coïncidant avec des varices, se distinguera de la sciatique variqueuse par l'absence des points de Valleix et du signe de Lasègue, par l'évolution, par la diffusion de la douleur.

La coexistence de la névralgie lombo-abdominale et des varices pourra être constatée, mais il sera aisé de la distinguer de la sciatique variqueuse.

Le traitement consistera dans l'emploi des analgésiques. L'antipyrine, seule ou associée à la quinine, nous a paru donner de bons résultats, surtout au moment des recrudescences douloureuses. Le siphonage méthodique au chlorure de méthyle pourra rendre de grands services, mais il faudra surtout prescrire à la malade un repos absolu : le séjour au lit nous semble indispensable.

Nous croyons également que l'on doit s'abstenir de l'emploi du vésicatoire, dans la crainte de provoquer des lésions rénales d'un pronostic grave au cours de la grossesse.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire. *Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (Présclérose).* N° 452. (H. Jouve.)

M. Arnal. *De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire.* N° 455. (H. Jouve.)

M. Lenoir. *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.* N° 463. (Maloine.)

M. Massier. *De la valeur de la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes.* N° 468. (Société d'éditions scientifiques.)

M. Moulon. *De la métrorrhagie d'origine paludéenne.* N° 477. (P. Mouillot.)

M. Quintard. *De l'uréthrocèle vaginale.* N° 607. (H. Jouve.)

M. Collet. *Etude sur l'incontinence d'urine uréthrale chez la femme.* N° 616. (Steinheil.)

M. Petzalis. *Quelques considérations sur le traitement des salpingo-ovarites.* N° 634. (H. Jouve.)

M. Joly. *Contribution à l'étude de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus.* N° 644. (H. Jouve.)

M. Dubois. *Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire.* N° 483. (Steinheil.)

M. Papon. *Contribution à l'étude des déchirures incomplètes et récentes du périnée et de leur traitement par l'emploi des serre-fines.* N° 494. (H. Jouve.)

M. Pauly. *Contribution à l'étude des phlébites variqueuses chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées.* N° 496. (H. Jouve.)

M. Stopin. *Essai sur les métrorrhagies de la ménopause.* N° 497. (H. Jouve.)

M. Baron. *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* N° 506. (Steinheil.)

M. Talandier. *De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant.* N° 433. (H. Jouve.)

M. Kassaboff. *Les enfoncements de la voûte du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement.* N° 435. (A. Cornois.)

M. Menissez. *Contribution à l'étude des fractures de l'astragale.* N° 438. (H. Jouve.)

M. Robin Massé. *Du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale. (Procédé de Péan.)* N° 439. (A. Gautherin.)

M. Chapiro. *L'eucaïne β comme anesthésique local en stomatologie et en chirurgie générale.* N° 440. (Carré et Naud.)

D'après M. Geoffroy-Saint-Hilaire, les affections génitales de la femme, quelle que soit leur origine, entraînent une infiltration du tissu cellulaire du bassin qui joue un rôle capital en gynécologie (œdèmes abomino-pelviens : Stapfer).

Ces infiltrations, sur lesquelles les traités de gynécologie sont à peu près muets, devraient y tenir une place importante et faire partie du syndrome génital. Elles ont pour origine ou sont entretenues par des troubles de la circulation.

On doit considérer les œdèmes fibro-plastiques comme le premier stade de la sclérose, c'est une présclérose. Une de leurs formes, spéciale aux arthritiques peut se généraliser à toute l'étendue du tissu connectif, interstitiel et sous-cutané.

Les œdèmes développés dans le tissu conjonctif sous-cutané de la paroi abdominale sont souvent pris pour des névralgies de Beau et Valleix ou des zones hystérogènes. Les œdèmes pelviens peuvent être confondus avec la plupart des tumeurs du petit bassin.

Ils coexistent toujours avec les altérations des organes génitaux de la femme, et ce sont eux qui entretiennent la misère gynécologique. Les erreurs de diagnostic que l'on commet en les méconnaissant peuvent être des plus graves. Le palper massage et l'exploration des organes génitaux pendant 28 jours, du début des règles, au commencement des règles suivantes est le seul moyen d'éviter ces erreurs.

D'après M. Arnal les kystes de l'ovaire sont exposés à se rompre sous l'influence d'un traumatisme.

Tantôt le traumatisme est direct (coups, chute), tantôt il est interne (contraction violente du diaphragme, etc : rire, vomissement, etc.), tantôt il consiste simplement en une manœuvre chirurgicale (palpation, brossage de la paroi abdominale avant d'opérer, etc.).

Le plus souvent ce sont les kystes multiloculaires qui se rompent sous cette influence. Souvent un travail destructif des parois a préparé la rupture.

Les symptômes de cet accident, loin d'être toujours bruyants, sont souvent nuls et le diagnostic est très difficile dans ces cas.

On doit toujours intervenir chirurgicalement dans les cas de ruptures consécutives à un traumatisme.

L'ovariotomie est la seule intervention rationnelle. On doit intervenir le plus tôt possible après la rupture. Une péritonite au début est une raison de plus d'intervenir. La grossesse n'est point une contre-indication à l'intervention. Au cours de l'opération il faut faire très minutieusement la toilette du péritoine avec des compresses-éponges.

Le lavage du péritoine est inutile en général, il peut être dangereux. Il est bon de laisser un drain dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'ovariotomie pratiquée pour la rupture d'un kyste à la suite d'un traumatisme n'a pas de suites sensiblement plus graves que la même opération pratiquée pour un kyste intact. La puerpéralité elle-même, n'aggrave pas notablement le pronostic opératoire, du moins pour la mère.

Pour M. Lenoir, toutes les affections de l'utérus : versions, flexions, métrites, cancer, tuberculose, fibromes, atrophies, peuvent rendre friable le tissu de la matrice et prédisposer aux perforations. Les métrites post-partum et post-abortum sont particulièrement remarquables à ce sujet. Des états physiologiques tels que la menstruation et la grossesse peuvent aussi être rangés dans la catégorie des causes prédisposantes.

Non seulement des opérations gynécologiques importantes, telles que l'énucléation de tumeurs fibreuses, l'extirpation de polypes utérins, la réduction d'une inversion utérine, les diverses interventions obstétricales, la provocation de l'accouchement prématuré, peuvent être l'occasion de perforations utérines, mais aussi des interventions en apparence bénignes, telles que la cathétérisme et le curetage exposent à ces accidents. Les perforations utérines sont un chapitre important de l'étude de l'avortement criminel.

Tantôt l'existence de la perforation est évidente, tantôt le chirurgien n'est conduit à la soupçonner que par l'apparition de complications graves.

Il est intéressant de noter l'innocuité presque constante des perforations faites par l'hystéromètre et par la curette.

Les chirurgiens, frappés de ce fait, ont cherché à l'expliquer en montrant que parfois, malgré la pénétration profonde de l'instrument, la perforation n'avait pas eu lieu. En réalité ces perforations sont fréquentes. Il en résulte qu'il faut apporter la plus grande prudence dans les différentes interventions utérines.

Dans la plupart des cas de perforations étroites telles que celles produites par l'hystérométrie et la curette, l'expectation s'impose. Si l'opérateur a la main forcée par la gravité des lésions de l'hémorrhagie ou par l'apparition de symptômes menaçants à la suite de la temporisation, il devra, à notre avis, avoir recours à l'hystérectomie vaginale plutôt qu'à la laparotomie avec hystérectomie ou suture de la plaie.

M. Massier a essayé de faire ressortir la valeur de la colpotomie postérieure a dans le traitement des suppurations pelviennes.

La colpotomie postérieure est une opération qui doit avoir sa place à côté de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie abdominale. Quand elle est possible, et que ses indications sont nettement posées, elle constitue une opération en général bénigne, à la portée de tous les médecins. C'est une opération éminemment conservatrice, parce qu'elle ne mutile pas la femme et lui permet de conserver ses annexes, indispensables à la fonction génitale. La fécondation reste possible.

Les indications de l'incision du cul-de-sac postérieur se posent nettement toutes les fois que la poche purulente est unilatérale, vient faire saillie dans le vagin, que cette collection soit ancienne ou récente.

L'état aigu et suraigu de l'affection est la première indication formelle de ce procédé opératoire, que la suppuration siège dans le tissu cellulaire péri-utérin, dans les annexes ou dans le péritoine pelvien : car l'état général souvent grave de la malade ne lui permet pas alors de supporter une intervention radicale, au cas même où celle-ci serait nécessitée par l'état avancé de la lésion.

La colpotomie postérieure est une bonne opération dans les salpingo-ovarites, quand les lésions tubaires ou ovariques n'ont pas encore atteint une gravité exceptionnelle ou une dégénérescence très prononcée.

Les incisions vaginales doivent être larges, et les débridements du cul-de-sac postérieur doivent avoir le plus d'étendue possible : les blessures des organes voisins seront facilement évitées en n'opérant pas à l'aveugle et en limitant l'incision, au cul-de-sac postérieur.

Un traitement post-opératoire rigoureux, un drainage en croix soigneusement établi, des lavages antiseptiques minutieux, permettront d'éviter les fistules et les rétractions de la poche purulente et d'assurer la guérison.

La colpotomie postérieure, excellente dans les cas précédents, devient insuffisante et manifestement inférieure à l'hystérectomie ou à la laparotomie, dans les cas de poches multiples et haut placées, dans les cas de bilatéralité des lésions ou lorsque les tissus sont trop profondément altérés.

L'incision vaginale postérieure, dans les cas d'incertitude du diagnostic, est une bonne opération exploratrice, en ce sens qu'elle permet de voir ce que l'on va faire et de décider si une hystérectomie ou une laparotomie s'impose.

D'après M. Moulon, le paludisme peut engendrer des métrorrhagies. Elles représentent tantôt des fièvres larvées, et tantôt des manifestations proportionnées.

En présence d'une métrorrhagie de cause inconnue, on devra donc songer au paludisme. L'existence d'accidents palustres antérieurs constituera une presque certitude, mais le critérium est dans l'action des sels de quinine.

Il est indiqué de donner de la quinine dans toute métrorrhagie dont on ne connaîtra pas la cause. Le meilleur mode d'administration est la voie hypodermique. On ne devra pas négliger les autres médications thérapeutiques. S'il y a une lésion locale, on la traitera ; si l'état général est mauvais, s'il y a des signes de cachexie, on aura recours eux préparations de quinquina, au fer, à l'arsenic, etc.

L'uréthrocèle vaginale a jusqu'ici été peu étudiée. Voici la technique de l'opération préconisée par M. Quintard.

1° *Préliminaires.* — Pendant les deux ou trois jours qui précéderont l'opération, on aura soin de nettoyer le vagin (savonnage, lavages antiseptiques), et de laver l'urèthre et la vessie par des injections d'eau boriquée à 4 p. 100, de manière à obtenir l'asepsie de la région.

2° *Opération.* — Après un dernier lavage, et la malade étant chloroformée (ou simplement insensibilisée à la cocaïne), on place une sonde métallique dans l'urèthre, et on pratique sur la muqueuse vaginale, à la partie proéminente de la tumeur une incision elliptique de 6 centimètres de long environ, à grand axe antéro-postérieur. A l'aide du bistouri, on dissèque la muqueuse vaginale, et on arrive alors sur la tumeur qu'on extirpe en la disséquant soigneusement, soit au bistouri, soit avec de petits ciseaux courbes.

On place alors un premier plan de sutures profondes au catgut, sutures à points séparés, intéressant la paroi inférieure de l'urèthre, sans comprendre la muqueuse uréthrale ; puis on fait aux crins de Florence une rangée de points de sutures profonds en ayant soin de bien affronter les bords de la muqueuse vaginale excisée, et on fait un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

3° *Soins consécutifs.* — On laisse en place la sonde à demeure pendant une dizaine de jours, en appliquant au-devant de la vulve un pansement antiseptique. Les fils peuvent se retirer du 8e au 12e jour. Les suites opératoires sont toujours bonnes, et nous n'avons trouvé dans 42 observations aucun exemple de complications post-opératoires.

D'après M. Collet en dehors de l'incontinence essentielle il existe chez la femme une variété spéciale d'incontinence due à des lésions diverses de l'urèthre ou à des déviations de ce canal produites indirectement par des lésions juxta-vésicales.

L'incontinence d'urine d'origine traumatique se trouve à la suite des dilatations pathologiques ou chirurgicales, de l'accouchement, de la symphyséotomie, de la taille uréthrale.

L'incontinence spontanée s'observe souvent chez les femmes âgées, même chez celles qui n'ont pas eu d'enfants.

Enfin il existe de nombreux cas d'incontinence consécutive à des lésions utérines ou vaginales ; prolapsus de l'utérus et des

parois du vagin, ascension du col utérin produite par des fibromes, adhérences anormales, brides vaginales s'insérant sur l'urèthre, cicatrices résultant d'une cure radicale de fistule vésico-vaginale.

Le traitement de cette affection varie suivant qu'il y a persistance ou destruction du canal uréthral. Les procédés opératoires à employer sont nombreux, qu'il s'agisse de remédier à une incontinence sans destruction de l'urèthre, ou de faire une restauration complète de ce canal.

Le chirurgien se laissera guider par les circonstances en partant toutefois de ce principe que, lors même d'une destruction complète du canal et des sphincters, mieux vaut tenter une opération autoplastique que de détourner simplement le cours des urines, au moyen d'une nouvelle fistule, ou de faire du vagin, après fermeture de la vulve, le véritable réservoir urinaire.

En cas d'échec on se contentera de l'emploi de moyens palliatifs capables d'apporter quelque soulagement à l'infirmité de la patiente.

M. Petzalis a étudié le traitement des salpingo-ovarites.

Dans certains cas de métro-salpingite, l'électrolyse peut rendre de véritables services.

Il est des cas, comme dans la métrite blennorrhagique et certaines métrites à altération profonde de la muqueuse utérine, où le curetage agit, comme cause déterminante d'une salpingite non préexistante. Dans ces cas le curetage peut être efficacement remplacé par l'électrolyse.

La colpo-cœliotomie est une mauvaise opération dans le cas de grosses salpingites, surtout quand il y a des adhérences.

Il serait contraire aux intérêts des malades et aux préceptes d'une saine gynécologie de négliger complètement l'une de ces méthodes (laparotomie, colpo-cœliotomie, hystérectomie vaginale) au profit de celle qui jouirait de la faveur exclusive du chirurgien.

Il importe de bien saisir les indications, de savoir se borner, dans certains cas, à une simple colpo-cœliotomie, tandis que dans d'autres on doit très hardiment exécuter l'extirpation totale de l'utérus et des annexes par la voie abdominale ou vaginale. Toutefois la laparotomie est l'opération de choix dans les cas où l'extirpation est indiquée, car elle permet au chirurgien d'opérer pour ainsi dire à ciel ouvert, et de savoir mesurer l'étendue de l'intervention en raison du degré des lésions.

D'après M. Joly la tuberculose primitive des annexes de l'utérus, l'une des formes les plus communes de la tuberculose des organismes génitaux de la femme, est moins rare qu'on ne croyait. Les lésions sont le plus souvent bilatérales, et affectent plus fréquemment la trompe que l'ovaire.

Le tableau symptomatique se rapproche beaucoup dans les grands traits, de celui des salpingo-ovarites simplement inflammatoires. Quelques symptômes, que certains auteurs ont cru pathognomoniques, ne se différencient pas assez de la marche ordinaire du processus inflammatoire.

Le diagnostic toujours très difficile, peut être porté par les antécédents héréditaires de la malade, son âge, l'absence des commémoratifs étiologiques de la salpingite ordinaire, la répétition des poussées de pelvipéritonite, et l'affaiblissement rapide de l'état général, la cachexie précoce, qui contrastent avec l'intégrité du parenchyme pulmonaire, par l'examen microscopique du pus.

Si le diagnostic réside dans la trompe et dans l'ovaire, le pronostic est dans le péritoine, les poumons et les méninges, par ordre d'importance.

Dès que le diagnostic a pu être porté de tuberculose locale primitive, on doit intervenir par l'ablation des annexes. La laparotomie est le procédé opératoire de choix. L'invasion du péritoine par le processus, loin d'être une contre-indication, commande impérieusement la laparotomie. La seule contre-indication provient de la généralisation déjà ancienne aux autres viscères, de la débilitation profonde de la malade, et des adhérences trop étendues.

Ces dernières rendent très difficiles et parfois impossible l'ablation des annexes. La laparotomie doit, pour raison majeure, se contenter d'être exploratrice, palliative dans certains cas invétérés.

Les résultats de l'opération, même dans cette dernière hypothèse : cessation des douleurs, arrêt des poussées de péritonite localisée, amélioration de la santé générale, sont à prendre en grande considération. Quant aux résultats de la salpingotomie et de la castration, ils sont remarquables au point de vue local comme au point de vue général. « La tuberculose des organes génitaux de la femme est une des formes de phtisie curable, au moins dans certains cas », dit Brouardel.

D'après M. Dubois, les sarcomes de l'ovaire sont rares, mais cette rareté n'est que relative, paraissant tenir surtout à l'insuffisance du diagnostic. La fréquence de cette affection semble en effet augmenter à l'heure actuelle : les interventions qui se multiplient permettent de mieux constater la présence de ces néoplasmes.

Leur étiologie est obscure; elle a beaucoup d'analogie avec celle des tumeurs malignes, et leur symptomatologie présente peu de différence avec celle des tumeurs solides de l'ovaire; mais il faut tenir compte de leur rapidité d'évolution, de la coexistence d'un épanchement ascitique précoce, abondant, rebelle, et de l'absence de phénomènes utérins proprement dits. Il faudra toujours pratiquer l'hystérométrie pour s'assurer des dimensions de la cavité utérine.

Les sarcomes de l'ovaire ont généralement une durée très courte, la cachexie est précoce, et leur généralisation aux organes éloignés (poumon, foie, rein et cœur) est rare; mais, à moins d'un développement très prononcé, d'un enclavement dans le petit bassin, ces néoplasmes sont moins dangereux que les tumeurs utérines.

Le diagnostic, quoique très difficile, est possible; il doit être fait de bonne heure et, si l'on doute, pratiquer au besoin la laparotomie exploratrice qui est d'autant plus légitime que, dans tous les cas, la tumeur doit être enlevée. Le diagnostic des variétés anatomiques offrira toujours de grandes difficultés, il ne pourra être fait qu'après l'examen histologique.

L'ablation précoce de la tumeur constitue le seul traitement rationnel.

Pour M. Papon, parmi les déchirures du périnée que l'on observe après l'accouchement, les déchirures incomplètes sont les plus fréquentes. Elles ne demandent la plupart du temps qu'à se réunir, mais il est du devoir de l'accoucheur de diriger la réunion des bords de la plaie, afin d'éviter les conséquences fâcheuses qui pourraient survenir : d'une part, aussitôt après l'accouchement en créant une porte d'entrée à l'infection; d'autre part, en donnant lieu à une cicatrisation vicieuse qui ne serait pas sans inconvénients dans l'avenir.

Parmi les moyens employés pour réunir les bords des déchirures incomplètes du périnée et les bords des déchirures des petites et des grandes lèvres, l'emploi des serre-fines doit être considéré comme le procédé de choix dans la presque totalité des cas.

Elles ont une seule contre-indication : ce sont les cas où les bords de la plaie ne peuvent s'affronter facilement. C'est alors seulement que l'on aura recours à la périnéorraphie qui doit être réservée pour les déchirures complètes.

D'après M. Pauly, la phlébite variqueuse s'observe surtout chez les femmes, enceintes ou nouvellement accouchées, atteintes de varices au troisième degré.

Pendant la grossesse, la phlébite reconnaît pour origine une plaie des téguments ou une lésion infectieuse soit concomitante, soit antérieure.

Les phlébites qui viennent après l'accouchement peuvent être dues à l'infection puerpérale, mais le plus souvent elles ne sont que le réveil d'une ancienne lésion infectieuse.

Les phlébites non puerpérales ne s'accompagnent pas de symptômes généraux.

Elles se terminent au bout de quelques jours sans laisser de traces, ou par la formation d'un abcès.

La pyohémie et l'embolie sont des complications très rares.

La phlegmatia se distingue de la phlébite variqueuse par son origine, ses signes fonctionnels et ses complications.

L'érythème noueux, la lymphangite superficielle peuvent être

confondus avec la phlébite variqueuse; l'ulcère phlébitique avec l'ulcère syphilitique.

Le traitement sera purement médical dans les formes bénignes, chirurgical dans les formes purulentes.

L'attention des observateurs a été de tout temps attirée sur la fréquence des métrorrhagies au moment de la ménopause.

D'après M. STOPIN, en faisant abstraction des hémorrhagies liées aux affections aiguës ou à des lésions organiques manifestes de l'utérus, on se trouve en présence d'un ensemble de faits dans lesquels l'écoulement sanguin semble au premier abord relever uniquement de la congestion ultime qui se produit du côté des organes pelviens au moment de la ménopause.

Avec les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique, le cadre des métrorrhagies dites essentielles, dites de constitution de la ménopause s'est singulièrement resserré; en l'absence en effet de toute lésion appréciable à l'examen, on constate que la plupart d'entre elles se rattachent à une des causes suivantes : altération sénile, athéromateuse, artério-sclérose de la muqueuse, transformations spéciales de la muqueuse utérine affectée jadis de métrite, réveil et exacerbation au moment de la ménopause de symptômes d'une métrite restée longtemps chronique, transformation angiomateuse de la muqueuse, lésions spéciales dues à un commencement de myomatose inappréciable à l'examen, mais qui devient sensible si la malade revient consulter au bout de quelque temps. Car s'il est vrai en effet que la ménopause a une influence heureuse sur l'évolution des fibromes, il n'en est pas moins notoire que souvent, en revanche, l'évolution fibromateuse peut différer longtemps la cessation des règles.

Il est bon de noter que les congestions ultimes de la matrice peuvent favoriser jusqu'à un certain point son infection.

Le diagnostic des cas dont se compose le type clinique que nous avons en vue doit être fait d'avec : le simple rétablissement des règles — après absence plus ou moins prolongée, — les métrorrhagies médicales infectieuses, gravidiques, cancéreuses, annexielles et aussi d'avec celles produites par des fibromes appréciables à l'examen.

En raison précisément de l'absence de renseignements fournis par l'exploration, le diagnostic différentiel des différentes formes que nous avons étudiées sera difficile à faire autrement que par l'examen histologique.

En l'absence de toute lésion organique, chez toute femme dont les règles présentent une abondance et une fréquence inusitées au moment de la ménopause une hygiène rigoureuse doit être instituée. Quand la gynécologie médicale se trouvera impuissante on pourra recourir à la simple dilatation, rarement au curetage. Parfois la gravité des symptômes justifiera l'hystérectomie.

Pour M. BARON, les principales causes produisant la rotation des kystes sur leur pédicule paraissent se ramener à deux :

a) Déplacement de la tumeur par un changement dans la statique abdominale.

b) Déplacement causé par des modifications dans la tumeur.

D'après la statistique du Dr Bouilly, cet accident se produit dans 7 à 8 p. 100 des cas de kyste de l'ovaire.

Les lésions dépendent du degré d'étranglement du pédicule de la tumeur.

La crise douloureuse est la caractéristique de l'affection.

Fréquemment ces crises se succèdent.

Le diagnostic de l'affection peut être fait dans la grande majorité des cas.

Le pronostic ne paraît pas être aussi grave dans les cas d'étranglement complet, ni aussi favorable dans les cas d'étranglement léger qu'on le pensait autrefois. Les cas de régression du kyste sont la grande exception.

Le seul traitement consiste dans la laparotomie qu'il faut toujours pratiquer dans le plus bref délai : le pronostic de l'affection est ainsi très amélioré.

Il résulte du travail de M. TALANDIER que la hernie épiploïque est assez fréquente chez l'enfant : 1/10 des cas des hernies opérées par A. Broca; on la rencontre aussi bien chez les filles que chez les garçons.

L'anatomie explique sa possibilité : chez le plus grand nombre d'enfants l'épiploon arrive au niveau ou au-dessous de l'orifice interne du canal inguinal.

L'épiploon pénètre dans le sac herniaire par glissement comme chez l'adulte. Il est mince, peu chargé de graisse, mais présente assez souvent des adhérences avec les organes voisins : testicules, sac, intestin; comme chez l'adulte il peut s'enflammer : épiploïte.

Sa présence est généralement très difficile à déceler; le plus souvent il ne peut être perçu à la palpation; pour affirmer sa présence il faut ouvrir le sac.

Il est souvent le principal obstacle à la guérison spontanée des hernies et à leur contention par un bandage; des épiplocèles adhérentes sont fréquemment cause de récidive de hernies qui semblaient guéries par le bandage. La résection, au moment de l'opération, se fait par le même procédé que chez l'adulte.

D'après M. KASSABOFF, l'aplatissement des os du crâne, chez le fœtus, est la forme la plus fréquente et la plus bénigne.

Les enfoncements se présentent avec deux formes principales : 1° Enfoncement en forme de sillon ou gouttière; 2° enfoncement en forme de cuiller ou godet. La première est la plus fréquente et la moins grave, se relève facilement; la seconde est plus rare et plus grave, elle est compliquée souvent de fractures, elle se relève plus difficilement.

Les enfoncements s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement spontané dans un bassin rétréci, qu'à la suite d'un accouchement artificiel.

Dans le premier cas ils reconnaissent pour cause, d'une part, les contractions utérines, aidées à la période de l'expulsion par la contraction des muscles de la paroi abdominale; de l'autre, cette cause est due à l'obstacle siégeant dans le bassin.

Dans le second cas, pour l'accouchement artificiel, le forceps ou la version agissent d'une façon directe ou indirecte.

Les enfoncements crâniens s'accompagnent souvent de lésions du cuir chevelu.

Dans les accouchements artificiels, par le forceps ou la version, pendant la traction, l'enfoncement s'annonce souvent par une sensation de glissement brusque ou d'une sorte de soubresaut que perçoit très nettement l'opérateur.

La compression du cerveau au niveau de l'enfoncement se traduit parfois par des troubles de la motilité, le plus souvent par une paralysie faciale, moins souvent par une monoplégie ou hémiplégie en même temps qu'une paralysie faciale.

Les fractures de l'astragale ont été l'objet d'un travail intéressant de M. MENISSEZ.

L'existence d'un pied plat chez un individu qui tombe sur un sol friable doit être prise en considération pour comprendre le mécanisme des fractures de l'astragale.

On peut distinguer dans les fractures de l'astragale plusieurs catégories.

Les fractures s'accompagnent de déplacements, trois types :

a) Luxation du fragment antérieur sous la peau.

b) Luxation du pied en avant, le fragment postérieur de l'astragale glissant en arrière sur la face supérieure du calcanéum.

c) Le col est en place et le fragment postérieur dévie en arrière.

Les fractures sans déplacement de l'astragale :

a) Type malléolaire.

b) Type calcanéen.

Ce sont des fractures souvent confondues avec les fractures malléolaires ou calcanéennes.

c) Type astragalien seul, comprenant les fractures de l'extrémité antérieure, de l'apophyse postérieure ou du col. Elles passent souvent inaperçues.

Le premier groupe de ces fractures est ordinairement diagnostiqué et nécessite une intervention d'urgence.

Le second groupe est rarement reconnu. Il est caractérisé par l'impotence fonctionnelle et la persistance des douleurs.

Ce n'est qu'au moyen des rayons X que l'on peut porter un diagnostic exact et, de toute façon, en face d'un traumatisme quelconque du pied la radiographie s'impose.

M. ROBIN MASSÉ apporte un appoint intéressant à l'étude de l'hépatoptose et de son traitement chirurgical.

Il existe dans l'hépatoptose totale trois degrés : au premier, le foie déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt; au second, sa face supérieure affleure l'ombilic; au troisième, le foie tombe dans la fosse iliaque.

Le diagnostic, rendu souvent obscur par une symptomatologie dont aucun signe n'est pathognomonique, se basera surtout sur l'absence de la matité hépatique dans la région où elle existe d'ordinaire, et sur la présence dans le ventre d'une tumeur rappelant plus ou moins la configuration de la glande.

Le traitement médical devra toujours être tenté, et on pourra par lui soulager les malades atteintes d'hépatoptose au premier degré.

A partir du deuxième degré confirmé, et après échec du traitement médical, le traitement chirurgical peut être proposé aux malades et est efficace.

Il y a lieu de tenir compte qu'il peut y avoir des déplacements du deuxième et du troisième degré chez des malades ayant une paroi de résistance moyenne, ou au contraire des déplacements peu considérables malgré une ptose pariétale importante.

On aura à choisir entre les diverses méthodes d'hépatopexie, mais quand il s'agira de grands déplacements, on donnera la préférence à la méthode du cloisonnement péritonéal transversal de Péan.

Un certain nombre d'observations personnelles sont ajoutées à ce travail.

D'après M. Chapiro, l'eucaïne β est un bon anesthésique local.

En stomatologie, l'eucaïne β, outre qu'elle est 3,75 fois moins toxique que la cocaïne, offre sur cette dernière des avantages : le malade n'a pas besoin de rester couché pendant l'opération et peut marcher tout de suite après sans éprouver aucun des troubles qu'entraîne, dans ces circonstances, l'emploi de la cocaïne. C'est pourquoi, en stomatologie, l'eucaïne doit nettement être préférée à la cocaïne.

En chirurgie générale, la cocaïne doit être préférée pour les opérations petites et moyennes, parce que, bien et prudemment administrée, elle ne présente aucun danger, et n'offre pas les quelques inconvénients de l'eucaïne β; mais lorsque le champ opératoire très étendu, exige l'emploi d'une grande quantité d'alcaloïde, l'eucaïne β, beaucoup moins toxique, doit être préférée parce qu'elle donne une plus grande sécurité.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Canel (Laurent). *Des accidents lithiasiques (coliques hépatiques, coliques néphrétiques) compliquant le traumatisme.* N° 78. (Imp. P. Legendre.)

M. Regnier (H.). *La sigmoïdite.* N° 80. (Alex. Rey.)

M. Etcheverry (J.). *De la greffe autoplastique suivant la méthode italienne modifiée dans les ulcères et pertes de substance étendues du talon et du cou-de-pied (Récupération de la fonction).* N° 83. (Alex. Rey.)

M. Canel a étudié, sous l'inspiration du professeur Poncet, les accidents lithiasiques qui viennent compliquer le traumatisme.

Le traumatisme est capable, ainsi que l'indiquait Verneuil, de faire naître ou de rappeler, chez un diathésique, des accidents de coliques hépatiques ou de coliques néphrétiques.

Dans des cas plus rares, elle est capable de créer la lithiase biliaire ou urinaire chez des sujets indemnes jusque-là. La thèse de M. Canel a eu, en effet, pour point de départ deux observations personnelles, recueillies dans la pratique de M. Poncet et relatives à deux sujets qui, dans le cours de la consolidation d'une fracture de jambe, furent atteints, pour la première fois, de coliques néphrétiques.

L'apparition de ces accidents doit être attribuée au trauma lui-même, à l'immobilisation à laquelle le blessé se trouve condamné, toutes choses qui ne peuvent que diminuer les échanges nutritifs chez un sujet dont la nutrition est déjà ralentie.

La lithiase biliaire et la lithiase urinaire constituent, dans l'espèce, une complication plus ou moins grave. Si, dans les sept observations que l'auteur a pu recueillir, ayant trait au rappel d'accidents lithiasiques, une seule relate une terminaison fatale, il n'en est plus de même pour les complications autres que les accidents de coliques hépatiques ou néphrétiques survenus, chez des lithiasiques, du fait de leur lithiase. Les cinq observations que M. Canel rapporte — dont trois pour la lithiase hépatique, et deux pour la lithiase rénale — sont cinq cas de mort.

D'après M. Regnier, la sigmoïdite, l'inflammation essentielle de l'S iliaque, en tant qu'entité morbide caractérisée, existe réellement. Elle reconnaît pour cause habituelle la constipation iliaque, la coprostase.

L'inflammation peut rester localisée à la muqueuse et autres tuniques de l'anse sigmoïde; elle peut aussi s'étendre dans le voisinage et constituer ainsi la périsigmoïdite.

Elle se révèle par la présence d'un boudin iliaque dur et douloureux et par des phénomènes de réaction locale et générale. Elle est d'ailleurs le plus souvent difficile à diagnostiquer.

En vue de l'éventualité d'un accident aigu, les règles hygiéniques dirigées contre la constipation seront une arme puissante.

Si l'accident éclate, il faut d'abord intervenir médicalement par la morphine et les évacuants intestinaux. Si l'état général s'aggrave, si les phénomènes inflammatoires s'accentuent, l'intervention s'impose.

Il est telles circonstances où à la suite de brûlures, de lésions traumatiques avec perte de substance étendue, etc., siégeant au niveau du talon, du cou-de-pied, la cicatrisation ne peut être obtenue, où, dans tous les cas, la cicatrice vicieuse ou douloureuse ne saurait permettre le retour complet de la fonction.

M. le professeur Poncet, dans un cas de ce genre avec arrachement de la peau du talon chez un jeune homme à la suite d'un accident de chemin de fer, alors qu'il existait un ulcère talonnier incurable, a institué la greffe autoplastique suivant la méthode italienne modifiée. M. Etcheverry a pu suivre cet opéré.

Le lambeau transplanté est resté souple, absolument indolents offrant tous les caractères de la peau normale dans les région, dont l'auteur s'occupe. Il n'avait aucune tendance à l'ulcération, on n'observait à son niveau aucun trouble trophique et, en permettant la station debout, les marches prolongées, etc., il avait assuré d'une façon définitive le retour de la fonction.

Au point de vue de la réussite de la greffe, il existe deux conditions *sine qua non*, d'après M. Poncet, en dehors du siège, des qualités de lambeau : 1° une asepsie parfaite qui, en mettant à l'abri de toute infection, assure la vitalité du tissu transplanté; 2° une adaptation parfaite et continue des surfaces cruentées qui ne peut être réalisée que par des points de suture permettant un affrontement exact des bords, par une légère compression maintenant le contact intime de ces surfaces et enfin une immobilisation aussi rigoureuse que possible.

Cette dernière doit être réalisée le plus simplement possible avec un bandage inamovible bien fait, qui peut être en tous les cas desserré, relâché, modifié heureusement suivant la douleur et les difficultés éprouvées par le malade à garder une position forcée. Aussi M. Poncet rejette-t-il toutes les gouttières, tous les appareils orthopédiques qui doivent varier presque avec chaque sujet et qui, dans leur inamovibilité, sont une cause d'intolérance et précisément des mouvements qu'on veut éviter.

La greffe cutanée par approche ne saurait être remplacée par la greffe à distance avec de larges lambeaux dermo-épidermiques, suivant la méthode de Thiersch. En supposant leur réussite, ces greffes ne peuvent donner une cicatrice telle qu'elle est nécessaire. Elle doit naturellement être préférée à toute opération mutilante : désarticulation, résection partielle du tarse, opération de Wladimiroff-Mickulicz, et alors que ces dernières pourraient être mises en parallèle avec elle. Ne conserve-t-elle pas en effet la forme et la fonction d'une manière aussi parfaite qu'on peut le désirer ? C'est donc à ce genre de traitement qu'il faut songer et qu'il faut avoir recours dans les ulcères rebelles du cou-de-pied, du talon, etc., alors, en un mot, que la fonction est plus ou moins irrémédiablement compromise par un

ulcère, par une cicatrice, par une lésion que nous appellerions volontiers « conique », par analogie avec la conicité des moignons qui compromet leur usage.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 Septembre 1898.

Éducation physiologique du caractère.

M. Ferrand. — Le caractère étant la manière d'agir, il faut, pour l'éducation du caractère, provoquer l'action, d'abord, puis l'organiser de telle manière que les centres inférieurs de l'activité nerveuse demeurent subordonnés aux centres supérieurs, selon la hiérarchie naturellement établie entre eux.

Il faut, de plus, que l'action inhibitrice de ces centres, les uns sur les autres, s'effectue de telle sorte que les mouvements qu'elle associe demeurent hiérarchisés, comme les centres nerveux qui les dirigent, et qu'au-dessus de tous les centres, reste toujours souveraine maîtresse la volonté intelligente et libre.

C'est à ce prix que la culture du caractère, développant la portée de l'action en mesurant son effort, peut élever la puissance d'agir à ce niveau exceptionnel qui la fait appeler de ce même nom : un caractère.

Pneumonies infectieuses épidémiques.

MM. Lop et Monteux. — Il s'agit de 25 cas de bronchopneumonies, d'aspect typhoïde, essentiellement graves, puisqu'on enregistra 11 décès, éclatant en 1896-1897 dans 3 maisons contiguës de Marseille, et s'y cantonnant étroitement. Les auteurs signalent comme causes occasionnelles la fatigue, l'encombrement, le surmenage; comme cause déterminante de l'extension du premier foyer la contagion par les crachats. Il suffit de faire évacuer les maisons pour arrêter l'épidémie. A signaler un cas de contagion professionnelle dont M. Lop fut la victime.

Tuberculose et variole.

M. Lop, se basant sur 64 observations personnelles, 54 appartenant au professeur Revillod (de Genève), et 22 empruntées à la thèse de Chauvin, confirme la prédisposition qui unit la variole à la tuberculose, celle-ci étant d'autant plus grave que le temps écoulé entre les deux maladies est moins long. C'est donc un argument de plus pour demander l'obligation de la vaccine.

Prophylaxie de la variole.

M. Coste étudie chacun des modes d'infection varioleuse auxquels il convient d'opposer un mode de défense approprié, et s'arrête aux propositions suivantes :

1° Isoler tout individu contaminé, même tout individu ayant pu être contaminé, et cela, pendant toute la durée de la période d'incubation, c'est-à-dire de 9 à 10 jours; 2° désinfecter tout ce qui a pu être infecté, navire, marchandises, hardes, bagages; 3° vacciner ou revacciner tout individu susceptible d'être contaminé.

MÉDECINE PRATIQUE

Le protargol en ophthalmologie et de sa valeur thérapeutique,

Par le Dr Bossalino (de Turin) (1).

Le protargol est le résultat de la combinaison d'une substance protéique avec l'argent. Il forme une poudre légère facilement soluble dans l'eau froide ou chaude. Les solutions prennent une coloration brune qui les fait ressembler à de la bière.

D'après Eichengrün cette nouvelle substance contiendrait 8,3 p. 100 d'argent, elle serait soluble dans 50 p. 100 d'eau, et ses solutions ne précipiteraient pas sous l'influence des alcalins, pas plus que des acides ou de l'albumine. Avec HCl on a un précipité, mais un précipité qui n'est pas du chlorure d'argent, et bien du protargol et qui peut encore se dissoudre dans l'eau.

Cette nouvelle préparation aurait sur toutes les autres préparations argentées le grand avantage de ne pas donner avec l'albumine une combinaison insoluble.

Neisser le premier a introduit le protargol dans la thérapeutique et en a obtenu des résultats très satisfaisants dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique.

Après lui, plusieurs auteurs confirmèrent les propriétés antigonococciques du protargol.

Bennario de Francfort a fait de nombreuses expériences pour prouver son pouvoir antiseptique sur le bacille typhique, sur celui de la diphthérie, du tétanos, le coli, le staphylocoque et il a trouvé que le protargol était supérieur au nitrate d'argent, à l'argentamine, à l'argonine, qui sont les préparations argentées les plus usuelles.

En raison des résultats obtenus sur la muqueuse de l'urèthre et à cause de l'analogie que présentent dans leurs réactions les muqueuses de l'œil et de l'urèthre, M. le Dr Bossalino, qui, en cela, s'est rencontré avec M. le Dr Darier, a eu l'idée d'appliquer le protargol au traitement des affections oculaires.

Les recherches ont porté sur 70 cas.

Les solutions étaient à 0,50 p. 100 pour lavages.
— à 5 ou 10 p. 100 pour instillations.
— à 10 p. 100 pour pommades.

Dans la *blépharite ciliaire*, dans la *blépharo-conjonctivite*, dans la *conjonctivite* et la *kératite phlycténulaire*, les résultats furent peu favorables et certainement pas supérieurs à ceux des autres moyens employés.

Par contre, dans 27 cas de *catarrhe de la conjonctive* et dans 2 cas de *conjonctivite purulente*, les résultats furent véritablement bons.

L'application du médicament eut lieu ainsi : en premier lieu, lavage de l'œil avec une solution à 0,50 p. 100 et à la suite instillation avec une solution à 5 ou 7 p. 100.

Dans 18 cas de catarrhe pustuleux, le protargol amena une diminution rapide de la sécrétion conjonctivale, en même temps que l'hyperémie disparaissait ainsi que les pustules.

Mais de toutes les affections oculaires, aucune ne s'est trouvée plus rapidement améliorée par le protargol que la dacryocystite aiguë ou chronique.

Après dilatation progressive avec la sonde de Bowmann, le protargol fut injecté en solution à 0,50 p. 100 à l'aide d'une seringue de Nuel. L'amélioration apparut très rapidement sous l'influence d'un lavage quotidien.

En résumé, le protargol est un médicament digne d'être plus employé en thérapeutique oculaire.

L'absence de douleur longue, irritante, pénible comme à la suite du nitrate d'argent même en solutions faibles, ne manquera pas de faire préférer le protargol.

La stabilité de ses préparations, leur conservation facile, leur résistance aux acides, aux alcalins sont autant d'avantages qui justifieront de plus en plus l'emploi du protargol.

1. *Giornale dell. R. Accadem. di Torino*, 1898, p. 118.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Sur les formes incomplètes de la neurofibromatose,

Par M. Feindel.

I. — La maladie de Recklinghausen.

D'après Landowski la maladie est caractérisée par : 1° des phénomènes physiques essentiels, la triade symptomatique, a) *tumeurs cutanées*, b) *tumeurs des nerfs*, c) *pigmentation de la peau*, et 2° par des symptômes fonctionnels d'importance secondaire, crampes douloureuses, troubles vagues de la sensibilité, déchéance progressive des forces et de l'intelligence.

La pigmentation cutanée se présente sous deux aspects bien distincts : en semis, en plaques.

Il semble que les deux formes de pigmentation doivent être distinguées l'une de l'autre ; en effet : les points pigmentaires du semis sont susceptibles de se répartir sur les larges taches de la même façon que sur la peau de coloration normale ; de plus, le lentigo peut manquer.

Le dernier terme de la triade de Landowski semblant devoir être décomposé, il reste en tant que symptômes schématiques les quatre éléments : 1° tumeurs cutanées ; 2° tumeurs des nerfs ; 3° pigmentation punctiforme ; 4° pigmentation par plaques.

Or si l'on compare entre elles quelques observations de neurofibromatose généralisée, on voit que lorsqu'elles ont en commun l'ensemble des symptômes, chacun de ceux-ci est fort inégalement représenté.

Dans d'autres cas, ce n'est plus la réduction d'un des quatre signes fondamentaux, mais son absence qui est observée. Deux symptômes peuvent même faire défaut. Ces formes incomplètes de la neurofibromatose semblent assez fréquentes ; c'est à leur étude que Feindel et Oppeheim consacrent un travail paru dans les *Arch. gén. de méd.* (juillet 1898).

II. — Maladie de Recklinghausen incomplète, sans pigmentation punctiforme.

Ils donnent l'observation d'un malade qui a des troubles psychiques accentués, une tumeur du sciatique, des fibromes cutanés en grand nombre, de larges taches pigmentaires, mais qui n'a pas la pigmentation en lentigo.

Dans d'autres cas la pigmentation en larges taches seule ou les deux pigmentations à la fois font défaut.

Les observations de Hansemann et de Tishoff et Timofejeff concernent des malades porteurs à la fois de fibromes des nerfs et de fibromes cutanés sans que les auteurs aient signalé la pigmentation.

III. — Maladie de Recklinghausen incomplète ; les tumeurs des nerfs manquent.

Si l'on considère maintenant les deux autres signes cardinaux de la maladie de Recklinghausen, les tumeurs cutanées et les tumeurs des nerfs, on constate que chacun de ces deux symptômes peut manquer dans un certain nombre de cas.

MM. Chauffard et Ramond ont rapporté l'histoire d'un malade présentant les petites tumeurs nodulaires de la peau, les larges taches pigmentaires et les nævi lenticulaires, mais pas de tumeurs des nerfs, ni de troubles psychiques. L'autopsie de ce sujet montra qu'il n'y avait pas trace de fibromes sur le trajet des nerfs profonds, de même que l'examen clinique n'avait permis d'en rencontrer aucun sur les nerfs superficiels pendant la vie du sujet.

Une malade de M. Blum présentait le même syndrome.

En regard des observations dans lesquelles font défaut les tumeurs des troncs nerveux, il en existe quelques-unes dans lesquelles ce sont les fibromes cutanés qui manquent.

Tel est le cas rapporté par Schlange et concernant un jeune sujet de 15 ans porteur de plusieurs tumeurs nerveuses, de taches pigmentaires développées dès la première enfance, et qui ne présenta à aucun moment de tumeurs de la peau.

Il peut se faire enfin que les deux sortes de fibromes, fibromes cutanés aussi bien que fibromes nerveux, viennent à faire défaut. A première vue pareille conception paraît bizarre.

Une malade de M. Thibierge en est cependant un exemple typique.

Pigmentation congénitale sous les deux formes, troubles psychiques, coloration bien spéciale de la face mal définissable qu'on retrouve dans un grand nombre d'observations sous la rubrique peu variable de coloration « sale », teint « terreux », voilà qui justifie amplement le diagnostic de maladie de Recklinghausen porté dans ce cas de forme fruste de la maladie.

IV. — Maladie de Recklinghausen réduite à un seul signe physique, les trois autres faisant défaut.

L'un des quatre signes fondamentaux de la maladie de Recklinghausen peut faire défaut; néanmoins on porte le diagnostic avec assurance. Si deux de ces signes manquent, on arrive au même diagnostic et le cas de M. Thibierge en est un exemple suffisant.

Peut-on élargir davantage encore le cadre de la maladie et admettre l'existence de neurofibromatoses monosymptomatiques, pour ainsi dire, c'est-à-dire dans lesquelles l'un seulement des quatre symptômes : tumeurs multiples des nerfs, fibromes multiples de la peau, lentigo généralisé, mélanodermie congénitale, persistera à l'exclusion des autres ?

Pour l'un au moins des quatre cas qui peuvent alors se produire, c'est-à-dire pour la maladie caractérisée physiquement par la présence de fibromes multiples des nerfs, il n'y a pas d'hésitation possible, il s'agit bien encore d'une maladie de Recklinghausen. C'est à cette forme d'ailleurs que les auteurs allemands réservent fort logiquement le nom de neurofibromatose alors qu'ils désignent sous le nom d'éléphantiasis congénital le syndrome complet.

Mais pour les cas de : 1° tumeurs cutanées multiples, 2° lentigo généralisé, 3° mélanodermie congénitale, des accidents d'une seule sorte existant à l'exclusion de ceux des deux autres groupes, il ne semble pas qu'on soit autorisé à parler de maladie de Recklinghausen. Cependant le rapprochement s'impose, s'il ne s'agit plus de cette maladie, nous nous trouvons en présence de formes connexes.

Or la maladie atteint à la fois et atteint exclusivement des appareils de provenance ectodermique : l'épiderme, les nerfs, les centres nerveux. Il s'agit, en définitive, d'une maladie systématique.

La maladie est congénitale, les trois parties du système ectodermique sont frappées de bonne heure. Elles sont frappées en même temps; on s'expliquerait mal la souffrance de l'une d'elles, primitive, retentissant à la fois sur les deux autres et d'une façon si particulière. L'époque la plus favorable à cette simultanéité de déchéance est sans contredit le moment où les trois parties du système ne sont point encore différenciées.

L'existence de formes incomplètes de la maladie de Recklinghausen ne contredit pas cette manière de voir. De même que la forme complète, elles ont pour origine une malformation primitive de l'ectoderme.

Pour les cas atténués ou incomplets au point de ne plus mériter le nom de maladie de Recklinghausen, la cause ne cesse pas d'être la même. Il ne semble guère possible de séparer nettement, étant donné les nombreuses transitions, la forme complète des formes frustes et des cas où l'on n'aurait qu'un nombre restreint d'accidents d'une seule sorte.

Malgré la différence d'aspect suivant lequel elles peuvent se présenter, les formes accentuées étant une maladie à proprement parler, les plus atténuées ne consistant qu'en quelque signe congénital, il leur reste en commun leur origine, la malformation primitive de l'ectoderme; la pigmentation des taches, de même que les tumeurs, sont des formations tératologiques de l'ectoderme, des tératomes de l'ectoderme.

Conclusions.

I. Les signes fondamentaux de la maladie de Recklinghausen se réduisent au nombre de quatre : fibromes des nerfs, fibromes de la peau, pigmentation en larges taches, pigmentation en semis.

II. L'un de ces signes peut manquer sans que l'aspect d'ensemble du sujet porteur d'accidents des trois autres sortes soit grandement modifié.

III. Lorsque deux ordres de symptômes manquent, il s'agit encore de maladie de Recklinghausen. Les deux ordres de symptômes qui subsistent peuvent se combiner diversement. Les deux formes représentées par des tumeurs seulement, ou de la pigmentation seulement, constituent des types bien nets.

S'il n'y a des accidents que d'un seul ordre, la physionomie générale de la maladie est altérée. Cependant, dans un des quatre cas qui se présentent alors, celui où des fibromes multiples des nerfs existent seuls, il s'agit encore de maladie de Recklinghausen.

IV. Dans les trois autres, molluscum généralisé, lentigo généralisé, mélanodermie congénitale, que l'unique symptôme soit chargé ou discret, accompagné ou non de symptômes d'importance secondaire, il ne s'agit plus, à proprement parler, de maladie de Recklinghausen, mais seulement de formes connexes.

V. La maladie de Recklinghausen complète nous apparait en somme comme un centre autour duquel se groupent d'abord ses formes faiblement incomplètes, plus loin ses formes frustes, plus loin encore les formes simplement connexes.

VI. Les quatre symptômes physiques caractéristiques de ce groupe d'affections congénitales ont une origine commune : ils sont la conséquence d'une malformation primitive de l'ectoderme. Ces malformations, au même titre que toute autre malformation, sont les stigmates d'un état dégénératif.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Janvier-Juin 1898.

Myoclonus.

M. Charmeil montre un homme de 42 ans, bien portant et bien musclé qui présente un faciès un peu particulier : ses yeux sont enfoncés et l'on voit la trace d'un bec-de-lièvre opéré à l'âge de 18 ans.

Il y a 6 ans, il eut une émotion violente : son fils, qui travaillait en fabrique, manqua d'être écrasé. Après plusieurs nuits sans sommeil, il présenta pendant 2 ou 3 ans des symptômes de neurasthénie, de la céphalalgie et un besoin impérieux de sortir et de se promener. Il y a 2 ans, s'installa peu à peu la maladie actuelle, caractérisée par des mouvements cloniques et même toniques surtout marqués aux membres supérieurs. Quelques mouvements très petits vers la face; du côté des membres supérieurs mouvements de torsion des bras, projection en avant, tremblements quelquefois accompagnés d'un cri guttural; vers les membres inférieurs mouvements moins fréquents consistant en un sautillement : le malade frappe du pied. Il existe aussi à la cuisse des contractions musculaires assez nombreuses sans mouvements des segments de membres.

Ce malade présente des signes d'hystérie (boule, pas de réflexe rotulien ni pharyngien). Lorsqu'il se distrait il y a peu de mouvements; lorsqu'il est ému ou tranquille ces mouvements reviennent en véritables crises. Aucun mouvement pendant son sommeil. Un peu de frigidité vers les organes génitaux.

M. Charmeil croit ici au paramyoclonus multiplex de Fried-

reich, bien que cette maladie consiste principalement en contractions au niveau de muscles, sans mouvements du membre.

M. Raviart présente un autre malade atteint également d'une myoclonie. Les renseignements que l'on possède sur lui sont très restreints car il est presque impossible de le comprendre. Les parents de ce malade sont de grands alcooliques, la mère surtout. Il a une sœur alcoolique, et un frère, alcoolique également, est atteint de paralysie infantile.

A l'âge de 10 ans, la maladie a débuté soit après un accident de chemin de fer, soit après une colère (le malade se contredit). Subitement les muscles de la nuque se sont contracturés et le malade a pris la position que vous lui voyez : la tête fortement rejetée en arrière, le tronc souvent fléchi sur les cuisses. Il lui est impossible de relever la tête sans le secours des mains. La face présente des spasmes du frontal, du buccinateur et de l'orbiculaire des lèvres; il a des spasmes de la langue, des cordes vocales, du larynx et il lui est presque impossible de parler. Ces phénomènes sont amendés le soir et abolis par le sommeil. Ses repas durent une, deux et même trois heures : le malade doit prendre une position spéciale pour manger (appui contre le mur) et des aliments en bouillie. Du côté des bras, spasmes musculaires; du côté des jambes, secousses. Ces troubles sont surtout accusés lorsque le temps est humide et sont alors accompagnés de troubles de la sensibilité : douleurs à la nuque, aux lombes et aux bras.

M. Lemoine a observé un cas de paramyoclonus multiplex, à l'hôpital Saint-Sauveur. Sur les 28 cas qu'il a publiés avec M. Lemaire il y a peut-être 5 à 6 observations se rapportant exactement à la maladie de Friedreich. Quant au cas de M. Charmeil il hésiterait à le ranger dans les paramyoclonus multiplex car les mouvements sont amples et il y a une certaine répétition quasi exacte des mêmes mouvements; d'autre part, outre les mouvements volontaires, il y a de véritables gestes. Ce cas se rapprocherait plutôt de certains types de chorée. L'hystérie joue probablement un grand rôle dans la genèse de ces affections et leur début est souvent dû à une cause émotive; cela expliquerait peut-être la diversité des mouvements. Il n'y a pas de cas qui se ressemblent : il faut former une grande classe et n'y faire que quelques distinctions pour les types extrêmes. On a affaire probablement ici à une myoclonie se rapprochant du paramyoclonus multiplex.

Calculs vésicaux.

M. Carlier présente deux à trois cents calculs, arrondis, réguliers comme des plombs de chasse, retirés chez une femme présentant un prolapsus utérin complet avec cystocèle vaginale. Une partie de la vessie est sortie du bassin, entraînée par l'utérus, d'où vessie en bissac et bas-fond comparable à celui des prostatiques, qui contenait cette grande quantité de calculs. Cette malade avait présenté des troubles urinaires, des douleurs à la fin de la miction et un médecin consulté lui avait fait porter un pessaire.

M. Carlier examine cette femme, croit à la présence de calculs vésicaux dont l'existence est rendue certaine au moyen de l'explorateur. Il replace la vessie dans son état normal et alors, par la sonde évacuatrice et l'aspirateur de Bigelow, il retire les nombreux calculs qu'il présente.

Les douleurs étaient provoquées par ces pierres mises en contact avec le col vésical quand l'utérus, et par suite la vessie, était relevé par le pessaire.

Les calculs secondaires des cystocèles (phosphato-magnésiens) sont fréquents mais ils n'ont rien à voir dans l'observation actuelle où les calculs viennent certainement du rein.

Gastro-entérostomie.

M. Folet présente un malade, opéré il y a deux mois environ. Ce malade est actuellement guéri. C'est un homme de 45 ans qui portait un ulcère évoluant assez lentement, accompagné d'une hyperesthésie de la muqueuse stomacale telle qu'il y avait vomissements dès l'ingestion des aliments et pyrosis nombreux. Le début de l'affection avait été assez brusque. Il y a 8 ans survenait au creux épigastrique une douleur intense disparaissant la nuit. Cinq semaines plus tard il a des vomissements muqueux. A cette époque, aucun vomissement alimentaire. Il y a 5 ans, le malade fut pris brusquement, la nuit, d'une hématémèse abondante, 1 litre 1/2 selon lui : ce sang était rouge avec caillots. Depuis lors, il présente des douleurs intolérables au creux épigastrique, des vomissements presque exclusivement alimentaires, survenant très rapidement après l'ingestion des aliments, et un amaigrissement notable. Il est obligé, de temps en temps, de cesser tout travail et il ne se soulage quelque peu qu'en prenant de grandes quantités de craie préparée. Le malade nie toute habitude alcoolique. Pas d'antécédents. Il accepte très volontiers une intervention et l'on fait, le 6 décembre dernier, une gastro-entérostomie trans-mésocolique.

Au cours de l'opération, on sent à la face antérieure de l'estomac, de l'empâtement représentant l'induration péri-ulcéreuse. Les suites opératoires sont bonnes, mais le malade présente pendant 15 jours les douleurs que ressentent tous les opérés de gastro-entérostomie. On le nourrit d'abord avec du lait, puis avec des pâtes. Depuis son opération, il a augmenté de poids, en moyenne 1 kilo 1/2 chaque semaine.

Élimination de séquestres.

M. Moty présente un autre malade qui élimine successivement de petits séquestres qui ont mis à nu les racines des deux incisives. L'affection dure depuis 4 mois. On y a trouvé des streptocoques sans savoir le lieu de départ.

Trépanation pour méningisme.

M. Moty présente un homme qui, nettoyant un fusil avec une baguette et ne pouvant retirer celle-ci, mit la crosse entre les pieds pour tirer. La baguette lui pénétra dans la fosse nasale droite. Il la retira, perçut une douleur vive et eut alors une abondante hémorrhagie qu'il s'efforça d'arrêter avec de l'eau froide. Il entra d'urgence à l'hôpital vers trois heures de l'après-midi. De violentes douleurs envahirent tour à tour le crâne, l'encéphale, la région lombaire et sacrée et même les membres inférieurs. La température tomba alors mais il y eut un nouvel accès douloureux qui fit penser à de la méningite. On procéda à la trépanation le 11 janvier. On appliqua la couronne de trépan sur le pariétal droit et l'incision de la dure-mère trouva un liquide céphalo-rachidien un peu trouble en assez grande quantité. On draina ensuite. Il y eut immédiatement après l'opération une détente générale, mais dans la soirée la douleur et les cris reparaissaient. Une détente complète succéda, suivie de nouvelles poussées soit vespérales soit matutinales. Pas de vomissements.

Le 4e jour, on enleva le petit drain, mais le trajet persista en donnant naissance à une fistule qui s'est fermée spontanément il y a quelques jours. Actuellement, la guérison est obtenue et il ne subsiste plus qu'un peu d'analgésie des doigts de la main gauche, de la photophobie et d'autres petits phénomènes.

M. Moty veut que l'on traite la cavité méningée tout comme la cavité pleurale ou autre. Il faut drainer largement. Cela a déjà été fait du reste par les Anglais, principalement dans la méningite tuberculeuse. L'auteur se reproche même dans ce cas, d'avoir trépané trop tard; si on avait agi plus tôt, peut-être aurait-on eu des phénomènes encore moins accentués du côté des yeux. Dans bien des cas, il est nécessaire de faire une double trépanation et de drainer d'une ouverture à l'autre. Il vaut mieux employer pour le drainage des fils que du caoutchouc qui peut irriter.

Myxome du larynx.

M. Gaudier. — Il s'agit d'un homme venu consulter, envoyé par un confrère, présentant des troubles de la voix et de la respiration. Depuis 3 ans il est aphone et depuis peu il présente, de plus, des accès de suffocation très prononcés.

A l'examen laryngoscopique, on voit entre les deux cordes vocales une tumeur du volume d'une grosse amande ressemblant assez à un polype muco-muqueux. M. Gaudier fait l'extraction à la cocaïne, enlève la tumeur par morcellement et cautérise le point d'implantation. Aussitôt après l'opération la voix reprend son timbre normal et la respiration redevient facile.

L'examen de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un myxome pur.

Cette observation est intéressante à cause de la rareté de cette tumeur. M. Gaudier n'a, en effet, trouvé que 8 cas semblables signalés dans la littérature médicale.

Caverne pulmonaire extraordinairement volumineuse chez un enfant de 14 ans.

MM. Ausset et Hèze présentent le poumon gauche d'un enfant de 14 ans, qui a succombé le 30 janvier dernier dans le service, à une tuberculose pulmonaire chronique. L'autopsie démontra, au poumon droit, infiltration généralisée de tubercules, pour la plupart caséifiés, avec, de-ci, de-là, de petites cavernes et, tout à fait au sommet, une caverne de la grosseur d'une noix. Au poumon gauche, outre la même infiltration tuberculeuse, tout le lobe supérieur est transformé en une vaste caverne où l'on pourrait presque loger les deux poings. Cette caverne s'est rompue sous un effort très minime et est sillonnée de vaisseaux apparaissant comme disséqués.

La dimension de cette caverne ne se présente pas habituellement chez l'adulte. D'autre part, les cavernes pulmonaires sont moins fréquentes chez l'enfant.

Après quelques considérations sur les cavernes de la première enfance et celles de la seconde, ils différencient celles-ci des cavernes de l'adulte.

Le caractère principal c'est la fréquence, chez l'enfant, de brides vasculaires, occupant les parois de la cavité ou la traversant dans toute sa longueur; ce qui est aussi caractéristique, c'est que ces vaisseaux sont en général perméables, très rarement oblitérées comme chez l'adulte.

De la contagion de la rougeole.

M. Ausset fait observer que la rougeole est très contagieuse pendant la période prééruptive, mais en désinfectant le lieu d'élaboration des germes, c'est-à-dire la bouche, le nez et les yeux, il n'y a plus de contagion.

A l'appui de sa théorie, M. Ausset rappelle l'installation défectueuse au point de vue de l'isolement, du service dont il est chargé. Les rougeoleux vivaient pour ainsi dire dans la même salle, recevant des soins du même personnel hospitalier et du même personnel médical que les autres enfants. Aussi, l'année dernière, un enfant étant entré à l'hôpital avec une rougeole, contagionna cinq à six autres enfants du service pendant son séjour.

Maintenant, dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital, deux fois par jour on fait une irrigation large avec 2 litres de liqueur de Labarraque à 50 p. 1 000 au moyen d'un bock à injections, la tête de l'enfant étant penchée en avant pour que le liquide reflue d'arrière en avant dans les fosses nasales. Les yeux sont lavés à l'eau boriquée.

Depuis le 17 décembre, 6 enfants ayant la rougeole sont entrés dans le service et sont placés dans les mêmes conditions, dans une promiscuité absolue, et il n'y a aucun cas de contagion dans le service. De même pour un cas de sa clientèle privée où la contagion pouvait très facilement se faire chez les autres enfants. Cela confirme la manière de voir de M. Lemoine, car on empêche les germes de la maladie de se répandre

Ulcères de l'estomac.

M. Charmeil présente un estomac offrant deux beaux ulcères. C'est celui d'un homme ayant succombé dernièrement dans le service de M. Combemale. Cet homme, taillé en hercule, était entré à l'hôpital exsangue et disant avoir craché beaucoup de sang la veille.

En février 1897, il avait été soigné par le repos, le régime lacté et le bicarbonate de soude, pour une abondante hématémèse, qui était survenue sans troubles digestifs. Depuis lors il n'avait eu que des brûlures dans la région stomacale et il n'avait craché que peu de sang. M. Mouton, interne du service, le trouva le matin exsangue, avec un pouls imperceptible, succombant en un mot à une hémorrhagie interne. Le diagnostic porté était : « Ulcère de l'estomac ». A l'ouverture de l'abdomen on trouve un estomac tendu et fluctuant. Le sang couvrait toute la masse intestinale. En avant et en arrière de l'estomac se trouvent des adhérences difficiles à détruire et qui forcent à enlever en même temps que l'estomac les parties adjacentes. Il y a 1 300 grammes de sang dans l'estomac. Les autres viscères sont normaux.

L'estomac est ouvert suivant la grande courbure et à quelques centimètres, au-dessous du cardia on trouve deux ulcérations : l'une, grande, qui pénètre dans le foie; l'autre, plus petite, allant vers le pancréas, contient un bourbillon sanguin qui aboutit à l'artère splénique.

Cette pièce est très intéressante : 1° elle montre deux ulcérations se trouvant face à face comme les tubercules et les lésions des maladies infectieuses; 2° le malade a peu souffert de son estomac, le pylore est tout à fait normal, ne présentant ni contracture ni bourrelet. Cela probablement à cause de la localisation élevée des ulcères; 3° en décollant avec grand soin les adhérences, un petit suintement se produisit. Le chirurgien aurait certainement amené une perforation intestinale et elle se serait faite à son insu à cause de la hauteur de la lésion; 4° le malade jouissait d'une santé magnifique et cependant il serait mort deux ou trois jours après l'intervention : d'où très mauvais cas pour le chirurgien.

M. Colle. — En face d'une hématémèse on peut faire soit la gastro-entérostomie comme opération palliative, soit une incision large de l'estomac que l'on retourne ensuite pour lier l'artère qui donne. Dans ce cas, en admettant que l'on aurait eu le temps d'opérer, le retournement de l'estomac aurait été impossible.

Calcul vésical.

M. Carlier présente un joli calcul mûriforme, qui aurait été impossible à broyer et enlevé par la taille hypogastrique chez un jeune homme de 18 ans. Dans ce cas, M. Carlier a fait la suture totale de la vessie, suivant la méthode de Lambert. Il a passé une sonde par l'urèthre et a fixé à la partie inférieure de la plaie hypogastrique un petit drain. Ce malade a été opéré en pleine congestion pulmonaire. Eh bien, malgré cet état grave, inconnu avant l'opération, malgré une cystite considérable la suture n'a pas lâché.

Dorénavant M. Carlier ne mettra même plus de sonde à demeure; c'est le procédé dont Lucas-Championnière a rapporté un cas il y a 10 ans. En drainant, la maladie à une durée moyenne de 18 jours alors que sans drain elle dure à peine 8 jours.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Janvier-Juin 1898.

Ostéomyélite prolongée du fémur.

M. Deshussus rapporte un cas d'ostéomyélite prolongée du fémur. Il s'agit d'un enfant de 16 ans, ayant eu la fièvre typhoïde, dont le frère est tuberculeux, souffrant depuis 12 ans de douleurs intermittentes dans la jambe gauche. On a déjà pratiqué sur cette jambe trois interventions qui n'ont donné aucun résultat. En janvier 1898, il revient à l'hôpital porteur d'une plaie fistuleuse siégeant à la face externe de la cuisse qui est plus volumineuse qu'à l'état normal. On note de l'atrophie des muscles et un gonflement de l'os. L'opération permet d'enlever deux séquestres. Les suites opératoires sont normales.

Volumineuse tumeur de l'ovaire simulant un kyste hydatique du foie.

M. Ménier a observé une femme entrée à l'hôpital parce que depuis 3 mois elle souffre de gêne dans le bas-ventre et que depuis janvier son ventre est distendu. Sans antécédents ni héréditaires, ni personnels, elle a toujours été réglée normalement. A l'examen de la malade on note une distension considérable du ventre surtout dans le flanc droit. La matité s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dans

la région hépatique on perçoit une tumeur assez dure avec matité sur une longueur de 12 à 14 centimètres.

Le diagnostic est réservé et l'on opère la malade le 14 janvier. Dès l'ouverture du ventre, il s'écoule 6 litres de liquide et l'on peut bientôt disséquer une volumineuse tumeur de l'ovaire.

Cette observation est intéressante, car on pouvait songer dans ce cas à un kyste hydatique ayant refoulé le foie vers les fausses côtes.

Phlegmon bronzé.

M. Piet cite le cas d'un mécanicien qui eut son avant-bras droit pris dans une poulie : à la suite de ce traumatisme, fracture des deux os de l'avant-bras avec plaie de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Les jours suivants le blessé ressent une assez vive douleur et sa température est tour à tour de 38° et de 39°. Vers le 6e jour on note de l'érythème et de l'œdème de tout le bras. La souffrance est alors plus grande et 4 jours après on aperçoit des plaques bronzées, des parties fluctuantes et des phlyctènes remplies de gaz. On pose alors le diagnostic de phlegmon bronzé. On fait sur toute l'étendue du bras de nombreuses incisions d'où s'échappent de la sérosité, du sang et de nombreuses bulles de gaz. L'amélioration ne se fait pas attendre et, 1 mois après cette intervention on peut appliquer un appareil plâtré.

M. Duret dit que l'on doit rapprocher cette observation des 12 cas publiés par M. Ballenghien. Il se rappelle avoir vu à Paris, pendant le cours de ses études médicales, deux cas qui furent traités également par les incisions précoces. Les incisions au bistouri laissent mieux couler la sérosité et ne donnent pas de fièvre supplémentaire. On emploie les incisions au thermocautère parce qu'on croit oblitérer les vaisseaux, mais alors cela n'est plus nécessaire, car il est déjà trop tard pour empêcher l'infection.

Cancer de l'estomac.

M. Verstraete montre un cancer pylorique provenant de l'autopsie d'un homme entré déjà plusieurs fois à l'hôpital pour des troubles gastriques. A son troisième séjour, on perçut une plaque d'induration dans la région épigastrique. A son entrée, il est réduit à l'état squelettique et a perdu son appétit depuis 3 semaines. Il présente des pituites matutinales, des selles pénibles et ressent des douleurs fixes à l'épigastre avec irradiations vers les hypochondres. Quelques jours avant sa mort, il a des vomissements noirâtres et l'on voit évoluer une arthrite purulente à streptocoques. A l'autopsie, on trouve un néoplasme pylorique avec nombreux ganglions mésentériques et thoraciques.

La seconde pièce que M. Verstraete montre provient d'un malade de 43 ans, qui depuis 8 jours ressentait une douleur dans la région stomacale, douleur surtout accentuée après les repas. Le malade n'a présenté aucun vomissement. Les selles sont difficiles mais normales. L'état général est bon : le malade tousse depuis plusieurs années. On sent une tuméfaction épigastrique qui disparaît depuis peu. Légère teinte subictérique du visage. Le 28 janvier, quelques vomissements alimentaires. A l'autopsie, il y a issue d'un liquide ascitique rouge brun. Le foie est énorme, triplé de volume et présente des bourrelets blanchâtres : son poids est de 5 kilog. 900. L'estomac dilaté présente une induration vers la petite courbure. Sur la petite courbure également, petite ulcération en langue de chien.

Kyste du canal de Nuck après hydrocèle congénitale.

M. Besson cite l'observation d'une femme, entrée à l'hôpital pour une hernie inguinale étranglée. A la palpation on ne sent qu'une tumeur dure faisant corps avec l'utérus. On a affaire à un fibrome qui est enlevé peu de temps après : il pèse 2 kil. 500. On cherche vers une hernie mais on ne trouve rien, si ce n'est un kyste du canal de Nuck que l'on extirpe en totalité.

Cette femme s'était aperçue il y a 4 ans, dans l'aine droite, d'une tumeur de la grosseur d'une noisette disparaissant dans la position horizontale, communiquant alors avec la cavité péritonéale. Elle reçut un coup peu de temps après et alors apparurent ces phénomènes inflammatoires qui firent établir le diagnostic de hernie étranglée. Les suites opératoires furent normales. Le kyste avait la grosseur d'un œuf de poule.

Tuberculose génito-urinaire.

M. Besson présente une pièce intéressante par de la tuberculose de l'uretère et du rein, provenant de l'autopsie d'une femme de 21 ans entrée en juillet dernier dans le service de M. Duret. Depuis 1 an, cette femme souffrait dans les lombes et à l'épigastre. Ces douleurs s'irradiaient dans la fosse iliaque gauche. Les mictions étaient fréquentes. Vers juillet, du sang et du pus apparaissaient dans les urines et la forçaient à entrer une seconde fois à l'hôpital. Au palper bimanuel, on sent un rein gauche dur et bosselé. L'examen provoque des douleurs assez vives. Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit de la fluctuation qui fait poser le diagnostic de « pyonéphrose ».

La cachexie très avancée de cette femme empêche toute intervention sérieuse. En janvier, devant l'état grave de la femme, M. Duret fait une incision lombaire, puis une néphrotomie qui donne deux plats à barbe de pus verdâtre. Une légère amélioration dans l'état de la malade s'ensuit; mais bientôt la cachexie s'accentue et la mort survient.

A l'autopsie, on trouve les deux poumons absolument sains, le cœur normal, de même que le rein droit. La vessie présente les lésions de la cystite tuberculeuse avec des petites ulcérations. Le rein gauche est énorme, presque méconnaissable, sans plus aucun rapport; on ne trouve plus de bassinet : on a affaire à une énorme masse avec des cavités remplies de matière caséeuse. L'uretère extrêmement dilaté forme une poche fermée à ses deux extrémités : on trouve cependant la communication avec la vessie, mais non celle avec le rein. Il y avait deux poches : la plus petite a été ouverte par M. Duret dans son intervention, mais elle ne communiquait pas avec la grande poche que M. Besson présente.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

SOCIÉTÉS DE MOSCOU

Janvier-Juillet 1898.

Des mouvements involontaires.

M. Mouratoff explique les mouvements involontaires par une perturbation de l'équilibre qui existe entre les fonctions des couches optiques et du cervelet. Ils présentent trois types : 1° spasmes hémiplégiques et tremblement de dégénérescence du faisceau pyramidal; 2° épilepsie corticale prolongée par dégénérescence des fibres arciformes des circonvolutions centrales; l'épilepsie continue de Kojevnikoff et les convulsions prolongées de la paralysie générale de Mouratoff rentrent dans ce type; 3° hémichorée et hémiathétose, par destruction des commissures optico-lenticulo-cérébelleuses, par suite de la dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur.

Compression de la moelle.

M. Verziloff a observé deux cas de compression de la moelle par des tumeurs. Dans le premier cas, il s'agit d'un sarcome développé à la partie supérieure de la moelle dorsale consécutivement à une tumeur des vertèbres. La 7e vertèbre cervi-

cale retournée en avant comprimait la moelle. La maladie dura deux mois et demi. A l'autopsie on trouva, sur une étendue de 15 millimètres, une dégénérescence des cordons postérieurs, des foyers de dégénérescence dans les cornes antérieures et latérales, et les faisceaux pyramidaux.

Dans le second cas il s'agissait de compression de la moelle à la hauteur des 1re et 2e vertèbres cervicales par un psammome angio-sarcomateux. La maladie a duré trois ans et demi. Jamais on n'a constaté, chez ce malade, de phénomènes d'excitation des racines postérieures. A l'autopsie on trouva, en dehors des lésions dégénératives ordinaires, une dégénérescence ascendante des faisceaux des cordons antéro-latéraux jusqu'à la couche optique.

En se basant sur ses observations M. Verziloff conclut que : 1° les divers troubles moteurs doivent, dans la symptomatologie de la compression de la moelle, occuper une place aussi importante que le phénomène douleur; 2° les fibres descendantes des cordons postérieurs doivent être considérées comme des fibres courtes, et surtout comme des fibres descendantes des racines postérieures; 3° les fibres ascendantes de l'anse comprennent aussi les fibres des principaux faisceaux des cordons antéro-latéraux.

Ankylose de la colonne vertébrale.

M. Chataloff qui a observé trois cas d'ankylose de la colonne vertébrale, affection très rare puisqu'il n'existe dans la littérature que dix cas de ce genre, montre que le principal symptôme de l'affection est l'immobilité plus ou moins complète, le plus souvent absolue de la colonne vertébrale, quelquefois de la région thoracique seule. Il s'y ajoute souvent des ankyloses des articulations des membres supérieurs. La colonne vertébrale devient cyphotique surtout en cas de lésion isolée de sa portion thoracique. La cage thoracique s'incurve et s'immobilise pendant la respiration, qui devient abdominale; la partie inférieure de l'abdomen devient proéminente.

Un autre caractère de l'affection, ce sont les douleurs très variables comme intensité et comme localisation provoquées par les mouvements et disparaissant au repos. Ces douleurs qui siègent au dos, aux régions cervicale, thoracique, dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, aux membres supérieurs et inférieurs, sont dues aux lésions articulaires et péri-articulaires, mais surtout à la compression de racines postérieures. La plupart des malades présentent les caractères de la compression de racines postérieures : tremblements toniques de certains groupes musculaires, sensations de constriction, de barre, hyperesthésie et paresthésie, exagération et diminution des réflexes, atrophie musculaire et diminution de l'excitabilité électrique.

La maladie est essentiellement chronique.

Les traumatismes, la gonorrhée et le froid qu'on trouve dans les antécédents des malades, ne peuvent être considérés que comme causes occasionnelles. On trouve, chez un certain nombre de malades, des signes de dégénérescence, des malformations congénitales et de l'asymétrie. Peut-être cette affection est-elle due à la sclérose précoce, anormale, des ligaments et à l'ossification du cartilage articulaire. L'absence d'autopsie ne permet pas de se prononcer d'une façon catégorique.

Tabès et gliomatose.

MM. Pribitkoff et Zwanoff ont communiqué l'observation d'un homme de 43 ans qui est entré à l'hôpital avec les symptômes de tabès dont le début remontait à 5 ans. Un mois après il fut pris de fièvre, présenta de l'albuminurie et de la pyurie et succomba.

A l'autopsie on trouva une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, un gliome de la portion cervicale de la moelle et une hydrocéphalie des ventricules cérébraux. A l'examen microscopique, on constata, outre les modifications habituelles au tabès, les phénomènes suivants. La néoformation gliomateuse commence à la première vertèbre cervicale et va jusqu'à la sixième. La cavité gliomateuse commence à la première vertèbre cervicale, disparaît presque complètement à la troisième, réapparaît à la partie inférieure de cette dernière et se continue jusqu'à la partie inférieure de la sixième vertèbre cervicale. Dans la partie dorsale et lombaire de la moelle le canal central est simplement dilaté, mais dans la portion cervicale la cavité gliomateuse tantôt se confond avec le canal central, tantôt suit un trajet spécial. Par place la gliomatose occupe les deux tiers de la substance grise.

Ce cas est donc intéressant par la coexistence chez le même malade du tabès et de la syringomyélie.

Pleurésie purulente double.

M. Achmetieff a communiqué l'observation d'une fillette de 10 ans qui entra à l'hôpital pour de la dyspnée, des points de côté, de la toux, etc. La maladie avait débuté par des frissons, des vomissements et des points de côté.

A l'examen on trouva de la matité dans toute la moitié gauche du thorax, un affaiblissement du murmure vésiculaire. Quelques jours après la malade fut prise de douleurs dans le côté droit du thorax. L'examen permit alors de constater l'existence d'une pleurésie purulente double.

On pratiqua l'empyème d'abord à droite, puis à gauche. La malade guérit au bout d'un mois.

Les injections sous-cutanées de mercure dans le traitement de la syphilis infantile.

M. Fedtchenko a essayé les injections sous-cutanées de benzoate de mercure chez 200 enfants âgés de quelques jours à 9 ans, atteints de syphilis héréditaire. D'autres enfants syphilitiques étaient soumis au traitement classique par des frictions mercurielles, les bains au sublimé, etc. On pouvait ainsi comparer les résultats obtenus dans les deux séries.

Généralement, deux ou trois injections ont suffi pour faire disparaître les manifestations syphilitiques, mais dans les cas de syphilis tertiaire neuf à dix injections étaient nécessaires.

Les injections étaient très bien supportées et n'ont provoqué aucune espèce de troubles, si fréquents chez les enfants dans le traitement par les frictions.

M. Fedtchenko estime donc que ce traitement a l'avantage de ne provoquer jamais de troubles digestifs ou lésions superficielles de la peau; la quantité introduite est rigoureusement dosée; les manifestations syphilitiques sont plus efficacement combattues que par n'importe quel autre traitement et enfin les récidives deviennent tout à fait exceptionnelles.

Hématomyélie centrale.

M. Pribitkoff. — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, après un effort musculaire considérable (en voulant arrêter un cheval emballé), présenta immédiatement après des fourmillements dans deux bras, une paralysie complète des bras et du membre inférieur gauche, de la parésie du membre inférieur droit, et enfin de la parésie du sphincter vésical. Une dizaine de jours plus tard les mouvements dans les membres paralysés sont revenus peu à peu, mais le malade gardait encore une forte exagération des réflexes rotuliens, une abolition de la sensibilité à la température et à la douleur, laquelle anesthésie était absolue dans la partie supérieure du tronc; une atrophie des muscles des épaules, des bras et des avant-bras. L'excitabilité électrique des muscles de l'avant-bras était abaissée, et les muscles présentaient la réaction de dégénérescence. Il existait en outre une thermo-anesthésie de la moitié gauche du tronc, depuis la deuxième vertèbre dorsale, et une paralysie des sphincters de la vessie et du rectum.

D'après M. Pribitkoff, il s'agirait dans ce cas d'une hémorrhagie occupant une grande étendue de la substance grise de la moelle, mais ayant aussi empiété sur les cornes antérieures, notamment au niveau de la première vertèbre dorsale et de la huitième verticale.

Ictère des nouveau-nés.

M. Vermel estime que chez les enfants nés à terme, l'ictère n'apparaît que lorsque l'accouchement a été laborieux; ces enfants succombent généralement à des maladies secondaires sans rapport avec l'ictère, ou bien à de l'insuffisance cardiaque.

A l'examen histologique du foie, on trouve de la stase veineuse et de la rétention biliaire; c'est donc un ictère par rétention avec cette seule différence que l'obstacle à l'écoulement de la bile est à l'origine même des voies biliaires. Cette rétention est favorisée par tout ce qui empêche l'ampliation des poumons et le travail actif du cœur. L'ictère des nouveau-nés tient donc à des causes pathologiques survenant dans les premiers moments de la vie extra-utérine, et non aux conditions physiologiques de la naissance.

Au point de vue clinique M. Vermel note que la teinte ictérique commence par le dos du nez et les joues; parfois, la face seule est jaune. L'altération de la nutrition est extrême. L'urine est, sauf de rares exceptions, de couleur normale, trouble, albumineuse (comme l'est l'urine des nouveau-nés). La recherche des pigments ne donne des résultats positifs que dans les cas très prononcés. Dans le dépôt, on trouve de l'épithélium avec du pigment jaune et des pigments biliaires. Dans les cas graves, il y a du ralentissement du pouls. L'ictère se développe, le plus souvent au troisième jour, jamais dès le premier, et très rarement au cinquième. La durée de la maladie est de six à quatorze jours. Quant à sa fréquence, M. Vermel l'a observé 395 fois sur 1 000 enfants. Il est sourtout fréquent dans les présentations anormales du fœtus chez les enfants des primipares ou chez ceux nés en état d'asphyxie. Dans certains cas, l'ictère provoque des troubles sérieux; entre les cas légers et les cas graves, il n'y a qu'une différence de degré.

Kyste hydatique du foie chez un enfant.

M. Alexandroff relate une observation de kyste hydatique chez un enfant de huit ans, qui jouait fréquemment avec des chiens, et qui avait, en outre, depuis cinq ans, la malaria. Au cours de l'opération, faite en deux temps, on constata, outre les deux kystes appréciables à l'exploration clinique, une troisième tumeur, qu'il était impossible d'aborder par les incisions déjà faites. Elle fut laissée en place. L'état général ne s'améliora pas sensiblement à cause de la malaria, laquelle ne disparut qu'avec le changement de séjour. Six mois plus tard, on enleva le troisième kyste. Sept ou huit mois, après, on constata, de nouveau, une tumeur dans la région hépatique, qui, comme le démontra l'opération, se trouvait cette fois à la face inférieure du lobe gauche de l'organe. La fièvre ne cessant pas, l'enfant, épuisé, succomba bientôt. A l'autopsie, on constata que le dernier kyste était non pas dans le foie, mais entre le lobe gauche du foie et la face postérieure de l'estomac; de plus, on découvrit un énorme kyste à la partie postérieure du lobe hépatique droit, et un autre, plus petit, à la base du poumon.

Encéphalite aiguë infectieuse.

M. P. Mouratoff en a observé deux cas chez des enfants : l'un pendant la convalescence d'une diphthérie, et l'autre dans la période de convalescence d'une scarlatine. Le premier se termina par la mort; l'autre malade finit par guérir.

A l'autopsie du premier enfant, on découvrit surtout de très nombreuses thromboses veineuses et surtout sinusiennes, des hémorrhagies avec ruptures des artères, et de l'encéphalite hémorrhagique.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE SAINT-PÉTERSBOURG

Janvier-Juillet 1898.

Anatomie pathologique du délire aigu.

M. Joukowsky a étudié microscopiquement le cerveau des individus ayant eu, pendant leur vie, du délire aigu. Les lésions qu'il a trouvées sont de l'hyperémie, de l'opacité, et, par places des adhérences des méninges à la substance cérébrale hyperhémiée; enfin, de l'hydropisie des ventricules. Au microscope, on trouve une néoformation des vaisseaux, des hémorrhagies corticales et sous-corticales, de la dégénérescence graisseuse des vaisseaux, de la dilatation des espaces péri-vasculaires, une hyperleucocytose marquée, de la dégénérescence graisseuse et pigmentaire des cellules nerveuses contenant souvent des leucocytes avec atrophie et nécrose de coagulation, du gonflement des gaines myéliniques et de l'épaississement des cylindres-axes. Rien dans la moelle et le bulbe.

M. Joukowski considère le délire aigu comme une maladie spéciale due à une lésion du réseau vasculaire, sans participation active des éléments nerveux. L'infection serait la cause principale de la maladie; les autres causes ne sont que prédisposantes.

Méningite cérébro-spinale suppurée.

M. Koulesch a pu, dans un cas, isoler le bacille décrit l'année dernière par MM. Neumann et Schaeffer. Ce bacille se distingue du bacille d'Eberth (auquel il ressemble beaucoup) 1° par sa mobilité moindre et le nombre moindre des flagella; 2° par sa culture sur gélatine, qui forme au bout de quelques jours des colonies superficielles plus épaisses, moins transparentes, à contours épais, nettement circonscrits; la culture en strie et en piqûre forme plus tard un duvet; 3° par le résultat négatif de l'épreuve de Widal. Desséché, ce bacille perd rapidement sa vitalité.

Colite ulcéreuse.

M. Vlaïeff rapporte l'observation d'un paysan de 32 ans, atteint depuis 10 mois d'une diarrhée rebelle. A l'hôpital, les antidiarrhéiques ordinaires échouèrent (tannalbine, salol, opium, etc.). On fit alors l'examen des selles qui montra la présence d'un très grand nombre de balantidium coli.

Sous l'influence des lavements faits avec des solutions aqueuses d'iode (1 : 10000 et 1 : 5 000, 1 litre à la fois), les parasites disparurent rapidement des selles; quant à la diarrhée, après quelques jours de répit, elle reprit bientôt avec la même intensité; le malade succomba un mois plus tard.

A l'autopsie, on constata, à côté d'un infarctus pulmonaire et d'un épanchement hémorrhagique de la plèvre (diagnostiqué pendant la vie) une colite ulcéreuse; dans le contenu intestinal, il n'y avait plus de parasites. Pour M. Wlaïef, la mort doit être attribuée aux lésions ulcéreuses de l'intestin produites par les parasites. Du reste les expériences qui ont consisté à injecter aux lapins, dans l'estomac et le rectum les fèces contenant le balantidium, ont amené la mort des animaux, et à l'autopsie, on trouva du catarrhe de l'intestin, surtout de son segment inférieur. Chez deux autres lapins, l'introduction par les mêmes voies, des déjections du même malade, mais ne contenant plus de balantidium, n'a pas provoqué la mort.

Végétations polypeuses multiples du gros intestin.

M. G. Kviatkovsky a communiqué l'observation d'un homme de 23 ans entré à l'hôpital pour une pneumonie à laquelle il a succombé au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva la muqueuse du côlon descendant couverte de polypes dont les dimensions étaient très variables, les unes étant à peine visibles, les autres atteignaient jusqu'à 8 centimètres de long sur un centimètre de large.

Sécrétion gastrique pendant le jeûne.

M. J. Pawloff a fait ses recherches sur des chiens auxquels il faisait une fistule gastrique ordinaire et pratiquait en même temps l'œsophagotomie. L'animal était soumis au jeûne, mais tous les jours on lui donnait des aliments qui sortaient par la fistule du pharynx. Dans ces conditions M. Pavloff a constaté que la sécrétion gastrique diminue tous les jours pour cesser complètement le cinquième jour.

D'autres expériences ont démontré que cet arrêt de la sécrétion dépend surtout de la déshydratation de l'organisme, car il suffit d'injecter au chien, dans l'estomac ou dans le rectum, un peu d'eau distillée pour que la sécrétion gastrique redevienne aussi abondante que le premier jour du jeûne. Cependant dans ces conditions la sécrétion va en diminuant de jour en jour et s'arrête au bout de 9 jours. Cette fois, c'est l'insuffisance de chlore qui en est cause et il suffit d'introduire dans l'organisme

de l'animal une solution physiologique de sel marin, au lieu de l'eau distillée, pour qu'on voie la sécrétion reprendre et toujours aussi abondante que le premier jour du jeûne. En faisant prendre à l'animal de l'eau ou du chlorure de sodium, l'auteur a vu la sécrétion se maintenir pendant 17 jours (l'expérience n'a pas été continuée plus longtemps).

Jusqu'à la fin de ces expériences, l'acidité du suc gastrique est restée la même, et cela même lorsque, pendant l'insuffisance de chlore, la sécrétion était peu abondante; il en était de même de la richesse du suc en ferments. Etant donné la quantité assez grande de suc sécrété en 17 jours (3 litres environ) il est peu probable que ce fait soit dû à l'existence d'une réserve de ferments. M. Pavloff l'explique plutôt par une sorte de lutte pour la vie entre les viscères, en vertu de laquelle l'estomac accapare les substances dont il a besoin aux dépens d'autres organes.

M. Pavloff a en outre remarqué le rapport étroit entre la sécrétion gastrique et l'appétit : celui-ci disparaissait dès que la sécrétion tarissait; il suffisait de donner au chien un peu d'eau (ou de NaCl, suivant l'expérience) pour que l'appétit revînt, avec le rétablissement de la sécrétion. Lorsque la sécrétion est peu abondante, mais que le suc est assez énergique, l'appétit du chien devient capricieux : l'animal refuse de la viande et mange du pain; or, précisément pour la digestion du pain il faut peu de suc, mais du suc très actif.

Coloration des leucocytes.

M. P. Borissoff s'est proposé de contrôler à quel point la chimie autorise les dénominations de « granulations amphophyles ou neutrophyles », proposées par Ehrlich pour les leucocytes. A cet effet, des préparations sèches, du sang de divers animaux et de l'homme étaient colorés par des couleurs basiques et acides et le mélange triacide d'Ehrlich; M. Borissoff a constaté que les granulations neutrophyles ne prennent pas ces matières colorantes simplement par ce qu'elles s'y dissolvent et nullement par ce qu'elles sont incapables de les fixer. D'ailleurs la matière colorante neutre d'Ehrlich est en réalité acide, par conséquent les granulations qui fixent cette matière sont en réalité acidophyles.

Pour ce qui est des granulations amphophyles, elles fixent toutes les couleurs acides, mais point toutes les couleurs alcalines. Avec l'emploi du mélange d'Ehrlich et du bleu de méthylène-éosine, les grains amphophyles fixent exclusivement la matière colorante acide, ils sont donc également acidophyles. On voit donc que toutes les granulations sont exclusivement acidophyles.

M. Borissoff a en outre constaté que, dans différentes espèces animales et chez l'homme, le protoplasma des leucocytes tend toujours à donner une réaction chimique avec les couleurs acides tandis que le noyau au contraire s'unit aux couleurs alcalines. On peut par conséquent dire que le protoplasme et les granulations ont les propriétés des bases, contrairement au noyau, qui possède les propriétés des acides.

Influence de l'alcool sur la cicatrisation des plaies.

M. R. Kiparsky a fait des recherches sur les altérations anatomo-pathologiques de la cicatrisation des plaies cutanées, et, plus particulièrement, sur la régénération de l'épithélium dans l'intoxication aiguë et chronique des lapins par l'alcool.

La cicatrisation complète de petites plaies cutanées chez les lapins ayant subi l'intoxication aiguë par l'alcool, survient généralement en moyenne deux jours plus tard que chez les lapins normaux, principalement à cause de la diminution générale de la substance chromatique dans tout le revêtement épithélial de l'animal en général, et dans les éléments épithéliaux qui vont des bords de la plaie vers le fond, en particulier. Chez les lapins intoxiqués chroniquement, la cicatrisation se fait également plus lentement, mais ce phénomène n'a pas la même netteté chez tous les lapins. L'infiltration du fond de la plaie par des cellules polynucléaires est beaucoup moins prononcée dans l'intoxication alcoolique aiguë, ce qui fait que la dissolution des faisceaux du tissu conjonctif et leur détachement du fond de la plaie se ralentissent.

Dans l'intoxication chronique par l'alcool, l'infiltration du fond de la plaie par les globules blancs est également plus lente. Comme dans l'intoxication aiguë, l'infiltration se fait ici plus lentement, de sorte qu'on peut rencontrer le quatrième et même le cinquième jour des cellules polynucléaires, en partie non désagrégées encore, et remplissant les fentes du tissu conjonctif.

La régénération de tous les tissus, après les blessures, est ralentie, chez les lapins intoxiqués, à cause de la diminution de la résistance vitale et de l'énergie idioplastique des tissus. L'altération de la circulation (épanchements sanguins) dans les plaies n'est pas non plus sans importance dans ce travail de régénération.

Paralysie arsenicale.

M. Krever a communiqué l'observation d'une fille de 19 ans qui, après avoir pris par mégarde un paquet d'acide arsénieux, présenta immédiatement après et pendant les trois premiers jours des symptômes d'intoxication aiguë par l'arsenic, qui ont disparu au bout de trois jours. A la suite sont survenus des symptômes de polynévrite toxique, qui ont à leur tour disparu, de sorte que la malade a quitté l'hôpital guérie. Mais quinze jours plus tard, la malade est revenue à l'hôpital avec une atrophie considérable des muscles des membres et du tronc, avec de l'impotence motrice (impossibilité de marcher), de l'hypéresthésie cutanée et musculaire très prononcée. La malade fut soumise au traitement par des injections sous-cutanées de strychnine, le massage, l'hydrothérapie, l'électricité et l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, l'état de la malade s'améliora peu à peu, l'atrophie a diminué, mais n'a jamais complètement disparu.

Végétations adénoïdes du pharynx.

M. Katz a observé 69 cas de végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, principalement chez les enfants âgés de plus de 10 ans. Le diagnostic était déjà établi après un examen objectif par la rhinoscopie postérieure notamment, la rhinoscopie antérieure étant très souvent insuffisante. La rhinoscopie postérieure permet seule d'obtenir des renseignements certains sur l'existence des végétations du naso-pharynx, mais dans certains cas, notamment dans les catarrhes très accusés du nez, du naso-pharynx et du pharynx, il n'est pas toujours facile de pratiquer cet examen par suite de l'oppression du malade et de l'irritabilité de la muqueuse. Dans ces cas les douches nasales et les badigeonnages facilitent l'examen. Chez les enfants la rhinoscopie est souvent impraticable, et l'exploration est insuffisante, car on peut facilement prendre pour des végétations une hypertrophie simple des cornets postérieurs. Mais chez les enfants, souvent le complexus symptomatique est tellement caractéristique qu'il permet de poser le diagnostic de végétations naso-pharyngiennes sans recourir à un examen objectif par la rhinoscopie ou l'exploration digitale.

La marche de la maladie est très variable : tandis que chez les adultes elle passe souvent inaperçue et n'a aucune influence sur l'état général, il n'en est pas de même chez les enfants; dans un certain nombre de cas le catarrhe du nez et du naso-pharynx domine le tableau clinique, dans d'autres cas — surtout chez les jeunes enfants — la symptomatologie propre des végétations prédomine. Mais cette symptomatologie elle-même est très variable : ce sont tantôt des symptômes d'arrêt de développement, tels que l'arrêt de développement du thorax et des organes de la respiration, l'incontinence de l'urine, etc.; tantôt des troubles de l'appareil auditif. Le symptôme le plus commun, c'est la difficulté de la respiration par le nez. C'est une maladie certainement héréditaire en ce sens que chez les membres d'une famille atteints de végétations adénoïdes naso-pharyngiennes on observe le plus souvent d'autres troubles de l'appareil lymphatique du pharynx et du larynx : affections des amygdales, du palais, de la langue, etc.

Le traitement des végétations est très intimement lié au catarrhe nasal; elles disparaissent avec celui-ci. Le plus souvent, une intervention chirurgicale devient nécessaire. Cependant, l'extirpation ne devrait être pratiquée que quand tous les traite-

ments médicaux ont été épuisés sans succès. Le traitement consiste surtout dans les douches nasales, qui relèvent le tonus de la muqueuse, débarrassent mécaniquement le nez et le naso-pharynx du mucus accumulé et diminuent la sensibilité et l'irritabilité de la muqueuse. Il faut ajouter à ce traitement l'emploi des substances désinfectantes et la galvano-caustique. L'extirpation peut être faite sans narcose ni anesthésie locale. L'anesthésie du naso-pharynx est même dangereuse, car les parties détachées des végétations peuvent alors pénétrer dans le larynx. L'hémorrhagie est généralement très peu abondante.

AMÉRIQUE

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

33e Congrès annuel tenu à Boston du 24 au 26 Mai 1898.

Ectopie pelvienne du rein comme cause d'obstruction de la filière génitale. Néphrectomie vaginale.

M. Gragin (de New-York). — Bien que l'ectopie pelvienne du rein soit rare, elle est cependant assez fréquente pour mériter d'attirer l'attention du gynécologue et de l'accoucheur. En chiffres ronds, on l'observe dans la proportion de 1 sur 1 000. Habituellement l'anomalie porte sur le rein gauche et reste unilatérale. Dans le cas observé par le Dr Gragin, il s'agissait d'une femme de 25 ans, vue pour la première fois le 8 mai 1897. Elle a eu 2 grossesses antérieures, terminées artificiellement. Au niveau du col on sent une tumeur qui réduit les diamètres internes conjugués du bassin à 7 centimètres. Les autres mensurations du bassin sont normales.

La tumeur étant située assez bas dans le bassin, on décida de l'enlever par le vagin. On découvrit alors qu'il s'agissait du rein gauche. La néphrectomie vaginale fut pratiquée. Les vaisseaux du rein et l'uretère furent saisis dans une pince, puis liés après ablation de l'organe et le tout tamponné avec de la gaze. Douze heures après l'opération, le travail commença et, au bout de 5 heures, la malade accoucha d'un enfant vivant. La facilité avec laquelle l'accouchement s'effectua comparativement à la difficulté des accouchements précédents prouva nettement que la dystocie était due à la présence du rein. Avant d'intervenir, on discuta la possibilité d'une opération césarienne avec néphrorrhaphie du rein remis en place. Ce projet fut abandonné en raison de ce fait que le lieu d'origine des vaisseaux et de l'uretère ne pouvait pas permettre de reporter le rein en situation normale. La présence du rein droit était affirmé par ce fait que l'urine était abondante et normale alors que le rein gauche présentait des lésions d'hydronéphrose.

En résumé on peut conclure avec le Dr Gragin :

1° Que le rein en ectopie pelvienne peut être une cause de dystocie.

2° Que dans ces cas la néphrectomie vaginale est indiquée.

M. Howard A. Kelly (de Baltimore) a observé 3 cas semblables : deux fois il s'agissait du rein droit et une fois du rein gauche.

MM. Gordon (de Portland) et **Dudley** (de Chicago) rapportent chacun un cas d'ectopie pelvienne chez l'homme.

M. Philander A. Harris (de Paterson) a opéré une femme chez qui le rein gauche était situé dans le bassin.

M. Wesley Bovée (de Washington) pense que dans ces cas la néphrectomie est une opération trop grave.

M. Ch. Noble rapporte un cas semblable d'ectopie pelvienne du rein où le rein était situé au niveau de la symphère sacro-iliaque. Il croit que l'opération césarienne n'offrait pas plus de dangers que la néphrectomie et permettait la conservation d'un organe important.

Grossesse consécutive à une ventrofixation.

M. Lapthorn Smith (de Montréal) présente les résultats de ses recherches sur ce sujet.

Les conclusions sont basées sur l'étude de 125 cas opérés par 41 chirurgiens.

1° Dans le traitement des rétro-déplacements et du prolapsus utérin, la ventrofixation à l'aide de deux points de suture perdus, au travers du péritoine et du fascia donne les meilleurs résultats.

2° La ventrofixation doit être réservée aux cas où la laparotomie se trouve rendue nécessaire par une autre circonstance où la grossesse n'est pas attendue.

3° Dans la plupart des cas, la grossesse est accompagnée de douleurs et de troubles divers.

4° Lorsqu'on a pratiqué la suspension de l'utérus, c'est-à-dire qu'on a attaché l'utérus au péritoine, les échecs sont beaucoup plus rares et la grossesse moins pénible.

Valeur de l'électricité en gynécologie.

M. Garrigues (de New-York) ouvre la discussion. Parlant de la faradisation, il dit que cette variété de courant a une action analgésique réelle. Quant au courant galvanique dans plusieurs cas de fibromes, il a amené une amélioration notable.

M. G. Engelmann (de Boston) dit que l'électricité est un agent thérapeutique puissant dans certaines affections gynécologiques. Dans les fibromes, le traitement électrique réussit très bien à faire disparaître la congestion.

M. Boldt pense que, dans les sténoses du col, le courant galvanique peut être d'une grande utilité, au point de vue symptomatique, mais au bout d'un certain temps la sténose réapparaît plus forte qu'auparavant.

M. Dudley a eu recours systématiquement à la méthode d'Apostoli dans le traitement des fibromes, pendant 2 ans. Les résultats obtenus sont très incertains et peu satisfaisants.

M. Florian Krug ne croit pas du tout à l'efficacité du traitement électrique. Pour lui les prétendus succès sont des erreurs de diagnostic.

Bactéries du vagin.

M. Whileridge Williams (de Baltimore) pense que la différence de résultats obtenus par les auteurs qui se sont occupés de la bactériologie du vagin tient à la différence de technique.

Ceux qui ont obtenu des résultats positifs ont introduit le spéculum et recueilli des sécrétions avec un fil de platine, mais l'introduction d'un instrument un peu volumineux suffit pour entraîner à l'intérieur les germes de la vulve. Pour éviter cet inconvénient il a introduit dans le vagin un instrument étroit après avoir écarté les petites lèvres et l'hymen pour éviter tout contact. Dans ces conditions il a vu que le vagin ne contient habituellement pas de germes pathogènes et que l'auto-infection dans ces conditions est impossible. Si le vagin contenait des streptocoques à l'état normal, le simple toucher serait dangereux, ce qui n'est pas. Au cas d'infection puerpérale, on peut toujours dire que les germes ont été apportés du dehors, par le médecin ou la sage-femme.

M. Henry Fry a examiné les sécrétions vaginales à 50 femmes et jamais il n'a trouvé de femmes pathogènes.

M. Dickinson (de Brooklyn) pense qu'il serait à désirer qu'on ait un moyen de désinfecter d'une façon complète les parties génitales externes des parturientes.

Extrait thyroïdien et mammaire dans le traitement des fibromes.

M. William Mosely (de Baltimore) résume ainsi le résultat de ses expériences sur ce sujet.

1° La tolérance de l'extrait est très variable suivant les individus.

2° Dans les cas de fibromes hémorrhagiques, l'extrait de corps thyroïde donne de très bons résultats et amène parfois une diminution de la tumeur.

3° L'état général est amélioré.

4° La durée moyenne du traitement est de 9 semaines environ.

M. Shober (de Philadelphie) a employé l'extrait de glande mammaire dans 4 cas de fibromes. Il a ainsi obtenu la cessation des hémorrhagies, une amélioration de l'état général et une diminution de volume de la tumeur.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

49e Session annuelle tenue à Denver les 7, 8, 9 et 10 Juin 1898.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE

Situation et signification des perforations du tympan.

MM. Barton, H. Pott et **B. Alexander Randall** (de Philadelphie) rapportent que, d'après une analyse de 1 000 cas, le plus souvent (38 p. 100), la perforation siège dans le quadrant postéro-supérieur, dans 17 p. 100 des cas sur la membrane de Shrapnell et dans 10 p. 100 des cas dans le quadrant antéro-inférieur.

M. J. A. Stucky (de Lexington) reconnaît à son tour que dans la majorité des cas, la perforation siège dans le quadrant postéro-supérieur. Il serait intéressant d'en connaître la cause.

M. Arnold pense que la raison en est probablement dans la moindre résistance de cette région.

M. Randall croit que la situation de la perforation n'a pas une grande importance et que l'essentiel est surtout de considérer le caractère de la perforation et s'il existe des lésions de carie.

M. Louis J. Lautenbach (de Philadelphie) dit que les tumeurs bénignes de l'oreille moyenne ne sont pas une contre-indication opératoire. Les tissus de néoformation sont très vascularisés et ont une tendance naturelle à la cicatrisation. Dans un certain nombre de cas, l'ablation de la tumeur fut pratiquée, le pédicule fut cautérisé, et à la suite la suppuration cessa et la guérison survint.

Traitement des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx.

M. Mayer (de New-York) dit que quand on opère sur des enfants très jeunes, il ne faut pas donner d'anesthésique. Le cas le plus jeune qu'il ait eu à opérer est celui d'un enfant de 18 jours. L'opération ici était surtout palliative. Lorsque l'enfant est plus âgé, on peut donner l'anesthésique. Le chloroforme doit être rejeté à raison de ses dangers. Le bioxyde d'azote et l'éther forment un excellent mélange.

M. Stucky use rarement d'anesthésie générale. Il emploie une solution à 10 p. 100 de cocaïne et de résorcine. La résorcine prolonge l'anesthésie.

M. Getchell rapporte 12 cas de tumeurs adénoïdes enlevées sans amélioration d'une surdimutité concomitante. En général, les résultats ne sont pas satisfaisants. Ces tumeurs n'apparaissent guère avant la 3e ou la 4e année, tandis que la surdimutité est plus précoce. Il n'y a donc pas entre les deux affections un rapport nécessaire. Toutefois les tumeurs adénoïdes, par leur présence, augmentent les troubles déjà existants. Leur ablation améliore la diction et l'état général : aussi peut-on espérer une certaine atténuation de l'infirmité.

M. Randall croit que, dans une très large proportion, il y a un rapport entre les deux affections.

M. Makuen pense qu'il est très difficile de déterminer le caractère de la surdité chez l'enfant, Pour lui, le mal est d'origine centrale plus que périphérique et lorsqu'on a enlevé les tumeurs adénoïdes, il est nécessaire de soumettre l'enfant à une éducation spéciale.

M. Stucky dit que dans un cas, où à la suite de fièvre scarlatine survint de la surdité due au développement d'une tumeur adénoïde, l'ablation de la tumeur donna un résultat très satisfaisant.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE

Gliome de la rétine.

M. J. L. Thompson rapporte 17 cas de gliome de la rétine dont 5 sont apparus en 3 générations d'une même famille. Sur 7 cas non opérés, la mort est survenue dans tous les cas. Pour les 10 autres, seuls ont été guéris ceux qui ont été opérés de bonne heure.

MM. Holmes, Allport, Minney, Ellott Beard, Starkey et **Reynolds** rapportent chacun des cas où la guérison fut obtenue par une intervention précoce. On vit après qu'il s'agissait de gliome.

Courant galvanique dans le traitement du ptérygion.

M. Starkey recommande l'emploi de l'électricité dans le traitement du ptérygion au début n'ayant pas encore envahi toute la cornée. Une fine aiguille de platine mise en communication avec le pôle positif d'une batterie est introduite dans la conjonctive près du sommet de la tumeur et à angle droit par rapport à la direction de la tumeur.

Les avantages de ce traitement sont qu'il est indolore et qu'il n'est pas une source d'incapacités pour le malade. La guérison du pterygion sans récidive est, par ce procédé, la règle.

Courant faradique dans les choroïdites.

M. R. F. Le Mond rapporte un certain nombre de cas de choroïdites avec affaiblissement marqué de la cure et opacité de la cornée où le courant faradique donna de bons résultats.

M. Leartus Connor a employé l'électricité dans quelques cas de choroïdites, mais il n'a jamais pu voir d'effets appréciables obtenus par ce moyen.

Kératite phlycténulaire.

M. Reynolds dit que la théorie de Horner d'après laquelle il existerait un rapport entre les éruptions eczémateuses de la peau et les affections polynucléaires de l'enfant se réalise sinon toujours, du moins le plus souvent. Les conditions qui prédisposent à ce trouble local sont d'ordre essentiellement constitutionnel, et le traitement général a plus d'importance encore que le traitement local.

Fréquence de l'opacité sénile du cristallin.

M. Edward Jackson a remarqué que la grande majorité des cas de cataracte sénile apparaissent après 50 ans, et parmi les causes prédisposantes principales il met l'âge, la fatigue imposée à la vue, la mauvaise nutrition du cristallin. Nombre de ces opacités peuvent être arrêtées dans leurs progrès en veillant à la réfraction et en améliorant l'état général du malade, si bien qu'il était inutile d'effrayer sans raison le malade en lui annonçant une cataracte.

MM. Holtz et **Allport** rapportent des cas où ils ont vu diagnostiquer une cataracte, le malade s'était préparé à une opération imminente et 20 ans après l'œil était toujours dans le même état.

De l'holocaïne en ophthalmologie.

M. Randolph dit que l'holocaïne offre de grands avantages sur la cocaïne. En premier lieu, elle jouit de propriétés bactéricides marquées. Elle revient à très bon marché et procure une anesthésie marquée sans dilater la pupile où gêner l'accommodation. Son seul inconvénient est qu'elle ne jouit pas des propriétés vaso-constrictives de la cocaïne : aussi les hémorrhagies sont-elles plus fréquentes.

Amblyopie toxique.

M. E. C. Ellett rapporte quelques cas d'amblyopie toxique due au tabac, à l'alcool ou à la quinine.

M. H. B. Young a vu 6 cas d'amblyopie survenue sans cause déterminée, mais dans tous les cas il y avait des troubles digestifs marqués et sur le thorax se trouvait une éruption spéciale.

M. Holz a vu des cas d'amblyopie survenir à la suite d'excès de tabac.

MM. Dudley, S. Reynolds et **Connor** rapportent chacun des cas d'amblyopie vraisemblablement dus à des abus de thé ou de café.

M. Bryant a vu dans un cas que 1 gr. 50 de quinine amenèrent une diminution marquée de la vue.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE NEW-YORK

Séance du 20 Avril 1898.

Appendicite. Calcul biliaire.

M. J. Erdmann rapporte 2 cas d'appendicite et 1 cas de calcul biliaire enlevé par opération à la réunion du canal cystique et du canal hépatique.

Le premier cas d'appendicite est celui d'un homme de 31 ans dont les attaques présentaient un caractère particulier. La douleur était plutôt superficielle et s'étendait du 9e cartilage costal au ligament de Poupart. La sensibilité était telle que le moindre attouchement réveillait la douleur du malade. Les muscles droits n'étaient point contracturés, on ne trouvait pas le point de Mac Burney et il n'y avait également pas de tumeur. L'opération montra que l'appendice était perforé en deux endroits et gangrené. Un calcul fut trouvé au niveau de la base de l'appendice. Ablation de l'appendice. Drainage. Guérison rapide.

Dans le 2e cas, l'appendice fut enlevé à la 4e attaque. Il présentait également des ulcérations et des calculs intestinaux. La guérison suivit rapidement.

La 3e observation est relative à un malade chez lequel le Dr Erdmann enleva un calcul biliaire au niveau de la jonction du canal cystique et du canal hépatique. En janvier, le malade eut une crise de douleurs abdominales que le traitement médical améliora. Une seconde attaque revint en mars, et la douleur était située immédiatement au-dessous du cartilage ensiforme. En même temps survint de l'ictère avec de la fièvre. Une incision longitudinale fut faite le long du bord externe du droit, à droite et le conduit hépatique fut assez difficile à trouver, marqué qu'il était par des adhérences qui donnaient l'illusion d'un néoplasme. Au premier abord, on ne trouva aucun calcul et la plaie allait être refermée quand on sentit le calcul au point qui a été indiqué. Il fut repoussé dans la vésicule biliaire et de là facilement extrait. En raison des adhérences, la suture de la vésicule biliaire au péritoine pariétal fut impossible, mais la vésicule fut fermée avec une paire de pinces de Halsted attirée en haut le plus possible. La guérison suivit en 5 semaines.

M. Stevens demande au Dr Erdmann ce que, d'après son expérience, peut mesurer en moyenne l'appendice normal.

M. Erdmann. — La question est plutôt difficile à résoudre. Cependant, on peut fixer la longueur moyenne entre 3 pouces 1/2 et 5 pouces. Le Dr Erdmann a vu des appendices mesurant 11 pouces et dans d'autres cas il était presque absent.

M. Riddle Goffe pense que la longueur habituelle est de 5 pouces.

Des hémorrhoïdes et de leur traitement.

M. Page, au sujet d'un mémoire du Dr Erdmann sur les hémorrhoïdes et leur traitement, dit que, pour lui, les hémorrhoïdes sont un symptôme plus qu'une maladie et le traitement doit être appliqué en conséquence. C'est ainsi que dans presque tous les cas où les hémorrhoïdes sont dues à l'obstruction de la circulation porte et où cette obstruction est due à quelque affection chronique du cœur ou à une atrophie du foie, il est très difficile de faire disparaître les hémorrhoïdes. Lorsque, au contraire, l'obstruction n'est que temporaire, les hémorrhoïdes peuvent disparaître sous l'influence du traitement.

M. Milbanck a eu recours à l'opération de Whitehead dans un grand nombre de cas, avec des résultats très satisfaisants. On peut cependant lui faire quelques objections, comme la difficulté de maintenir l'asepsie, bien qu'on puisse y remédier en partie par des lavages fréquents après l'opération. L'avantage est qu'il n'est pas besoin de maintenir le malade longtemps au lit — 3 jours suffisent — et que l'opération est peu douloureuse. Chez les individus jeunes, la guérison se fait sans complications. Dans un cas, le Dr Milbank a fait l'opération sur un malade de 65 ans souffrant d'hémorrhoïdes depuis longtemps. Le malade n'est resté que 4 jours au lit. Un second cas était compliqué de prolapsus du rectum, le malade repoussait toujours l'opération, finalement il l'accepta et elle eut lieu à 66 ans, 6 ans avant sa mort. La guérison fut rapide; il se leva dès le second jour et le 12e jour il était retourné chez lui.

M. Dessau croit que les hémorrhoïdes sont essentiellement dues au mauvais état de la digestion intestinale. D'après lui, les hémorrhoïdes seraient plus fréquentes aujourd'hui qu'il y a 50 ans, ce qui tient aussi à ce que les troubles intestinaux sont devenus plus fréquents.

M. Jacobus recommande, comme traitement palliatif des hémorrhoïdes, l'emploi de la lanoline à l'ichtyol qui aurait une action presque spécifique.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1897-1898.

M. Anthony (R.). *Du sternum et de ses connexions avec les membres thoraciques dans la série des mammifères.* N° 85. (Imp. Bourgeon.)

M. Labaume. *Excision des hémorrhoïdes par la méthode de Whitehead.* N° 93. (Imp. des Facultés.)

M. Augros (Francisque). *Traitement de l'empyème chronique par la décortication du poumon (opération de Delorme).* N° 94. (Alex. Rey.)

M. Nicoclès-Paulidès. *Contribution à la chirurgie des calculs du canal cholédoque.* N° 95. (Imprimerie des Facultés.)

M. Dechaume-Moncharmont (Fern.). *Des lésions des tissus veineux dans les traumatismes du crâne.* N° 97. (Associat. typogr., Lyon.)

M. Combe (Ch.). *Des kystes non parasitaires du cerveau.* N° 99. (Alex. Rey.)

M. Finaz (Alfred). *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.* N° 100. (Alex. Rey.)

Dans une excellente thèse d'anatomie, M. R. Anthony, élève du professeur Testut, a étudié le sternum dans la série des mammifères et en particulier ses connexions avec la ceinture thoracique. Nous ne pouvons résumer ici ce travail important, rempli de faits, qui comprend cinq parties.

Dans la première, l'auteur traite au point de vue de l'anatomie comparée la morphologie du sternum. La deuxième est relatif aux indices du sternum ; le troisième chapitre traite des articulations sternales et le quatrième de la tératologie du sternum. Enfin le cinquième est consacré à l'étude des connexions du sternum avec le membre thoracique. Les descriptions de l'auteur sont basées sur des observations de pièces sèches et des dissections. Les premières ont été prises dans les galeries d'anatomie comparée des muséums de Lyon et de Paris, dans les galeries d'anthropologie du muséum de Paris et du musée Broca, dans les collections de la Faculté de médecine, de l'Ecole vétérinaire et de la Faculté des sciences de Lyon. M. Anthony a fait 66 dissections d'hommes au laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon et 78 dissections de mammifères de différentes espèces, la plupart à l'Ecole vétérinaire de Lyon ou au Museum de cette même ville. Quelques-unes cependant ont été faites au Muséum de Paris.

Six planches et un certain nombre de croquis sont annexés au texte. Une très riche bibliographie sur la question complète enfin cet important travail.

Pour M. Labaume, 1° l'extirpation complète des hémorrhoïdes suivie de la suture de la muqueuse rectale à la peau, d'après la méthode de Whitehead, est une opération sérieuse, assez longue et sanglante, mais dont les suites sont cependant remarquablement simples. Ses résultats immédiats sont bons, de même que les résultats éloignés dans la mesure où nous avons pu les apprécier sur 8 malades. Cette opération mérite donc une place dans le traitement des hémorrhoïdes.

2° La méthode étant admise, on peut recourir aux différents procédés qui ont été proposés et qui ne diffèrent entre eux que par des points de détail d'importance secondaire. Le manuel opératoire employé dans sept cas par M. Nové-Josserand, qui consiste à aborder les paquets hémorrhoïdaires par leur extrémité rectale et à les enlever en les morcelant en quatre masses principales, est d'une exécution peut-être plus facile que les procédés classiques. Il a en tout cas l'avantage de ne pas sacrifier délibérément la muqueuse sur toute sa périphérie et de permettre d'extirper complètement les hémorrhoïdes, en conservant cependant, toutes les fois que cela est possible, des bandelettes même étroites de muqueuse.

3° L'extirpation des hémorrhoïdes doit être réservée aux cas graves et invétérés, où l'on trouve un gros bourrelet hémorrhoïdaire étendu à toute ou à presque toute la périphérie du rectum. Elle prend donc place à côté des autres méthodes plus simples qui seront réservées aux cas de paquets hémorrhoïdaires peu nombreux, distincts et séparés par des intervalles de muqueuse saine. Elle trouve une indication formelle dans l'échec des méthodes simples préalablement essayées.

D'après M. Augros l'opération de Delorme est l'opération de choix dans le cas d'empyème chronique, puisqu'elle rend au poumon sa fonction. Elle ne présente pas une gravité plus grande que les autres interventions en pareil cas.

Les opérations de Gayet-Létiévant-Estlander et leurs dérivées, surtout l'opération de Delagenière ne sont pas contre-indiquées dans le traitement de l'empyème chronique par la décortication; elles peuvent être au contraire le complément heureux de l'opération de Delorme. La tuberculose pleuro-pulmonaire est la seule contre-indication à l'opération de Delorme.

D'après M. Paulidès, en présence d'un ictérique qui souffre depuis 3 mois et qui a présenté plus ou moins nettement tout le cortège symptomatique de l'obstruction calculeuse du cholédoque, et après avoir établi un traitement médical rigoureux sans résultat, il n'y a pas à hésiter, l'intervention chirurgicale s'impose; on fera une laparotomie exploratrice, et suivant l'état général du malade, suivant l'état fonctionnel et bactériologique du foie, et encore suivant les difficultés que l'opérateur rencontre au cours même de l'intervention, on fera une cholédocotomie simple si la lithiase est limitée rien qu'au canal cholédoque.

On procédera à une cholédocotomie associée, si la vésicule participe à la lithiase. On fera alors une cholédocotomie avec cholécystectomie si la vésicule présente des calculs enchatonnés qui siègent dans le bassinet, et que les parois de cette même vésicule, friables et infectées, ne peuvent être attirées et suturées à la peau. On procédera encore à cette même cholécystectomie si la vésicule est pédiculisée ou facilement pédiculisable et le canal cystique complètement imperméable.

On interviendra rien que sur la vésicule, quand l'état du malade ne permet pas une longue opération, ou quand on craint l'inoculation microbienne par une bile trop virulente; on n'interviendra que secondairement sur le cholédoque.

En dernier lieu on procédera à une entérostomie biliaire, si l'exploration du cholédoque, minutieuse et méthodique, étant restée négative, laisse persister des doutes sur la nature de cette obstruction.

Au point de vue clinique et chirurgical M. Dechaume-Moncharmont distingue deux sortes de sinus veineux de la dure-mère.

1° Les sinus découverts.

2° Les sinus couverts.

Les uns accessibles au traumatisme, les autres inaccessibles.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions des sinus découverts peuvent être divisées en deux groupes :

a) Lésions internes intéressant le crâne et le péricrâne.

b) Lésions internes portant sur le sinus et la masse cérébrale.

Les premières ne présentent rien de particulier.

Parmi les secondes, celles qui portent sur le sinus donnent naissance à une hémorrhagie qui peut être :

1° Sus-dure-mérienne (avec caillots);

2° Sus- et sous-dure-mérienne (la dernière sans caillot);

3° L'hémorrhagie uniquement sous-dure-mérienne est possible, s'il s'agit d'un sinus de la base.

Au point de vue symptomatologique on peut avoir des symptômes généralisés, soit cérébraux, soit bulbaires ou bien des symptômes localisés qui peuvent ne pas exister, ou qui, s'ils existent, sont physiques et fonctionnels.

L'association de l'hémiplégie au stertor, jointe à la perte de connaissance et du sentiment, constitue un syndrome pathognomonique de la compression cérébrale, ne présentant rien de particulier si elle est d'origine sinusienne.

La marche des accidents est le plus souvent caractérisée par une période de lucidité entre le moment où a lieu le trauma et celui où ont débuté les accidents cérébraux : c'est l'intervalle libre des Allemands.

Si le diagnostic d'épanchement intra-crânien est rendu possible par le syndrome de la compression cérébrale, celui de l'origine sinusienne ne peut se faire qu'à la faveur des symptômes locaux et peut être rarement et difficilement différencié de l'hémorrhagie due à la blessure de la méningée moyenne.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer deux cas :

1° Il existe au niveau du crâne une solution de continuité rendant accessible le sinus blessé. Alors, il suffit d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée.

2° La boîte crânienne n'offre pas de continuité permettant d'affirmer l'origine sinusienne de l'épanchement intra-crânien. Alors le chirurgien intervient ou immédiatement après les traumatismes, et devra trépaner au point de la contusion cérébrale, ou pendant et après l'intervalle libre, et devra trépaner au niveau de la plaie du cuir chevelu après agrandissement de cette dernière; il se comporte comme dans le premier cas.

D'après M. Combe, contrairement à ce qu'ont prétendu certains auteurs il peut se rencontrer des kystes dermoïdes du cerveau; la littérature médicale en cite deux ou trois cas. Leur pathogénie est la même que celle de leurs homologues du cervelet.

Parmi les kystes séreux, les uns sont congénitaux, les autres acquis, ils ont une étiologie bien différente; mais tous reconnaissent comme grand facteur pathogénique l'irritation de la substance cérébrale par le fait de causes multiples.

Il est facile, par l'étude des observations, de se faire une idée d'ensemble de la symptomatologie de ces tumeurs; mais elle se confond tellement avec celle de toutes les tumeurs cérébrales qu'on arrive difficilement à un diagnostic précis.

La trépanation dans certains cas peut guérir complètement le malade; d'autres fois elle ne fait que l'améliorer. Il y a des cas malheureux où la mort a suivi de près l'opération; on doit surtout redouter cette issue fatale quand les ventricules ont été ouverts.

Le pronostic varie beaucoup, et il est difficile de le prévoir à l'avance, car les cas désespérés ont donné quelquefois les meilleurs résultats.

Pour M. Finaz le début brusque d'accidents sans causes sérieuses chez une femme atteinte de kystes de l'ovaire doit éveiller l'idée de torsion du pédicule.

Les accidents caractérisés au début par de la douleur, des vomissements, l'augmentation de volume et l'immobilisation de la tumeur revêtent ensuite la forme de la péritonite aiguë, ou de l'hémorrhagie interne, ou de la péritonite adhésive.

Ils sont justiciables d'une seule intervention, de l'ovariotomie. Lorsqu'ils éclatent à grand fracas, ils peuvent être plus ou moins rapidement mortels, aussi faut-il alors opérer d'urgence. Lorsque le début est moins aigu, il vaut mieux attendre que l'inflammation se soit éteinte.

La grossesse est aussi une indication d'urgence, car le terrain opératoire reste favorable pendant la gestation et l'on évite ainsi les complications observées dans le travail et après l'accouchement.

La ponction simple doit être proscrite, car elle facilite l'hémorrhagie.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'actinomycose ano-rectale,

Par M. le professeur Antonin Poncet (1).

L'actinomycose ano-rectale serait, d'après les observations publiées, particulièrement rare. Dans notre récent *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (Masson, 1898) nous n'en avons, L. Bérard et moi, relaté que 7 cas, empruntés à la thèse de Grill (2).

Aucun fait de ce genre n'a été mentionné en France, quoique depuis quelques années on y ait été maintes fois témoin des lésions qu'engendre le champignon rayonné. J'ai actuellement en cours de traitement, depuis 3 mois, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un malade qui est un bel exemple d'actinomycose ano-rectale, et c'est son observation, avec quelques considérations complémentaires qui font l'objet de cette note, rédigée en commun, par mes internes MM. X. Delore et Péhu.

Je suis heureux de pouvoir présenter en même temps à l'Académie, de très belles photographies en couleurs de cette variété de manifestations actinomycosiques. Je les dois à la grande obligeance et à l'habileté bien connue de MM. Lumière, de Lyon. Ces photographies stéréoscopiques sont d'une réalité saisissante; elles sont, avec celle d'un énorme nævus angiomateux de la face, présentée par mon collègue Lannois au dernier congrès de l'Association française, la première application de la photographie des couleurs à la pathologie, et, comme elles peuvent être reproduites facilement, elles ouvrent une voie nouvelle à l'iconographie médicale.

1. Communication faite à l'Académie de médecine le 13 septembre.
2. Grill, *Actinomycose de l'estomac et de l'intestin* (th. de Tubingen, 1895).

Observation. — D. J..., 58 ans, né à Lupersac (Creusé), demeurant à Saint-Chamond (Loire). Entré le 23 mai 1898 au n° 10 de la salle Saint-Philippe.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à relater. Léger degré d'alcoolisme.

La maladie actuelle remonterait, suivant lui, à une vingtaine d'années environ. Il eut à ce moment de la gêne pour aller à la selle, avec des douleurs, et il remarqua qu'il était porteur d'une « grosseur » située autour de l'anus : il ne peut cependant en préciser le siège. Au bout de quelques mois, cette tumeur s'ulcéra et donna issue à un liquide purulent. Il n'y prêta d'ailleurs aucune attention, et il ne relate aucun trouble notable dans la défécation jusqu'à ces dix dernières années.

A cette époque, les douleurs, la gêne dans l'expulsion des matières fécales réapparurent, et il s'aperçut en outre qu'il était porteur de végétations péri-anales multiples. Ces végétations augmentèrent progressivement d'étendue, mais d'une façon lente et sans beaucoup de réaction locale.

Il y a 8 mois, il commença à éprouver des douleurs dans la miction avec urines sanguinolentes. Il eut aussi de l'arrêt dans les mictions. Il entra alors à l'hospice de Saint-Chamond, d'où il n'est sorti que depuis quelques jours. On lui a fait là de nombreuses séances de lithotritie.

Etat actuel. — Faciès normal. Etat général assez satisfaisant.

Au niveau de la région périanale, le malade est porteur de chaque côté, avec une prédominance notable du côté droit, de végétations volumineuses, cependant peu bourgeonnantes. A droite, ces tumeurs sont étendues en un bourrelet de 1 centim. 1/2 de largeur, le long de la rainure interfessière. A gauche, il existe à deux centimètres environ de cette rainure, une surface déprimée, d'aspect cicatriciel, avec un léger bourgeonnement.

L'aspect de ces bourgeons est peu caractéristique. A un premier examen ils ne reproduisent ni le type de l'inflammation vraie, ni celui d'un néoplasme. Il n'y a pas de fluctuation sous-jacente.

Il existe un léger écoulement, plutôt un suintement d'un liquide d'un jaune verdâtre assez accusé.

Le sphincter anal est fortement contracturé, et on ne peut qu'à grand'peine introduire l'index explorateur : celui-ci est violemment serré par la coarctation de l'orifice. L'examen du conduit montre, cependant, que toute la fosse ischio-rectale est indurée, depuis l'ischion droit jusqu'à celui du côté opposé. On ne note aucune ulcération de la muqueuse rectale. Le bas-fond de la vessie et la prostate sont indurés.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés à gauche, au niveau de la partie interne de l'arcade crurale, sans hypertrophie très notable cependant.

Le malade souffre de temps à autre en urinant.

Rien d'anormal du côté des autres organes.

Pour mieux connaître les détails relatifs au séjour du malade à l'hospice de Saint-Chamond, nous nous sommes adressé à notre ancien collègue le Dr Laurençon qui, avec beaucoup d'obligeance, nous a communiqué les renseignements suivants :

Le malade est entré à l'hospice de Saint-Chamond avec une rétention d'urine à peu près complète. Le canal de l'urèthre était en effet obstrué par des calculs de la région prostatique. Les urines étaient purulentes. L'état général paraissait grave.

M. Laurençon tente alors une intervention et constate que le calcul s'était creusé une loge dans la région prostatique. Au centre d'une pierre, on rencontre une graine végétale, dans une autre un piquant appartenant à la tige d'une graminée. Le malade, sur les instances du médecin, avoua alors qu'il s'était introduit, 4 mois auparavant, un épi de blé. Des séances nombreuses de lithotritie furent nécessaires pour retirer de la vessie une centaine de fragments de calculs.

25 mai. — Sous anesthésie, M. le professeur Poncet pratique le toucher rectal qui lui montre un rétrécissement marqué de l'orifice anal, et une induration de la gaine péri-rectale.

L'exploration de la vessie faite avec le cathéter métallique de Thompson, ne dénote aucun calcul vésical.

26 mai. — L'examen du pus pratiqué par M. le Dr Dor chef du Laboratoire de la clinique, démontre la présence de l'actino-

myce avec son mycélium central et ses masses caractéristiques. Recherche négative du champignon dans l'urine retirée de la vessie.

On porte alors le diagnostic d'actinomycose ano-rectale avec localisation secondaire dans le tissu cellulaire péri-vésical, et on administre le traitement classique : 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

12 juillet. — La médication iodurée continuée pendant plus d'un mois ayant amené peu de résultats, M. le professeur Poncet tente une intervention.

Ablation au bistouri et au thermo-cautère de toutes les masses fongueuses péri-anales. Rectotomie linéaire. On fait encore le cathétérisme vésical, qui ne révèle la présence d'aucun calcul.

Examen histologique des végétations enlevées. — Les coupes ont été incluses à la gomme et colorées au picro-carmin, réactif de choix dans les lésions actinomycosiques.

Le nombre des papilles est notablement augmenté. Elles forment, en effet, des reliefs nettement constatables : nulle part il n'existe de globes cornés. Le contour papillaire est d'ailleurs très conservé. Les noyaux cellulaires fixent avec intensité le réactif. On retrouve par plans la couche cornée, en d'autres points elle a disparu.

Le derme est épaissi, de nombreux faisceaux de tissu conjonctif le sillonnent en tous sens. Ils ont l'aspect adulte. De place en place, on retrouve des îlots inflammatoires péri-artériels et interstitiels, constitués par des amas denses de cellules rondes, très embryonnaires. Il y a là des traces manifestes d'une inflammation du type subaigu. En outre les vaisseaux sont très dilatés, leur lumière est remplie par des globules rouges en grande abondance.

Dans les coupes que nous avons pratiquées, nous n'avons pu retrouver des grains jaunes. En un point de la préparation, nous avons pu, avec le rasoir, énucléer un bloc de la dimension d'une tête d'épingle, coupé dans le derme.

Au moyen de la dissociation, nous avons vu que cette masse était constituée par les débris de cellules épithéliales, dont quelques-uns ont conservé leur colorabilité, et par une masse analogue à du caséum, prenant par le picro-carmin une teinte jaune rosé, et formée probablement par du pus concrété.

En un point de la préparation existe une sorte de fistule tapissée de chaque côté par un revêtement épithélial, et par un épaississement de tissu conjonctif : c'est sans doute une des voies d'issue de la matière purulente prenant naissance dans les parties profondes (Briau).

En somme, il s'agit là d'une inflammation à prédominance sur le tissu conjonctif, produite par suite de l'action sur ce tissu du parasite spécifique de l'actinomycose.

26 juillet. — Le malade a été amélioré par l'intervention chirurgicale : les défécations sont plus faciles. Cependant les lésions se réparent avec lenteur, et le bourgeonnement est peu actif au niveau de la plaie.

« Actuellement, 13 septembre, les plaies de la région anale sont en bonne voie de cicatrisation ; toute la surface est bourgeonnante, sans décollements ni fistules. Il y a incontinence absolue des matières fécales ; et cette infirmité est d'autant plus sensible au malade que depuis son entrée à l'hôpital, et quoi qu'on ait pu faire, il a une diarrhée assez prononcée, qui ne s'accompagne toutefois ni d'épreintes, ni d'émission de sang, de glaires, ou de fausses membranes. Pas d'actinomyces perceptibles actuellement dans les selles.

Du côté de la vessie, les phénomènes ne se sont pas amendés ; les urines sont troubles, avec un dépôt abondant muco-purulent. Pas de calcul vésical à l'exploration ; mais tout le long de l'urèthre prostatique, l'explorateur rencontre des concrétions phosphatiques et chemine péniblement. En somme, il semble que l'infiltration des tissus profonds du petit bassin et de l'étage périnéal supérieur n'ait pas rétrocédé. Peut-être s'agit-il d'infections secondaires, car dans les urines comme dans les selles, on n'a pas retrouvé, ces dernières semaines, de grain actinomycosique. » (L. Bérard.)

L'actinomycose ano-rectale est une rareté clinique, et l'étude la plus importante qui ait paru sur ce sujet en a été faite, avons-nous dit, par Grill (1), en Allemagne. Cet auteur, examinant les localisations du champignon sur les différentes portions du tractus gastro-intestinal, constate que, sur 106 cas d'actinomycose abdominale, 7 fois le parasite avait infecté le rectum, soit qu'il s'agit d'une inoculation directe, soit que l'atteinte de la portion terminale du gros intestin ait été secondaire à l'envahissement d'un segment quelconque de cet intestin, et particulièrement du cæcum, le plus intéressé dans les manifestations abdominales de l'agent pathogène.

Le mode étiologique n'est cependant pas toujours identique. Dans la grande majorité des cas, en effet, l'intestin, sur une portion quelconque de son trajet est envahi, à la suite de la pénétration du parasite par les voies supérieures. L'actinomyces introduit par voie buccale, et séjournant pendant un temps variable dans l'estomac puis projeté ensuite dans l'intestin, ne subit aucune modification de la part des sucs digestifs. On sait maintenant, en effet, combien mimines sont les propriétés défensives du suc gastrique contre les parasites. Les travaux déjà anciens de Miller, ceux de Wurtz et Bouys nous ont éclairé de façon complète sur ce point. En outre, comme le font remarquer MM. Poncet et Bérard (2), « les massues de l'oospora, qui résistent très bien aux acides forts comme les solutions alcalines concentrées, forment une coque protectrice au mycélium plus délicat du centre du grain ».

Ainsi protégé contre l'action clinique des sécrétions digestives, le parasite peut arriver au rectum, le plus souvent d'ailleurs en produisant, au préalable, des lésions sur son trajet. Le localisation dans ce type d'infection *descendante* est donc le plus souvent secondaire.

Les cas d'actinomycose ano-rectale *primitive* sont plus rares. Ils se produisent par pénétration directe du champignon dans le conduit rectal. Etiologiquement, on peut alors parfois, dans les antécédents du malade, retrouver la cause de l'affection, si celui-ci raconte, par exemple, qu'il a été au contact direct de litières de paille, etc. ; qui est l'habitat normal de l'actinomyces. Il y a là un type d'infection *ascendante*.

Dans le cas que nous rapportons, la cause productrice, semble-t-il, doit être classée dans cette dernière catégorie. D'après les renseignements fournis par le médecin traitant, le malade avait coutume, depuis 4 mois, il est vrai, d'introduire des fragments de blé dans sa vessie, mais depuis une vingtaine d'années environ, d'autre part, il présentait une difficulté de plus en plus grande dans la défécation, et des « bourgeons » avaient apparu au niveau de la région anale, après toutefois que s'était déclaré et avait évolué le phlegmon profond de la loge péri-rectale. L'envahissement de la vessie était survenu ensuite, consécutivement à l'infiltration du tissu conjonctif péri-vésical, par le micro-organisme pathogène?

En raison de la date d'apparition des accidents, de leur évolution signalées par le malade, nous devons donc admettre une infection directe de la voie ano-rectale. Peut-être ne s'agit-il que d'une infection par continuité à point de départ vésico-prostatique? N'a-t-on pas rencontré « une graine végétale, au centre d'un calcul, et, dans un autre, un piquant, appartenant à la tige d'une graminée » (Dr Laurençon)?

Le malade affirme bien que c'est seulement quatre mois auparavant qu'il s'est introduit dans l'urèthre un épi de blé qui a pénétré dans la vessie, mais on sait quelle créance il faut accorder à de tels récits, surtout quand

1. Grill, *loc. cit.*
2. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, Paris, 1898.

il s'agit d'une question de date et de manœuvres de ce genre. Aussi ne repoussons-nous pas du tout l'hypothèse d'une infection primitive du bas-fond de la vessie et secondairement des fosses ischio-rectales, de l'anus et du rectum. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable que nous avons montré avec L. Bérard, d'après un grand nombre d'observations, que l'actinomyces avait besoin pour se greffer, pour germer, d'être véhiculé par un corps étranger : fragment d'épi, de paille, de bois, etc., maintenant ainsi sa pénétration dans les tissus.

Cliniquement l'actinomycose ano-rectale a des caractères bien tranchés.

Le plus souvent, d'après Grill, la forme *rectale* débute par une phase de diarrhée, avec un ténesme accentué. Au bout d'un temps variable, le tissu cellulaire qui abonde dans le creux ischio-rectal est intéressé. Des collections se forment dans son intérieur, qui s'évacuent au dehors, après avoir créé à la surface cutanée des excroissances multiples; celles-ci affectent les caractères de l'actinomycose cutanée, c'est-à-dire, comme l'a bien établi le professeur Poncet, avec un « aspect ne rappelant franchement ni l'inflammation ni la tumeur ». Par des fistules venant déboucher au milieu de ces bourgeons s'écoule du pus en plus ou moins grande abondance, renfermant les grains jaunes pathognomoniques de l'affection, et dont la présence suffit à établir le diagnostic de façon indiscutable. Rapidement aussi, d'ailleurs, s'établit une coarctation du conduit. Les signes de rétrécissement marquent parfois le début de la maladie.

Néanmoins, malgré ce trouble de la canalisation, il est intéressant de noter que les lésions atteignent principalement le tissu cellulaire péri-rectal. La muqueuse est, en effet, ordinairement saine et c'est à travers elle, sans la léser, au moins d'une façon notable, que le parasite gagne les parties conjonctives voisines. Ainsi agit-il encore au niveau de la bouche, du cæcum, etc., dans la majorité des cas. Donc on retrouve là cette même localisation conjonctive du parasite. En cette partie du tractus gastro-intestinal, l'actinomycose est plutôt ischio-rectale que vraiment rectale. Après avoir infecté la gaine cellulaire et l'espace pelvi-rectal inférieur, le champignon gagne la peau, où il produit des fistulations multiples et des épaississements sous forme de fongosités dont nous avons signalé la présence au pourtour de l'orifice anal et dans la rainure fessière.

Quant à l'actinomycose *vésicale*, elle a une individualité clinique beaucoup moins bien tranchée. MM. Poncet et Bérard, dans leur livre, rappellent que Ammentrop, Bostrom, Hem, Billroth ont rapporté chacun un cas d'envahissement de la vessie par continuité. La nature actinomycosique de la maladie ne put être établie que par la présence du parasite dans l'urine. Cette constatation a fait défaut dans notre observation. Néanmoins le malade accusant des douleurs vésicales, de la difficulté dans les mictions, ayant été soigné pendant longtemps pour des calculs vésicaux, nous avons pu établir la genèse de cette classe particulière d'accidents présentés par lui. Nous leur avons assigné une origine surtout péri-vésicale, en invoquant le phlegmon, l'induration produite autour du réservoir urinaire pour expliquer logiquement les douleurs, la dysurie, la lithiase. Là encore le facteur est extra-canaliculaire.

Il est le plus souvent possible d'établir avec certitude le *diagnostic* de l'actinomycose. On pouvait cependant à un examen rapide la confondre avec une tuberculose ano-rectale, avec certaines néoplasies à allure lente, avec la syphilis, avec certaines formes de fistules, etc. Toutefois l'aspect très particulier des lésions, leur type qui ne les rapproche ni des tumeurs, ni de l'inflammation, mais se place plutôt comme un intermédiaire entre chacune de ces maladies, la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre, avec ponctuation de points jaunes, — la lenteur ordinaire de l'affection, etc.; enfin l'existence dans le pus de grains jaunes caractéristiques suffit pour éviter toute erreur.

Le *pronostic* de cette localisation de l'actinomyces est, on le déduit aisément, peu favorable dans la majorité des cas. Les décollements multiples qu'entraîne le cheminement du parasite dans le tissu cellulaire péri-rectal, l'ouverture de la cavité péritonéale, la coexistence d'autres manifestations de cette variété spéciale d'infection dans des portions plus ou moins éloignées du tube gastro-intestinal sont des facteurs d'une gravité grande chez un malade. En outre, les métastases sont possibles, en particulier celles du foie, comme des faits en ont été produits par M. Aribaud (th. de Lyon, 1897) dans sa thèse inspirée par M. Poncet. La diarrhée, le ténesme sont aussi pour le malade des causes d'une dénutrition et d'une cachexie de plus en plus accentuées et fort alarmantes. D'ailleurs, même si une thérapeutique active était possible, on devrait toujours compter avec les récidives, puisque la latence du parasite, puis sa réviscence inattendue sont bien démontrées aujourd'hui. — Néanmoins, l'évolution de la maladie est lente et permet une survie longue. Dans notre cas, l'affection, d'après les renseignements fournis par le sujet, remonterait à une vingtaine d'années environ.

Le *traitement* consistera d'abord dans l'administration à l'intérieur, d'une dose progressivement croissante d'iodure de potassium. Si celui-ci est inefficace, on doit recourir à l'incision et au drainage des parties atteintes. Il est d'ailleurs difficile, parfois, de poursuivre loin les lésions, puisque le tissu cellulaire est envahi sur une grande profondeur. Cependant là, comme dans les différentes formes d'actinomycose abdominale, l'ablation des masses, l'incision des collections purulentes s'impose au premier chef. L'opération peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. Si, comme dans le cas qui nous occupe, des signes de sténose du conduit existent en même temps, la rectotomie linéaire pourra être utilement pratiquée. Les interventions larges sont d'autant plus justifiées que la réparation se fait avec facilité dans ces tissus, en apparence si profondément atteints, mais il convient d'être averti, par avance, que ces opérations ne sont la plupart du temps que palliatives et il y a lieu d'attendre d'elles seulement un succès relatif, non le plus ordinairement une guérison complète.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Urémie fébrile d'origine grippale chez une cardiaque,

Par M. le Dr H. Pelon,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a peu de temps, une malade atteinte d'insuffisance mitrale, qui a été prise brusquement d'accidents apoplectiformes difficiles à expliquer au premier abord et qui ont ensuite été rapportés à

une intoxication urémique suraiguë d'origine grippale. Cette observation m'a paru suffisamment intéressante pour être rapportée en détail.

Observations. — V... Marguerite, 29 ans, journalière entre le 14 janvier 1898, à l'hôpital suburbain de Montpellier, pour de fortes palpitations avec une vive douleur précordiale. Elle est placé au n° 14 de la salle Bichat, dans le service clinique de M. le professeur Carrieu, suppléé par M. Rauzier, professeur agrégé.

Antécédents héréditaires : Le père est mort de variole, il y a 10 ans. Les autres membres de sa famille (mère, frères et sœurs) sont bien portantes.

Antécédents personnels : La malade a eu, il y a 12 ans, un érysipèle de la face, qui a pris tout le visage et a duré 1 mois environ. Deux ans après, c'est-à-dire il y a 10 ans, elle a commencé à être légèrement essoufflée dans la marche un peu précipitée et pour monter un escalier; le soir les chevilles étaient un peu enflées, mais cet œdème disparaissait par le repos de la nuit, et le matin, au réveil, il n'en restait plus de traces; en outre, il y avait quelques palpitations. Tous ces symptômes se sont accentués l'année suivante, à l'occasion d'une grossesse, au cours de laquelle se produisit une hémoptysie peu abondante formée à crachats épais et noirâtres. La malade n'a pas cessé ses occupations depuis le début de ces accidents, c'est-à-dire depuis 10 ans. L'année dernière seulement, en juillet 1897, elle a eu une crise d'asystolie pour laquelle elle est restée 16 jours à l'hôpital; quand elle est sortie, elle se sentait bien.

Maladie actuelle : La malade est très essoufflée depuis une dizaine de jours : dès qu'elle veut marcher un peu vite, elle éprouve une vive dyspnée; ce n'est qu'à grand peine qu'elle peut gravir les marches d'un escalier. Elles a de fortes palpitations et elle ressent une douleur précordiale intense. Elle tousse depuis un quinzaine de jours, mais ne crache pas. Il n'y a pas eu d'hémotysie. L'appétit a complètement disparu; on ne note ni nausées ni vomissements; il y a seulement de la constipation. Les jambes ne sont pas enflées.

A l'examen direct, nous voyons une femme de taille peu élevée, plutôt maigre. Les pommettes et les lèvres sont fortement colorées et cyanosées. Le reste du visage a une teinte pâle, blafarde. La respiration se fait avec peine. On examine tout de suite les appareils circulatoire et respiratoire.

Cœur : A l'inspection de la région précordiale, on voit battre la pointe dans le 6° espace intercostal, en dehors de la ligne mammaire. La paroi est soulevée sur une plus large surface que normalement.

La palpation confirme les résultats fournis par la vue. Le battement cardiaque est peu énergique. De plus, on perçoit un frémissement systolique bien net.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont fréquents et irréguliers; il y a de la tachycardie avec arhythmie; en outre, on entend au premier temps et à la pointe un souffle râpeux, se propageant dans l'aiselle.

Le pouls est petit, fréquent et irrégulier.

Thorax : En avant, rien d'anormal à la percussion. L'auscultation fait entendre des sibilants et des sous-crépitants généralisés. En arrière, il y a une très légère submatité aux bases. On entend à ce niveau quelques sous-crépitantes et des sibilantes disséminées.

Les *urines* sont rares (300 centim. cubes), foncées, contenant des traces d'albumine.

M. le professeur Rauzier porte le diagnostic d'insuffisance mitrale ancienne en hyposystolie.

Le traitement prescrit et le suivant : Lait absolu, et potion avec

Feuilles de digitale	80 gr.
Infuser dans l'eau.	100 gr.
Réduire à 90, passer et ajouter .	
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	30 gr.
Essence de menthe	une goutte

à prendre une cuillerée toutes les 2 heures.

13 janvier. La malade est dans le même état que la veille. Il y a toujours beaucoup de dyspnée. Le pouls ne s'est pas remonté. Les urines sont très peu abondantes (200 centim. cubes). Même prescription.

Vers 7 heures du soir, la malade s'est couchée sur le côté gauche, les jambes repliées en chien de fusil, et est tombée dans un mutisme absolu. Elle se détourne quand on lui parle, et refuse de répondre. Elle ne veut pas non plus prendre son lait ni de boisson d'aucune espèce. La température, qui était normale, monte à 39°.

La nuit est bien agitée. La malade ne cesse de tourner et de retourner dans son lit. A aucun moment, il n'y a de mouvements convulsifs. Elle ne pousse aucun cri. Il est impossible de lui faire prendre une cuillerée de liquide.

14 janvier. A la visite, l'état est le même. Toujours le même mutisme. La malade a perdu connaissance et ne comprend pas les questions qu'on lui pose. Elle n'ouvre pas la bouche pour montrer la langue. Elle est toujours couchée sur le côté et reste dans cette position. Les membres sont légèrement contracturés. La sensibilité réflexe persiste. Lorsqu'on pique la peau de la malade, elle retire aussitôt son membre. Il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Il n'y a pas de raideur de la nuque.

L'état du cœur est le même que la veille. On note toujours de la tachycardie et de l'arhythmie. — Le pouls est très petit. — Du côté du thorax, pas de nouveaux symptômes; sibilants disséminés et sous-crépitants assez gros aux deux bases.

Un échantillon d'urine retirée par le cathétérisme renferme des traces d'albumine.

La fièvre est toujours forte : 39°1.

Ce qui domine, en somme, ce sont des troubles psychiques, avec fièvre, ne répondant à aucune lésion bien nette des organes. On ordonne plus que jamais un régime lacté absolu; comme dérivatifs, on prescrit :

Calomel . . . . 0 gr. 75 *illico.*

On met en outre quelques sangsues aux apophyses mastoïdes.

Les membres inférieurs sont enveloppés de cataplasmes sinapisés.

Le soir, la température est à 39°. La malade a pu prendre un peu de lait. Elle semble reprendre connaissance.

Le calomel n'ayant pas produit d'effet, on donne un lavement purgatif qui la fait aller abondamment.

15 janvier. La fièvre baisse un peu (38°5). La malade recommence à parler; elle répond bien aux questions qu'on lui pose. Le regard est plus animé; les yeux suivent parfaitement les objets qu'on leur montre. Il n'existe aucun souvenir de ce qui s'est passé la veille; la malade ne se rappelle nullement avoir perdu connaissance 24 heures.

La dyspnée est moindre. — L'auscultation du thorax ne dénote pas de signes nouveaux.

Au cœur, il y a toujours de la tachycardie et de l'arhythmie, avec souffle systolique.

Mais le pouls est très misérable. La cyanose est très intense. La langue est sale, assez humide. Le ventre est souple; non douloureux. La malade a encore uriné au lit. *Il y a une quantité notable d'albumine rétractile.*

On donne encore :

Calomel . . . . 50 gr.

en une fois, dans un peu de lait.

Continuer les cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

Supprimer la digitale àcause de la quantité assez considérable d'albumine.

Faire deux injections hypodermiques de 2 centigrammes de sulfate de spartéine. A renouveler, si la cyanose augmente.

16 janvier. La température, qui la veille au soir était à 38°6, est tombée ce matin à 36°6. La malade se sent beaucoup mieux. Elle est moins cyanosée. Elle reprend de plus en plus sa connaissance. Le pouls est bien meilleur et s'est relevé sous l'influence de la spartéine.

Mêmes symptômes respiratoires. Au cœur, l'impulsion cardiaque est plus énergique, et le souffle mitral plus intense. Un peu moins de tachycardie.

Les urines, plus abondantes, contiennent 9 grammes d'albumine.

Continuer le lait et la spartéine.

17 janvier. Il n'y a pas eu de retour de fièvre. L'essoufflement est presque nul. Il n'y a presque plus de cyanose. Le pouls est plus fort et plus régulier.

La malade a vomi une fois.

Les urines (1 litre environ), contiennent 70 centigrammes d'albumine.

Continuer le lait et les injections de sulfate de spartéine.

20 janvier. Amélioration progressive et continue. Traces d'albumine; même prescription.

22 janvier. Il n'y a plus d'albumine.

A l'auscultation du cœur, on entend un dédoublement très net du deuxième bruit, à la pointe et en plein ventricule. Il est rare de percevoir des dédoublements aussi marqués.

Le pouls est bon. — Il y a encore quelques sous-crépitants aux deux bases.

Supprimer les injections sous-cutanées de spartéine. Les remplacer par la potion suivante, dans laquelle on met un peu d'iodure :

Sulfate de spartéine	0 gr. 10
Iodure de potassium	1 gr.
Julep.	60 gr.

Faire des badigeonnages à la teinture d'iode aux bases des poumons.

27 janvier. La malade allant toujours mieux, et l'albumine n'ayant pas reparu, on permet une soupe au lait.

29 janvier. Comme régime, on prescrit le 1/2 quart et 2 œufs.

5 février. La malade a repris le régime ordinaire et ne s'en est pas mal trouvée.

17 février. Un peu de gêne respiratoire.

Cœur : A la palpation, on sent un frémissement qui commence avant la systole et qui se continue pendant cette systole.

A l'auscultation, il y a une arhythmie très nette et un souffle râpeux, présystolique et systolique. Le dédoublement du 2e temps est toujours très net.

On remet la malade au régime lacté. — Potion à la spartéine.

21 février. Il n'y a presque plus d'arhythmie. — Le frémissement et le souffle présystolique et systolique sont toujours bien marqués. — Il n'y a pas de dyspnée. — Pas d'albumine.

Régime lacté mixte.

28 février. La malade se sent bien et demande à sortir.

Reprenons rapidement cette histoire clinique et mettons en relief les points intéressants :

A son entrée à l'hôpital, le 14 janvier, notre malade ne se distinguait pas sensiblement des autres cardiaques; elle présentait le tableau classique de l'asystolie : tachycardie et arhythmie, dyspnée, angoisse précordiale, cyanose, etc.; l'œdème seul était peu marqué. Le diagnostic d'insuffisance mitrale en hyposystolie n'était pas difficile à porter. Dans l'histoire de cette cardiopathie, rien non plus de bien particulier : c'est à l'occasion d'un érysipèle de la face que la lésion de l'endocarde s'est faite; mais elle est demeurée silencieuse grâce à une compensation parfaite, qui, dans la suite, a été en partie détruite à l'occasion d'une grossesse. Alors les troubles fonctionnels ont véritablement incommodé la malade qui jusque-là avait bien supporté sa lésion; les symptômes se sont graduellement aggravés jusqu'à l'asystolie.

Jusqu'ici donc, rien de particulièrement saillant. Mais voici ce qu'a de remarquable notre observation.

Le lendemain de son entrée, vers 7 heures du soir, sans avertissement, sans prodromes, la malade tombe dans un état de torpeur, d'apathie et de somnolence dont on ne peut la tirer; la perte de connaissance est complète, le mutisme absolu; il y a des troubles des sphincters. Cet état apoplectiforme dure 24 heures et s'accompagne d'une fièvre intense; la température en effet, qui était normale, monte brusquement à 39°, reste élevée pendant 2 jours pour tomber ensuite. Lorsque la malade revient à elle, elle n'a aucun souvenir de la crise qu'elle a traversée; il ne lui en reste qu'une grande lassitude qui disparaît les jours suivants.

L'explication de cette crise est un peu difficile.

Et tout d'abord l'hystérie, la grande simulatrice, a été écartée d'emblée, de par la fièvre intense qui a été constatée alors.

L'idée d'une méningite aiguë se présentait naturellement à l'esprit : ces troubles psychiques graves accompagnés d'une température élevée pouvaient en effet faire songer à une congestion violente de la séreuse cérébrale. Cependant nous n'observions pas ici les symptômes cardinaux de toute méningite; il n'y avait en effet ni céphalée, ni nausées, ni vomissements; il n'y avait pas non plus de constipation, mais au contraire une incontinence absolue des matières fécales. La raideur du dos et de la nuque, l'inégalité pupillaire, la raie méningitique, sont autant de symptômes qui faisaient absolument défaut. En outre une méningite n'aurait pas éclaté ainsi brusquement et sans prodrome.

Une hypothèse qui méritait d'être envisagée, étant donné précisément l'état antérieur du cœur, c'est celle d'une endocardite infectante. Il existe en effet, d'une part, une forme méningitique de cette endocardite, individualisée par Osler, qui simule les allures de la méningite cérébro-spinale : céphalagie et rachialgie violente, raideur de la nuque, vomissements, etc.; autant de symptômes que ne présentait pas notre malade. D'autre part, l'endocardite infectante se complique parfois d'embolies oblitérant les artères cérébrales et produisant une attaque d'apoplexie suivie d'aphasie et d'hémiplégie. Dans ce cas, on observe pendant l'ictère une déviation des traits de la figure et, après lui, une paralysie d'une moitié du corps. Eh bien, chez notre malade, rien de semblable. Nous notions seulement un état apoplectiforme, mais pas de déviation du visage; et quand cet état cessa, au bout de 24 heures, il n'existait pas trace de paralysie.

Le diagnostic auquel M. le professeur agrégé Rauzier s'est dès le début rattaché et qui s'est vérifié ensuite est celui d'*urémie fébrile*.

Voici en effet l'interprétation parfaitement rationnelle que l'on peut donner des troubles observés.

Notre malade est une cardiaque déjà ancienne, ayant eu plusieurs crises d'asystolie. Ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, ses reins ne sont pas indemnes, mais présentent un fort degré de congestion passive se traduisant cliniquement par des traces d'albumine dans les urines qui sont en outre considérablement diminuées de quantité (300 centim. cubes, 200 centim. cubes) et de coloration foncée. Cette malade contracte, dans les salles même de l'hôpital, la grippe, épidémique à ce moment; sous l'influence de cette grippe, le rein, déjà difficilement perméable, se ferme complètement; une néphrite infectieuse aiguë se surajoute à la congestion première, et la dépuration urinaire déjà si compromise est du même coup annihilée. D'où urémie, se manifestant par la crise comateuse observée, qui éclate tout d'un coup et disparaît sans laisser de traces. Ce qui confirme cette hypothèse d'urémie, c'est la présence d'albumine dans les urines : les premiers jours la quantité en est si minime qu'on ne peut faire de dosage; elle monte ensuite brusquement jusqu'à 89 grammes par litre pour diminuer graduellement et disparaître.

C'est donc en présence d'un cas d'urémie que nous nous sommes trouvé. De plus, cette crise d'urémie s'est accompagnée d'une fièvre intense qui doit être mise sur le compte de la maladie infectieuse, la grippe, cause de

l'urémie. Cette fièvre est apparue brusquement et a rapidement disparu au bout de 3 jours.

Une telle interprétation des faits me paraît absolument logique et le diagnostic d'*urémie fébrile d'origine grippale chez une cardiaque* me semble ainsi justifié.

Il est un dernier point que je voudrais indiquer en terminant. A l'entrée de la malade dans le service, nous notions seulement des signes physiques d'*insuffisance mitrale pure :* frémissement systolique à l'auscultation. Quelques jours avant sa sortie, nous percevions en outre un frémissement présystolique, un souffle présystolique et un dédoublement du 2e bruit, c'est-à-dire des signes bien nets de *rétrécissement mitral* qui venaient s'ajouter à ceux de l'insuffisance.

Sous l'influence de la grippe, une nouvelle poussée de granulations s'était faite au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, et la malade qui d'abord avait une insuffisance pure, présentait maintenant une double lésion : insuffisance et rétrécissement.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Depeton. *De la grippe ou influenza surtout au point de vue de son traitement et des différences de sa gravité suivant les milieux d'observation.* N° 560. (Carré et Naud.)

M. Eliason. *Les traitements de la chlorose.* N° 562. (Bordier et Michalon.)

M. Boissou. *Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow.* N° 563. (H. Jouve.)

M. Angellier. *Traitement de l'insuffisance et du rétrécissement mitral.* N° 570. (H. Jouve.)

M. Gagneur. *Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie par les enveloppements de drap mouillé.* N° 571. (H. Jouve.)

M. Saias. *De la métrite chronique du col consécutive à sa déchirure (étude clinique, traitement).* N° 574. (Steinheil.)

M. Egrot. *De l'incision suivie de drainage substitué à la ponction comme traitement palliatif de certaines ascites.* N° 575. (H. Jouve.)

M. Lagrange. *Du traitement de l'infection urinaire aiguë chez les rétrécis et les prostatiques.* N° 577. (Soc. d'édit. scient.).

M. Voisin. *Des injections hypodermiques de gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* N° 583. (Steinheil.)

M. Bellet. *Contribution à l'étude du chancre syphilitique de l'urèthre (chancre du méat, chancre intra-uréthral.)* N° 585. (Delmar.)

M. Zarifian. *Contribution à l'étude clinique du traitement des bubons vénériens.* N° 589. (H. Jouve.)

M. Pinault. *Des luxations ovalaires de la hanche.* N° 539. (Soc. d'édit. scient.)

M. Descazals. *Des thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère.* N° 546. (Steinheil.)

M. Pappadatos. *Etude sur le varicocèle.* N° 548. (Carré et Naud).

M. Valette. *Contribution à l'étude du cancer secondaire de l'ombilic.* N° 550. (H. Jouve.)

M. Fabre. *L'appendicite à forme néoplasique; étude clinique.* N° 552. (Carré et Naud.)

M. Guinard. *La cure chirurgicale du cancer de l'estomac.* N° 484. (Steinheil.)

D'après M. Depeton, la quinine doit être employée comme le remède le plus précieux dans toutes les formes de l'influenza. — Elle est précieuse surtout parce qu'elle est à la fois antifébrile et antiseptique, qu'elle a une action tonique et stimule le système nerveux. — Et enfin parce qu'elle abrège la durée de la maladie et, en fermant les portes aux complications, elle prévient la manifestation des accidents graves qui pourraient survenir.

Il faut au contraire se méfier de l'antipyrine et la proscrire comme dangereuse à cause de son action hyposthénisante et des phénomènes toxiques qu'elle détermine quelquefois. — Elle déprime les forces, favorise l'asthénie des centres nerveux, les défaillances du cœur. Elle contrarie l'élimination des principes pathogènes. — Enfin elle peut, d'une manière imprévue, amener des accidents de collapsus très sérieux, et, après de petites doses, entraîner la mort, même chez des personnes habituées à en supporter de beaucoup plus fortes.

La tuberculose, très commune en France et à l'étranger d'après les statistiques connues, est très rare dans nos contrées.

Enfin si la grippe, observée d'une manière générale, évolue souvent vers la tuberculose, — cette évolution est encore très rare dans notre région du sud-ouest, — si ce n'est chez les militaires parmi lesquels elle fait de très nombreuses victimes en les tuant très rapidement.

Pour M. Eliason, qui a étudié les différents modes de traitement de la chlorose, une hygiène convenable et le fer constituent le meilleur traitement de la chlorose.

L'opothérapie n'a pas encore fait ses preuves pour pouvoir remplacer le traitement classique de la chlorose.

Parmi les moyens opothérapeutiques, l'extrait de l'ovaire occupe la première place par l'efficacité de son action; la moelle des os et l'extrait de la rate n'ont, au contraire, qu'une action médiocre.

M. Boissou a entrepris de retracer l'histoire de la sympathectomie dans la maladie de Basedow et d'en analyser les résultats comparativement aux différentes interventions proposées.

Pour cet auteur, ce n'est qu'en dissociant la pathogénie et la symptomatologie du basedowisme qu'on arrivera à fixer nettement les indications de cette affection. C'est à la clinique et à l'expérimentation à fixer ces indications. Mais nous croyons que toute méthode appliquée *a priori* au traitement de cette affection aura les mêmes résultats.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances pathogéniques basedowiennes, il est aussi erroné de prétendre que tout goître exophthalmique qui ne rétrocède pas par le traitement médical est justiciable de la sympathicotomie, qu'il le serait de le faire justiciable de la thyroïdectomie. Rien ne sert aux partisans des interventions sympathiques de se jeter à la tête réciproquement des résultats ou des statistiques.

Les résultats et les statistiques servent toutes les méthodes thérapeutiques et surtout l'empirisme. Ce n'est pas là la vraie thérapeutique. Les résultats doivent découler de l'étude des causes et des symptômes et non pas créer la pathogénie et être leurs propres justificateurs.

Il faut donc ne pas accumuler les chiffres, mais essayer d'adopter à chaque cas la méthode qui lui convient.

Les endocardites mitrales chroniques sont presque toujours d'origine infectieuse, on ne peut espérer les guérir. Le traitement ne s'adresse qu'à l'état du muscle cardiaque.

Différents médicaments ont été préconisés contre les endocardites mitrales chroniques, la digitale est le médicament de choix, mais il faut savoir l'associer aux autres préparations. D'après M. Angellier, contrairement à l'opinion classique, qui ne donne aucune médication aux cardiaques, tant que la compensation se fait bien; il semble que dans les cas de rétrécissement mitral, la digitale administrée d'une façon méthodique, suivant les règles que nous avons énoncées, retarde pendant longtemps les accidents d'asystolie, en prolongeant la période de tolérance.

Jusqu'ici la médication dans la pneumonie doit se borner au traitement des symptômes.

Or, d'après M. Gagneur, l'enveloppement dans le drap mouillé remplit à lui seul la plupart des indications.

Il calme la douleur du point de côté.

Il diminue la pression sanguine et facilite ainsi le travail du cœur et le bon fonctionnement du poumon.

Il relève la tonicité du système nerveux.

Il augmente les sécrétions et favorise l'élimination des toxines.

Il est d'un emploi facile.

Son innocuité est complète et il n'a pas de contre-indications.

Pour tous ces motifs, l'enveloppement est d'une utilité incontestable dans la pneumonie. Il faut cependant lui associer l'alcool, sous forme de grogs, de potion de Todd, les toni-cardiaques, caféine, sulfate de spartéine, l'huile camphrée, l'acétate d'ammoniaque. Enfin on fera ingérer aux malades de grandes quantités de liquide.

D'après des recherches récentes sur la musculature intrinsèque de l'utérus, le museau de tanche proprement dit serait dépourvu de fibres musculaires et uniquement formé de tissu conjonctif.

Pour M. Saias les déchirures dont le col est le siège, à la suite de certains accouchements, s'expliqueraient ainsi facilement par l'impossibilité où il se trouve de se prêter à une dilatation large et rapide, comme les orifices musculaires.

Ces déchirures, d'origine puerpérale, donnent souvent lieu à l'éclosion de la cervicite que nous avons étudiée, grâce à un double mécanisme pathogénique : 1° en agissant comme traumatismes et mettant ainsi le col en état de réceptivité morbide; 2° en ouvrant la porte à l'infection, en tant que solutions de continuité.

Les lésions du plancher périnéal, coexistant avec des déchirures cervicales, sont une cause d'aggravation de tous les symptômes morbides.

Ce qui caractérise tout particulièrement l'affection dont nous nous sommes occupé, c'est, outre l'hypertrophie des lèvres cervicales plus ou moins « retroussées » et bourrées de kystes glandulaires, la présence, à leur surface, d'une pseudo-ulcération qui peut donner au col deux aspects cliniques différents.

Des préparations extemporanées et des ensemencements, faits avec le contenu des kystes glandulaires de deux cols excisés, n'ont permis de déceler la trace d'aucun microbe.

Des coupes histologiques de ces mêmes cols ont constamment montré qu'ils ne contenaient pas de fibres musculaires, mais simplement du tissu conjonctif.

La cervicite consécutive à la déchirure est principalement confondue avec le cancer du col, à cause de la pseudo-ulcération à laquelle elle donnent lieu si souvent.

Elle est susceptible d'entraîner des complications multiples et parfois fort graves, par suite de la déformation ou de la cicatrisation vicieuse des lèvres cervicales.

Son traitement, médical, dans les cas simples et légers, sera le plus souvent chirurgical, mais conservateur. On n'oubliera jamais l'examen du périnée et sa restauration, s'il y a lieu.

Les contre-indications du traitement chirurgical sont celles du simple curetage.

D'après M. Egrot l'incision exploratrice et évacuatrice est une bonne opération, à laquelle on devra recourir dans tous les cas de tumeur pelvienne ayant occasionné de l'ascite.

L'ascite symptomatique comporte un pronostic plutôt grave, mais il importe de ne pas abandonner la maladie à son évolution qui est fatale à bref délai : le traitement s'impose.

La ponction sera abolument et dans tous les cas rejetée comme procédé thérapeutique : ses résultats sont négatifs, puisqu'il y a reproduction immédiate de l'épanchement; en outre, elle peut parfois donner lieu à des complications mortelles : la péritonite et l'hémorrhagie interne.

L'incision exploratrice suivie de drainage est la seule opération rationnelle; la présence pendant 24 heures du drain mixte dans la cavité péritonéale suffit à s'opposer à la reproduction précoce de l'épanchement et à amener dans certains cas une amélioration durable de l'état général.

Le traitement de l'infection urinaire aiguë chez les rétrécis et les prostatiques comportent d'après M. Lagrange les indications suivantes :

Chez le malade très cachectique, dont les reins n'existent pour ainsi dire plus, pas de cystostomie; il faut mettre une sonde à demeure.

Chez les malades dont les reins, quoique atteints, sont loin d'être irrémédiablement perdus, on doit faire la cystostomie, et surtout le plus vite possible.

Dans les cas nombreux où l'état du rein est difficile à déterminer d'une façon exacte, on doit pencher vers la cystostomie; elle ne tue nullement les malades, comme on l'a prétendu, et elle en sauve un grand nombre qui seraient certainement morts sans cette énergique intervention. Là encore, il faut la considérer comme une opération d'urgence.

Les injections hypodermiques de gaïacol constituent, d'après M. Voisin, le meilleur traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les solutions de gaïacol synthétique, qu'il soit pur ou associé, sont les moins irritantes.

Au point de vue général, le gaïacol, ainsi administré, offre l'immense avantage de substituer, suivant l'heureuse expression de Peter, à l'hyperémie tuberculeuse une hyperémie fugace et curative. Il permet au malade de recouvrer l'appétit, et par suite son embonpoint, et de pouvoir ainsi lutter avec d'autant plus d'avantage contre l'infection qui l'envahit.

Au point de vue local les lésions du début de la phthisie disparaissent totalement sous l'influence du traitement par le gaïacol. Les lésions plus graves sont à coup sûr entravées dans leur marche, sinon souvent obligées de rétrocéder devant les effets de la médication.

Le traitement ne peut garantir le retour à l'état primitif des fonctions des organes atteints; mais il assure une survie de plusieurs années à des malades qui auraient bientôt succombé sans cette médication. On n'oubliera pas que pour atteindre ce résultat, le traitement devra être suivi pendant de longs mois, même après qu'on aura obtenu des résultats satisfaisants.

Enfin, ce serait une grande erreur de croire qu'il faille pour cela abandonner toutes les autres parties adjuvantes du traitement. Le gaïacol, réduit à ses seules ressources serait de peu d'utilité. L'hygiène et les préparations accessoires médicamenteuses (apéritives, etc.), couramment employées dans le traitement de la tuberculose ne devront pas être rejetées; elles seront, au contraire, un utile adjuvant au gaïacol et lui permettront d'être employé avec toute son efficacité.

Pour M. Bellet il existe deux sortes de chancres syphilitiques de l'urèthre : le chancre du méat et le chancre intra-uréthral. Ils sont relativement rares, peut-être parce qu'ils passent souvent inaperçus. Le symptôme dominant est l'écoulement, d'où la confusion possible avec la blennorrhagie.

Le diagnostic est basé sur l'examen clinique, l'examen bactériologique et surtout sur l'explosion des accidents secondaires.

Le pronostic est grave en tant que lésion syphilitique, plus grave encore en tant que lésion de l'urèthre (rétrécissements, urétrorrhagies incoercibles, fistules).

Le traitement comporte deux indications. Il faut : 1° traiter la syphilis; 2° traiter la lésion et prévenir les complications.

Le traitement clinique du bubon, d'après M. Zarifian comprend trois stades.

Dans la première période, l'auteur pense qu'il est préférable d'abandonner complètement les méthodes thérapeutiques anciennes (méthodes révulsives, résolutives, abortives, etc.) pour ne se servir que des moyens suivants. Repos au lit, pulvérisations antiseptiques et pansement humide.

Dans la deuxième période, alors que la fluctuation est moins forte, avec une poche purulente peu étendue, sans qu'il y ait une trop forte congestion, il y a avantage à mettre en usage les injections antiseptiques modificatrices intraganglionnaires; mais si la poche purulente est par trop distendue, s'il existe une trop forte congestion sans que la peau soit amincie, il faut recourir à l'aspiration du pus soit par ponction capillaire aspiratrice, soit par ponction au bistouri avec les injections modificatrices.

Troisième période. Dans ce cas, la peau est très amincie, présente une teinte rouge brun ou bleuâtre, il y a menace d'ouverture spontanée, la collection purulente est très étendue avec large décollement; alors l'incision seule s'impose d'urgence; il

serait complètement inutile et même nuisible de perdre un temps précieux à employer d'autres moyens.

D'après M. Pinault les luxations ovalaires de la hanche sont le plus souvent complètes.

Les lésions anatomiques présentent une grande analogie dans toutes les autopsies.

La lèvre antérieure de la déchirure capsulaire limite le déplacement de la tête en haut. Le ligament de Bertin est constamment conservé, et tendu au maximum. C'est sa tension qui détermine l'attitude si spéciale du membre. Le psoas, également conservé et tendu, fait sangle à la face antérieure du col, et renforce dans une certaine mesure le ligament de Bertin ; mais son action, pour être évidente, n'en est pas moins secondaire. Dans la production et le maintien de l'attitude du membre, le ligament de Bertin et accessoirement le psoas semblent bien être les véritables agents en cause.

Les opinions si contradictoires émises par les auteurs, relativement aux modifications de longueur du membre dans la luxation ovalaire, sont dues probablement en partie à ce que les mensurations n'ont pas toujours été pratiquées dans les mêmes conditions. Ces modifications sont d'ailleurs accessoires ; elles accusent tantôt un raccourcissement plus ou moins marqué, tantôt un léger allongement, suivant que le membre luxé est plus ou moins relevé en haut et en dehors.

Parmi toutes les variétés de luxations de la hanche, la variété ovalaire est une de celles qui comportent le pronostic le plus fâcheux, lorsqu'elles restent abandonnées à elles-mêmes. En raison de l'infirmité considérable qu'elles occasionnent, dans la majorité des cas, les luxations ovalaires irréductibles sont justiciables d'une intervention sanglante.

Si la luxation, restée irréductible malgré l'emploi des procédés de douceur et de force, est récente, ou ne date que de quelques semaines, l'arthrotomie, pratiquée dans les conditions voulues pour lever les obstacles, pourra permettre d'obtenir la réduction. Si la luxation est plus ancienne, le procédé de choix sera la résection de la tête du fémur avec réintégration du col dans la cavité cotyloïde, préalablement libérée ou reconstituée. Lorsque les lésions sont trop avancées, il faut s'en tenir à la résection de la tête.

Les thrombo-phlébites de la dure-mère sont, d'après M. Descazals une complication fréquente des différentes inflammations des cavités de la face.

La propagation aux sinus de la lésion voisine se fait soit par extension de la phlébite d'une veine qui s'y jette, soit par l'intermédiaire d'un abcès sous-dural formé à la suite de la nécrose des parois de la cavité infectée. Ce dernier mode est le plus souvent observé dans les cas de thrombose du sinus latéral d'origine otitique.

La thrombo-sinusite se manifeste par des signes généraux et des signes locaux. Les premiers sont communs à la phlébite de tous les sinus et sont des phénomènes de pyohémie. Les seconds varient suivant le siège de la thrombose : s'il s'agit du sinus latéral, on observera le plus souvent des troubles du côté de la mastoïde et de la jugulaire ; si le sinus caverneux est en cause, les manifestations oculaires et orbitaires seront les plus marquées.

Abandonnée à son évolution naturelle, la thrombo-sinusite se termine presque toujours par la mort. On a cependant observé quelques cas très rares de guérison spontanée.

Le traitement s'adressera d'abord à la lésion initiale, pansement et désinfection des plaies, ouverture d'abcès ou d'anthrax, etc. Mais aussitôt que la thrombose sera reconnue, il faudra s'attaquer au sinus lui-même, et cela aussi rapidement que possible :

S'il s'agit de thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otitique, cas le plus fréquent, il faudra procéder de la façon suivante :

Résèquer la jugulaire interne entre deux ligatures, au-dessous de sa partie thrombosée, si possible; trépaner la caisse et la mastoïde et enfin rechercher le sinus, l'ouvrir et procéder à son nettoyage et à sa désinfection.

En cas de phlébite du sinus longitudinal, on s'inspirera des mêmes principes : pratiquer sa ligature au-dessus du pressoir d'Hérophile, l'ouvrir et le drainer de la même façon.

Le sinus caverneux est difficilement accessible; l'extraction du globe oculaire et l'ouverture des veines thrombosées sont souvent inefficaces. Robineau a décrit un procédé opératoire pour arriver directement jusqu'au sinus; mais cette tentative n'a pas encore été réalisée sur le vivant.

M. Pappadatos a étudié d'après M. Tuffier le varicocèle. Le varicocèle est ou idiopathique ou symptomatique d'une tumeur abdominale. Dans le premier cas il résulte d'une prédisposition individuelle, due à une faiblesse congénitale de l'étoffe veineuse.

La coexistence fréquente de troubles nerveux et l'association de lésions concomitantes d'autres organes, tels que dilatation d'estomac, hernies, ptoses du foie ou de la rate, rein mobile, etc., chez les individus atteints de varicocèle, nous permettent d'en faire une maladie générale, qui peut revêtir des allures variables, mais qui est due à une insuffisance physiologique des tissus.

Le varicocèle est cutané, veineux ou cutanéo-veineux.

Le varicocèle cutané est caractérisé par la distension de la peau du scrotum, par une véritable ectasie scrotale, les veines du cordon étant presque normales.

Le varicocèle veineux est caractérisé par la dilatation des veines du cordon qui sont flexueuses, variqueuses, le scrotum conservant son volume normal.

Le varicocèle cutanéo-veineux est caractérisé par la flaccidité et l'ectasie scrotale, et par la dilatation variqueuse des veines du cordon.

Dans la variété cutanée, la résection scrotale se trouve indiquée; dans la variété veineuse, c'est l'excision du paquet veineux ; dans la variété cutanéoveineuse, c'est aux procédés combinés que l'on aura recours.

Le varicocèle ne nécessite une opération que dans un nombre de cas relativement restreint. Dans la majorité des cas, un bon suspensoir et des soins hygiéniques constituent un traitement suffisamment efficace.

On ne doit opérer que si le varicocèle détermine de vives douleurs ou si, par son volume, il devient par trop gênant pour le malade. Mais si le varicocèle n'est pas seul le point de départ et la cause des douleurs que le malade accuse, si d'autres organes sont atteints en même temps, si le malade est un neurasthénique, on doit s'abstenir de toute intervention sanglante.

D'après M. Valette le cancer secondaire est assez fréquent à l'ombilic, beaucoup plus fréquent que l'épithéliome primitif.

Le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de la cavité abdominale, et plus particulièrement de l'estomac, de l'ovaire et de l'intestin.

La propagation à l'ombilic se fait presque toujours par voie lymphatique. Pour les néoplasmes de l'estomac, elle semble se produire le long du petit épiploon et du ligament suspenseur du foie.

La caractéristique du cancer secondaire semble être la forme « en bouton de chemise », mais celle-ci est loin d'être constante.

La localisation secondaire peut n'apparaître qu'à la période ultime, alors que le néoplasme viscéral a été reconnu. Elle constitue souvent, fait très important à retenir, la première et seule manifestation extérieure d'une affection cancéreuse latente.

La présence d'un foyer secondaire à l'ombilic a une grande importance au point de vue du diagnostic de la lésion viscérale. Elle permet, en outre, de préjuger une mort prochaine.

Le diagnostic du cancer secondaire et de l'épithélioma primitif de l'ombilic est quelquefois fort difficile, souvent même impossible.

Quand la nature secondaire de la tumeur a été reconnue, la cure radicale et du néoplasme viscéral et du foyer secondaire ombilical est contre-indiquée. On ne peut tenter que des opérations palliatives (gastro-entérostomie, entéro-anastomose).

Etant donnée la possibilité d'un épithéliome primitif, dans les cas où le diagnostic est hésitant, il ne faut pas s'abstenir. La laparotomie exploratrice, avec omphalectomie, paraît devoir être conseillée.

Parmi les variétés anormales de l'appendicite, il en est une qui possède une individualité clinique des plus nettes : c'est l'appendicite à forme néoplasique.

D'après M. Fabre, elle survient chez des sujets âgés. Elle est

caractérisée par un ensemble de phénomènes généraux graves, et par une tuméfaction dans la région lombo-iliaque, les symptômes généraux sont ceux de la cachexie cancéreuse, avec, en outre, des accès fébriles vespéraux; par la forme qu'elle affecte de plastron dur, immobile, à évolution lentement progressive, la tuméfaction rentre dans le groupe des indurations chroniques d'origine inflammatoire.

Lorsque les phénomènes généraux ouvriront seuls la scène, le diagnostic restera en suspens. Quand viendra s'y ajouter la localisation iliaque, la confusion sera possible avec les tumeurs et les inflammations chroniques de la région. — L'existence de la fièvre rendra improbable l'hypothèse générale de tumeur, — on éliminera facilement l'idée d'un néoplasme du foie, du rein ou du mésentère; avec l'ostéosarcome du bassin et l'épithélioma du cæcum, le diagnostic sera plus délicat.

Pour les inflammations spécifiques — tuberculose et actinomycose — de l'appareil cæco-vermiculaire, on cherchera un critérium certain dans l'examen bactériologique du pus.

D'un pronostic fatal lorsqu'elle est méconnue, l'appendicite à forme néoplasique guérit rapidement par simple incision.

M. Guinard n'hésite pas à déclarer que toute tumeur de l'estomac doit être enlevée, quelle que soit la nature qu'on lui prête après la laparotomie ou qu'on lui ait prêtée auparavant.

Les contre-indications de la résection se tirent :

a) De l'état général du sujet.

b) De la constatation clinique ou opératoire de métastases viscérales, ou de métastases ganglionnaires volumineuses et inextirpables.

c) De l'immobilité et des adhérences de la tumeur, de sa propagation au delà des portions mobilisables du duodénum ou de l'œsophage.

L'âge du sujet, la présence de ganglions simplement tuméfiés, le volume, le siège et l'étendue du néoplasme sur les parois gastriques ne contre-indiquent en rien la résection.

Pendant la résection du néoplasme, l'unique souci de l'opérateur doit être de dépasser largement les limites du mal, sans respect pour le volume et la forme ultérieure du nouvel estomac, ni pour le procédé d'anastomose à mettre en œuvre. Le duodénum, quelquefois envahi, est dans la grande majorité des cas respecté par le cancer.

Pour rétablir la continuité du tube digestif après la résection, on fera passer avant tout autre les procédés d'anastomose qui rétablissent le cours normal des matières. On rejettera, en principe, tout procédé qui nécessite l'usage de sutures en raquette (mortalité 37,83 p. 100).

Dans la pylorectomie, cas le plus fréquent des résections, immédiatement après la section transversale des parois gastriques, la tranche saine de l'estomac sera fermée de haut en bas; après la section transversale du duodénum, si le bout duodénal restant est suffisamment long et mobile, on en pratiquera l'implantation sur l'une des faces de l'estomac (mortalité 15,64 p. 100), la postérieure de préférence.

Dans le cas contraire, ce bout sera fermé à son tour et la gastro-jéjunostomie pratiquée; c'est là un pis-aller commandé par les dimensions du bout duodénal mobile, ou par la nécessité de placer un gros drain au niveau de la tête du pancréas saignante ou infectée.

Chez les sujets particulièrement faibles, on pratiquera avant tout la gastro-jéjunostomie; si l'opéré se comporte bien sous l'anesthésie, on la fera suivre de la résection immédiate; dans le cas contraire, on remettra la résection à une séance ultérieure.

L'abaissement du taux de la mortalité opératoire dans la résection de l'estomac cancéreux est au pouvoir du chirurgien et à la discrétion du médecin; la mortalité peut et doit arriver à être infime dans les cas que nous avons définis paragraphe 3.

Les conditions du succès opératoire consistent :

a) *Avant l'opération :* à éviter au malade tous les soins qui peuvent porter atteinte à son degré de résistance (lavages d'estomac, purgations, etc.).

b) *Pendant l'opération :* à ne faire usage que de la stricte asepsie, à recourir à un anesthésiste consommé, à ne suturer que des tissus sains et vivaces, à éviter toute tension des sutures, à employer la suture continue spiroïde segmentée hémostatique, à éviter toute hémorrhagie si faible soit-elle, à considérer qu'une méthode impeccable est le meilleur moyen d'aller vite et le seul admissible.

c) *Après l'opération :* à alimenter les opérés par la bouche dès le deuxième sinon dès le premier jour, et à instituer en même temps l'antisepsie intestinale, à user des lavages de l'estomac comme d'un moyen héroïque et sans danger pour les sutures, à n'espérer le succès qu'après la première évacuation intestinale solide ou gazeuse et par conséquent à ne rien faire pour l'entraver.

Les récidives doivent être traitées dans les mêmes conditions que la tumeur primitive.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Hervé (Jean-Fernand). *Mécanisme d'action des bains salés (absorption cutanée du chlorure de sodium).* N° 117.

M. Estradère (Gabriel-Jean). *Quelques cas de lipomes du sein et de la région mammaire.* N° 118.

M. Ozier (Yves-Jean-Armand). *Du coprome infantile.* N° 119.

M. Capdepon (Paul-Henri). *De l'hémiplégie tardive après la ligature de la carotide primitive. Essai de pathogénie.* N° 91.

M. Lebeuf (Louis-Jean-Jacques-Daniel). *Considérations sur les anévrysmes chez l'enfant.* N° 107.

M. Métayer (Pierre-Jules-Maurice). *Les calculs vésicaux chez la petite fille.* N° 108.

M. Delmas (Jean-François-Ernest). *De la verrue vulgaire.* N° 116.

M. Hervé admet que la peau, par sa structure, est susceptible d'absorber, mais cette absorption est contrariée par le dépôt sébacé qui tapisse l'épiderme.

Les divers parchemins, de même que la peau humaine recouverte de lanoline, ne laissent pas dialyser le sel marin en solution à la température de 15° centigrades; mais, à 36°, la dialyse se produit. Elle se continue même un certain temps après que le dialyseur a été retiré de la solution, mais avec la peau humaine seule.

Les bains salés produisent, sur l'organisme, des effets analogues à l'ingestion de NaCl.

Des diverses théories émises pour expliquer cette action, celle de l'absorption cutanée du chlorure de sodium pouvant agir doublement par l'apport du sel marin dans le sang et par l'excitation des nerfs périphériques, explique tous les faits, sans être en contradiction avec les résultats chimiques et physiologiques (augmentation des chlorures dans les urines sans diminution dans le cerveau, le foie, la rate; augmentation du chlore du suc gastrique, etc.). L'analogie des phénomènes produits par les injections hypodermiques de NaCl, par les bains de mer, par l'absorption de ce sel par les muqueuses digestives et respiratoires, vient encore justifier cette théorie.

De ces données physiologiques et chimiques découlent quelques indications thérapeutiques : la durée du bain sera de 15 à 30 minutes; sa température de 35° à 37° centigrades. On le prescrira dans certains cas où l'organisme sera appauvri en NaCl. Au contraire, il y aura contre-indication lorsque ce sel existera en trop grande abondance dans l'organisme.

M. Estradère rapporte un certain nombre d'observations de lipomes du sein, dont plusieurs appartiennent à des chirurgiens bordelais. De l'ensemble de ces faits, il résulte que le lipome du sein est souvent difficile à reconnaître, surtout chez la femme, mais que néanmoins, dans quelques cas, il se présente avec des signes assez nets pour permettre d'établir le diagnostic.

Il peut être intraglandulaire (faits exceptionnels) ou extraglandulaire. Dans ce dernier cas, il est le plus souvent encapsulé et siège soit entre la glande et la peau, soit au-dessous de la glande.

Bien que ces tumeurs ne subissent pas de dégénérescence maligne, on doit en conseiller l'extirpation par une opération

simple et qui ne déforme pas la région. L'incision sous-mammaire de Gaillard-Thomas-Mollière donne ici les meilleurs résultats, lorsqu'elle est applicable.

Le coprome, bien que moins fréquent que chez l'adulte, n'est pas rare chez l'enfant de 7 à 15 ans. M. Ozier a pu en réunir quinze observations.

La cause principale est anatomique. C'est l'allongement de l'S iliaque qui décrit des courbures très accentuées. Ces allongement, normal jusqu'à trois ans, peut exister chez l'enfant plus âgé, surtout s'il présente des troubles digestifs.

Le meilleur signe du coprome, c'est la dépressibilité. On rencontre aussi parfois un signe paradoxal : la diarrhée.

Le pronostic peut être grave puisqu'il y a des cas de mort.

Le traitement comprendra d'abord : les purgatifs, l'entéroclyse, le massage, l'électricité et les lavages de l'estomac dans les cas d'obstruction aiguë.

Si ces moyens échouent, on aura recours à la laparotomie, opération de choix qui permet soit de faire cheminer la tumeur vers le rectum à travers l'intestin, soit d'inciser celui-ci et d'extraire la tumeur. L'entérostomie s'imposera quelquefois comme une opération d'urgence.

Si des sutures intestinales sont nécessaires, le chirurgien tiendra compte de la modification de texture des parois et, dans quelques cas, il sera peut-être amené à réséquer une portion d'intestin trop altérée et à anastomoser les deux bouts.

L'hémiplégie tardive, complication la plus fréquente et la plus redoutable de la ligature de la carotide primitive, est due, pour M. Capdepon, à une thrombose ascendante, aussi bien lorsqu'elle se produit peu après la ligature que lorsqu'elle survient longtemps après.

L'hémiplégie survenant plusieurs semaines ou plusieurs mois après est due à la migration, dans les artères cérébrale antérieure et moyenne, d'un caillot détaché de celui qui obture le vaisseau carotidien primitif et la thrombose génératrice de l'hémiplégie est elle-même sous la dépendance de la sténose du système carotidien du côté opposé à la ligature.

Donc, ne pratiquez jamais la ligature de la carotide gauche et réciproquement. L'artère explorée ou ses branches ne battent-elles plus? Abstenez-vous de toute intervention sur l'autre artère, car la circulation cérébrale, par la suppression de l'apport carotidien, ne se fera plus que par les deux vertébrales. Ces dernières pouvant ne pas posséder leur calibre normal, le malade est alors exposé à l'hémiplégie tardive.

M. Lebeuf a étudié les anévrysmes chez l'enfant. Ceux-ci peuvent se développer après un traumatisme sur des artères exempts de lésions inflammatoires.

Cependant, l'alcoolisme et le rhumatisme aigu, la syphilis, etc. déterminent chez l'enfant, comme chez l'homme, des lésions artérielles susceptibles de donner naissance à des anévrysmes.

Le rhumatisme, la syphilis et l'alcoolisme des parents créent chez les descendants non pas une lésion, mais une malformation congénitale des artères. Cette malformation consiste dans une disparition plus ou moins complète des fibres élastiques de la couche moyenne et favorise l'apparition de l'anévrysme chez le fœtus et chez l'enfant (anévrysmes congénitaux, diathèse anévrysmale).

Les anévrysmes chez l'enfant ont les caractères de ceux de l'adulte; cependant leur évolution paraît plus rapide.

Les procédés de choix, dans le traitement de l'anévrysme chez l'enfant, est la ligature au-dessus du sac, ou l'extirpation de la tumeur par le procédé de Purmann.

Les calculs vésicaux chez la petite fille sont très rares et M. Métayer n'a pu en réunir qu'une cinquantaine d'observations. C'est que l'élimination du sable par l'urèthre est bien plus facile que dans le sexe mâle.

Les calculs sont le plus souvent d'origine rénale et sont formés d'urates, quelquefois d'oxalates.

Ils se traduisent surtout par des douleurs intenses au moment de la miction, obligeant les malades à porter sans cesse les mains à leurs organes génitaux externes. Ils peuvent causer les prolapsus de l'urèthre ou du rectum par suite des efforts ou créer des habitudes de masturbation. L'hématurie, l'incontinence d'urine ou la rétention n'offrent rien de spécial.

Chez l'enfant, l'examen par les rayons X peut fournir des indications utiles sur le nombre, la forme, le volume et la position des calculs et compléter les renseignements que donne le cathétérisme.

Comme traitement, on n'aura recours à la dilatation que si la pierre est petite, car elle peut amener, si elle est poussée trop loin, de l'incontinence d'urine. La lithotritie, difficile chez la petite fille, ne sera employée, pour la même raison, que si le calcul est petit et friable.

La taille hypogastrique, qui ménage l'hymen (ce qui suffirait à faire rejeter les tailles uréthrale et vaginale) est indiquée dans la majorité des cas. Elle est favorisée par la situation abdominale de la vessie. Celle-ci sera suturée, si les urines ne sont pas infectées.

Après avoir fait voir qu'on tend aujourd'hui à admettre que la verrue est contagieuse et parasitaire, M. Delmas étudie la clinique et l'anatomie pathologique de l'affection.

Quant aux traitements, le choix parmi eux est fort difficile; tous ont donné d'excellents résultats et d'éclatants insuccès. Tels sont, par exemple : l'excision de la verrue mère amenant la disparition des verrues filles; la suggestion guérissant en 8 jours une jeune fille atteinte de verrues de la face dorsale d'un doigt.

Aussi les traitements les plus simples sont-ils les premiers à conseiller. On commence par employer les topiques doux, puis les acides (surtout l'acide nitrique) et enfin l'excision.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 Septembre 1898.

Des greffes d'os vivants.

M. Berger présente un rapport sur une communication de **M. Ricard** intitulée *Des greffes d'os vivants.*

Dans le premier des faits communiqués par M. Ricard, il s'agissait d'une femme sur laquelle celui-ci avait comblé une perte de substance du crâne résultant de l'ablation d'un ostéosarcome au moyen d'un fragment d'os coxal enlevé à un chien. Cinq ans après, l'opérée rentrait à la Salpêtrière en pleine généralisation sarcomateuse mais sans récidive locale. M. Chipault put constater du vivant de la malade, par la palpation, la persistance de la greffe osseuse.

M. Berger rappelle les expériences de MM. Ollier, Adamkiewicz et Mossé sur la greffe osseuse interanimale et le rapport de M. Le Dentu sur cette question. Il est démontré par ces expériences que les greffes hétéroplastiques se résorbent le plus souvent et que, même lorsqu'elles persistent, elles sont le siège d'un travail de résorption partielle; elles peuvent être remplacées par une cicatrice fibreuse très ferme qui peut faire croire à la persistance de la greffe : il eût été intéressant de pratiquer, dans le cas présent, l'examen radioscopique ou la photographie au moyen des rayons de Röntgen, et surtout de recueillir et d'examiner la pièce pour constater directement la persistance du transplant osseux et étudier les phénomènes anatomiques dont il est le siège.

Le second cas a trait à une jeune femme qui présentait un enfoncement du nez dû à la destruction de la cloison et à l'affaissement de son squelette. On avait à deux reprises tenté de restaurer la forme du nez en soutenant les parties molles avec un support métallique, par la méthode de M. Claude Martin (Lyon), mais la charpente métallique avait ulcéré les téguments et faisait saillie au travers de cette perforation. M. Ricard dut l'enlever, puis après avoir fendu les téguments du nez sur la ligne médiane et avoir séparé par une dissection soigneuse la peau de la muqueuse dans une certaine étendue, il introduisit

entre elles, sur la région dorsale du nez, le quatrième métacarpien qu'il extirpa à l'un des pieds de la malade et qu'il façonna suivant les besoins; il réunit ensuite les téguments en avant de la greffe autoplastique incluse dans les parties molles. Cette greffe fut tolérée; la difformité resta corrigée, néanmoins le transplant osseux se résorba à la longue et fut remplacé par une masse fibreuse élastique et résistante qui maintint le résultat obtenu au point de vue de la forme.

M. Berger fait observer que les insuccès sont chose assez fréquente par la méthode de M. Claude Martin. Il a vu plusieurs fois les charpentes métalliques user et perforer les téguments qu'elles étaient destinées à soutenir et il a été plusieurs fois forcé d'en pratiquer l'extraction. Le résultat obtenu par M. Ricard est, au contraire, très satisfaisant, mais il n'est pas et ne peut être parfait; le nez reste court et plus ou moins épaté; cette déformation persistante s'observait également sur des sujets sur lesquels Israël (de Berlin) avait cherché à corriger des enfoncements du nez par un procédé analogue. Quant à la résorption du transplant osseux, elle n'a rien qui doive surprendre; si dans les cas d'Israël, dans un cas opéré par M. Berger, le transplant osseux a semblé persister, le résultat n'a été suivi et la persistance constatée qu'au bout d'un temps beaucoup moins long.

M. Berger pense, comme M. Ricard, que les greffes autoplastiques ne présentent peut-être pas un avantage très grand à ce point de vue sur les greffes osseuses empruntées aux animaux et il est disposé à revenir à ces dernières dans ses prochaines opérations.

M. A. Poncet. — Voir page 889.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'empoisonnement par le phosphore et la morphine,

Par le Dr Schreiber (de Göttingen) (1).

On sait que le permanganate de potasse a été recommandé comme l'antidote du phosphore aussi bien que de la morphine. Son action s'explique par la forte oxydation du permanganate et par l'affinité des deux autres substances pour l'oxygène. Les résultats de l'oxydation du phosphore (acide orthophosphorique) et de la morphine (oxydimorphine) ne sont pas toxiques, du moins à la dose dont il s'agit.

L'inconvénient est que le sel de potasse du permanganate est toxique et cette toxicité empêche l'emploi de ce médicament à trop fortes doses.

C'est pour cela que M. le Dr Schreiber (de Göttingen, a entrepris en collaboration avec M. le Dr Fuge, des recherches dans le but de voir si, en remplaçant le sel de potasse de l'acide permanganique par le sel de soude, on pouvait conserver au permanganate son pouvoir antitoxique.

Le résultat de ses recherches est fort intéressant. Comme il était à prévoir, on peut donner de fortes doses de permanganate de soude sans inconvénient jusqu'à 4 gr. 50. En réalité il suffit de 0 gr. 06 de $Na Mn O_4$ pour transformer 0 gr. 1 de morphine en oxydi-morphine, et à peu près 0 gr. 5 de $Na Mn O_4$ pour oxyder 0 gr. 1 de phosphore (30 allumettes contiennent à peu près 0 gr. 1 de phosphore).

Dans les expériences établies par M. le Dr Schreiber, le permanganate de soude ne s'est nullement montré inférieur au permanganate de potasse. C'est ainsi qu'un chien pesant 20 kilog. reçut 6 grammes de morphine et 500 centim. cubes d'une solution de permanganate de soude à 0 gr. 2 p. 100 sans présenter le moindre phénomène d'intoxication. Un autre chien du même poids auquel on donna 0 gr. 15 de phosphore et 0 gr. 1 de permanganate de soude dans 150 grammes d'eau, ne présenta également aucun signe d'empoisonnement.

Ces expériences établissent nettement la valeur antidotique du permanganate de soude et justifient pleinement son emploi dans le cas d'empoisonnement aigu par la morphine ou le phosphore, soit en lavages d'estomac, soit en ingestions.

1. *Centralbl. f. innere Medicin*, 1898, p. 601.

Emploi de la thiosinamine en ophthalmologie,

Par le Dr W. Ruoff (de Philadelphie) (1).

Bien que la thiosinamine ne soit pas un nouveau produit, son emploi thérapeutique est récent.

Découverte en 1828 par Berzelius, étudiée par Strecker en 1857, c'est à Hebra que l'on doit son introduction en thérapeutique.

Il en étudia les propriétés physiologiques et bactériologiques et en obtint des résultats encourageants dans le lupus et la tuberculose. Tonsey (de New-York) à son tour, remit en usage ce médicament et en obtint des résultats très satisfaisants dans le traitement des chéloïdes.

La thiosinamine est une poudre incolore en cristaux rhomboïdes, de goût amer, d'odeur légèrement alliacée. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther.

Elle appartient au même groupe chimique que l'urée :

La formule de l'urée répond à. $CO \left\{ \begin{array}{l} NH_2 \\ NH_2 \end{array} \right.$

Celle de la thiosinamine . . . $CS \left\{ \begin{array}{l} NHC_3H_5 \\ HN_2 \end{array} \right.$

L'oxygène de CO a été remplacée par le sulfure et un atome de H par le radical allyle du groupe amine.

Hebra a employé la thiosinamine en injections sous-cutanées en solution à 50 p. 100 dans l'eau et l'alcool M. le Dr Ruoff (de Philadelphie) a eu l'occasion de l'employer dans 5 cas d'opacité de la cornée. Le médicament fut administré tantôt par la voie buccale à la dose de 3 à 4 grains, tantôt en injections hypodermiques à la même dose en solution dans parties égales d'eau et de glycérine.

Dans 2 cas il obtint une remarquable amélioration, dans les autres cas l'effet fut plus lent et moins net. Enfin dans un cas il n'y eut aucun changement.

Traitement de la chorée par l'ésérine,

Par le Dr Carmelo Sacca (2)

L'ésérine a été recommandée dans un grand nombre de maladies nerveuses. Harley, l'Ogle, Sée, la prescrivaient dans l'épilepsie; Layton, Bauvier-Lemaire dans le tétanos rhumatismal et traumatique.

D'autres l'ont ordonnée dans le délire alcoolique dans les tremblements alcooliques, saturniens ou jacksonniens, dans les tics douloureux et pastiques, dans l'athétose; Reiss l'a conseillé dans l'hystérie.

Dans la chorée, Bouchut le premier en recommande l'emploi. A son tour M. le Dr Carmelo Secca a eu recours à ce médicament dans un cas de chorée avec de bons résultats.

La dose à laquelle il prescrivit ce médicament fut la suivante :

Sulfate d'ésérine chimiquement pur . .	1 cent.
Eau distillée	10 gr.

Injections sous-cutanées par quart de seringue de Pravaz en augmentant progressivement jusqu'à 1 seringue entière, c'est-à-dire 1 milligramme.

Il est bon d'avoir toujours une solution fraîche car ce médicament est facilement altérable. Parfois la piqûre est douloureuse; pour éviter cet inconvénient on peut faire une pulvérisation de cocaïne préalable sur le point où doit porter l'injection. Par ce moyen, M. le Dr Carmelo Sacca, a obtenu d'une façon

1. *Gazetta med. Lombarda*, 1898, p. 198.
2. *Medic. and surg. Reporter*, 1898, p. 186.

très rapide la guérison d'une chorée persistant depuis des mois, chez un homme de 34 ans et il pense avec raison que ce médicament déjà recommandé par la haute autorité de Bouchut, mériterait d'être plus employé.

Traitement des sinusites aiguës de la face,

D'après M. le Dr Pierre Trinité.

Contrairement à l'opinion généralement reçue, la sinusite est une maladie fréquente, mais elle reste souvent à l'état latent; on la trouve environ une fois sur cinq sujets pris au hasard. Cette fréquence est expliquée par l'étiologie : le coryza aigu et la carie dentaire, sont les causes les plus fréquentes de cette affection. La sinusite est aussi une maladie grave. A l'état chronique, elle présente une durée indéfinie, exige un traitement long et pénible, provoque des complications à distance par l'écoulement du pus vers les voies respiratoires et digestives, et peut se propager vers les organes intra-crâniens et donner naissance à des accidents mortels. A l'état aigu, elle guérit 9 fois sur 10 spontanément mais peut aussi passer à l'état chronique, ou donner lieu à des complications graves, otite purulente, phlegmon de l'orbite, abcès du cerveau notamment au niveau du lobe frontal, méningite de la base, thrombose des sinus caverneux. Il est donc nécessaire de la reconnaître de bonne heure afin d'instituer un traitement capable d'enrayer la maladie et d'en prévenir les complications. C'est ce traitement qu'expose en détail dans sa thèse (1) M. le Dr P. Trinité.

Ce traitement peut être chirurgical ou médical. Nous ne parlerons ici que du traitement médical, qui doit être choisi de préférence, en raison de la tendance qu'ont les sinusites à la guérison spontanée.

L'irrigation nasale avec le siphon de Veber doit être, d'une façon générale, rejetée, car elle expose à l'infection des sinus sains et, ce qui est plus grave encore, de l'oreille moyenne elle-même. La douche d'air doit être également écartée et pour les mêmes raisons, avec cette circonstance aggravante qu'elle est plus dangereuse encore. Le procédé le plus efficace pour obtenir la désobstruction des orifices des tissus est évidemment le cathétérisme; mais cette opération très délicate ne peut être effectuée que par un spécialiste. Il en est de même de la cocaïnisation des orifices qui est une excellente méthode entre les mains d'un praticien expérimenté, mais qui a contre elle la nécessité d'être employée dans les conditions les plus propres à provoquer des accidents (station assise, état fébrile, hautes doses, etc.).

Il est un autre médicament, d'une innocuité absolue, capable de remplir la double indication anesthésique et vaso-constrictive, qui est en outre antiseptique et dont l'application est simple et facile, c'est le menthol.

C'est Guye d'Amsterdam qui a eu le premier l'idée de l'appliquer au traitement des sinusites aiguës. Voici son procédé en quelques mots : création préalable d'un orifice artificiel nasal de l'antre d'Higmore (car il ne s'agissait que des sinusites maxillaires), et insufflation, à l'aide de la poire de Politzer, d'air chargé de vapeurs de menthol pur. On voit immédiatement les difficultés et les désavantages de ce procédé : d'abord une intervention chirurgicale qu'il est préférable d'éviter, puis l'emploi de la douche d'air avec tous ses inconvénients. Cette méthode n'a pas été adoptée.

Il est heureusement possible de s'assurer les nombreux avantages du menthol sans avoir recours à des méthodes aussi compliquées. C'est ce qu'a pensé M. Lermoyez, en s'appuyant sur une autre propriété qui vient compléter les avantages de ce précieux médicament, sa volatilité.

Contrairement à la cocaïne, le menthol est volatil à basse température. On peut donc songer à le faire pénétrer sous forme de vapeurs dans les fosses nasales. Les vapeurs, se répandant sans pression, ne risquent pas d'entraîner le pus vers des sinus sains ou vers les trompes d'Eustache; leur action vaso-constrictive dégage les orifices des sinus et leur permet de pénétrer aisément dans la cavité malade, où le pouvoir antiseptique agit à son tour pour amener la guérison. En même temps la douleur s'atténue à la fois, parce que le pus s'écoule plus facilement et parce que l'action anesthésique du médicament s'exerce sur toute la surface intérieure du sinus. Enfin il n'y a plus lieu ici, comme pour la cocaïne, de s'inquiéter de la durée de l'action obtenue, puisque le menthol n'est pas toxique et peut être introduit dans l'organisme d'une façon continue.

Les vapeurs de menthol n'ont qu'un inconvénient, elles sont irritantes. Il est facile d'y remédier en les diluant dans la vapeur d'eau, dont l'action résolutive sur les inflammations aiguës des voies aériennes supérieures, établie par M. Variot, ne saurait être que favorable dans le cas actuel.

Voici la formule indiquée par M. Lermoyez :

Alcool à 90°	100 gr.
Menthol cristallisé	4 gr.

Une cuillerée à café de cette solution est mélangée soigneusement à un bol d'eau très chaude, non bouillante. Les vapeurs sont recueillies par un inhaleur quelconque, soit un entonnoir dont la petite extrémité pénètre dans la narine, soit mieux un inhaleur Moura (Bocalrhine) qui recouvre le bol, et par son autre extrémité enferme les narines et la bouche du patient. Les vapeurs ainsi dirigées pénètrent dans les fosses nasales et dans les sinus où elles exercent leur action. L'inhalation, qui n'a rien de pénible, produit un rapide soulagement; cependant elle ne peut être continue, pratiquement il suffit qu'elle soit employée de cinq à dix minutes toutes les heures.

L'écoulement abondant du pus qui résulte du dégagement de l'orifice sinusal donne au malade un besoin de se moucher qui peut devenir dangereux. En effet, l'action de se moucher, pratiquée à la façon ordinaire, ferme en partie l'orifice des narines et provoque en même temps le relèvement du voile du palais; si donc le contenu des fosses nasales est trop abondant, il ne peut pas s'échapper entièrement par les narines incomplètement ouvertes, et prendra en quantité plus ou moins grande la voie des trompes d'Eustache. Une otite moyenne en peut résulter. Il est donc nécessaire d'avoir soin de recommander au malade de se moucher en fermant seulement, mais complètement, la narine du côté vide, et en soufflant doucement du côté opposé, qui est le côté malade. Dans ces conditions, le pus n'a aucune tendance à se diriger en arrière, et il n'y a pas de complications à redouter de ce côté.

Les résultats de ce traitement sont nets : la douleur devient dès le début intermittente, ne forme plus que des crises de plus en plus courtes et rares, puis disparaît avant la fin de la première semaine. Vers le cinquième jour, l'écoulement nasal cesse d'être fétide, puis il devient muco-purulent et enfin muqueux, avant de disparaître totalement. Il n'y a plus alors de symptômes subjectifs, mais on doit craindre les récidives possibles, qui sont fréquentes, d'après Avellis, dans toute sinusite aiguë, et l'on n'est en droit d'affirmer la guérison complète et définitive que quand l'épreuve de l'éclairage par transparence donne de nouveau l'aspect d'un sinus sain; or, ce résultat est tardif, car les muqueuses, même guéries, gardent de leur inflammation un épaississement qui dure plusieurs semaines et que M. Lermoyez a même vu persister près d'un an. Cependant, en pratique, la disparition des deux symptômes principaux est suffisante pour qu'on n'ait plus à redouter des complications et à tenter un autre traitement. Si cette disparition n'était pas obtenue après 15 jours, il faudrait recourir à l'ouverture chirurgicale du sinus, mais cette éventualité ne s'est pas encore produite dans les différents cas où ce traitement a été appliqué par MM. Lermoyez et Luc, cas qui ont permis d'établir les résultats décrits dans le travail de M. Trinité.

En résumé, le meilleur traitement des sinusites aiguës consiste jusqu'à ce jour en l'emploi des inhalations de vapeur d'eau mentholée, sauf lorsque des complications cérébrales, ou l'échec de ce traitement médical, obligent à intervenir chirurgicalement par l'ouverture de la cavité malade.

G. M.

1. Pierre Trinité, Les sinusites aiguës de la face et leur traitement (th. de Paris, 1898, n° 297).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Des esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne : mécanisme, diagnostic et traitement,

Par M. Leplat (1).

Les esquilles pénétrantes jouent un rôle important dans beaucoup de fractures du crâne par leur action sur les méninges et l'encéphale qu'elles peuvent comprimer, irriter, blesser, faire suppurer.

Très souvent les signes extérieurs de l'enfoncement manquent ou sont voilés. Le diagnostic devient alors difficile et ne se fait que par la connaissance exacte du mécanisme et par des signes indirects : les symptômes nerveux.

Mécanisme. — La table interne se fracture la première; elle peut se fracturer seule; elle se fracture toujours sur une étendue plus grande que l'externe. Elle se brise souvent en éclats et fournit la majeure partie des esquilles pénétrantes.

Cette disproportion entre l'étendue des désordres internes et les signes extérieurs fait l'intérêt et la gravité des esquilles pénétrantes.

L'existence des fractures indirectes de la base du crâne est aujourd'hui prouvée par les travaux de Vincent, de Perrin et de M. le professeur Berger; ces deux derniers ont fixé leur mécanisme. Ces fractures indirectes de la base peuvent donner des esquilles pénétrantes.

Symptômes. — Les esquilles pénétrantes peuvent donner lieu, dans certains cas, à des symptômes physiques : différence de sonorité à la percussion; frottements à l'auscultation, mais rarement.

Leurs meilleurs signes (en dehors des signes physiques d'enfoncement) sont :

La douleur à la pression;

Les symptôme nerveux diffus : vomissements, céphalée, vertiges;

Les symptômes nerveux localisés surtout (épilepsies, paralysies.)

Dans l'épilepsie jacksonnienne, le signal symptôme a une grande valeur et indique avec précision le siège de la lésion.

La cause essentielle des crises est la présence de l'esquille; leur cause occasionnelle : tout ce qui peut irriter l'encéphale.

Les paralysies sont en général localisées dans les mêmes groupes musculaires que l'épilepsie.

La destruction et la compression brusque d'un centre moteur par un enfoncement donnent une paralysie immédiate. La compression par hémorrhagie, une paralysie progressive. L'irritation, l'inflammation, une paralysie plus tardive apparaissant avec la complication septique, s'étendant ou régressant avec elle.

Les esquilles peuvent encore causer :

Des troubles intellectuels primitifs (lésions des lobes frontaux surtout) ou tardifs : manie, folie traumatique, paralysie générale, perte partielle de la mémoire.

Des troubles des organes des sens (rares) en rapport avec les lésions des nerfs crâniens ou de leurs noyaux d'origine.

Il ressort de l'observation des esquilles pénétrantes les faits suivants :

1° La grande tolérance du cerveau pour les blessures nettes et aseptiques et pour les compressions lentes.

2° Son intolérance, au contraire, pour les compressions brusques et pour les irritations inflammatoires ou autres.

Il est rare qu'une esquille pénétrante donne des symptômes nerveux au début. Le plus souvent, après la commotion, tout disparaît, il ne reste plus que de la céphalée, des vertiges.

L'épilepsie n'apparaît, le plus souvent, qu'avec la complication septique (méningo-encéphalite), c'est-à-dire, du deuxième au quinzième jour, surtout du troisième au cinquième. Les troubles sont d'autant plus intenses que la rétention des exsudats est plus complète.

Dans les fractures non infectées l'épilepsie est plus tardive : plusieurs mois, plusieurs années.

La destruction et la compression donnent surtout des paralysies; l'irritation et l'inflammation des convulsions.

La tolérance parfaite et durable des esquilles est exceptionnelle. Elles sont, en général, moins bien tolérées que les projectiles parce qu'elles sont plus irrégulières et irritent le plus souvent les méninges et les parties corticales du cerveau.

Les cicatrices cérébrales qui entourent l'esquille ou comblent la plaie cérébrale laissée par elle peuvent jouer le même rôle que l'esquille et provoquer l'épilepsie. Le fait se produit surtout quand la plaie cérébrale a été infectée. L'excision de ces cicatrices a donné des guérisons et semble indiquée dans quelques cas.

Suppléance. — Même après destruction d'un centre cortica., la fonction peut se rétablir plus ou moins intégralement par suppléance de l'autre hémisphère.

Mais cette suppléance exige pour s'établir un terrain cérébral sain, une plaie cérébrale simplifiée et aseptisée. Toute complication, esquille, abcès, etc., joue un rôle d'inhibition et empêche la suppléance de se faire. Comme conséquence, toute plaie cérébrale devra être aussitôt débarrassée de ses esquilles et corps étrangers, simplifiée et aseptisée.

Le diagnostic primitif d'esquille pénétrante sans enfoncement apparent se dégagera d'un ensemble de considérations sur :

La connaissance du mécanisme;

La nature du traumatisme et la région frappée;

Les signes physiques, s'ils existent (auscultation, fêlure curviligne, petite fracture étoilée, etc.);

La douleur provoquée;

Les symptômes nerveux surtout, généraux et localisés.

Parmi ces derniers, même les plus légers (secousse épileptiforme, sensation d'engourdissement localisée), ont une grande valeur quand ils sont nets et bien en rapport avec les centres corticaux sous-jacents au traumatisme.

On pourrait même essayer de les provoquer par une pression méthodique sur le lieu présumé de l'enfoncement.

1. Thèse de Paris, 1898 (Danel, Lille).

Le diagnostic secondaire se fait par suite des accidents amenés par les complications : hémorrhagie intra-crânienne et surtout méningo-encéphalite.

La première donne des accidents de compression cérébrale progressive; la seconde provoque du 3e au 15e jour, des symptômes d'irritation cérébrale (épilepsie) accompagnés de fièvre (jusque-là, la présence des esquilles peut rester silencieuse ou ne donner que de la céphalée et des vertiges).

Le diagnostic tardif peut encore se faire, à condition :

1° Que le rapport entre les accidents observés et la région supposée lésée par le traumatisme soit bien établi.

2° Que l'allure clinique de ces accidents cadre bien avec les complications possibles d'une esquille à la période observée (cicatrice, abcès, kyste).

3° Qu'ils ne soient imputables à aucune autre cause (syphilis, etc.).

Le pronostic des fractures avec esquilles pénétrantes non traitées (sans intervention) ne saurait être bénin. Particulièrement grave dans les fractures ouvertes et les fractures isolées de la table interne, il est moins sombre dans les fractures fermées, mais les accidents tardifs sont toujours à redouter.

Les trépans primitif et secondaire donnent une immense majorité de succès quand ils sont bien appliqués. Le trépan tardif donne encore la guérison d'un bon nombre d'épilepsies jacksoniennes.

L'intervention est donc indiquée dans tous les cas suivants :

Enfoncements ouverts;

Enfoncements fermés importants de toutes les régions;

Enfoncements légers des régions motrices même fermées; même sans accidents;

Symptômes nerveux nettement en rapport avec un traumatisme, même en l'absence de tout signe physique.

L'intervention est encore autorisée dans les enfoncements, légers, fermés de toutes les régions.

En cas de doute, le malade sera tenu en observation rigoureuse et on interviendra sans retard à la première alerte.

Le coma, quand il résulte d'une complication de la fracture et non de la commotion, loin d'être un obstacle à l'intervention, ne fait que la rendre plus pressante.

Le relèvement externe des fragments est une méthode défectueuse et à proscrire (sauf chez les tout jeunes enfants).

Une intervention, pour être bonne et complète, devra :

1° Enlever tout ce qui peut être une cause de compression, d'irritation ou d'infection.

2° Asepsier, régulariser la plaie et la mettre en état de guérir comme une plaie simple.

Nous insistons sur l'importance du drainage comprenant toute la profondeur de la plaie et suffisamment prolongé.

Le ciseau de Mac-Even et la pince coupante seront les instruments de choix.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Janvier-Juin 1898.

Hématurie chez un prostatique.

M. Faucon a observé un vieillard de 74 ans, très sobre, qui avait eu en 1874 une rétention d'urine guérie par l'introduction d'une sonde-béquille. Le 5 mai 1897, nouvelle rétention d'urine. Il est impossible d'introduire une sonde. 36 heures après, on fait une ponction hypogastrique qui retire une urine trouble. Le 4e jour, les urines sont un peu colorées en rouge et le 6e jour on obtient du sang presque pur. M. Faucon, qui voit alors le malade, le trouve très anémié, avec une vessie qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les épreintes sont constantes; le pouls est petit, faible; la température est de 38°9. La taille hypogastrique est faite et permet d'évacuer un grand nombre de caillots. Les suites opératoires sont normales. Peu de temps après, le malade demande d'obturer sa fistule; mais il y a quelques semaines M. Faucon revoit le malade. Ce dernier possède à l'hypogastre un bourgeon saillant par où l'urine sort goutte à goutte. Quelquefois, pendant la journée, et toujours pendant la nuit, l'urine sort par la verge. Le malade demande à conserver sa fistule.

M. Duret demande si on n'a pas, en pratiquant les différentes ponctions hypogastriques, blessé un vaisseau d'où l'hématurie. Dans ce cas, après la ponction, on aurait aperçu un peu de sang sur la paroi abdominale.

M. Faucon répond que la paroi du malade est souple et ne présente pas de noyau d'induration. De plus, les urines se sont colorées d'une façon progressive.

M. Duret demande à M. Faucon pourquoi il n'a pas fait le cathétérisme rétrograde et établi une sonde à demeure.

M. Faucon a pratiqué la suture de la muqueuse vésicale à la peau; il a fait une cystostomie et non une cystotomie. Il trouve que si l'on passe une sonde par l'urèthre cette sonde ne fonctionne jamais; c'est pourquoi il ne l'a pas établie ici.

Un cas de péritonite tuberculeuse suppurée.

M. Desplats a observé un cas de péritonite tuberculeuse qui a d'abord suppuré, puis guéri d'une façon complète, en même temps qu'évoluaient une pleurésie double et une phlegmatia alba dolens.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, dont deux sœurs sont mortes tuberculeuses; entré à l'hôpital le 2 mars. On sentait au-dessus du pubis une plaque résistante. Pendant 15 jours on vit cette plaque s'étendre petit à petit, en même temps que le ventre était distendu et qu'apparaissaient des troubles intestinaux. On diagnostique alors un épanchement pleural double et une ponction exploratrice amène un peu de liquide de chaque plèvre. On établit un pronostic grave. Le liquide ascitique se résorbe et l'on croit à une transformation fibreuse. Mais bientôt la fièvre renaît, une douleur très vive apparaît vers la cuisse droite et l'on voit évoluer une phlegmatia alba dolens droite, bientôt suivie d'une phlegmatia de la jambe gauche.

Le ventre se tuméfiait et vers l'ombilic apparaissait une petite saillie fluctuante. On incise et on donne ainsi issue à 2 litres de pus grumeleux. On introduit deux gros drains. La fièvre tombe : le pus devient de moins en moins abondant. L'appétit se réveille et notre malade s'achemine vers la guérison. Les plaques perdent de leur épaisseur et le ventre reprend bientôt sa souplesse. On avait d'abord eu affaire à une péritonite plastique, puis la suppuration se fit au-dessus de l'épiploon en dehors de l'intestin.

M. Desplats rappelle l'observation d'un malade qui a passé par les mêmes phases. Ce malade souffrit pendant un an de tuberculose intestinale. Vers décembre dernier, son état fut grave, pendant deux mois, par l'installation d'une pleurésie double, puis les phénomènes se sont apaisés.

L'épiploon épaissi peut se résoudre par suppuration ou non.

M. Duret rappelle le cas d'un petit garçon dont il a publié l'observation. L'ouverture d'une vaste poche provoqua la formation d'une fistule stercorale qu'il fallut guérir dans une seconde intervention.

M. Faucon a observé un jeune homme de 18 ans, où le médecin n'avait pas osé intervenir et où se fit une ouverture spontanée. L'ouverture s'infecta et la mort survint par hecticité. Dans ces cas, M. Faucon conseille de faire descendre le malade dans un service de chirurgie où on fera une large incision.

Coup de soleil électrique.

M. Lavrand rapporte l'observation d'un homme exposé pendant une heure à la lumière due au rapprochement de deux arcs électriques actionnés par une dynamo de 200 ampères. Trois ou quatre heures après, ce malade ressent de la fatigue vers les yeux et le cuir chevelu, c'est-à-dire vers la région qui avait été exposée. Cet homme sort tout l'après-midi et rentre vers 7 heures. Il se plaint de picotements des yeux qui sont, du reste, gonflés : il présente, de plus, du larmoiement. Ces phénomènes augmentent jusque vers minuit. Il a alors des étourdissements. Il s'applique des compresses boriquées. A son réveil,

il présente des éblouissements pendant toute la journée. Ces phénomènes s'amendèrent peu à peu, et huit jours après, la guérison était complète.

M. Lavrand ne connaît, sur ce sujet, qu'une seule communication du Dr Defontaine, du Creuzot. Dans ce cas, le courant était plus fort. Le malade voyait tous les objets colorés en jaune, et la guérison survint sans amener aucune lésion des yeux. Ce cas a été étudié devant la Société, par le Dr Dujardin, Le fait qu'il rapporte n'était pas dû à la chaleur, car il ne faisait pas chaud au moment de l'expérience. Si les yeux seuls avaient été atteints, on aurait pu penser à la luminosité, mais la peau ayant desquamé, il faut faire intervenir les rayons chimiques.

Un cas de péritonite herniaire suppurée.

M. Franchomme. — Il s'agit d'un homme de 45 ans, présentant des troubles gastro-intestinaux, des alternatives de diarrhée et de constipation. Le 31 décembre, le malade n'a eu ni selles, ni gaz depuis 48 heures. Il présente une double hernie dont l'une est enflammée. Par le taxis, on parvient à réduire : on ne provoque pas de gargouillement. Le 2 janvier, le malade présente une tumeur inguinale gauche. Le taxis est essayé sans résultat. La cure radicale proposée est acceptée avec empressement. L'opération est faite le 5 janvier avec M. Camelot : on tombe sur un sac herniaire vascularisé présentant du tympanisme. On fait l'isolement du sac : on perçoit alors une odeur fécaloïde et l'ouverture agrandie donne issue à des gaz et à 200 grammes du pus. On crut à un anus contre nature fait par le mal lui-même, mais l'examen montra que l'on avait affaire à une poche bien limitée. Le sac herniaire fut nettoyé, raclé; on enleva la néo-membrane qui le tapissait. On ne trouva rien sur les anses intestinales. L'opération fut terminée comme d'habitude et la guérison survint 40 jours après.

Il y a 4 semaines, cet homme présenta des phénomènes d'obstruction intestinale dus probablement à une plicature de l'intestin déterminée par les adhérences.

La péritonite du sac herniaire a rendu la hernie d'abord presque irréductible, puis a amené la suppuration. Il y a un cas semblable : celui de Berger.

Lymphadénie chez l'enfant.

M. Faidherbe communique l'observation d'un enfant de 4 ans, lymphatique comme toute sa famille. Depuis l'âge de 2 ans, il est petit mangeur, a un mauvais caractère. Dans ses antécédents on trouve une coqueluche en mars 1896. Le 19 octobre, il a 38°; on pense à un accès de fièvre éphémère contre lequel on prescrit du calomel. Deux jours après, les ganglions de la nuque et des aines sont perceptibles. Le 1er novembre, l'enfant a de la fièvre et des vomissements. Les amygdales sont grosses. On trouve partout des ganglions; le foie et la rate sont hypertrophiés. La langue est saburrale; la température est de 40°3. On prescrit des badigeonnages au gaïacol. Le 3 novembre la température diminue et l'appétit renaît, mais les ganglions ont le volume d'une amande et se ramollissent. Un confrère, appelé en consultation, ordonne un régime tonique. Le 9 janvier, l'état de l'enfant s'aggrave : l'amaigrissement est considérable et le petit malade ne mange plus. Les ganglions sont énormes, le ventre est gros. On continue le régime tonique auquel on associe les injections de sérum artificiel. La diarrhée apparaît 5 à 6 jours plus tard. L'enfant meurt le 15 janvier avec de l'hypothermie (36°7), et après avoir présenté des syncopes répétées.

Cancer du rein avec thrombose néoplasique de la veine cave et de l'oreillette droite.

M. Desplats rapporte l'histoire clinique de l'homme à l'autopsie duquel on a enlevé les pièces présentées. Cet homme a été soigné, il y a deux mois, pour des accidents urinaires avec hématuries remontant à une date assez éloignée. Quand il entre à l'hôpital il est couché depuis six mois; il a beaucoup maigri. Son ventre est déformé, augmenté de volume, et l'on perçoit au creux épigastrique une tumeur qui fait porter le diagnostic de cancer du foie. Le lendemain, l'examen du malade montre à droite, au-dessous du foie, une tumeur très volumineuse. Le diagnostic est alors rectifié : on pense à un cancer du rein avec propagation vers le foie. Six semaines après, le malade meurt après avoir été ponctionné pour de l'ascite et avoir présenté de l'hématurie.

A l'autopsie on trouve un énorme cancer encéphaloïde du rein. Du hile du rein part vers la colonne vertébrale une tumeur en forme de boudin : c'est la veine cave inférieure qui est envahie par la tumeur et obturée complètement par elle, jusque la veine iliaque droite. En haut, l'oreillette droite est envahie par une tumeur grosse comme une mandarine. Entre la face externe de cette tumeur et la face interne de l'oreillette existe un petit trajet pour la circulation.

M. Desplats se demande comment la circulation a pu se faire. On ne voyait qu'un peu d'œdème vers le bras droit et aucune lésion vers les membres inférieurs.

M. Augier présente les pièces provenant de cette autopsie et donne à leur sujet quelques renseignements histologiques. Le rein est quadruplé de volume. Il a 20 centimètres de longueur; il est bourré de masses énormes, jaunâtres, séparées par un peu de parenchyme rénal. Une substance bourgeonnante pénètre dans le bassinet : cette masse a une coloration rougeâtre, ecchymotique et d'elle provenaient les hémorrhagies du malade. Les veines rénales sont fermées par un bouchon de substance semblable à celle remplissant le rein.

M. Augier présente aussi le cœur avec la portion supérieure de la veine cave et le bourgeon cancéreux qui distendait l'oreillette droite. La veine cave inférieure ressemblait à une andouillette et était remplie, dans toute son étendue, par le même tissu cancéreux trouvé dans le rein.

Il n'y a pas de noyaux secondaires dans le poumon, d'où l'on peut conclure que le bourgeon cancéreux s'est insinué lentement sans provoquer d'embolies métastatiques.

Un seul noyau secondaire a été trouvé dans le foie : il avait la grosseur d'un petit pois.

Le péritoine était très épaissi, de même que la capsule de Glisson; on aurait cru avoir affaire à une aponévrose : cette lésion était due à l'ancienneté de l'ascite.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Janvier-Juin 1898.

Diverticule de Meckel.

M. Mouton présente un diverticule de Meckel, rencontré à l'autopsie d'un tuberculeux, au niveau des dernières portions de l'intestin grêle, à 80 centimètres environ du cæcum. Ce prolongement, en doigt de gant, situé sur le bord libre de l'intestin, avec lequel il communique, est long de 4 à 7 centimètres, et large, dans sa plus grande largeur, de 2 centimètres. Divisé en deux parties, par un étranglement, ce diverticule a la forme d'une gourde ou calebasse de pèlerin.

Calcul du rein.

M. Carlier présente un calcul du rein enlevé chez un homme de 46 ans, et qui était entré à l'hôpital pour une douleur continuelle dans la région lombaire droite. Cet homme est tuberculeux : il a eu, il y a quelques années, des coliques néphrétiques qui donnèrent issue à 7 ou 8 petits calculs. Peu après, il eut de la cystalgie et un point douloureux fixe dans la région lombaire droite, qui le forçait à prendre une attitude spéciale. La taille rénale est décidée : on fait, à droite, une incision lombaire qui mène sur un rein petit et entouré d'une atmosphère sclérosée. Une incision sur le bord convexe du rein (pour se préserver d'une hémorrhagie) permet d'extraire un calcul ramifié, dur, en fourche, pesant 5 à 6 grammes, enclavé tout entier dans la substance rénale, où il se trouvait probablement depuis l'enfance. L'exploration du bassinet est faite, puis on suture le rein. Les suites opératoires sont normales; une hémorrhagie survenue vers le 3e jour est arrêtée par une injection d'ergotine.

M. Carlier présente ce calcul, d'abord pour sa forme un peu

particulière, ensuite, pour la facilité avec laquelle il a été extrait : il était très superficiel et dans une loge.

M. Moty se rappelle l'autopsie d'un homme tuberculeux, mort par hémorrhagie de la sous-clavière, où l'on trouva un abcès communiquant avec le rein droit. Ce rein droit renfermait un calcul, et les urines étaient purulentes par suite de la tuberculose vertébrale. La présence du calcul dans le rein, amène de l'atrophie de la substance rénale. M. Moty demande si M. Carlier a fait la compression digitale du pédicule.

Papillome du larynx.

M. Gaudier présente les fragments d'une tumeur du larynx. Il s'agit d'une vieille femme de 60 ans, à la voix éteinte et qui souffrait depuis 7 à 8 ans, d'une dyspnée très intense. Le larynx était rempli de petites tumeurs qui faisaient penser à de l'épithélioma; entre les cordes vocales, un polype. La région est insensibilisée par une solution de cocaïne très forte. Trois syncopes se produisent pendant l'intervention et tout est prêt pour une trachéotomie. On parvient cependant à opérer par la voie endo-laryngée et après l'opération la malade a une voix moins rauque, et sa dyspnée est très amoindrie.

M. Gaudier présente ces pièces à cause du volume de ces papillomes à cellules cylindriques. Quand on a affaire à de pareilles tumeurs on doit bien souvent avoir recours à la thyrotomie. Ce cas prouve que l'on doit employer la voie endolaryngée lorsque la malade ne veut pas entendre parler d'une autre intervention, même si la tumeur est volumineuse. De plus, dans ces cas, la mortalité est moins grande.

Au sujet d'un cas d'amputation de la jambe.

M. Lambret présente un malade du service de M. Folet, amputé de la jambe dans des conditions un peu particulières. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une vieille tumeur blanche du genou, avait sa jambe luxée en arrière et en dehors. La jambe étant glissée sur la cuisse à 5 centimètres du genou, il y avait soudure de la face postérieure de la rotule avec les condyles du fémur. La jambe atrophiée était gênante pour le malade qui marchait sur la rotule. On n'eut, pour ainsi dire, qu'à cueillir la jambe pour avoir un moignon parfait tel que l'on attend de l'opération de Gritti qui consiste essentiellement à aviver la face postérieure de la rotule et à la suturer avec l'extrémité fémorale privée de ses condyles. Habituellement, les malades se trouvent mal de cette opération et ne peuvent marcher sur leur rotule. Dans le cas de M. Lambret, et c'est ce qui fait son intérêt, le malade appuie très bien sur sa rotule car il marchait déjà sur elle.

Un cas d'intoxication par la belladone.

M. Mouton a observé dans le service de M. Combemale, un cas d'intoxication par la belladone. Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital pour une bronchite spécifique. Une toux quinteuse avec expectoration abondante fait mettre dans sa potion 5 centigrammes d'extrait de belladone. Il prend cette dose pendant deux jours et la nuit suivante le malade a du délire : il vocifère, chante comme un homme ivre. Le matin, à la visite, il présente de la dilatation des pupilles, une sensation d'âcreté et de sécheresse de l'arrière-gorge, de la difficulté de la déglutition. La peau est sèche et de plus on note une diarrhée assez forte. La belladone est supprimée et ces phénomènes d'intoxication disparaissent peu à peu. Seule la mydriase persiste quelques jours.

M. Mouton fait remarquer qu'il faut admettre chez ce malade une idiosyncrasie pour expliquer ces phénomènes d'intoxication après l'ingestion de 10 centigrammes d'extrait de belladone. Cet homme étant un alcoolique on comprend très bien son délire violent.

Traitement du diabète par la levure de bière.

M. Combemale avait depuis longtemps connaissance du traitement du diabète par la levure de bière (2 ou 3 cuillerées par jour sans changement de régime). Ces jours derniers s'offrit à son observation une malade de 40 à 45 ans, diabétique, qui passe tous les ans quelque temps au pavillon Victor-Ollivier, afin de faire cesser des métrorrhagies abondantes. Depuis 10 ans, cette femme se soumet au régime de Bouchardat et le litre d'urine ne contient, sous l'influence de ce traitement, que 20 grammes de sucre, alors qu'il en contient 50 et même 80 grammes lorsqu'elle cesse ce régime. Cette malade vint trouver M. Combemale parce qu'elle a à la vulve de nombreux furoncles ouverts et suppurants. Le traitement par la levure de bière est proposé : la malade prend tous les jours ses trois cuillers de levure de bière fraîche et mange comme tout le monde. La quantité de sucre qui était, le 7 mars, de 85 grammes, oscille depuis lors entre 21 et 29 grammes. Mais ce qu'il y a de plus heureux, c'est que l'état général de cette malade est devenu meilleur : elle se promène et les furoncles se sont cicatrisés. M. Combemale présente ce fait à la Société sans en tirer de conclusion.

M. Ausset. — Tout dépend de la durée de l'amélioration. Dès que l'on cesse le traitement, le sucre reparaît aussi abondamment qu'au début.

M. Combemale. — Le seul inconvénient que l'on ait signalé dans le traitement par la levure de bière est que le malade présente de temps en temps de la diarrhée. Il suffit, dans ce cas, de faire comme la malade de M. Combemale, c'est-à-dire de prendre seulement une cuillerée de levure par jour pour voir cesser cette diarrhée.

Nouveau procédé opératoire pour le traitement du paraphimosis.

M. Carlier décrit le procédé opératoire qu'il emploie depuis quelque temps contre le paraphimosis ; il fait une incision en arrière et en avant du sillon préputial, enlève un lambeau de peau annulaire, puis suture les deux lèvres de la plaie ainsi faite. Cette résection de l'anneau se fait sans réduction du paraphimosis. La largeur du lambeau à enlever varie suivant la longueur plus ou moins grande du prépuce. Ainsi, il arrive que l'on ne prend de peau qu'à la partie dorsale de la verge, les deux extrémités du lambeau se réunissant à angle aigu sur les côtés. Par ce procédé, le malade, au bout de quatre à cinq jours, est guéri à la fois de son paraphimosis et de son phimosis. M. Folet s'est servi une fois avec succès de ce procédé. Quant à M. Carlier, il a réusssi à guérir ainsi plusieurs de ses malades, dont les observations ont été relatées dans la thèse d'un de ses élèves, M. Brulant.

M. Moty pense que le procédé décrit par M. Carlier doit être un procédé d'exception. Il est toujours arrivé à réduire le paraphimosis, sauf dans un cas où, en même temps, existait un chancre. Ce qu'il n'aime pas dans le procédé, c'est que le malade n'a plus de prépuce. Selon lui, le procédé de M. Carlier est indiqué quand le paraphimosis est irréductible ou lorsqu'on est obligé, pour une raison ou une autre, de renvoyer rapidement un malade.

M. Carlier. — Ce procédé ne doit pas être employé dans tous les cas de paraphimosis, mais seulement dans ceux où il y a soit une ulcération préputiale, soit une affection gonococcique concomitante. Dans ce cas, le malade est plus vite guéri que par la réduction. M. Carlier s'efforce toujours de conserver un léger prépuce au malade.

Ulcère latent et perforé du duodénum.

M. Lambret présente un bout d'intestin perforé provenant d'un homme entré d'urgence dans le service de M. Folet pour de l'occlusion intestinale. C'est un jeune homme de 23 ans, sans antécédents, qui, la veille au goûter, fut pris d'une douleur atroce au côté droit. Cette douleur était telle qu'il tombât et dût être transporté chez lui. Là des vomissements se montrèrent, mais vers le matin la douleur était un peu diminuée. Depuis 18 heures seulement le malade n'avait eu ni selles, ni gaz. Sa figure était pâle, grippée ; la langue sèche, le pouls rapide mais fort. L'abdomen à peine ballonné n'est pas le ventre en bois si dur et si caractéristique. La palpation de l'abdomen est possible et par la pression on ne sent en aucun point de tuméfaction. Sur tout l'abdomen on provoque de la douleur, un peu plus

forte à droite, non en un seul point, mais d'une façon diffuse. Cependant le point de Mac Burney est surtout très sensible. La région du foie était mate et l'on y voyait des cicatrices étoilées, provenant de sangsues placées il y a longtemps pour un « effort » sur lequel on ne peut avoir aucun renseignement.

M. Folet, après avoir examiné le malade, ne voit pas la nécessité d'une laparotomie et se décide à faire l'incision pour la résection de l'appendice. Un flot de liquide brun jaunâtre s'échappe de la plaie, l'appendice n'est pas perforé. On fait alors une nouvelle incision allant du pubis à l'appendice xiphoïde et de nouveau jaillit un flot du même liquide. L'intestin est nettoyé et l'on recherche la perforation. En soulevant l'angle hépatique du colon, on trouve sur le duodénum une perforation lenticulaire à bords indurés, d'où sortent des gaz. On la suture; des drains sont placés et dans les flancs et dans le bassin. L'opération a duré une heure pendant laquelle trois litres de sérum artificiel ont été injectés. La mort survient soit par infection, soit par shock opératoire, sept heures après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva les sutures en bon état.

M. Charmeil. — Il serait intéressant de faire des coupes de cet ulcère.

M. Carlier se souvient avoir vu la femme d'un confrère qui souffrait de l'abdomen. Appelé à l'examiner, il posa le diagnostic d'appendicite par douleur exquise au point de Mac Burney. L'intervention fut pratiquée le lendemain et la recherche de l'appendice montra qu'il était sain. Mais en prolongeant l'incision un peu plus haut, il trouva une vésicule biliaire pleine de pus et de calculs. On fit une cholécystectomie. Dans ce cas comme dans celui de M. Lambret, il y avait le point douloureux caractéristique, pensait-on, de l'appendicite et cependant, lésion vers le foie.

Tuberculose mastoïdienne.

MM. Gaudier et **Olivier** présentent des fongosités tuberculeuses enlevées chez une petite fille de 6 ans dans des circonstances peu ordinaires. Cette petite fille a été opérée, il y a trois mois, par la méthode de Stacke, pour une mastoïdite paraissant banale, survenue dans le cours d'une grippe.

La plaie s'était réunie par première intention, lorsque, un mois après, cette plaie éclata, soulevée par une masse fongueuse, pédiculée, d'aspect sarcomateux. On trouva dans cette masse de nombreux bacilles de Koch. Malgré une ablation aussi radicale que possible, des cautérisations nombreuses et profondes, le fongus a récidivé. Il faut noter que cette petite fille est de souche tuberculeuse : trois oncles et tantes sont morts de tuberculose, son père est mort tuberculeux. Malgré les curetages, il s'est produit une paralysie faciale; les bourgeons se reproduisent avec une exubérance si grande qu'on pourrait les enlever deux fois par semaine. Rien aux poumons et état général assez satisfaisant. M. Gaudier demande l'avis de la Société sur cette infection secondaire sur un terrain prédisposé par la grippe.

Goître exophthalmique avec hystérie et automatisme ambulatoire.

M. Raviart lit l'observation d'un malade, dont deux frères et une sœur sont morts de convulsions. Une série d'accidents pendant sa jeunesse produisent des idées fixes et deux accès d'automatisme ambulatoire. Interné à Ville-Evrard, il est sujet à des attaques d'hystérie qui diminuent peu à peu et en même temps s'installe un goître exophthalmique classique. A la suite d'un refus de mise en liberté, il vient à Lille dans un accès d'automatisme ambulatoire et est placé au pavillon d'observation de l'hôpital Saint-Sauveur.

M. Lemoine ne connaît pas un seul cas d'automatisme ambulatoire où le sujet ne soit pas épileptique. Il rappelle un de ses malades vu par Pitres, Charcot, etc., qui le traitèrent pour de l'hystérie. Quand il vit le malade, il observa, au cours du sommeil hypnotique, d'abord de petites crises épileptiformes qui devinrent bientôt de l'épilepsie évidente. Le malade est d'abord hystérique et en puissance d'épilepsie. Un autre malade de son service, sujet également à des promenades involontaires, est aussi épileptique. L'acte ambulatoire est de l'épilepsie larvée et remplace les crises. M. Lemoine conseille à M. Raviart de rechercher encore l'épilepsie chez son malade, car si c'est l'hystérie seule qui est en cause, on aurait affaire à un cas des plus intéressants.

M. Combemale fait observer que la concomitance du goître exophthalmique plaiderait en faveur de l'hystérie chez le sujet. Maintenant il peut y avoir en même temps épilepsie et hystérie. Il n'est pas aussi affirmatif que M. Lemoine pour dire que là où il y a de l'automatisme ambulatoire là il y a de l'épilepsie. L'automatisme est souvent l'équivalent d'épilepsie, mais quelquefois aussi d'une autre affection nerveuse.

Un cas de méningite traumatique.

M. Moty présente un malade dont il a déjà parlé à la société : c'est un soldat qui s'est enfoncé une baguette de fusil dans les fosses nasales et qui a eu, consécutivement à cet accident, de la méningite ayant nécessité la trépanation. Cet homme est rentré depuis un mois à l'hôpital : il a présenté pendant son congé de convalescence des accès de fièvre. Au début de son congé il avait deux ou trois accès par semaine, puis il en présenta moins fréquemment. En même temps il y avait des poussées de céphalalgie et retour de la diplopie qui était disparue. Le scotome de l'œil existe toujours. Sur la peau, principalement vers les membres inférieurs, existent des pustules laissant à leur suite une petite tache brunâtre, vernissée. Vers le bras gauche, il y a abolition du sens musculaire et anesthésie des dernières phalanges; la main gauche est très atrophiée, sa circonférence a 2 ou 3 centimètres de moins que celle de la main droite. De plus, le bras gauche est, jusqu'au niveau du coude, sensiblement plus froid que le bras droit.

Tous ces phénomènes montrent que l'infection qui a nécessité, il y a quelque temps, la trépanation, existe encore aujourd'hui, un peu diminuée il est vrai. De plus, ces troubles trophiques généralisés sont fréquents après la méningite cérébro-spinale.

M. Charmeil pense à la simulation chez cet homme en instance de réforme. Il fait de très grandes réserves pour le diagnostic de méningite posé par M. Moty, et tout en approuvant en tous points la trépanation, il croit plutôt que l'on a eu affaire, dans ce cas, à du méningisme.

M. Moty. — Chez ce malade le cerveau et la moelle étaient atteints. Au bout de deux jours les lésions des fosses nasales étaient guéries. Il n'y a pas eu de vomissements, mais la température, la dilatation de la pupille, le faciès du malade, l'évolution de la maladie font penser à de la méningite. Certainement ce malade est névropathe : il criait plus que de raison. Mais, en présence des phénomènes apparus chez ce malade, cela a paru à M. Moty d'importance tout à fait secondaire. Il y a certainement une lésion.

M. Charmeil. — Au moment où M. Moty a vu le malade, les symptômes obligeaient à trépaner, mais aujourd'hui que cette trépanation est faite et qu'elle a montré qu'il n'y avait sur le cerveau ni pus ni liquide louche, on peut se demander si on n'a pas eu affaire à du méningisme. On ne peut pas poser un diagnostic ferme.

M. Moty admet très bien la manière de voir de M. Charmeil, mais il affirme la méningite par l'évolution de la maladie par bonds successifs, par la température, par le tableau de la maladie qui était celui de la méningite cérébro-spinale.

On a fait une culture sur bouillon, mais cette culture n'a rien donné, comme cela arrive souvent dans de pareils cas.

M. Carlier est un peu de l'avis de M. Charmeil. Chirurgicalement, quand un malade s'infecte, on est habitué de voir du pus ou de l'inflammation avec adhérences, et cela pour toutes les séreuses (plèvre, péritoine, etc.). Comme toutes ces séreuses, les méninges réagissent, et, au bout d'un mois, la trépanation aurait dû donner soit du pus, soit un liquide microbien. Ce n'est pas le cas ici, et la continuation de la température élevée fait croire à du méningisme et peut-être à une lésion des sinus.

Maladie de Barlow.

M. Ausset. — Il s'agit d'un cas de maladie de Barlow, encore appelé scorbut infantile, hématome sous-périosté, etc. L'enfant, âgé de 10 mois, a été amené à la consultation pour

des tumeurs siégeant sur les membres. Très mal nourri, il a pris des soupes, des panades, de la bière et même du café dès l'âge de 3 mois. Il a de la gastro-entérite chronique, des alternatives de diarrhée et de constipation.

L'enfant ne peut plus remuer ses membres et crie dès qu'on le touche. La première tuméfaction est apparue sur la cuisse gauche. A l'examen de la malade, à l'hôpital, on constate une pâleur extrême, un ventre volumineux. L'enfant crie dès que l'on s'approche pour le toucher. A la partie supérieure de la cuisse gauche et descendant jusqu'en son milieu, tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de poule. Cette tuméfaction est dure, immobile; il n'y a pas de changement de coloration de la peau, pas de modification thermique, pas de crépitation. La peau et les muscles sont mobiles sur cette tumeur. A la cuisse droite, tumeur semblable moins volumineuse et située un peu plus bas. Aux deux bras existe une tuméfaction au point diaphyso-épiphysaire inférieur. La crête iliaque gauche est tuméfiée et proéminente. Les fontanelles sont larges.

Au thorax, il y a un commencement de chapelet rachitique. La peau est normale. Les gencives sont saines : il n'y a pas de dents. L'enfant présente des alternatives de diarrhée et de constipation, mais pas de selles sanguinolentes. Vomissements. L'anémie est très notable. L'examen des urines ne révèle ni albumine, ni globules rouges. L'enfant est immobile dans son lit, mais ce n'est là qu'une pseudo-paralysie, car les pieds et les mains remuent dans une certaine étendue et si on cherche à étendre les membres, on éprouve une certaine résistance. La température est normale.

Depuis quinze jours que cet enfant est soigné dans le service il prend du lait et du jus de viande. Sous l'influence de ce régime l'état général, bien que pas encore très brillant, s'est considérablement amélioré; les douleurs sont moins vives, les tuméfactions ont fondu, pour ainsi dire, et les mouvements se font assez rapidement.

Sur les deux radiographies que M. Ausset présente on voit : sur l'une (cuisse droite) un simple amincissement de la diaphyse fémorale; sur l'autre (cuisse gauche) qui n'est pas très nette on prévoit une fracture.

Gastrite hypertrophique.

M. Verhaeghe présente une rate avec nombreuses travées fibreuses et un estomac tellement diminué de volume qu'il ressemble à un véritable boyau, à une portion du gros intestin. Ces pièces proviennent de l'autopsie d'une femme, alcoolique ancienne, qui présentait des troubles digestifs intenses : douleurs et vomissements. L'alimentation devint vite impossible et la malade mourut cachectique sans présenter la teinte jaune paille caractéristique du cancer.

M. Verhaeghe croit que ce rétrécissement de l'estomac est dû à l'accroissement considérable du tissu interstitiel. L'examen histologique fera le diagnostic entre linite hypertrophique et cancer infiltré de la paroi stomacale.

Encéphalocèle.

M. Colle présente une tumeur assez volumineuse composée de peau, des méninges, et à l'intérieur de celles-ci d'une substance blanche très vasculaire en tout semblable à la substance cérébrale.

M. Colle a enlevé cette encéphalocèle chez un enfant de deux mois venu au monde sans difficultés. A la naissance de l'enfant, la tumeur avait le volume d'une très petite mandarine avec pédicule, sans mouvements pulsatiles. Elle communiquait avec l'intérieur du crâne par une ouverture de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Cette tumeur, qui ne donnait alors aucune crainte de rupture augmentait bientôt de volume et la peau avait tendance à s'ulcérer.

Quand M. Colle vit le petit malade, l'encéphalocèle était aussi volumineuse que la tête de l'enfant. La tumeur fut enlevée suivant la méthode de Berger et Périer. Le pédicule avait les dimensions d'une pièce de 5 francs, et l'orifice d'entrée dans le crâne avait la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Les suites opératoires étaient excellentes, quand, deux mois après l'intervention, cet enfant eut de la diarrhée verte et mourut athrepsique.

Hernie de la vessie.

M. Carlier présente un homme de 66 ans, qui, il y a quinze ans, après un effort, s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans l'aine droite. Il remarqua lui-même qu'après avoir complètement vidé sa vessie il urinait de nouveau s'il comprimait cette tumeur. Actuellement, il a une hernie de la vessie dans la portion scrotale droite et il peut toujours uriner en deux temps.

Il y a deux mois, cet homme eut de la rétention d'urine occasionnée par un calcul de l'urèthre qui s'échappa après incision du méat.

M. Carlier se rappelle avoir soigné il y a deux ans un homme de 63 ans, boucher, qui s'aperçut également de l'existence d'une boule dans l'aine droite après un effort. Des phénomènes de rétention se montrèrent : ils étaient dus à un calcul et cessèrent dès que ce calcul fut éliminé. Il présenta ensuite des phénomènes de prostatisme et fit des calculs dans la vessie et peut être dans la portion vésicale herniée. Il succomba à un accès de fièvre urineuse. M. Carlier se demande s'il ne faut pas craindre, chez ce malade qui a déjà fait des calculs, la formation d'autres calculs dans la poche herniaire et mort par fièvre urineuse.

Céphalématome tardif.

M. Ausset présente un enfant de 2 ans, porteur d'une petite tumeur au niveau de l'angle supérieur du pariétal droit. Les parents ne se sont aperçus de son existence que dimanche dernier. Ronde, peut-être un peu ovalaire, indolente, elle présente 9 centimètres de diamètre. A son niveau, la peau est saine, glissant sur les parties sous-jacentes. Cette tumeur est fluctuante et en la déprimant on ne perçoit sur la voûte crânienne pas la moindre dépression, pas la moindre ulcération. En interrogeant très soigneusement les parents, on ne trouve aucun traumatisme antérieur. Une ponction exploratrice a donné du sang pur non coagulé.

M. Ausset, après avoir discuté le diagnostic montre, qu'il s'agit ici de céphalématome tardif. Ce diagnostic est probable par la fluctuation, par le siège, par le bourrelet qui se dessine autour de la tumeur et qui deviendra peut-être plus caractéristique. Quant à la pathogénie, il faut admettre avec Gosselin, un point d'ostéite avec vascularisation anormale d'où hémorrhagie.

M. Carlier demande si la tumeur s'est affaissée après la ponction. Le bourrelet existe autour de chaque tumeur du crâne. Il pense à un épanchement séro-sanguin dont on pourrait s'assurer en évacuant la poche. Dans ce cas, il y a eu probablement une chute dont les parents ne se seront pas aperçus.

M. Ausset a fait une simple ponction exploratrice pour amener un épanchement de sang aussi abondant, la chute aurait été assez forte pour être remarquée par des parents soigneux qui affirment, avec énergie du reste, qu'il n'y a jamais eu de chute.

M. Gaudier se rallie à l'avis de M. Carlier. Cette bosse séro-sanguine serait venue après une contusion ayant amené un abondant épanchement sanguin. Au crâne, la contusion ne doit pas être très forte pour que le sang épanché soit en grande quantité.

Deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Desoil a pu observer deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique, l'un en ville, l'autre à l'hôpital dans le service de M. Combemale. Il s'agit de deux jeunes gens de 23 et de 25 ans, habitant le même quartier. Le malade de M. Combemale n'a pour tout antécédent qu'une fièvre typhoïde dans sa jeunesse. Il est tombé malade à l'atelier et pendant son séjour à l'hôpital il présente un délire doux, professionnel, pendant 24 heures, des maux de tête très douloureux pendant 5 à 6 jours, de la douleur nuchale, de la contracture des muscles postérieurs du cou, une langue suburrale, du strabisme, un pouls dissocié, de la constipation opiniâtre, la raie méningitique. La fièvre reste élevée (39°5) pendant 14 jours et le 15e jour la défervescence est complète.

Le second malade, observé en ville, présente des accidents analogues. Il tombe malade au travail, a des vertiges, présente pendant 7 à 8 jours de la céphalée avec photophobie intense. Constipation. Comme l'autre malade, il ne présente rien vers l'abdomen ni vers le thorax. Il est en traitement depuis 12 jours.

M. Desoil élimine successivement la fièvre typhoïde par le début et la défervescence brusque, l'absence de phénomènes vers l'abdomen et vers le thorax; le typhus par le manque d'épidémie, l'absence de pétéchies, la température peu élevée; la grippe, par l'absence de catarrhe oculo-nasal et de phénomènes trachéo-bronchiques.

M. Desoil croit qu'il faut penser, dans ces cas, à de la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Ausset. — Il y a des formes de grippe sans catarrhe oculo-nasal et sans phénomènes trachéo-bronchiques. Le diagnostic de méningite aurait dû être contrôlé par la ponction lombaire.

M. Combemale. — Il ne s'agissait pas, du moins dans le cas qui a évolué à l'hôpital, de fièvre typhoïde, car la durée a été moindre. Le séro-diagnostic n'était pas nécessaire en présence des symptômes présentés par le malade. Il ne s'agissait pas non plus de grippe, car la grippe suppose une certaine durée qui n'a pas été rencontrée ici. La ponction lombaire est un signe de grande valeur quand le diagnostic est hésitant; mais dans le cas observé, le diagnostic de méningite était certain.

On pouvait penser, en présence de ce malade, à de la méningite hystérique ou à de la méningite tuberculeuse plutôt que cérébro-spinale. Mais, d'une part, le malade ne présentait pas de stigmates d'hystérie et, d'autre part, la méningite tuberculeuse survient habituellement chez des tuberculeux avérés ou latents. On a cherché du côté des poumons et on n'a rien trouvé. La tuberculose primitive est rare, et alors il y a dissémination de tubercules dans tous les autres organes et mort.

Le malade observé en ville par M. Desoil a présenté les mêmes symptômes et sa guérison assurera le diagnostic.

M. Ausset ne conteste pas le diagnostic; il dit seulement qu'il aurait pu être plus certain, s'il y avait eu ponction lombaire. Les contractures, la céphalée, la discordance du pouls, etc., ne suffisent pas pour affirmer le diagnostic de méningite. Un enfant entré dans son service, grand rachitique, présente, au cours d'une entérite grave, des phénomènes méningés, des contractures généralisées, du ralentissement et de l'irrégularité du pouls qui auraient pu faire penser à de la méningite.

M. Ausset élimine ce diagnostic par l'absence de vomissements, de coma, de constipation. Une ponction lombaire est faite; elle donne un liquide céphalo-rachidien clair, qui, à l'Institut Pasteur, après centrifugation de deux heures, ne donne rien à l'examen microscopique. Le diagnostic posé de pseudo-méningite est confirmé; l'enfant a guéri. On avait affaire à un enfant rachitique qui a fait du rachitisme crânien avec congestion passagère des méninges et irritation de l'écorce cérébrale.

Perforation du crâne.

M. Lambret présente une calotte crânienne avec une perforation sans trait de fracture vers la base, provenant d'un homme ayant succombé à la suite d'un accident de chemin de fer. Cet homme avait été amené à l'hôpital avec des symptômes d'excitation cérébrale sans paralysie. M. Folet lave la plaie, enlève les esquilles, fait un drainage sous-arachnoïdien. Le malade meurt le surlendemain, ayant continué à présenter l'excitation du début.

A l'autopsie, pas de trace de méningite, mais simple congestion du cerveau avec petit épanchement sanguin. Le pariétal gauche présente une perforation sans trait de fracture vers la base.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Lambert présente un malade atteint d'une affection assez rare, d'actinomycose cervico-faciale. Le début de la maladie remonte à huit mois. Cet homme eut alors un abcès dentaire qui, incisé par le médecin, guérit. Un second abcès dentaire survint peu de temps après; une dent fut arrachée mais l'abcès continua de donner un pus rougeâtre, assez mal lié, avec des grains. Les grains jaunes d'actinomycose sont caractéristiques sous le microscope.

De plus, ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est l'unique fistule cervicale, l'absence de nodule sous-cutané, la largeur du point d'implantation, le décollement de la peau sur une grande étendue. L'exploration au stylet ne montre pas la dénudation de l'os.

Xanthélasma tubéreux et diabète insipide.

M. Ausset présente un petit garçon de trois ans et demi, ayant une éruption depuis quinze mois. La grand'mère de cet enfant est nerveuse et a des attaques d'hystérie. Le père et la mère sont de grands nerveux. L'éruption a débuté sous le menton, puis a envahi le cou, le front, la face, le tronc (partie antérieure et postérieure) et enfin la racine des membres. Quelques éléments sont disséminés sur les avant-bras et sur les jambes. Ce sont des papules plus ou moins grandes, de teinte feuille morte caractéristique, placées sur un fond un peu jaunâtre. La coloration de la peau est normale. Cet enfant a eu la rougeole il y a cinq mois et depuis lors boit énormément et urine beaucoup. De minuit à huit heures il a pris deux litres de liquide; en vingt-quatre heures il a uriné huit litres. Pas de sucre dans les urines. L'enfant maigrit beaucoup et n'a pas d'appétit. M. Ausset fait l'historique de la question et montre la relation qu'il y a entre la polyurie nerveuse et l'éruption cutanée.

Pour le traitement, il faut respecter la soif, donner des amers pour activer la sécrétion du suc gastrique qui paraît ralentie, des douches. M. Ausset essayera chez ce malade les capsules d'extrait pancréatique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

66e CONGRÈS ANNUEL.

Séances des 26, 27, 28, 29 Juillet.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE.

Emploi des rayons X en oculistique.

M. J. Mackensie Davidson présente l'appareil dont il se sert pour utiliser les rayons X en ophthalmologie qui lui ont rendu de grands services dans le diagnostic des corps étrangers de l'œil. Il s'est servi des rayons X dans 41 cas de corps étrangers avec les meilleurs résultats. Sa méthode est basée sur la recherche des trois coordonnées d'un certain point. Lorsque les trois coordonnées sont trouvées, le point en question est assuré. Dans l'appareil du Dr Mackensie deux aiguilles à tricoter, l'une horizontale, l'autre verticale, représentent les deux plans. La photographie plate constitue le troisième plan.

La tête du patient est fixée dans l'appareil et dirigée de telle façon que l'axe visuel soit parallèle à l'aiguille horizontale. L'extrémité d'un fil à plomb est fixée au moyen d'un peu de sparadrap sur la paupière inférieure et la projection du fil sert à marquer le point à partir duquel on pourra calculer la position exacte du corps étranger de l'œil.

Le tube de Crookes est placé sur une échelle mobile et deux plaques sont prises le tube étant placé à 6 centimètres de distance. Les deux photographies ainsi obtenues peuvent être placées en relief par le stéréoscope et l'on peut très exactement calculer la position du corps étranger.

Le Dr Davidson a toujours retiré de très bons résultats de cette méthode alors même que le corps étranger était très petit.

M. Collins (de Londres) a rapporté en janvier 1898, con-

jointement avec le Dr Davidson, le premier cas où il a appliqué la méthode de localisation par les rayons X pour déterminer la position des pièces de métal logées dans l'œil ou dans les parties avoisinantes. Non seulement les rayons X permettent de constater la présence ou l'absence des corps étrangers mais grâce à eux il est possible de déterminer avec la plus grande précision le point où ils se trouvent. M. Collins apporte à l'appui de son dire une série de cas démonstratifs.

M. Gargill (de Londres), mentionne 4 cas où il a sciagraphié suivant la méthode du Dr Davidson. Il a opéré et a trouvé les corps étrangers au point exact indiqué par les rayons X. Un des malades avait dans un seul œil 3 corps étrangers, 2 dans l'œil proprement dit, 1 dans l'orbite.

M. Hardy (de Londres) rapporte le cas d'un vieillard ayant reçu des éclats d'acier dans l'œil. Il présentait une plaie de la cornée et une cataracte traumatique. Le cristallin fut retiré mais on ne trouva pas de corps étranger. L'œil fut examiné suivant le procédé du Dr Davidson et un corps étranger fut décelé près de l'iris.

Quelque temps après l'œil était tellement enflammé que son ablation fut nécessaire. A la suite de l'opération on trouva le corps étranger au point même qui avait été indiqué par la sciagraphie. Le Dr Hardy pense que l'on doit pratiquer l'examen aux rayons X le plus tôt possible après le traumatisme.

M. A. Reewe (de Toronto) rapporte 3 cas où à l'aide de l'appareil du Dr Sweet (de Philadelphia) des corps étrangers de l'œil furent décelés.

Histologie de la cornée.

M. Reid (de Glascow) présente une série de photographies d'un certain nombre de coupes de la cornée, représentant le processus de cicatrisation des plaies. L'épithélium cornéen prolifère avec une grande rapidité et la couche transparente semble pour quelque chose dans cette prolifération.

Sur certaines coupes il a été possible de montrer les cellules intercalaires de l'épithélium cornéen. Ce sont des cellules à chromatine, généralement migratrices, présentant des formes de transition variées entre l'épithélium et le tissu cornéen.

Absorption de l'humenr aqueuse par l'iris.

M. Nüel (de Liège). — On admet généralement qu'il n'y a pas absorption directe de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure par la face antérieure de l'iris. Si les auteurs n'ont pu constater cette absorption cela tient à ce que leurs expériences ont été faites sur le lapin et que chez cet animal l'appareil lymphatique de l'iris est tout à fait rudimentaire. Sur l'iris des chats et des chiens l'absorption par l'appareil lymphatique est très important.

Sur le chat, on trouve à la périphérie de l'iris de nombreux orifices qui sont autant de lacunes lymphatiques. Une injection pénètre assez rapidement de la chambre antérieure dans le corps vitré. Le même phénomène se produit chez le chien.

Paralysie de l'accommodation à la suite de l'influenza.

M. Richard Williams. — Le Dr M. S..., 35 ans, fut adressé il y a 3 ans au Dr Williams pour une iritis rhumatismale moyenne mais prolongée. Jusqu'à la fin de décembre 1897 l'état général resta bon. A cette époque il eut une attaque d'influenza. Une semaine après il éprouvait de la difficulté à lire et vint consulter le 18 janvier 1898. La pupille gauche était un peu plus dilatée qu'à droite et du côté gauche la vue était également plus faible. La difficulté d'accommodation augmenta les premiers temps mais céda finalement au traitement.

M. Argill Robertson a vu deux cas de paralysie de l'accommodation à la suite de l'influenza. Il ne peut dire cependant s'il n'y a eu que simple coïncidence.

M. Jules (de Londres) dit que les paralysies de la 3e paire ne sont pas rares à la suite de l'influenza et il a pu en observer un cas.

M. G. Mackay a vu également quelques cas de paralysie unilatérale à la suite de l'influenza.

Kyste du canal hyaloïde donnant lieu à un double cristallin.

M. J. Tatham Tompson a vu une dame de 42 ans, se plaignant de faiblesse de la vision du côté gauche, ayant en même temps de la diplopie et de la céphalalgie.

Extérieurement l'œil paraissait normal, les pupilles étaient égales et actives. L'examen ophthalmoscopique montra une certaine irrégularité dans la réfraction de la région centrale semblable à ce qu'on observe dans le *keratoconus*. La pupille fut dilatée avec l'atropine et alors on constata près du cristallin un kyste transparent, ressemblant à une goutte d'huile dans l'eau.

M. Griffith pense qu'il s'agit d'une dilatation kystique du canal hyaloïde à sa partie antérieure.

M. Marcus Grun a observé un cas analogue chez un enfant.

M. Angus M'Gillivray représente le développement de ce canal et son contenu. Il l'a injecté avec une matière colorante par la chambre antérieure. Dans l'exsudation cyclitique la lymphe se répand dans la chambre antérieure en passant par ce canal.

Étude clinique et bactériologique de la conjonctivite diplobacillaire.

M. J. W. Eyre, répondant au travail du Dr Morax (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896, n° 6), le Dr Eyre expose l'aspect clinique de la maladie. Elle se rencontre dans les 2 sexes et à tout âge, mais elle est surtout fréquente chez la femme à l'âge moyen de la vie. C'est une maladie contagieuse qui se transmet par les produits de sécrétion. L'incubation dure en moyenne 5 jours. Les symptômes subjectifs sont peu marqués et consistent dans un état de sécheresse des paupières qui, le matin, sont collées. Il y a un peu de photophobie, du larmoiement, et un peu d'écoulement, mais le point dominant de l'affection est sa chronicité.

Les signes objectifs sont presque caractéristiques.

Au début l'affection se limite à un œil, puis elle devient symétrique. Un muco-pus jaunâtre adhère au bord des paupières et se collecte au voisinage de la caroncule. La conjonctive bulbaire est légèrement injectée, les paupières sont parfois œdématiés et congestionnées.

Au point du traitement, les sels de zinc rendent les meilleurs services.

Au microscope on retrouve dans l'écoulement les diplobacilles caractéristiques. C'est un microbe de 2 à 3 μ de long sur 1 μ de large. Il est disposé par deux comme un diplobacille. Il est immobile, sans spores, aérobie. Il n'a ni capsule, ni flagellum, il ne se développe pas sur platine ni sur lait, mais sur sérum sanguin entre 30° et 40° C. Il meurt à 56° C au bout de 15 minutes, il se colore par toutes les couleurs d'aniline et ne conserve pas le Gram.

Bactériologie de la conjonctive du cul-de-sac conjonctival normal.

M. Arnold Lawson. — Jusqu'à présent on peut résumer ainsi les connaissances acquises sur ce sujet.

1° Tous les auteurs admettent que le cul-de-sac de la conjonctive contient normalement, dans la majorité des cas, des bactéries.

2° Les opinions diffèrent sur la fréquence de la stérilité du canal. Pour Leber le cul-de-sac conjonctival serait assez souvent stérile. La plupart des auteurs pensent autrement.

3° On admet généralement que le nombre des bactéries du cul-de-sac conjonctival est minime.

4° Les opinions diffèrent sur les propriétés pathogéniques des bactéries contenues dans le cul-de-sac. Pour la plupart des auteurs les bactéries pyogènes s'y trouvent sous une forme atténuée.

M. le Dr Lawson a entrepris à cet égard des recherches basées sur l'étude de 200 cas. Il a choisi avec le plus grand soin des individus chez qui la conjonctive était objectivement et subjectivement normale. Comme milieu de culture il s'est servi de

sérum sanguin et d'agar-agar. Les inoculations étaient faites avec une aiguille de platine stérilisée qui avait été promenée sur la conjonctive bulbaire et palpébrale.

Les résultats furent les suivants :

159 tubes cultivèrent.

41 restèrent stériles.

16 contenaient des microbes pyogènes dont un l'aureus, six, l'albus et 2 le pneumocoque de Fränkel.

Les inoculations sur chiens et lapins restèrent stériles. En général le nombre des colonies était peu abondant; le bacillus xerolis fut trouvé dans 118 cas.

M. Eyre confirme les recherches de M. Lawson. Sur 150 observations il a eu 50 p. 100 de tubes stériles, dont 30 avec microbes pyogènes.

M. Gillivray pense que les microbes pyogènes sont fréquents et que le cul-de-sac conjonctival de toute personne ayant passé 60 ans est septique.

Kyste de l'orbite.

M. A. Hill Griffith rapporte un cas de kyste de l'orbite chez un malade de 52 ans. Il était situé à la partie la plus interne de la paupière supérieure. Il n'y avait ni déplacement de l'œil, ni diplopie, ni trouble visuel, mais faisait saillie au-dessous de l'orbite en arrière de la paupière. Le Dr Griffith en pratiqua l'ablation à la cocaïne. Il s'agissait d'un kyste simple développé au niveau de l'enveloppe formée par la capsule de Tenon au grand oblique.

Syphilis tertiaire de l'œil.

M. Jules raqporte deux cas de syphilis oculaire tertiaire : le premier est celui d'un jeune homme atteint de gomme du corps ciliaire; le second est relatif à un homme de 33 ans ayant eu 10 ans après le début des accidents syphilitiques une kératite interstitielle.

Goître exophthalmique aigu avec kératite ulcéreuse.

M. John Griffith. — Une jeune femme de 21 ans, de tempérament nerveux, présenta au commencement de cette année les premiers symptômes de la maladie de Graves. Peu de jours auparavant les yeux étaient douloureux. Les symptômes caadinaux de l'affection ne manquèrent pas. Un mois après la malade était incapable de fermer complètement les yeux et bientôt la cornée s'ulcéra. La douleur était extrêmement vive. Après avoir débuté par un œil, l'affection s'étendit ensuite à l'autre œil et dura assez longtemps.

Emploi de la cocaïne en cristaux de préférence aux solutions.

M. Adolphe Bronner se sert depuis longtemps de la cocaïne en ophthalmologie. Jusqu'ici il s'est servi de la solution à 2 1/2 p. 100. Dans la plupart des cas la cocaïne employée sous forme de crtstaux donne lieu à une anesthésie plus rapide et complète.

AMÉRIQUE

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

Congrès annuel tenu à Denver du 7 au 10 Juin 1898.

Séance du 7 Juin 1898.

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE

Pathologie des nègres.

M. W. L. Rodmann pense que les conditions dans lesquelles se trouve actuellement la race nègre sont très différentes de ce qu'elles étaient avant la guerre. D'une manière générale, on peut dire qu'elle est devenue moins résistante et qu'elle donne une plus forte mortalité. Il ne serait pas étonnant qu'au bout d'un certain temps elle puisse s'éteindre complètement.

Au point de vue du cancer il est plus fréquent que dans la race blanche. On trouve surtout le sarcome. Le Dr Rodmann n'a pas vu de cancer de la langue, du pénis, ou du larynx, mais le cancer du rectum est assez fréquent. Le cancer semble marcher de pair avec le degré de civilisation.

Il y a quelques années la tuberculose pulmonaire était presque ignorée des nègres. Elle y est aujourd'hui extrêmement fréquente, surtout la tuberculose locale.

Le varicocèle est presque inconnu chez les nègres. Ils ont de même une certaine immunité contre les varices et les hémorrhoïdes.

La tuberculose de la prostate serait fréquente dans la race noire, alors que l'hypertrophie prostatique est rare.

Les anévrysmes sont 3 fois plus fréquents chez le nègre.

La race nègre présente encore une grande tendance au tétanos.

Anatomie chirurgicale des voies biliaires.

M. Bevan (de Chicago) dit que la chirurgie moderne de cette région date de l'opération de la cholécystotomie pratiquée par Sims en 1878. L'incision habituelle employée dans ces cas ne donne pas un espace suffisant, à moins qu'elle ne soit longue ce qui expose à la hernie. L'incision verticale le long du bord externe du droit entraîne une trop grande faiblesse de la paroi. L'incision en T est difficile à suturer et expose facilement aux hernies. L'incision sur la moitié supérieure de la ligne blanche ne donne pas facilement accès sur la vesicule biliaire. Comme incision préférable à toutes les autres, le Dr Bevan conseille une incision en forme d'*S* italique passant par le bord externe du muscle droit, et ayant 3 à 4 pouces de long, qu'on peut allonger au besoin. Cette incision permet facilement d'aborder la vésicule sans qu'il soit nécessaire d'une autre incision. Les dangers de hernie sont réduits au minimum, l'incision étant en contact intime avec l'arc costal.

On peut localiser la vésicule biliaire au point de jonction de l'arc costal et du bord antérieur du muscle droit. Le Dr Bevan appelle l'attention sur les rapports du cholédoque, de la veine pylorique, de la veine porte et de l'artère gastro-duodénale.

M. John. B. Hamilton (de Chicago) dit que, depuis, on s'est intéressé à ce sujet et qu'il a examiné la position de la vésicule biliaire sur 35 cadavres. En tirant une ligne depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et une autre de l'ombilic à la jonction du 10e cartilage costal, on trouve que la vésicule est située à un 1/2 ou un 3/4 de pouce au-dessus de l'intersection de ces deux lignes.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. Traitement chirurgical par la ligature de la carotide droite et de la sous-clavière.

M. Merill Ricketts (de Cincinnati) rapporte un cas dans lequel il a lié ces artères pour anévrysme de la crosse de l'aorte. Le résultat fut excellent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE NEW-YORK

Congrès annuel tenu le 1er avril 1898.

Cancer de l'amygdale et du pharynx.

M. J. D. Bryant présente un homme de 50 ans, laboureur. Rien dans les antécédents héréditaires. Personnellement, le malade a des rhumatismes depuis 15 ans. L'état général est bon. Il y a un an, il remarqua une tumeur mobile à l'angle de la mâchoire qui peu à peu augmenta de volume. Elle était circonscrite et non douloureuse. Jusqu'en février 1898, la tumeur évolua sans causer aucun trouble. A ce moment apparurent des

douleurs vives au niveau de la gorge, irradiant dans l'oreille gauche. Le Dr Fergusson (de New-York) après examen constata une ulcération de tumeur maligne et l'adressa au Dr Bryant pour être opéré. A son entrée à l'hôpital, le 3 mars 1898, le malade présentait une ulcération très étendue du pharynx, ayant détruit l'amygdale gauche, une portion du pharynx et de sa paroi latérale et s'étendant profondément du côté de la base de la langue.

Le 7 mars, après anesthésie, trois ganglions hypertrophiés furent enlevés dans l'espace sous-maxillaire, à l'aide d'une incision s'étendant du lobule de l'oreille au cartilage thyroïde le long du sterno-cléido-mastoïdien. La dissection fut poursuivie assez loin, la carotide externe fut liée et la mâchoire inférieure fut divisée au niveau de la dernière molaire. Une hémorrhagie persistante obligea à tamponner la plaie durant 48 heures et fit suspendre l'opération. Au bout de ce temps le chloroforme fut donné à nouveau et l'opération complétée. On réussit ainsi à enlever la plus grande partie de la masse cancéreuse.

A la suite de l'opération l'état général du malade s'améliora et dès le 6e jour il put quitter son lit. Au point de vue anatomique la tumeur était un épithélioma. Elle avait vraisemblablement débuté dans l'amygdale et donna secondairement lieu à l'envahissement de la langue, du pharynx et des glandes.

M. George F. Shrady dit que l'épithélioma de la langue d'origine secondaire est tout à fait rare. Personnellement il en a vu deux cas dont l'un est celui du général Grant où la maladie commença dans les piliers du voile du palais et envahit secondairement les régions voisines.

Hystérie fébrile.

M. Andrew H. Smith rapporte le cas d'une femme sans antécédents héréditaires ou personnels particuliers. Trois semaines avant d'entrer à l'hôpital, elle fut prise de fièvre et de douleurs dans le côté qui furent attribuées à la malaria ou à la grippe. Quatre jours avant son admission elle se mit à vomir tout ce qu'on lui donnait en même temps que la température était très élevée. Brusquement la température redevint normale en même temps que s'amendaient les symptômes observés. On remarqua alors que la malade présentait des stigmates marqués d'hystérie.

Les pupilles étaient dilatées, le réflexe palatin était absent et la malade avait de la rétention d'urine. L'examen physique ne révéla rien et l'état du sang était normal.

La quinine resta sans aucun effet, alors que l'assa fœtida amena une chute rapide de la température avec cessation des vomissements.

M. Bryant a observé lui aussi un cas de fièvre hystérique chez une femme.

M. Dana pense qu'il ne faut pas se laisser tromper par l'existence de la fièvre chez une hystérique. En réalité la fièvre hystérique n'existe pas au sens propre du mot mais on peut rencontrer chez les hystériques des poussées fébriles en rapport avec l'existence de troubles dyspeptiques.

M. Peabody pense que l'explication de M. Dana ajoute plus d'obscurité qu'elle n'éclaire la nature de la fièvre chez les hystériques.

Sans doute la fièvre hystérique peut être due à quelque complication latamatique mais souvent on ne trouve rien.

Hémiplégie cérébrale à la suite de la diphthérie.

M. John Winters Brannan (de New-York). — La paralysie sous toutes les formes est fréquente à la suite de la diphthérie.

D'après Gowers, un quart des cas de diphthérie se compliqueraient de paralysie. Elle est aussi fréquente après une attaque légère qu'après une attaque grave. La forme la plus habituelle est la paralysie du voile du palais. La paralysie des muscles moteurs de l'œil est assez fréquente, mais d'une manière générale on admet que ces paralysies sont d'origine périphérique. Dans tous ces cas la guérison est la règle.

Le Dr J. W. Brannan a eu l'occasion d'observer un cas beaucoup plus grave.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, atteinte de diphthérie grave du nasopharynx avec albumine et cylindres dans les urines. Traitement par l'alcool et la strychnine. Guérison.

Deux semaines après, la malade fut prise brusquement d'hémiplégie droite avec aphasie. La malade ayant eu dès le début des manifessations hystériques, le Dr Brannan pensa que l'hémiplégie était de même nature mais la persistance des symptômes rendit évidente l'existence d'une hémorrhagie cérébrale.

L'hémiplégie diphthérique est rare. La plupart des auteurs ne la mentionnent pas. Gowers traite en 60 pages des paralysies diphthériques et consacre quatre lignes à l'hémiplégie. Le Dr Brannan a recueilli 35 cas dans la littérature. Dans 7 cas il y avait eu hémorrhagie; dans 14, embolie. Dans les 14 autres cas le diagnostic resta incertain.

Dans 5 cas l'embolie portait sur la sylvienne. Quelle que soit la lésion vasculaire, hémorrhagie, embolie, thrombose, elle est le plus souvent située dans la capsule interne. L'hémiplégie cérébrale post-diphthérique est surtout fréquente chez les enfants de 8 à 15 ans.

Le pronostic est grave comme dans l'hémiplégie cérébrale des adultes. Sur les 36 cas de l'auteur, 4 fois il y eut guérison complète, 7 fois la mort s'ensuivit.

Dans tous les autres cas la paralysie persista plus ou moins étendue.

M. Beverley Robinson dit qu'il n'a jamais vu de paralysie centrale à la suite de la diphthérie. Personnellement il inclinerait plutôt à croire que l'embolie en est la cause. Dans la diphthérie, il y a une tendance spéciale à la formation de caillots fibrineux qui peuvent se former dans le cœur et de là se répandre dans le cerveau.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Mayard. *Les sucres comme diurétiques.* N° 466. (H. Jouve.)

M. Cabon. *Contribution à l'étude des hygromas à grains riziformes.* N° 467. (H. Jouve.)

M. Brun. *Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs et en particulier des nerfs du membre supérieur.* N° 481. (G. Steinheil.)

M. Dézon. *De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.* N° 504. (Noizette et Cie.)

M. Marato. *Du traitement de l'hypospodias et en particulier de l'hypospodias périnéo-scrotal.* N° 505. (Carré et Naud.)

M. Giacometti. *Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott.* N° 507. (H. Jouve.)

M. Chartier. *Propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires, indications cliniques et opératoires.* N° 493. (H. Jouve.)

D'après M. Mayard les sucres ingérés à doses massives produisent souvent un effet diurétique. Cette durèse n'est pas constante. Elle est variable non seulement d'un sujet à un autre, mais encore chez le même sujet. Elle est supérieure à la quantité de liquide tenant ces sucres en solution et leur servant de véhicule.

La diurèse s'obtient aussi bien par l'injection sous-cutanée des sucres, même à faibles doses. On évite ainsi les troubles digestifs (vomissements, diarrhée) qui peuvent quelquefois résulter de l'ingestion buccale.

La saccharose ou sucre ordinaire semble être un des sucres qui possèdent le plus ce ce pouvoir diurétique. L'injection sous-cutanée semble être son meilleur mode d'administration, puis vient l'ingestion.

Le sucre interverti et le lactose viennent immédiatement après le saccharose comme pouvoir diurétique.

La glycose produit un effet de moindre intensité que le saccharose. Il est à remarquer que l'ingestion de glycose nous a donné de meilleurs résultats que l'injection sous-cutanée.

En général, les augmentations des doses de sucre ne provoquent pas des augmentations correspondantes d'urine.

Les sucres agissent comme les diurétiques rénaux, sans produire aucun trouble nerveux, ce qui leur donne un certain avantage sur la caféine par exemple. N'étant pas toxiques, ils peuvent être donnés pendant tout le temps voulu et associés sans inconvénient aux médicaments diurétiques. Comme les sucres agissent par une sorte de déshydratation du sang, ils paraissent aptes à favoriser la résorption des hydropisies.

D'après M. Cabon la synovite à grains riziformes, fréquente au niveau des gaines tendineuses, peut aussi se rencontrer dans les bourses séreuses.

Longtemps méconnus, ces hygromas ont pris une place bien définie dans le cadre nosologique, depuis l'important travail de Nicaise, établissant leur nature tuberculeuse : ces grains proviennent très vraisemblablement de la paroi kystique.

L'hygroma à grains de la bourse séreuse trochantérienne du grand fessier emprunte à la disposition anatomique de la région une physionomie particulière.

Au point de vue symptomatique, l'hygroma à grains de la région trochantérienne peut se présenteer sous forme de tumeur bilobée et réductible. Le traitement qui convient le mieux est l'extirpation large de la poche.

Le diagnostic des sarcomes des nerfs est un diagnostic très difficile, aucun signe pathognomonique ne permettant d'affirmer qu'il s'agit plutôt de cette variété de néoplasme que de toute autre. Pour M. Brun, l'examen histologique souvent est nécessaire pour confirmer la nature de la tumeur.

On aura comme signes de probabilité de sarcome : la consistance molle et presque fluctuante de la tumeur, sa forme lisse et régulière, son rapport intime avec le trajet d'un nerf connu, principalement d'un nerf superficiel; son immobilité dans le sens de la direction du nerf, tandis que sa mobilité latérale est à peu près totale, l'absence de connexions avec les parties voisines et en particulier l'état normal de la peau, les douleurs provoquées ou spontanées soit au niveau de la tumeur soit sur le trajet du nerf atteint; enfin l'évolution généralement plus rapide que celle des autres tumeurs.

On peut trouver sur les nerfs les différentes variétés de sarcome (sarcomes globo-cellulaires et fuso-cellulaires; les sarcomes encéphaliques et les sarcomes télangiectasiques).

Le pronostic des sarcomes des nerfs est sérieux; ils nécessitent une intervention chirurgicale précoce. La récidive est toujours à craindre; ils peuvent se propoger de proche en proche, s'étendre sur une grande longueur du nerf, s'étendre au plexus brachial et gagner la moelle. Par les douleurs qu'ils déterminent parfois et leur récidive, ils peuvent menacer l'état général et entraîner la mort.

La dissection de la tumeur est le plus souvent possible et doit être toujours tentée, soit sous forme d'énucléation, soit sous forme de dénudation du nerf. Si l'on ne peut y réussir, faire la section du nerf au-dessus et au-dessous de la tumeur avec suture des deux extrémités pour rétablir la continuité des nerfs.

La cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus met l'opéré à l'abri de la récidive aussi bien que les procédés à sutures abandonnées au sein des tissus.

Elle a l'avantage de supprimer les accidents dus soit à la suppuration par élimination des fils de soie, soit à la résorption trop hâtive du catgut, ou de tout autre fil résorbable. Pour M. Dezon les procédés qui semblent les meilleurs sont :

a) Celui de MM. Duplay et Cazin, capable de s'adapter à tous les cas, constituant ainsi une méthode absolument générale et permettant d'exécuter soit la manœuvre de Bassini, soit le procédé de Lucas-Championnière.

b) Celui de M. J.-L. Faure, dont la simplicité et l'originalité sont incontestables, pourra être mis en pratique toutes les fois que le sac aura une longueur suffisante (c'est-à-dire dans presque toutes les hernies scrotales.)

Pour M. Marato, dans le traitement de l'hypospadias la méthode de M. Duplay est de beaucoup la plus simple.

Elle a pour principe de procéder à la réparation par temps successifs, qui peuvent être ainsi répartis :

Redressement de la verge;

Création d'un nouveau canal à partir du méat urinaire, jusqu'à l'ouverture hypospadienne qui doit rester libre pour constituer un orifice de dérivation destiné à empêcher l'urine de venir contaminer l'urèthre nouvellement créé.

Par conséquent maintien de cette ouverture jusqu'à guérison complète de la partie du canal en voie de réparation.

Abouchement des deux portions du canal.

Il importe, tant au point de vue de la régularité des formes que de l'exercice des fonctions, que le nouvel urèthre se termine par un méat formé aux dépens du gland. Quand à la confection du canal, le procédé uréthroplastique de Duplay consiste à réduire au minimum les lambeaux, ce qui fait qu'on arrive à former un canal qui n'est pas contractile, et n'a aucun des défauts des autres procédés à grands lambeaux, qui forment une fois réunis une sorte de voile membraneux recouvrant la face intérieure de la verge, et ne ressemblant en rien à l'urèthre normal.

Il est inutile d'ajouter que le procédé de Duplay est applicable non seulement à l'hypospadias périnéo-scrotal, mais aussi aux variétés moins compliquées du même vice de conformation (hypospadias péno-scrotal et pénien), pour lequel il fournit rapidement un résultat tout à fait satisfaisant.

D'après M. Giacometti, l'exagération des réflexes est un signe d'apparition très précoce dans le mal de Pott. Il suffit de la plus légère compression médullaire, d'une vascularisation anormale de la moelle déterminée par la pachyméningite tuberculeuse pour entraîner une hyperexcitabilité des centres médullaires, qui se traduit par ce symptôme.

On peut constater l'exagération des réflexes non seulement chez des malades qui n'ont que des douleurs fugaces ou une impotence légère, mais en recherchant systématiquement ce signe chez tous les pottiques, on le trouve sur des malades qui ne se plaignent d'aucun trouble du côté des membres si ce n'est peut-être d'un peu de fatigue. Il procède de la paralysie.

L'exagération des réflexes est un symptôme qui ne comporte pas un pronostic grave, comme les contractures, chez les pottiques paraplégiques. Il prouve que la moelle est atteinte, mais ne signifie pas lésion médullaire profonde. La guérison est possible même quand il atteint son plus haut degré.

Ce signe persiste souvent après la disparition des troubles moteurs, et on peut dire qu'il y a alors comme une hyperexcitabilité acquise des centres médullaires qui président aux mouvements réflexes.

Le diagnostic précoce du mal de Pott permettra d'instituer une thérapeutique qui sera d'autant plus efficace qu'elle sera intervenue de meilleure heure.

M. Chartier pose ainsi les indications opératoires au cas de propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires.

La cavité de l'aisselle étant ouverte et l'opérateur ayant constaté par la vue et par le toucher l'état des troncs vasculaires, pratiquera une exérèse adéquate au mal, et à aucun prix, ne devra, dans la crainte d'intéresser les vaisseaux, négliger d'enlever la moindre partie infiltrée de leur paroi.

S'il y a compression simple par les adénopathies, le curage de la région suffira, laissant indemnes les organes vasculaires.

S'il y a infiltration de l'artère, résection entre deux ligatures. Si infiltration de la veine, même traitement.

S'il y a des adhérences à la veine (cas le plus fréquent), il faut distinguer deux éventualités.

a) Ou bien il sera possible d'isoler cette veine de ses adhérences; alors il faudra pratiquer sa libération par des ligatures en masse successives, appliquées sur les pédicules vasculaires.

b) Ou bien il sera impossible d'isoler la veine adhérente aux ganglions; alors, dans un premier cas, les adhérences seront assez lâches pour être disséquées et on produira une simple dénudation veineuse, sans gravité aucune; ou, dans un second cas, les adhérences ne pourront être disséquées et, ici encore, la résection de cette partie du vaisseau deviendra nécessaire.

Lorsque les nécessités opératoires n'auront produit que des plaies incomplètes de la veine axillaire, il sera indiqué de lui conserver sa perméabilité; il en sera de même lorsque la section, au lieu de porter sur le tronc principal, portera sur une

collatérale, au voisinage de son abouchement : au lieu de la ligature circonférentielle, il faudra alors appliquer l'occlusion latérale, c'est-à-dire la suture, la ligature latérale, ou la forcipressure.

Les résultats ont été très satisfaisants pour ces différentes méthodes, et parmi elles, la suture semble être la plus parfaite, et avoir réuni les avis les plus autorisés.

En tout cas, l'asepsie la plus minutieuse contribuera, dans une large part, à assurer le succès.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Dion (René-Eugène-Ollivier). *L'urée; son emploi comme diurétique et en particulier dans les cirrhoses atrophiques.* N° 96.

M. Rupeau (Jean). *De quelques considérations générales sur les urines.* N° 97.

M. Banquet (Jean). *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'endocardite tuberculeuse.* 103.

M. Mangin (Georges-Jean-Lucien). *Traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas.* N° 105.

M. Sendrier (Léon-Charles). *Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique.* M° 111.

M. Parrot-Lagarenne (Jules-Joseph-Marie-Louis). *Lipomes de la joue, masses graisseuses de la région temporo-jugale.* N° 100.

D'après les expériences de M. Dion, l'urée, à toute dose, doit produire sur la concentration moléculaire du sang un effet mathématiquement le même pour des poids égaux de substance employée et cet effet est nécessairement favorable à la diurèse. Si, en clinique, le malade ne remplit pas des bocaux d'urine en 24 heures, le médecin, n'est pas autorisé de ce fait à conclure que l'urée n'excite pas la diurèse. Dans tous les cas où l'auteur a employé cet agent, il a observé une action diurétique incontestable. Pour obtenir de bons effets, il a dû parfois en donner jusqu'à 30, 40 grammes par jour et même plus.

Comment doit-on comprendre que l'urée guérit, fait disparaître l'ascite? Le médicament, par lui-même, est absolument incapable d'extraire un seul centimètre cube de liquide intrapéritonéal; au contraire, il peut s'y diffuser dans ce liquide et y rester, sans aucun effet. L'urée n'agit comme spécifique de l'ascite qu'en détournant le cours de l'épanchement séreux, au profit des urines. Elle augmente la pression glomérulaire au détriment de la pression intraveineuse péritonéale; non pas qu'elle fasse baisser cette dernière par action directe, mais en provoquant l'expulsion de liquide par le rein, elle la diminue indirectement. La résorption est très variable.

La résorption n'est-elle pas aussi due à l'action déshydratante de l'urée qui alors emprunterait à l'épanchement une partie de son eau pour élever la pression artérielle? L'urée ferait alors diminuer l'ascite pour action directe. Mais, comme il existe des cas où, malgré le traitement, l'épanchement reste longtemps avant de disparaître, alors que le volume des urines de 24 heures est très considérable, il est probable que la résorption n'est attribuable qu'au travail mystérieux de la séreuse, travail sans lien rationnel avec les lois physiques de l'osmose.

Il est à noter aussi que des corps sans action physiologique énergique, comme la lactose, produiront également le même phénomène réactionnel de l'organisme, à condition d'observer la valeur relative de leur poids moléculaire par rapport à l'urée et d'augmenter la dose médicinale d'une manière proportionnelle à ce poids.

Tous les excreta, nous dit M. Rupeau, sont utiles à consulter pour le médecin, mais c'est de l'examen des urines qu'il tire les plus précieux enseignements. Aussi propose-t-il le principe d'un procédé d'analyse complète faisant sérieusement entrer en ligne de compte les substances extractives, si négligées jusqu'à ce jour.

Voici ce procédé : on prend un volume d'urine connu, 100 cent. cubes, par exemple, qu'on neutralise avec une liqueur alcaline titrée en présence de phtaléine. On verse un excès de mixture triacétique formée d'acétate d'argent, de plomb, et de baryum. Après mélange intime, on laisse reposer, on décante le liquide qui surnage, puis on lave le précipité à plusieurs reprises et l'on filtre. Par ce procédé, sont précipités : les acides minéraux (chlorhydrique, sulfurique, phosphorique, carbonique), les acides organiques (oxalique, urique, hippurique, benzoïque, butyrique, succinique, phosphoglycérique, propionique, glycocolique, cholalique, caproïque, etc., lactique et valérique), les uréides et autres divers produits (sarcine, xanthine, leucine, thyrosine, allantoïne, etc., matières colorantes).

Restent dans le filtratum : les corps créatiniques, quelques acides gras et aromatiques non précipités, des corps ternaires (sucre, acétone, alcool, etc.), acide taurocholique, etc.

On peut tirer de ce procédé d'intéressantes données. en l'employant conjointement avec ceux de Huguet et Denigès.

Pour M. Banquet, s'il est incontestable que la tuberculose de l'endocarde existe, il s'en faut que ce soit une lésion aussi fréquente que pourraient le faire supposer les observations publiées.

L'auteur démontre, en effet, que l'inoculation donne parfois des résultats erronés parce que les végétations sont infectées au moment de l'autopsie. La nature de l'endocardite tuberculeuse ne doit être affirmée que lorsqu'on rencontre dans l'endocarde le bacille de Koch nettement défini, comme dans l'observation personnelle de l'auteur.

Les tumeurs solides du pancréas, si l'on en excepte le cancer. sont très rares, d'après M. Mangin; leur pronostic, même lorsqu'elles sont bénignes, est très grave, surtout lorsqu'elles siègent au niveau de la tête de cet organe.

Le traitement radical consiste à extirper des tumeurs de la queue ou du corps. On peut même enlever celles de la tête, à condition de ne pratiquer qu'une extirpation partielle de cette portion de la glande.

L'extirpation totale de la glande doit toujours être rejetée, à cause de la suppression de la fonction pancréatique.

Le traitement palliatif remédie à l'obstruction intestinale par la gastroentérostomie et à la rétention biliaire par la cholécystoentérostomie. L'abouchement pancréatico-intestinal est encore mal connu.

Les ruptures indirectes de la sclérotique, sauf quelques exceptions, se font par le même mécanisme. C'est ainsi, par exemple, que les ruptures en bas et en dehors supposent une compression du globe de l'œil en haut et en dedans. Ces ruptures sont rares, car cette dernière région de l'œil est des mieux protégée. La direction de la déchirure est toujours parallèle au bord scléro-cornéen, ce qui est dû à l'abondance des fibres circulaires en cet endroit.

Il faut, chez l'adulte, que le traumatisme soit violent pour qu'il produise une telle lésion, tandis que le globe de l'œil de l'enfant, sur lequel ont surtout porté les expériences de M. Sendrier, est plus élastique et pourtant moins résistant, car il se rompt sous l'action d'une force bien plus petite. Aussi, chez l'enfant, les ruptures de la sclérotique s'accompagnent-elles plus rarement de lésions des milieux transparents.

Le traitement consiste dans la suture de la conjonctive seule ou dans le repos, sans intervention directe, si la conjonctive est intacte.

C'est chez l'homme adulte surtout que s'observent les lipomes de la joue, nous dit M. Parrot-Lagarenne, et il semble que les lésions irritatives aient une influence sur le développement de ces tumeurs.

Leur évolution est bénigne et si leur volume peut devenir excessif. elles ne constituent qu'une difformité pénible.

L'extirpation n'est pas grave. Si le lipome est sous-cutané, on l'attaquera par l'extérieur par une incision allant de l'antitragus à la commissure labiale. S'il est profond, la voie buccale est tout indiquée; on fera une incision horizontale passant un peu au-dessous de l'orifice du canal de Sténon.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la néphrotomie,

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de chirurgie* octobre 1898

Par MM. F. Guyon et J. Albarran (de Paris).

En dehors des faits de J.-L. Petit, en 1770, et de Miquel, en 1849, on peut dire que ce n'est qu'à partir de 1870, lorsque les deux opérations de Durham et de Bryant furent connues, que la néphrotomie commença à être pratiquée. Dans ces dernières années, la taille rénale est devenue une opération courante, dont les bons résultats ont été appréciés par tous les chirurgiens. Mais on a vu aussi entrer dans la pratique des opérations rivales de la néphrotomie.

Dans les même affections que certains auteurs traitent par l'ouverture du rein, d'autres chirurgiens conseillent la néphrectomie, et, dans ces dernières années, on a essayé de substituer à la néphrotomie ou à la néphrectomie, des opérations conservatrices portant sur le bassinet et l'uretère.

L'accord n'est pas établi sur la valeur relative de ces interventions : nous nous attacherons, dans ce rapport, à préciser et à définir les diverses indications de la néphrotomie.

Le mot néphrotomie s'applique encore maintenant à la désignation d'opérations variées. On dit avoir pratiqué une néphrotomie exploratrice aussi bien lorsqu'on se borne à mettre le rein à découvert que lorsqu'on incise l'organe, et, contrairement à la terminologie précise adoptée pour les autres organes en chirurgie, on continue à confondre sous le nom de néphrotomie l'incision simple, temporaire, du rein et l'ouverture qu'on maintient béante par des procédés variés. Il serait rationnel de réserver le nom de *néphrotomie* à la simple incision rénale et d'appeler *néphrostomie* l'ouverture du bassinet à travers le tissu rénal, lorsque la plaie du rein est maintenue ouverte et qu'on crée ainsi, dans un but thérapeutique et de propos délibéré, une fistule chirurgicale.

Nous étudierons ces deux variétés d'incision rénale, laissant complètement de côté la simple incision exploratrice des parois de l'abdomen.

I. — Néphrotomie.

OUVERTURE TEMPORAIRE DU REIN

Cette opération est pratiquée : 1° pour explorer le rein, le bassinet ou l'uretère; 2° pour permettre l'extraction des calculs; 3° accessoirement, comme temps préliminaire dans certaines opérations portant sur l'uretère et le bassinet.

A. — Néphrotomie exploratrice. — La grande majorité des chirurgiens reconnaît aujourd'hui que, pour bien explorer le rein, il ne suffit pas de palper l'organe à travers une incision de laparotomie ou par l'incision lombaire. Nombre d'erreurs ont été commises parce que les opérateurs se sont bornés à examiner la surface externe du rein. Sans parler des *calculs* méconnus ainsi, citons certains cas de tuberculose (Guyon, Albarran, Routier), des néoplasmes ne faisant pas saillie à la surface du rein (Albarran) et les néphrites hématuriques (Albarran, Poirier, Pousson, etc.). Les méthodes d'exploration intermédiaires entre l'exploration externe et l'incision du rein, telles que l'*acupuncture*, doivent être abandonnées comme insuffisantes. Quant aux tentatives de *radiographie* pratiquées par nous et conseillées par Fenwick, elles n'ont pas encore donné de résultats suffisants. Nous sommes donc conduits à dire que, pour le moment, le meilleur mode d'exploration du rein est la néphrotomie.

L'observation des opérations pratiquées chez l'homme prouva d'abord l'innocuité de l'incision rénale, ce que confirma ensuite l'étude expérimentale chez les animaux (Maas, Tillmans, Pisenti, Tuffier, Barth, etc.); Le Dentu démontra, chez l'homme, que le rein suturé après néphrotomie se réunit sans difficulté. C'est un fait acquis que l'incision chirurgicale du rein sain ou peu altéré ne présente aucun danger et qu'elle ne détermine que des lésions peu importantes du parenchyme sécréteur. Mais il ne suffit pas d'établir l'innocuité de la néphrotomie exploratrice; il faut encore prouver son utilité. Or, les résultats de la néphrotomie exploratrice varient suivant la technique employée et selon la maladie dont le rein est atteint. Nous ne pourrions, sans sortir du cadre étroit d'un rapport d'ensemble, étudier en détail le *manuel opératoire* de la néphrotomie exploratrice. Nous nous bornerons à déterminer les conditions que nous paraît devoir remplir ce genre d'intervention. L'incision rénale doit : 1° détruire le moins possible du parenchyme rénal; 2° saigner peu; 3° ouvrir les calices et le bassinet; 4° exposer à la vue le maximum de tissu rénal.

Le manuel opératoire qui remplit le mieux ces conditions consiste à aborder le rein par une incision lombaire recto-curviligne ou oblique; après avoir bien dépouillé l'organe de son enveloppe adipeuse, on attire

autant que possible la glande vers l'extérieur et l'on fait comprimer le pédicule par les doigts d'un aide. Les choses ainsi disposées, on pénètre dans le rein en l'incisant largement sur son bord convexe et l'on arrive jusqu'au bassinet; la coupe que l'on pratique est analogue à celle qui est usitée dans les autopsies. L'opération ainsi conduite remplit les conditions ci-dessus énoncées :

1° *Elle détruit le moins possible de tissu rénal.* — Toute incision du rein détruit une partie du parenchyme sécréteur; cette atrophie est en rapport direct avec le nombre et l'importance des vaisseaux blessés : le territoire frappé de mort correspond, en effet, à la zone où se distribuent les vaisseaux sectionnés (Barth, Albarran). Or l'incision dont nous parlons blesse un minimum de vaisseaux.

2° *Elle saigne peu.* — La compression du pédicule permet d'inciser le rein à blanc et facilite ainsi l'inspection de la surface de section. Le peu d'importance des vaisseaux lésés permet d'arrêter l'hémorrhagie; l'exploration terminée, la plaie rénale est réunie par des sutures profondes et superficielles.

3° *Elle ouvre le mieux possible les calices et le bassinet.* — La difficulté réelle de bien ouvrir les deux calices collecteurs supérieur et inférieur a conduit plusieurs auteurs à préconiser la pyélotomie pour explorer les calices; Legueu a proposé, lorsqu'on soupçonne un calcul, de pratiquer sur le bord convexe du rein deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure, laissant intacte la partie moyenne du parenchyme. Nous donnons cependant la préférence à la section large du bord convexe. Le diagnostic est souvent modifié pendant l'opération : lorsqu'on soupçonne un calcul, on peut trouver une autre lésion et il convient d'explorer le plus possible du parenchyme rénal. D'ailleurs, le chirurgien peut à son gré prolonger l'incision du côté des pôles supérieur ou inférieur du rein si cela paraît nécessaire. Si un des gros calices ne se trouvait pas bien ouvert (dans les cas où le bassinet manque presque complètement), un calcul ne pourrait échapper à l'exploration combinée des deux mains; un doigt est introduit dans l'intérieur de la plaie rénale, tandis que l'autre main palpe et appuie sur les différents points de la surface extérieure de l'organe.

4° *Il faut exposer à la vue le maximum de tissu rénal.* — L'incision que nous indiquons remplit le mieux cette condition essentielle; la nécessité de procéder ainsi est démontrée par des cas nombreux de tuberculose, de néoplasme et de néphrite.

La néphrotomie exploratrice est le plus sûr moyen de se rendre compte de l'état du rein; néanmoins dans certains cas, ce moyen lui-même est infidèle. L'un de nous a montré que des lésions de *tuberculose* miliaire peuvent échapper, même lorsqu'elles siègent dans la substance corticale; dans un de nos cas personnels, l'incision lombaire ne permit pas de faire le diagnostic du cancer alvéolaire. Les lésions de certaines néphrites qui jouent un rôle important dans les hématuries dites essentielles (Albarran) peuvent ne pas être reconnues par un œil exercé et n'être diagnostiquées que par le microscope.

B. Néphrolithotomie. — La néphrolithotomie, c'est-à-dire la néphrotomie avec extraction des calculs par la plaie rénale, relève des considérations précédentes : la seule question à discuter est de savoir s'il convient mieux d'aborder le calcul à travers le parenchyme rénal, par néphrotomie, ou à travers les parois du bassinet par la pyélotomie.

La *pyélotomie* présente l'incontestable avantage d'épargner le parenchyme sécréteur, ce qui a son importance si l'on considère que les reins calculeux sont toujours atteints par la néphrite scléreuse, lésion qui aggrave le traumatisme chirurgical : deux examens histologiques de reins ayant subi la néphrolithotomie publiés par Greiffenhagen en sont la preuve. Par contre, avec la pyélotomie, les *fistules* sont beaucoup plus fréquentes qu'après la néphrotomie, et quoique ces fistules guérissent d'habitude spontanément, elles n'en constituent pas moins un sérieux inconvénient.

D'autre part *l'exploration du rein calculeux*, qui est le temps le plus délicat dans l'opération des pierres rénales, se fait beaucoup moins bien à travers l'incision du bassinet; on s'exposerait, en agissant, ainsi à méconnaître des calculs logés dans les calices. Enfin la pyélotomie *augmente les difficultés qu'on éprouve dans l'extraction de certains calculs*, notamment de certaines pierres coralliformes. Tout bien considéré, la néphrotomie est supérieure à la pyélotomie pour l'extirpation des calculs du rein : la pyélotomie ne pourra être indiquée que lorsque, par l'exploration manuelle du rein, on sent nettement dans le bassinet une pierre régulière et de volume moyen.

C. — Nous ne ferons que mentionner *la néphrotomie qui a pour but de faciliter une opération plus compliquée pratiquée sur le bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère afin de rétablir le cours des urines.* Dans ces cas, lorsqu'on incise le rein, on ne fait que se créer une voie d'accès et, suivant les cas, on fera ou non la fermeture de la plaie rénale; au surplus on agit alors sur des reins en état de rétention et les considérations que nous aurions à faire valoir ici seront développées plus loin.

II. — Néphrostomie.

ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE RÉNALE CHIRURGICALE.

Cette opération peut se pratiquer par la voie transpéritonéale ou par la voie lombaire. Comme presque tous les auteurs, nous donnons la préférence à l'incision lombaire, en raison de la facilité opératoire plus grande; de la gravité moindre de l'opération; des conditions très supérieures au point de vue du traitement consécutif des fistules, quelle que soit l'opération secondaire qu'on se propose de pratiquer.

Les conditions que doit réunir une bonne néphrostomie sont les suivantes :

1° *Aborder facilement le rein.* — L'incision qui permet de mieux aborder le rein et qui donne le plus de jour est l'incision recto-curviligne (Guyon) ou oblique en bas et en dehors qui permet en outre de repérer avec facilité le ligament vertébro-costal de Henle.

2° *Faire communiquer librement entre elles et avec le bassinet les différentes poches qui existent dans un grand nombre de rétentions rénales.* — Il est nécessaire tout d'abord de bien aborder le rein en l'incisant largement le long de son bord convexe : il convient ensuite d'explorer très attentivement toute la surface interne du rein et de détruire le mieux possible les cloisons des différentes loges.

3° *Éviter les fusées purulentes périphériques et faciliter les opérations ultérieures.* — Le mieux est de suturer les deux valves du tissu rénal aux lèvres antérieure et postérieure de la plaie pariétale, le plus près possible des téguments (Guyon). Lorsque le rein est uni à la paroi il n'y a pas de décollement à craindre, tout au moins en avant et en arrière, le drainage se fait dans les conditions les plus complètes, et, dans les opérations itératives, l'organe

superficiellement fixé est facilement accessible, il n'est pas entouré d'adhérences secondaires.

L'opération de la néphrostomie a pour but soit d'évacuer une rétention rénale septique ou aseptique, soit encore de rétablir le fonctionnement du rein dans les cas d'anurie.

Avant d'aborder l'étude des indications opératoires, il nous paraît essentiel de résumer en quelques mots ce que nos études sur la physiologie pathologique des reins incisés et maintenus ouverts nous ont permis d'établir. Nous distinguerons deux cas, suivant que le rein était ou non atteint préalablement de rétention.

1° *Physiologie pathologique des reins néphrostomisés sans rétention préalable.* — Dans ces cas on est frappé tout d'abord de voir le tissu rénal incisé et exposé demeurer indifférent aux contacts et aux pressions, insensible à la douleur, réfractaire à l'infection. D'autre part l'urine est sécrétée avec abondance, et présente des caractères analogues à ceux de l'urine normale. Enfin l'examen d'un rein d'anurique pratiqué seize jours après la néphrostomie nous a montré que, en réalité, les altérations du parenchyme sont peu importantes. Nous croyons que cette remarquable résistance du tissu rénal à l'infection est due à ce que lorsque le rein est ouvert l'urine peut s'écouler librement au dehors. Ce fait particulier ajoute une preuve de plus au rôle prépondérant que joue la rétention dans les infections rénales ascendantes.

Le tissu rénal étant bien conservé on comprend la permanence de la fonction sécrétoire du rein. Il est plus remarquable encore de voir la fonction rénale se rétablir dans l'anurie à la suite de l'incision du rein.

2° *Physiologie pathologique des reins ouverts consécutivement à une rétention.* — Lorsque dans un rein en rétention, complète ou incomplète, aseptique ou septique, l'obstacle au cours de l'urine est levé, le rein reprend son fonctionnement d'une manière plus ou moins parfaite. La reprise de la sécrétion rénale est plus ou moins parfaite suivant les cas et se trouve en rapport direct avec les lésions que la rétention a déterminées dans le parenchyme rénal. Ces altérations du parenchyme sont moins marquées, toutes choses égales d'ailleurs, dans les uronéphroses que dans les rétentions septiques, et sont plus accentuées dans les rétentions complètes que dans les incomplètes. Il en résulte que dans la néphrostomie pratiquée pour une rétention rénale, le retour de la fonction se fera mieux dans les uronéphroses que dans les uropyonéphroses et dans celles-ci que dans les pyonéphroses; d'un autre côté, si ces rétentions rénales étaient incomplètes, le rein fonctionnerait mieux que si elles étaient complètes.

Lorsque la rétention rénale est de courte durée, les troubles fonctionnels sont dus surtout aux troubles circulatoires du rein et, dans ces cas, si l'obstacle est levé, la glande rénale peut reprendre son fonctionnement normal. Lorsque les rétentions sont de longue durée, il se produit des lésions irréparables du parenchyme et la fonction rénale reste pour toujours troublée; la suppression de l'obstacle cause de la rétention ne fait que rétablir en partie la sécrétion du rein.

Il importe d'appeler l'attention sur la valeur physiologique des poches de rétention rénale dans lesquelles les altérations paraissent si avancées qu'on pourrait croire que tout le tissu rénal a été détruit. Nous prendrons comme type pour l'étude de la sécrétion rénale dans les rétentions ouvertes, un rein atteint d'uro-pyonéphrose incomplète datant de un à deux ans et dont l'épaisseur du parenchyme atteint au maximum un centimètre d'épaisseur.

Au point de vue de la *quantité d'urine* sécrétée dans les vingt-quatre heures nous avons vu que des poches très minces d'uronéphrose, ne présentant que quelques millimètres d'épaisseur, fournissent, en général, presque autant d'urine que le rein du côté sain et, certains jours même, nous avons constaté que le rein malade sécrète autant d'urine que son congénère. La *composition chimique* de l'urine étudiée au moyen des courbes graphiques fournit des faits intéressants.

Les courbes de l'*urée* démontrent que la courbe de l'urée du rein sain est presque parfaitement parallèle aux variations journalières quelquefois considérables de la courbe de l'urée totale éliminée par les deux reins, tandis que la courbe de l'urée du rein malade présente des oscillations de peu d'importance et sans rapport avec les variations des courbes précédentes. Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui varie peu d'un jour à l'autre et qui représente parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale; les variations de ce rapport sont dues presque exclusivement aux différences de sécrétions du rein sain. Certains jours pourtant, lorsque le bon rein sécrète peu d'urée, on voit le rein malade en fournir un peu plus que d'habitude, mais cette ébauche de compensation n'est jamais bien importante.

Les *phosphates* suivent des oscillations analogues à celles de l'urée; la quantité relative de ces sels éliminée par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain que la quantité d'urée comparée des deux reins.

Les *chlorures* au contraire s'éliminent mieux que l'urée : le rapport entre les chlorures de toute l'urine des vingt-quatre heures et ceux éliminés par le rein malade est de 1,5 à 1.

La *potasse* s'élimine moins bien par le rein malade qui fournit trois ou quatre fois moins de ce sel que le rein sain.

Les poches rénales ouvertes se comportent d'une manière variable au point de vue de l'élimination des différentes substances absorbées par le malade. Nous avons constaté que l'*iodure de potassium* passe presque avec la même rapidité dans l'urine des deux reins. Le *sous-carbonate de fer* passe plus vite par le rein sain. En étudiant le passage du *bleu de méthylène* nous avons vu, dans plusieurs cas d'hydronéphrose, que cette substance passe plus tardivement dans l'urine sécrétée par le rein malade que dans l'urine du rein sain; chez certains malades nous avons constaté que le rein hydronéphrosé était imperméable au bleu.

Indications générales de la néphrostomie. — Il est sans intérêt de mettre en parallèle la néphrostomie et la néphrectomie, même en utilisant les statistiques qui ne sont le plus souvent qu'un assemblage de cas disparates. Le problème des indications de la néphrostomie ne peut être pratiquement envisagé, si l'on ne prend pour base les enseignements de la physiologie pathologique: l'opérateur doit, avant tout, vouloir la conservation ou le rétablissement des fonctions rénales.

Dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de Küster et de Fenger, des opérations conservatrices ayant pour but de rétablir le cours des urines en opérant sur l'uretère et le bassinet ont ajouté un nouveau chapitre au traitement des rétentions rénales. Il est nécessaire aujourd'hui, pour établir le bilan de la néphrostomie, de tenir compte de ces opérations récentes.

Les conditions dans lesquelles on pratique la néphro-

stomie varient suivant la maladie pour laquelle on intervient. Nous étudierons successivement la néphrostomie dans l'anurie, dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses.

1° Néphrostomie dans l'anurie. — Pour bien établir les indications de la néphrostomie et des différentes opérations qu'on pratique sur l'uretère et le bassinet dans l'anurie calculeuse il est nécessaire d'indiquer rapidement la physiologie pathologique de l'accès.

Il faut tout d'abord rappeler que, chez les calculeux rénaux, même dans la lithiase primitive sans infection, les deux reins présentent presque toujours des lésions plus ou moins avancées, que l'un de nous a décrites sous le nom de néphrite aseptique des lithiasiques. L'existence de ces lésions explique, à notre avis, les phénomènes différents qu'on observe à la suite de l'obstruction calculeuse de l'uretère et ceux qu'on voit consécutivement à la ligature aseptique expérimentale de ce conduit.

Lorsqu'un calcul interrompt brusquement le cours des urines, il est exceptionnel d'observer une rétention rénale de quelque importance au-dessus de l'obstacle, alors que l'uronéphrose est de règle dans la ligature uretérale. Dans l'obstruction calculeuse il faut tenir grand compte, en ce qui regarde le rein du côté malade, non seulement de l'obstacle mécanique au cours de l'urine, mais encore et surtout des phénomènes congestifs du côté du rein et de la suppression par réflexe inhibitoire de la sécrétion rénale.

Il est nécessaire aussi de considérer que, dans la plupart des cas d'anurie calculeuse, le rein du côté opposé ne fonctionnait déjà plus avant l'attaque d'anurie. Dans un certain nombre de cas ce rein paraît normal, mais, même alors, il peut présenter les lésions de néphrite aseptique dont nous parlions, lésions qui le rendent plus apte qu'un autre rein à subir l'influence inhibitoire d'un réflexe parti de l'autre rein (réflexe réno-rénal Guyon).

Il est enfin indispensable de tenir compte, dans l'établissement des indications, de la gravité de l'état général de la plupart des anuriques qu'on opère. L'état précaire de ces malades conduit le chirurgien à préférer les opérations les plus simples et les plus rapides, celles qui mettent le mieux à l'abri des phénomènes du shock opératoire si redoutables en pareil cas.

Ces considérations nous amènent à penser que, dans l'anurie calculeuse, l'acte opératoire doit être de courte durée; s'il est préférable d'enlever le calcul qui obstrue les voies d'excrétion, le but de l'opération n'est pas l'extraction de la pierre. On doit avant tout s'efforcer de faire reprendre au rein sa fonction, de le mettre à même d'éliminer l'urine. En fait les premiers opérateurs ont souvent dû se contenter d'ouvrir le rein sans pouvoir enlever le calcul; le succès a justifié leur conduite et dans un certain nombre de cas on a vu le calcul s'éliminer spontanément par la suite. MM. Demons et Pousson ont insisté, avec grande raison, sur les avantages qu'il y a à se contenter de pratiquer la néphrostomie sans trop s'inquiéter du calcul.

Comparons maintenant les différentes opérations pratiquées dans l'anurie calculeuse.

L'*uretérotomie* a donné des succès, mais présente souvent des inconvénients. Lorsque le calcul est engagé au niveau du détroit supérieur ou près de la vessie, l'opération est longue et délicate, peu en rapport avec la gravité de l'état général de ces malades. Dans ces cas, même si le diagnostic était porté nous donnerions la préférence à la néphrostomie. Lorsque le calcul se trouve engagé dans la portion supérieure de l'uretère mieux vaut encore aller le chercher à travers l'incision de la néphrostomie, en essayant au besoin de le faire remonter de l'uretère dans le bassinet : en agissant ainsi on peut explorer le rein et se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'autres calculs. L'uretérotomie simple permet une exploration moins complète.

La *pyélotomie* présente sur la néphrostomie l'avantage de ne pas ajouter aux lésions d'un parenchyme rénal déjà altéré; elle pourrait être indiquée lorsqu'il s'agit d'un calcul non ramifié qu'on sent aisément par la palpation dans le bassinet; mais les enseignements de la physiologie pathologique nous font penser que le rétablissement de la fonction rénale est beaucoup mieux assuré par l'incision du parenchyme rénal que par celle du bassinet. Ce doit être en pareil cas l'objectif de l'opérateur.

La *néphrotomie* avec extirpation du calcul et suture immédiate du rein a été pratiquée avec succès dans un cas de Legueu. L'un de nous, dans une opération semblable pratiquée le 10e jour d'une anurie calculeuse, a eu un décès. Tenant compte de ce fait qu'un rein néphrotomisé et suturé paraît moins apte à bien sécréter qu'un rein laissé ouvert, nous pensons aujourd'hui que la néphrostomie simple est préférable dans ces cas à la néphrolithotomie avec suture immédiate. Nous ne voyons en faveur de la suture que l'absence de fistule consécutive; mais il faut considérer que si l'uretère est libre, la cicatrisation du rein est rapide. Or cette liberté de l'uretère est une *condition indispensable* à la suture. Nous ferons remarquer, en faveur de la néphrostomie, la difficulté qu'on éprouve souvent à s'en assurer en faisant le cathétérisme rétrograde de l'uretère, la plus grande longueur de l'acte opératoire nécessitée par ce cathétérisme lui-même et par la suture du rein.

La *néphrostomie* nous paraît être l'opération de choix dans la grande majorité des cas d'anurie calculeuse. C'est l'opération de nécessité dans les cas très graves.

2° Néphrostomie dans l'uronéphrose. — Les chirurgiens extirpent volontiers les volumineuses uronéphroses. Ces grandes poches sont considérées comme ayant une valeur physiologique à peu près nulle et, d'un autre côté, la néphrectomie donne, dans ces cas, d'excellents résultats.

Si nous nous reportons à ce que nous avons dit plus haut sur la valeur fonctionnelle qu'ont en réalité les uronéphroses, même très volumineuses, on comprendra que, en principe, il soit préférable d'essayer les opérations conservatrices. Cela nous paraît d'autant plus justifié que nous pourrions citer de nombreuses observations de malades dont un rein a été complètement détruit, et qui vivent, grâce à un rein hydronéphrosé et ouvert par néphrostomie.

La néphrostomie a contre elle de laisser à sa suite une fistule qui peut être définitive; aussi peut-on dire que, dans l'état actuel de la chirurgie, la néphrostomie est loin de représenter l'opération conservatrice idéale. On doit s'efforcer de ne pas enlever le rein et d'éviter en même temps la formation d'une fistule urinaire. C'est dire qu'il ne suffit pas à l'action chirurgicale de s'attaquer à l'uronéphrose elle-même en tant que poche de rétention rénale, mais que l'on doit essayer par des opérations complémentaires appropriées de s'adresser à la cause même de cette rétention.

La néphrostomie en elle-même n'a pour but que de créer une fistule urinaire; elle trouve sa vraie indication dans l'uronéphrose, lorsque, l'autre rein étant détruit, il est indispensable de conserver ce que la rétention a

épargné de parenchyme rénal. Dans ces conditions la néphrectomie est interdite; les manœuvres ou opérations qui ont pour but de rétablir le cours des urines ne devront être pratiquées qu'avec la plus grande prudence. Lorsqu'on se sera rendu compte que le rein du côté opposé a conservé un fonctionnement régulier, ce que seul le cathétérisme uretéral peut déterminer d'une manière précise, il est plus rationnel de s'adresser à la cause même de l'uronéphrose, et de rétablir de suite, si on le peut, le cours des urines. S'il paraissait impossible de lever immédiatement la cause de la rétention, mais si cet obstacle est de telle nature que l'espoir soit légitime de réussir dans une intervention ultérieure, il nous paraît logique de créer, temporairement, une fistule rénale. Nous admettons enfin la néphrectomie lorsqu'on ne peut réussir à rétablir le cours des urines et qu'il est démontré par l'intégrité du rein opposé que la sécrétion du rein malade présente une utilité restreinte.

3° Néphrostomie dans les pyonéphroses. — Au point de vue des indications opératoires nous distinguons les pyonéphroses ordinaires et les pyonéphroses tuberculeuses.

a) *Pyonéphroses simples.* — La rétention de pus dans une poche pyélorénale crée des conditions analogues à celles de la formation d'un abcès dans un point quelconque de l'organisme; en ouvrant cette collection par l'incision rénale et en créant une fistule qui permette l'évacuation permanente du pus, c'est-à-dire, en pratiquant la néphrostomie, on ne fait que se conformer aux règles classiques de la chirurgie.

Les avantages de la néphrostomie dans ces cas sont si évidents qu'il nous paraît inutile d'insister longuement. Nous nous bornerons à dire que l'opération se trouve indiquée et qu'elle donne de merveilleux résultats dans les cas les plus graves. Mais là encore la crainte de la fistule a conduit un grand nombre d'opérateurs à pratiquer la néphrectomie d'emblée; d'autres font des néphrectomies secondaires précoces, enfin dans ces dernières années, on voit se dessiner de plus en plus la tendance à pratiquer d'emblée des opérations tendant à rétablir le cours normal des urines. Nous allons étudier rapidement ces différents points.

La *fistule* qu'on crée par la néphrostomie persiste en réalité dans un très grand nombre de cas et peut devenir permanente. Mais l'existence de cette fistule n'empêche pas les malades de vaquer à leurs occupations, de reprendre et de conserver un excellent état général. Beaucoup d'elles finissent par se tarir spontanément, non seulement après quelques mois, mais même plusieurs années après l'intervention (Guyon), et cela d'autant plus facilement que le rein était plus détruit. Les malades que nous avons suivis sont restés définitivement guéris.

Nous reconnaissons volontiers qu'il est préférable de guérir la fistule que de la conserver, même si elle doit se tarir spontanément après plusieurs années. Or, dans un certain nombre de cas, on peut empêcher la formation de la fistule ou la guérir lorsqu'elle est déjà constituée par le simple cathétérisme uretéral à demeure (Albarran); on le peut encore par des opérations qui rétablissent le cours normal de l'urine par l'uretère (Albarran); enfin la néphrectomie secondaire constitue une ressource ultime lorsque la guérison est impossible et que la sécrétion du rein malade ne présente pas une valeur physiologique réelle.

La *néphrectomie* d'emblée ne nous semble que très rarement justifiée dans les pyonéphroses simples, en raison de sa gravité que tous les chirurgiens reconnaissent, que toutes les statistiques démontrent; cette gravité est due d'un côté au shock opératoire, et surtout à la fréquence de lésions plus ou moins accusées du côté de l'autre rein.

Nous posons comme principe qu'on ne doit jamais extirper un rein sans s'être assuré de la valeur fonctionnelle du rein qui doit rester en place et, dans les cas de pyonéphrose, nous ne croyons pas possible d'avoir des renseignements précis sur l'autre rein sans pratiquer le cathétérisme urétéral. Or, ceux qui ont l'habitude de ce moyen d'exploration savent que dans la plupart des cas de pyonéphrose, l'état de la vessie est tel que les manœuvres nécessaires au cathétérisme uretéral ne peuvent être tentées. Pour bien comprendre la nécessité de l'exploration du rein du côté opposé et la gravité de la néphrectomie primitive dans les pyonéphroses, il est nécessaire de considérer que, dans les cas de rétention septique d'un rein, l'hypertrophie compensatrice du rein opposé est loin d'être aussi parfaite que lorsqu'il s'agit d'une simple uronéphrose. Nos expériences sur les animaux sont à cet égard très démonstratives.

Nous ferons enfin valoir en faveur de la néphrostomie ce que nous avons dit plus haut sur la valeur réelle que présentent au point de vue fonctionnel les poches des pyonéphroses chirurgicalement fistulisées.

L'extirpation primitive du rein dans les pyonéphroses ne nous semble justifiée que s'il est préalablement démontré que le rein n'est plus capable de fonctionner d'une manière utile ou que le drainage est impossible en raison des anfractuosités de la poche. En ce qui regarde le rein du côté opposé il faudrait avoir déterminé de façon certaine qu'il est capable d'un bon fonctionnement. Enfin l'état général du malade doit être tel que la néphrectomie ne se présente pas avec des caractères de trop grande gravité. Il est à peine besoin de remarquer qu'il en est tout autrement dans la plupart des cas.

Des opérations ayant pour but de rétablir d'emblée le cours des urines en s'attaquant à l'obstacle causal de la rétention, ont été pratiquées dans ces dernières années par plusieurs auteurs à la suite de Küster.

Ces interventions sont-elles préférables à la néphrostomie? Nous ne le pensons pas en tant qu'opérations primitives.

Il est nécessaire à notre avis de bien mettre en relief la différence des indications de ces opérations plastiques dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses. Lorsqu'il s'agit d'une rétention rénale aseptique, l'état général du malade et la bonne compensation établie par le rein de l'autre côté, justifient dès la première intervention la recherche de la cause de l'obstruction et l'exécution des manœuvres opératoires souvent longues et délicates qui peuvent y remédier. Dans les pyonéphroses au contraire, nous opérons dans des conditions autrement graves et, en voulant trop bien faire du premier coup, on risque de compromettre la vie du malade. Les conditions anatomiques elles-mêmes sont plus mauvaises que dans les uronéphroses et, sans compter les cas où il existe une impossibilité absolue de rétablir le cours des urines par l'uretère, on se trouvera souvent en présence de difficultés opératoires considérables.

Ces considérations nous font penser que, dans les pyonéphroses, la néphrostomie est presque toujours préférable aux interventions qui ont pour but de rétablir d'emblée le cours normal des urines. Il vaut mieux à notre avis, sauf des cas exceptionnels d'opération très simple, pratiquer ces opérations plastiques quelque temps après la néphrostomie, lorsque l'état général du malade,

et même les conditions locales, se seront améliorées. Les résultats opératoires ainsi obtenus seront plus certains.

b) *Pyonéphroses tuberculeuses.* — Dans les pyonéphroses tuberculeuses les inconvénients inhérents à la néphrostomie sont autrement sérieux que dans les pyonéphroses simples; d'un autre côté le bénéfice que l'opération procure au malade est souvent de courte durée ou manque totalement.

Il existe un certain nombre de pyonéphroses tuberculeuses dans lesquelles le rein est réduit à une simple poche, sans aucune valeur fonctionnelle, et dont la cavité contient une substance caséeuse comparable à du mastic. Dans des cas semblables la vie n'est maintenue que par le rein du côté opposé et, si on se décide à opérer, il est évident qu'il vaut mieux enlever que conserver ces débris inutiles du rein malade.

Dans d'autres cas, les plus communs, on voit coexister avec la rétention purulente qui constitue la pyonéphrose des lésions tuberculeuses du parenchyme rénal et du bassinet, souvent encore dans la périnéphrite suppurée ou non. La néphrostomie pratiquée dans de telles conditions donne des résultats variables. Dans quelques cas on observe à peine une diminution de la fièvre et quelque soulagement dans les souffrances des malades; parfois même toute amélioration manque. Il est plus fréquent d'observer un soulagement réel et une amélioration évidente de l'état général, mais, contrairement à ce qui se voit dans les pyonéphroses ordinaires, cette amélioration, quoique remarquable, est de courte durée. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération on constate le retour des phénomènes qui obligèrent à intervenir, et cela malgré la permanence de la fistule qui est la règle, malgré le curage secondaire des foyers rénaux ou péri-rénaux. Nous ne connaissons pas d'observations de malades guéris de pyonéphrose tuberculeuse après la néphrostomie.

Ces inconvénients de la néphrostomie ont fait que nombre d'auteurs préconisent, dans les pyonéphroseses tuberculeuses, de faire d'abord la néphrostomie et de pratiquer ensuite, quelques semaines après c'est-à-dire lorsque le malade est dans de meilleures conditions, la néphrectomie secondaire précoce. Pour nous, à part quelques rares exceptions, nous ne croyons pas qu'on doive ériger en règle la conduite chirurgicale que nous venons d'exposer : toutes les fois qu'on peut s'assurer du bon état de l'autre rein, il vaut mieux pratiquer la néphrectomie primitive.

L'opinion que nous défendons est basée sur ce que la néphrostomie est loin de donner dans la plupart des cas l'amélioration constante dont parlent les auteurs et sur ce qu'il n'est pas démontré que la néphrectomie secondaire soit moins grave dans la tuberculose rénale, que l'extirpation primitive du rein : les statistiques précises manquent et celle que nous avons pu établir, comprenant la plupart des cas publiés, donne :

Néphrectomies	primitives. .	28 p. 100
—	secondaires .	34 p. 100

Ces chiffres ne signifient pas grand'chose, les cas étant trop dissemblables et le moment de l'opération fort variable, mais il nous a paru utile de les donner pour détruire la légende de la bénignité de la néphrectomie secondaire. L'opinion courante à ce sujet est basée sur la confusion qu'on établit entre les observations de pyonéphrose tuberculeuse et de pyonéphrose simple.

Nous ne donnerons pas des chiffres démontrant la fréquence des lésions unilatérales dans la tuberculose rénale, pour préconiser ensuite la néphrectomie primitive. Ces statistiques ne nous diraient pas, en présence d'un malade, quelle est la conduite à suivre. Nous croyons au contraire faire œuvre utile dans cette discussion en disant que sur 17 néphrectomies primitives pour tuberculose rénale nous avons obtenu 16 guérisons : en réunissant nos cas à ceux de Czerny, Bardenheuer, Küster, Israël, Tuffier et Routier, nous obtenons sur un ensemble de 76 opérations 8 morts, soit une mortalité de 10 p. 100 dans la néphrectomie primitive pour tuberculose. Ce chiffre est trop éloquent pour que, malgré les défauts inhérents à toute statistique, il n'ait pas une valeur réelle, surtout comparé à celui des néphrostomies. Sur 84 néphrostomies pour tuberculose rénale pratiquées par différents auteurs nous avons 17 p. 100 de mortalité opératoire.

Ces considérations suffisent pour démontrer que la néphrostomie dans la tuberculose rénale ne peut être qu'une opération de nécessité. Pour nous elle est justifiée lorsque l'état de la vessie ne permet pas de s'assurer de l'intégrité du rein opposé; lorsqu'il existe d'autres lésions de tuberculose avancée; enfin lorsque les conditions locales rendent la néphrectomie trop grave. Elle est encore indiquée lorsque la pyonéphrose tuberculeuse détermine des douleurs vives, quand la rétention purulente aggrave l'état général d'un malade qui présente des lésions phymateuses incurables dans d'autres organes. Mais nous avons insisté ailleurs sur la nécessité d'un diagnostic précis; nous croyons devoir le rappeler. On attribue souvent à une tuberculose pulmonaire coexistante des symptômes qui sont dus à la tuberculose du rein et il arrive, comme nous l'avons observé, que la gravité de l'état général n'empêche pas de brillants succès avec la néphrectomie primitive.

Il existe dans quelques cas des adhérences si intimes et si étendues du rein aux gros vaisseaux de l'abdomen, il y a parfois des lésions de périnéphrite tuberculeuse si étendues, que les conditions locales ne permettent de faire, pour extirper le rein, que des opérations longues, laborieuses, souvent incomplètes; le malade n'aurait pas la force de supporter. Dans ces cas encore la néphrostomie vaut mieux que la néphrectomie. L'on ne saurait, on le voit, ne pas tenir compte dans la pratique des améliorations que donne la néphrostomie dans les cas de tuberculose. L'ouverture permanente du rein a été chez plusieurs de nos malades très utilement palliative.

En terminant cet exposé de la question soumise au Congrès de chirurgie, nous croyons légitime de conclure que parmi les conquêtes thérapeutiques réalisées par la chirurgie du rein, il n'en est pas de plus utiles que celles que nous devons à la néphrotomie. L'étude attentive de ses indications montre, en effet, que dans un grand nombre de circonstances, nous pouvons très avantageusement y recourir.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Richaud. *Contribution à l'étude chimique, physiologique et thérapeutique de l'homocréosol.* N° 512. (Carré et Naud.)

M. Lafon. *De la généralisation et de l'absence des symptômes urinaires dans les tumeurs de la vessie.* N° 520. (H. Jouve.)

M. Pressat. *La cysto entérostomie en particulier dans le traite-*

ment de l'exstrophie de la vessie, étude expérimentale et clinique. N° 534. (Carré et Naud.)

M. Lechat. *Etude sur l'hôpital du Mans.* N° 456. (H. Jouve.)

M. Poineau. *Considérations sur un cas de tumeur à myéloplaxes des os du tarse.* M° 457. (H. Jouve.)

M. Danon. *Pathogénie des abcès de l'encéphale.* N° 459. (H. Jouve.)

M. Amoedo y Valdès. *L'art dentaire en médecine légale.* N° 461. (Masson et Cie.)

D'après M. Richaud l'homocréosol, qui entre pour une faible proportion dans la composition de la créosote de hêtre, existe vraisemblablement en quantité beaucoup plus considérable dans la portion des goudrons de hêtre qui passent à la distillation à une température supérieure à 220°.

Il donne avec facilité un dérivé benzoylé qui cristallise très bien.

Son équivalent antiseptique, déterminé par rapport à 6 espèces différentes, s'est toujours montré inférieur à 2. A la dose de 3,5 pour 1000, il stérilise complètement une poudre organique préparée par dessiccation dans le vide du sang et de la pulpe de différents organes d'un animal ayant succombé à une infection rapide déterminée par le vibrion septique.

Son pouvoir toxique est très faible.

Sa valeur thérapeutique déduite des données précédentes s'est montrée bien supérieure à celle du naphtol, du phénol, de la créosote, etc.

Il a une action antithermique comparable à celle du gaïacol et du créosol.

Il est beaucoup moins toxique que ces deux derniers corps.

M. Lafon a étudié un point particulier de l'histoire des tumeurs de la vessie, leur généralisation.

La généralisation est une complication peu fréquente des tumeurs vésicales.

Les noyaux secondaires ont été observés dans presque tous les organes.

Ils ont une prédilection marquée pour les poumons, le foie, les reins.

Ils apparaissent à une période tardive de l'évolution des tumeurs vésicales et alors que ces dernières ont infiltré profondément les parois de la vessie. Les exceptions à cette règle sont très rares.

En général, ils coïncident avec un état satisfaisant des voies urinaires et une absence des complications rapidement mortelles, si fréquentes dans les cancers de la vessie.

Le diagnostic de ces noyaux secondaires, simple dans quelques cas, est le plus souvent très difficile et ne se fait qu'à l'autopsie.

Les tumeurs de la vessie, dont la symptomatologie est si caractéristique, évoluent parfois d'une façon insidieuse, latente, sans provoquer aucun trouble fonctionnel.

Elles peuvent simuler d'autres maladies et donner lieu à des erreurs de diagnostic, reconnues seulement après la mort du malade.

D'après M. Pressat le traitement radical de l'exstrophie de la vessie est une opération encore idéale, tant qu'on n'aura pu remédier, *in situ*, à l'absence de sphincter vésical.

Le traitement de nécessité comporte deux procédés :

a) Méthodes autoplastiques;

b) Dérivation du cours des urines, abdominale ou intestinale.

Les méthodes autoplastiques donnent des résultats uniquement palliatifs : il en est de même des méats abdominaux.

La méthode de dérivation un cours des urines par l'intestin permet d'obtenir :

a) La cure radicale de la difformité vésicale et la suppression de l'appareil de collection des urines;

b) Un résultat palliatif appréciable dans la substitution du sphincter anal au sphincter vésical absent.

Dans cet ordre d'idées, il conseille l'emploi de la cysto-entérostomie, iliaque, cæcale ou colique.

La cysto-entérostomie est indiquée dans les cas d'exstrophie de la vessie, de tuberculose avancée, de néoplasmes vésicaux, de ruptures vésicales, et, en général, dans toutes les circonstances où la vessie et l'urèthre ne peuvent être conservés.

La cysto-entérostomie est une opération possible, ne comportant aucune grosse difficulté technique; à coup sûr — et pour le moins — palliative, qu'on sera autorisé à tenter lorsqu'auront échoué les méthodes autoplastiques.

D'après M. Lechat l'hôpital du Mans, par sa situation et son aménagement intérieur, remplit toutes les conditions hygiéniques désirables.

Par son mouvement considérable de malades il permet de voir et d'étudier à peu près toutes les maladies.

M. Poineau a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des tumeurs à myéloplaxes des os du tarse, à propos d'un cas observé chez M. le professeur Tillaux.

Les sarcomes à myéloplaxes sont surtout des tumeurs osseuses, mais on peut en rencontrer en dehors du tissu osseux, en particulier dans les gaines tendineuses.

Les sarcomes à myéloplaxes des épiphyses et des os courts (des os du pied en particulier) surviennent très souvent à la suite d'un traumatisme direct ou indirect.

Le début est parfois excessivement rapide et la tumeur est déjà appréciable au palper dans les quelques jours qui suivent le traumatisme (3 jours après).

Les deux grands symptômes de ces tumeurs : grande vascularisation, pulsations isochrones aux battements du pouls, font fréquemment défaut, même dans le cas de sarcome à myéloplaxes pur.

Les sarcomes à myéloplaxes non pulsatiles ont souvent été confondus avec des tumeurs fongueuses épiphysaires ou articulaires; on a pu les confondre aussi avec des fibro-lipomes périarticulaires et avec des kystes synoviaux d'origine articulaire. Les sarcomes des gaines tendineuses peuvent également être confondus avec des kystes de ces gaines.

Un sarcome à myéloplaxes osseux pourra être pris pour un sarcome fasciculé, et réciproquement : ce diagnostic est très difficile.

Le pronostic est généralement bénin; mais il faut savoir que, même dans la variété pure des tumeurs à cellules géantes, il peut y avoir généralisation et mort.

Le traitement des sarcomes à myéloplaxes des membres sera presque toujours l'amputation ou la désarticulation.

Dans les nombreux travaux publiés sur les suppurations de l'encéphale, les auteurs se sont appliqués surtout à en décrire la symptomatologie et le traitement, semblant négliger la pathogénie. A peine si quelques-uns en font mention, et encore, est-ce dans certains cas particuliers d'abcès survenant au cours des maladies de l'oreille, ou après telles ou telles lésions des os voisins.

M. Danos a essayé de combler cette lacune. D'après cet auteur l'abcès primitif du cerveau n'existe point. Tout abcès est fonction d'une infection locale ou à distance qui a pu passer inaperçue.

Il n'y a pas de microbe spécifique des suppurations de l'encéphale. Cette infection est essentiellement diverse, et dans le cerveau plus que dans tous les autres organes, on relève des faits d'associations microbiennes.

L'infection peut se faire selon trois modes, par continuité, par contiguité et à distance.

Le nombre, la diversité des causes, et l'évolution de ces suppurations nécessitent une extrême prudence et une plus grande circonspection dans les conclusions que peut être appelé à formuler un médecin expert.

Les relations de l'art dentaire et de la médecine légale ont jusqu'ici reçu peu de développement. Dans un travail important et extrêmement consciencieux M. Amoedo y Valdès a traité cette question importante à fond.

Au point de vue de l'identification, l'examen des dents fournira toujours d'utiles renseignements, et, comme elles l'ont été dans les observations de Braddock (1758), Parkmann (1846), Goss-Udderzook (1872), Prince impérial (1878), marquis de Morès (1894), Louis XVII (1894) et Bazar de la Charité (1897), elles seront souvent l'unique moyen de rétablir l'identité.

Quant aux lésions traumatiques des dents, morsures, contes-

tations diverses à la suite d'opérations dentaires, l'expert-dentiste sera pour la justice un auxiliaire précieux et presque toujours indispensable.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

Année 1897-98.

M. Volpillac (Jean). *De l'influence de l'appareil respiratoire consécutive aux empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez.* N° 120.

M. Lasnier (Pierre-Aubin-Georges). *Sphacèle et purulence des fibromes utérins.* N° 109.

M. Hubert (Charles-Jules-Remi). *De l'albuminurie dans les fibromes utérins.* N° 106.

M. Caris (Pierre). *Des lésions des culs-de-sac vaginaux pendant l'accouchement.* N° 98.

M. de Boucaud (Louis) *De la coexistence du fibrome et de l'épithélioma de l'utérus.* N° 94.

M. Belzer (Adophe). *De l'expectation et de l'intervention dans le traitement de l'hématocèle rétro-utérine.* N° 115.

M. Bourdette. (Michel-Henri-Joseph). *De l'irrigation naso-pharyngienne. Ses indications, ses abus, ses dangers.* N° 101.

M. Lalo (Nicolas-Jean-Baptiste-Gérard-Emile). *Le pain complet au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.* N° 87.

M. Thézée (Henri-Eugène-Charles-Louis). *Contribution à l'étude de la morphologie des bactériacées.* N° 89.

M. Bardet (Marie-Antoine-Gustave). *Contribution à l'étude de la contagion hospitalière et de l'hospitalisation des tuberculeux.* N° 95.

Les empyèmes chroniques des sinus peuvent provoquer des accidents infectieux du côté de l'appareil respiratoire, mais, d'après M. Volpillac, ces accidents, assez fréquents, ne sont pas rattachés à leur véritable cause, les empyèmes étant souvent méconnus.

Les empyèmes chroniques, qui sont très fréquents (45 à 50 p. 100), le sont plus encore dans certaines maladies, telles que la pneumonie et la bronchite chronique (60 p. 100). Dans certains cas ces affections peuvent être concomitantes, mais dans d'autres il y a une relation entre elles, par chute directe du pus dans l'appareil respiratoire. Ne trouve-t-on pas les mêmes microbes dans le pus sinusal et dans les sécrétions bronchiques?

Les complications sinusales de l'appareil respiratoire sont les laryngites, laryngo-trachéites, trachéites, bronchite aiguë accompagnée de congestion, et chronique (souvent à forme de broncho-pneumonie simulant la tuberculose), asthme et infections pulmonaires (simulant un abcès du poumon ou une pleurésie inter lobaire).

Ces lésions ont une tendance à se localiser au sommet du poumon ou vers le hile, et présentent souvent des accès répétés, des hémoptysies et une expectoration abondante. On ne trouve pas de bacilles de Koch. Il faut donc, dans les cas de ce genre, penser toujours à examiner les sinus.

Le pronostic dépend des lésions produites et de la cause microbienne de l'infection.

Le traitement s'adressera d'abord à l'empyème, qu'il faudra guérir, tandis que, d'autre part, on remontera l'état général du malade et l'on luttera contre l'infection pulmonaire.

La gangrène des fibromyomes utérins survient, d'après M. Lasnier, par deux mécanismes différents : l'ischémie (cause prédisposante) et l'infection (cause déterminante). Ces deux processus peuvent agir seuls on se combiner diversement entre eux.

N'y a-t-il qu'ischémie? Le polype dégénérera par son centre, le fibrome interstitiel subira la transformation graisseuse, puis suppurera; mais dans les deux cas, l'affection n'aura pas de tendance à la marche rapide. L'opération pratiquée en temps opportun guérira sûrement la malade et la guérison surviendra rapidement.

Mais, si l'infection se joint à l'ischémie, le pronostic devient grave et la mort peut survenir en peu de jours par cachexie, par septicémie ou par pyohémie. L'opération, même large et hâtive ne sauvera pas toujours la malade et, dans les cas les plus heureux, la convalescence sera longue.

Le manuel opératoire diffère avec la variété de fibrome.

Le polype s'extirpe par la voie vaginale, avec ou sans morcellement. Si le fibrome est cavitaire, interstitiel ou sous-péritonéal, on aura recours à l'hystérectomie abdominale totale à moins que la malade ne soit dans un état de cachexie avancée.

L'albuminurie provoquée par les fibromes utérins peut être produite par la compression de l'uretère avec ou sans lésions rénales. Aussi l'albuminurie au cours d'un fibrome ne suffit-elle pas à permettre le diagnostic de néphrite. Celle-ci ne sera établie que par la coexistence de l'albuminurie avec d'autres signes (oligurie, polyurie, urée, cylindres et surtout symptômes brightiques extra-urinaires : œdèmes, céphalées, vomissements, troubles cardiaques). C'est le point sur lequel insiste M. Hubert.

L'albuminurie fonctionnelle, sans lésions rénales, est une indication de l'intervention chirurgicale dans les fibromes, tandis que l'albuminurie brightique sera considérée comme une contre-indication formelle.

Les observations de lésions des culs-de-sacs vaginaux pendant l'accouchement, que rapporte M. Caris, reconnaissent comme causes; par ordre de fréquence : 1° les interventions obstétricales diverses; 2° la multiparité et les viciations du bassin; 3° le volume exagéré du fœtus et ses malformations.

Lorsque la déchirure complète du cul-de-sac se complique du passage du fœtus, en totalité ou en partie, dans l'abdomen, le pronostic est très grave. Il y a toujours mort de l'enfant et la mère échappe rarement aux complications péritonéales. La laparotomie précoce, rejetée par les auteurs classiques, permettrait d'obtenir un enfant vivant, si elle était rapidement exécutée, comme pour les ruptures utérines. La femme sera mise à l'abri des hémorrhagies graves par la ligature des vaisseaux rompus. Elle sera préservée de l'infection; 1° par la toilette du péritoine, 2° par l'établissement d'un drainage suffisant entre la cavité abdominale et la cavité vaginale, 3° par un tamponnement vaginal modéré.

Lorsque la déchirure des culs-de-sacs occasionne une désinsertion vagino-utérine assez vaste, on peut faire suivre l'extraction du fœtus et des annexes d'une hystérectomie abdominale totale si la femme est une multipare âgée; mais, si elle est jeune, on fera avec grand soin la suture utéro-vaginale. Dans ce cas, si la restauration définitive permet une nouvelle grossesse, on aura recours à une opération césarienne comme étant le meilleur moyen de sauver l'enfant et d'éviter à la mère des déchirures nouvelles.

Lorsque la perforation des culs-de-sacs s'accompagne de la formation d'un anus iléo-vaginal, on peut soit pratiquer l'entérorrhaphie immédiate, si la distance entre l'anus et l'estomac est insuffisante pour permettre l'absorption alimentaire indispensable, soit avoir recours aux palliatifs (cautérisation, topiques, etc.), dans le cas contraire, mais alors, si les résultats obtenus ne sont pas suffisants et si la femme veut se débarrasser de son infirmité, on pratiquera l'iléo-colostomie ou l'entérorrhaphie.

D'après la statistique de M. de Boucaud, on rencontre en moyenne 3 fois p. 100 l'épithélioma associé au fibrome utérin. Celui-ci ne met donc pas à l'abri du cancer, pas plus qu'il ne favorise son éclosion. Jamais il ne se transforme en épithélioma et c'est sur la métrite qu'il crée que se développent la lésion cancéreuse.

Le cancer conserve ses caractères anatomiques et ses signes cliniques habituels (cancer du col, cancer du corps).

Le fibrome passe presque toujours inaperçu et sa constatation est, en général, une surprise opératoire.

Dans ces cas, l'ablation complète de l'utérus est indiquée.

Le fibrome est-il peu volumineux? on aura recours à l'hystérectomie vaginale.

Mais si le volume de la tumeur nécessite l'hystérectomie abdominale, le cancer du col devra être enlevé par le vagin, suivant la méthode mixte vagino-abdominale, si c'est un cancer du

corps en face duquel on se trouve, on fera l'hystérectomie abdominale totale.

Le traitement de l'hématocèle rétro-utérine comprend deux méthodes : l'expectation avec soins médicaux et l'intervention.

La tendance actuelle consiste à intervenir dans presque tous les cas, surtout par la colpotomie postérieure. Cette tendance est exagérée, d'après M. Belzer. On pratique la colpotomie dans bien des cas qui guérissaient par l'expectation seule.

Mais il en est d'autres où une intervention s'impose : telle est la laparotomie dans les cas d'inondation péritonéale ou dans l'hématocète à hémorrhagies répétées. Dans la forme apyrétique, la colpotomie postérieure trouve son indication ou bien lorsque, après un repos absolu d'un mois environ, l'hématocèle n'a aucune tendance à se résorber.

M. Bourdette se déclare en principe l'ennemi de la douche nasale. Elle n'est indiquée, dit-il, que comme moyen de nettoyage dans les affections chroniques des fosses nasales avec blennorrhée ou accumualtion de croûtes fétides dans ces cavités et encore est-ce un moyen de nettoyage insuffisant. Elle est, au contraire, contre-indiquée dans les rhinites chroniques à tendances ou à manifestations hypertrophiques, dans toute rhinite ou rhino-pharyngite aiguë.

Son action est presque nulle comme agent de modification et elle fait courir des dangers à l'oreille du malade. Aussi l'auteur la repousse-t-il, même pour réaliser l'asepsie ou l'antisepsie pré- ou post-opératoire.

Les dangers sont de produire de la céphalalgie, d'infecter les sinus et l'oreille moyenne, de provoquer des intoxications, d'exercer sur la pituitaire saine soit une action antiphysiologique en y provoquant une réceptivité morbide des plus manifestes, soit un rôle d'agent pathogène en y créant des lésions (coryza purulent, anosmie).

Il résulte du travail de M. Lalo que si, en théorie, l'usage du pain complet séduit, en pratique il laisse beaucoup à désirer.

Le pain complet, en effet, fabriqué avec les particules de son non pulvérisées est un mauvais pain, mal levé, gluant, indigeste, condamnable à tous les points de vue.

Mais s'il est fait dans de bonnes conditions, après élimination de la cellulose ou avec le son pulvérisé, il est recommandable aux travailleurs à l'estomac robuste, pour lesquels il est à la fois hygiénique et économique. Il régularise les fonctions alvines. Enfin, le pain complet constitue la façon la plus simple, la plus efficace et la plus inoffensive d'administrer des phosphates assimilables.

Les bactéries ont une constitution organisée bien particulière qui fait le sujet de la thèse de M. Thézée. Cohn semble l'avoir soupçonnée en 1875, mais c'est Kunstler qui l'a étudiée le premier en 1885 d'une façon scientifique.

La structure du corps des bactériacées offre à la périphérie une couche gélatineuse (Kunstler et Busquet) alvéolée, assez épaisse et d'une hyalinité parfaite. Au-dessous, on trouve une couche plus mince et plus sombre, également alvéolée, c'est la couche cuticulaire (Kunstler et Busquet). Enfin la troisième couche est la couche sous-cuticulaire. Leur ensemble forme les téguments ou couche corticale (Butschli).

Le corps central, situé au-dessous des téguments est complexe, alvéolaire. C'est dans ce corps central, qui n'a aucune valeur nucléaire, qu'on voit des granulations (grains rouges), dont la nature nucléinienne peut être très discutée. On y trouve aussi des vacuoles et des spores.

Les appendices locomoteurs (cils, flagellums) reposent sur la couche cuticulaire, dont ils paraissent être une dépendance.

A l'hôpital, la contagion de la tuberculose se fait par le contact, les crachats, les poussières, les objets de literie, les vêtements. Les malades, qui par suite de leur état sont prédisposés à s'infecter, ne sont pas seuls atteints : étudiants, médecins, infirmiers, paient un tribut considérable à la tuberculose.

Pour éviter cette contagion, M. Bardet demande l'isolement des tuberculeux dans des hôpitaux ou au moins des salles spéciales. Là, on leur apprendra à se soigner, à prendre des mesures sévères pour éviter que leur terrible maladie ne se répande parmi leurs proches ou leurs voisins. En outre, dans ces hôpitaux spéciaux, grâce au grand air, à une bonne hygiène, à la suralimentation, les tuberculeux, surtout ceux de la première période, s'amélioreront et même guériront.

Ces hôpitaux spéciaux déchargeront les hôpitaux généraux encombrés pendant de longs mois par des malades qui occupent les lits nécessaires aux maladies aiguës.

Les résultats excellents que donnent ces hôpitaux à l'étranger plaident en leur faveur; cependant en France peu de chose a été fait encore.

A Bordeaux, la Société médico-chirurgicale a émis un vœu dans ce sens. Mais il y a sans doute encore longtemps à attendre avant que l'administration routinière le réalise.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Action de la toxine diphthérique sur le système nerveux, par Ezio Luisada et Dante Pacchioni (*Il Policlinico*, vol. V.-M., fasc. 7-8, p. 297 et 345, juillet et août 1898). — Les auteurs ont étudié l'action de la toxine diphthérique *portée directement* au contact du tissu nerveux des animaux. La toxine était répandue sur l'écorce cérébrale de chiens trépanés, injectée dans le canal rachidien ou dans la gaine du sciatique de ces animaux.

Deux points principaux ont été mis en lumière par ces recherches : 1° la diphthérine mise en contact avec le tissu nerveux produit au point d'application des lésions d'ordre inflammatoire et dégénératif, et cela dans tous les cas, que l'animal ait été ou non préalablement immunisé par le sérum antidiphthérique.

Ce fait démontre la susceptibilité particulière du système nerveux à l'égard de la toxine. Seulement, lorsque l'animal n'a pas été immunisé, la lésion locale produite par la toxine est plus grave, plus étendue, plus pénétrante, et aux faits réactionnels locaux s'entremêlent des phénomènes d'intoxication générale. De plus, la toxine diphthérique a un grand pouvoir de diffusion : ainsi, portée sur la moelle, elle pénètre bientôt celle-ci dans toute son épaisseur et toute sa hauteur, atteint même des organes éloignés du point d'application comme les nerfs périphériques, le cervelet, le bulbe; injectée dans un sciatique, elle gagne la moelle, la traverse, et pénètre le sciatique du côté opposé. Elle détermine des lésions sur tous les points qu'elle touche. La mort survient chez les animaux lorsque la toxine diphthérique atteint les centres bulbaires et cela arrive rapidement lorsqu'on a porté la toxine directement au contact de la moelle, plus tardivement lorsqu'on l'a appliquée sur l'écorce cérébrale.

2° L'élément nerveux frappé de préférence est la fibre. Qu'il s'agisse de la fibre d'un nerf ou de celle d'un faisceau blanc de la moelle, la lésion est toujours la même : c'est la lésion *primaire* décrite par Vassale dans nombre d'infections et d'intoxications : le cylindraxe n'est pas détruit, il est seulement gonflé, moniliforme; par contre, la gaine de myéline est fortement altérée, elle est amincie, liquéfiée, et parfois disparaît; c'est en somme une névrite périaxile. Dans la moelle, la lésion primaire frappe *systématiquement* les faisceaux; les pyramidaux croisés et les cordons postérieurs sont atteints de préférence.

L'action locale de la toxine diphthérique semble avoir une importance capitale dans la pathogénèse des phénomènes paralytiques de la diphthérie humaine, étant donné que la toxine a le pouvoir de s'insinuer le long des nerfs, de léser d'abord ceux-ci, et de poursuivre sa marche ascendante de pénétration jusque dans les centres où elle détermine également des lésions. La modalité de celles-ci explique aussi la curabilité des paralysies diphthériques; en effet le cylindraxe n'est pas détruit, même dans les cas graves; la réparation de la fibre peut donc être complète.

CHIRURGIE

Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle post-opératoire et la ménopause naturelle, par F. Jayle (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, avril 1898 p. 239). — La question de l'opothérapie ovarienne vient d'être longuement traitée dans le récent travail de M. Jayle. Dans l'aperçu historique du début, l'auteur montre qu'il a été le premier à appliquer les déductions thérapeutiques de la théorie de Brown-Séquard en étudiant les effets physiologiques de la castration chez la femme. Les premières recherches datent en effet de 1895, la première communication à l'Académie de médecine est du 27 février 1896, alors que les travaux de Namzer puis de Mond ne furent publiés que quelque temps après.

Actuellement, l'opothérapie ovarienne est définitivement entrée dans le domaine thérapeutique et la glande ovarienne peut être administrée sous trois formes différentes : *a*) en nature, *b*) en poudre obtenue par dessiccation de l'organe ou ovarine, *c*) en extrait glycériné ou ovarique. Jusqu'ici on s'est servi d'ovaires de génisses ou de brebis.

Le mode d'administration de l'ovaire en nature consiste simplement à faire prendre à la malade des ovaires frais, hachés menu, préparés en bols de 10 grammes, pris dans un pain azyme.

Le liquide ovarique se prépare d'après la méthode Brown-Séquard-Arsonval; quant à l'ovarine, on l'obtient en triturant des ovaires séchés à température ordinaire; c'est à ce mode de préparation que M. Jayle a recours le plus habituellement.

La dose moyenne est de 125 milligrammes, qu'on augmente au besoin jusqu'à 1 gr. par jour.

M. Jayle a rapporté à la suite de son travail 22 observations prises à la consultation de l'hôpital Broca. Dans 19 cas il s'agissait de troubles consécutifs à la ménopause artificielle post-opératoire. Ces troubles consistaient en général en troubles vaso-moteurs divers et en phénomènes nerveux. L'amélioration a toujours été très nette au cas de troubles vaso-moteurs, tels que bouffées congestives, vapeurs, etc.; les troubles nerveux, neurasthéniques en particulier ne sont pas susceptibles d'être améliorés par le traitement. Le même résultat a déjà été constatée en Allemagne par Mond (*München. med. Woch.*, 1896).

Dans les 3 observations de M. Jayle il s'agit de troubles consécutifs à la ménopause artificielle. Ici, l'amélioration a toujours été moins manifeste. M. Jayle pense que cela peut tenir à ce que le médicament fut donné à trop faible dose.

Quoiqu'il en soit, certains troubles ont été améliorés ou ont disparu complètement.

La médication doit être prescrite à petite dose pour commencer, de 10 à 50 centigr. par jour. Il faut continuer longtemps l'emploi du remède, car il se produit une sorte d'accoutumance en raison de laquelle il est bon de sérier la médication par intervalles, en variant les doses par série. Il est des cas cependant où sans qu'on puisse l'expliquer on se heurte à un échec complet.

Les conclusions de l'auteur sont en somme indentiques à celles de Mond dans un travail où cet auteur rapporta les résultats obtenus en Allemagne par le professeur Lœvin (*Münch. med. Woch.*, 1896).

Uretéro-cystonéostomie (Uretero-Cystoneostomia), par A. Podres (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1898, n° 23, 11 juin, p. 593). — Aux deux cas de Bazy sont venus s'ajouter 2 autres de Novaro, 1 de Bouffard, 1 de Pozzi ce qui porte à 6 le total actuel des uretéro-cystonéostomies. M. le Dr Podres y ajoute un nouveau cas personnel qui est le suivant :

Le 8 décembre 1897 fut reçue à la clinique chirurgicale de Charkow une malade atteinte de fistule urétero-vaginale à la suite d'une opération pratiquée sur le vagin l'année précédente.

Le 12 décembre 1897, fut pratiquée l'uretéro-cystonéostomie avec un certain nombre de particularités différant de la méthode préconisée par Bazy.

En premier lieu la cystotomie sus-pubienne préalable fut abandonnée et l'urèthre fut simplement dilaté par la méthode de Simon; au lieu de l'incision linéaire le long de la ligne blanche (Bazy) donnant trop peu de place pour permettre l'examen des parties latérales du bassin, on pratiqua une incision hémisphérique allant d'une épine iliaque antéro-inférieure à l'autre. La 3e particularité consista à ne pas déplacer la vessie afin d'éviter toute anomalie dans la contraction de la vessie.

La solution de continuité uretérale fut tout entière couverte par la distension du conduit, ce qui se fit sans difficultés après avoir séparé par dissection l'uretère du péritoine. Le point où se trouva l'abouchement de l'uretère se trouva à 4 cent. plus haut que normalement. Ici encore l'opération différa un peu de celle de Bazy par le mode de suture : l'union de la vessie et de l'uretère fut assurée à l'aide de 2 ou 3 points de suture de Lembert.

Le reste de l'opération s'acheva sans aucune particularité nouvelle et la malade guérit parfaitement.

Énorme calcul vésical enkysté, avec 2 petits calculs de l'urèthre (Large encysted vesical calculus with two smaller urethral calculi. Litholapaxy and simplified suprapubic cystostomy. Death the following day), par G. S. Thomson (*Indian med. Gaz.*, juin 1898, p. 216). — Le malade était un jeune Indien de 10 ans présentant les symptômes de la lithiase depuis l'âge de 6 ans. Dans ces derniers temps il fut pris de fréquence de la miction, avec ténesme rectal et prolapsus anal. A l'examen on put constater l'existence bien nette d'un calcul qui fut enlevé. Une seconde pierre fut constatée à l'entrée de la portion prostatique qui fut enlevée comme la première. Une sonde à demeure fut laissée à la suite et le jour suivant l'examen digital permit de constater l'existence d'un énorme calcul enkysté sur la partie droite du fond de la vessie et à 2 pouces au-dessus de l'ouverture anale. On procéda aussitôt à la cystostomie sus-pubienne et le calcul fut extrait avec difficulté de la loge de laquelle il était enfoui.

C'était un énorme calcul phosphatique pesant plus d'une once.

A la suite de l'opération, l'enfant tomba dans le collapsus et mourut le lendemain probablement de shock. L'autopsie ne put être pratiquée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Septembre 1898.

Diagnostic de la présence et de la topographie d'une balle de révolver dans la région sus-hyoïdienne par la radiographie et la radioscopie.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation envoyée par MM. les médecins-majors **Boisson** et **Marcus.**

Un soldat, dans une attaque d'hystérie, se tire, étant dans sa famille, un coup de révolver de 7 millimètres dans la région du cou. A la suite il est pris d'hémiplégie et d'une douleur fixe au-dessus de l'os hyoïde s'exagérant pendant la déglutition.

Au bout de 4 semaines le malade est vu par MM. Boisson et Marcus; il ne présentait qu'une cicatrice, et ni la palpation, ni l'examen par le pharynx ne permettaient de reconnaître si la balle était resté dans le cou.

L'emploi des rayons X s'imposait. La radiographie, faite successivement à droite et à gauche, montra sur la ligne réunissant le milieu du bord inférieur du maxillaire inférieur au corps de l'os hyoïde, à environ 1 centimètre du bord supérieur de ce dernier os, une masse sombre bien isolée. Elle fait constater que le corps étranger est plus rapproché des téguments du côté gauche et qu'il faut l'aborder de ce côté.

C'est en se basant uniquement sur ces indications que l'extraction du projectile fut tentée. Traversant les tissus plan par plan, s'aidant du toucher pharyngien, quand il arriva sur l'hyo-glosse, l'opérateur mit à jour et saisit aisément dans sa pince la balle qui pesait 3 grammes et était très légèrement déformée.

La guérison eut lieu sans incident et l'hémiplégie hystérique disparut.

De l'hérédo-syphilis dans l'étiologie du tabès spasmodique congénital.

M. Cadet de Gassicourt lit un travail de **M. Moncorvo** (de Rio-de-Janeiro) sur les liens qui unissent l'hérédo-syphilis au tabès spasmodique congénital. L'auteur cite les observations de 3 enfants chez lesquels le type de Little ne laissait rien à désirer; dans les trois cas le père avait contracté la syphilis avant son mariage, et l'hérédité spécifique se traduisait par des stigmates indéniables.

D'un autre côté, aucune autre affection virulente n'avait été observée chez leurs ascendants ni chez eux. Il faut pourtant noter l'hystérie de la mère dans un cas, l'épilepsie maternelle dans un autre fait, enfin la coïncidence de la rigidité spasmodique congénitale chez le frère de l'un des petits malades. Ils sont tous nés à terme, et une seule fois l'accouchement fut laborieux.

Le traitement chirurgical de la mastoïdite aiguë.

M. Garnault a réopéré une jeune fille, opérée déjà près d'un an auparavant, par la méthode de Schwartze. La plaie extérieure n'était pas cicatrisée, il s'en écoulait constamment un pus fétide, la malade se plaignait de violentes douleurs locales, de continuels maux de tête et devait porter constamment un pansement.

Après la nouvelle opération, qui consista en un évidement du conduit osseux après décollement du conduit membraneux, la cicatrisation extérieure fut complète au bout de 8 jours, la plaie intérieure du conduit a cicatrisé en 6 semaines, l'audition pour la grosse montre est passée de 7 centimètres à 3 mètres.

Le Dr Garnault conseille le procédé qu'il a employé aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques; on évite ainsi toute trace extérieure d'opération, on pénètre beaucoup plus facilement et plus sûrement jusqu'à l'antre, le drainage des cavités suppurantes est plus complet et plus sûr, la guérison plus rapide.

On peut toujours, comme cela a été fait dans le cas rapporté, respecter la caisse et les organes de la transmission, mais ce n'est peut-être pas un avantage, si l'on considère les excellents résultats pour l'audition que donne la mobilisation de l'étrier, après l'extraction des gros osselets, dans les cas chroniques.

MÉDECINE PRATIQUE

De la toxicité du naphtol B camphré,

D'après MM. Legendre et Desesquelle (1).

Le naphtol β camphré, qui fut signalé par M. Desesquelle en 1888 et fut employé pour la première fois par M. le professeur Bouchard et par M. Périer à l'hôpital Lariboisière, s'est révélé entre les mains de ces maîtres et celles de leurs élèves un antiseptique d'une puissance remarquable.

M. Bouchard et M. Fernet l'employèrent avec succès dans plusieurs cas de diphthérie pour déterger les fausses membranes. Le naphtol camphré a été employé en chirurgie dans le service de M. Périer. C'est principalement dans le traitement des tuberculoses locales que le naphtol camphré remporta de brillants succès. Fernet, Nicaise, Schwartz obtinrent la guérison d'ulcérations tuberculeuses. S'inspirant de ces exemples, Gouguenheim et ses élèves Nugon et Ruault l'employèrent dans les ulcérations tuberculeuses pharyngo-laryngées. J. Reboul a réuni un grand nombre d'observations de cas de guérisons obtenus par cet antiseptique dans le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses.

Ces résultats heureux et cette action antituberculeuse manifeste poussèrent les innovateurs à généraliser son emploi et à expérimenter son action sur la tuberculose péritonéale. Les uns, comme M. Pégurier, s'adressèrent à la voie rectale pour son administration; les autres, comme MM. Rendu, Spillmann, Catrin, Netter, du Cazal, l'employèrent en injections intra-péritonéales. M. Fernet l'injecta directement dans des poumons tuberculeux. Ces tentatives hardies donnèrent, à côté de cas surprenants de guérison, des résultats malheureux dont quelques-uns même furent mortels ainsi que M. Netter en a rapporté un cas.

En présence de ces divergences d'opinion et de cette variabilité d'action toxique du naphtol β camphré MM. Legendre et Desesquelle ont entrepris dans le laboratoire de M. le professeur Bouchard une série d'expériences dans le but de fixer, d'une part, la dose du médicament qui peut être ingérée sans danger d'intoxication par la voie stomacale et, d'autre part, celle qui peut être employée en injection intra-péritonéale.

En employant du naphtol β camphré émulsionné dans du lait, les auteurs ont réussi à faire prendre à un chien pesant 12 kilogrammes des doses de plus en plus fortes en commençant par la dose de 0 gr. 20 par jour. A la dose de 5 grammes, le liquide fut donné étendu d'huile. A la dose de 10 grammes le liquide fut vomi.

Ils procédèrent alors à une deuxième expérience sur un chien de 15 kilogrammes qui reçut en injection intra-péritonéale 3 centimètres cubes de naphtol β camphré, soit un peu plus de 3 grammes. Cette dose provoqua au bout de quelques minutes des convulsions épileptoïdes avec opisthotonos et tremblement des membres et des vomissements. Cette période d'excitation dura une dizaine de minutes et fut suivie d'hypothermie. Le chien refusa toute nourriture et mourut 35 heures après. A l'autopsie on ne trouva que des taches hémorrhagiques sur tous les viscères abdominaux.

Un chien pesant 15 kilogrammes reçut, en injection intra-péritonéale 1 c.c. 5 de naphtol β camphré. Les phénomènes observés furent les mêmes que les précédents. Mais le chien se rétablit et prit de la nourriture.

Deux jours après cette expérience le même chien reçut 3 c.c. 5 par la même voie. Le chien mourut un quart d'heure après. L'autopsie révéla des lésions de même nature que les précédentes avec un peu d'ascite.

Dans une quatrième expérience les auteurs ont injecté dans le péritoine d'un chien pesant 16 kilogrammes 1 centimètre cube de naphtol β camphré. Cette injection fut suivie de convulsions épileptoïdes légères et de vomissements. Mais le chien survécut et se rétablit complètement. Un chien pesant 5 kilogr. 460 reçut en injection intra-péritonéale, le 9 novembre dernier un demi-centimètre cube de naphtol camphré. Le chien n'eut pas de convulsions, mais fut pris seulement de vomissements. Le lendemain il avait repris son appétit habituel, mais il resta somnolent pendant quelques jours. Le 22 novembre, une nouvelle injection d'un demi-centimètre cube fut pratiquée. Aucune espèce de convulsions ne se manifesta. On peut observer seulement quelques tremblements de peu de durée et de l'incertitude de la marche. Il n'y eut pas de vomissements. Le 4 décembre, nouvelle injection d'un demi-centimètre cube. Plus de réaction. Un peu d'incertitude de la marche comme précédemment. Le chien pesait alors 6 kilog. 520. Il avait donc engraissé d'un kilogramme environ depuis le début des expériences. Le 14 décembre, il reçut à nouveau une injection d'un demi-centimètre cube de naphtol β camphré qui ne fut suivie d'aucun phénomène réactionnel. A partir de cette date, le chien ne reçut plus d'injection et son poids augmenta progressivement jusqu'au 11 février, époque à laquelle il fut sacrifié. Il pesait alors 10 kilogrammes. L'autopsie ne révéla rien d'anormal aux poumons, au cœur, au foie, aux reins, au péritoine, etc. Il n'y avait qu'une périsplénite légère.

Les conclusions qui se dégagent de ces expériences peuvent, par conséquent, être ainsi formulées :

On peut administrer par la voie stomacale une dose assez

1. *Bulletin génér. de thérap.*, 1898, I, p. 909.

forte de naphtol β camphré, à la condition de l'étendre d'un liquide inerte, tel que l'huile, dans lequel le médicament peut être en dissolution, ou tel que le lait dans lequel il peut être émulsionné, cette addition d'un liquide inerte ayant pour but d'atténuer son pouvoir irritant sur la muqueuse stomacale. Cependant il serait prudent, pour éviter des mécomptes, de ne pas dépasser la dose journalière d'un centimètre cube pour un adulte.

D'après ces expériences, la dose injectable dans le péritoine ne devant pas dépasser un demi-centimètre cube pour un animal pesant 6 kilogrammes environ on ne devra pas injecter plus de 5 centimètres cubes dans le péritoine d'un adulte pesant 60 kilogrammes. Toutefois il serait sage de ne jamais dépasser la dose d'un demi-centimètre cube et de répéter de préférence cette dose plusieurs jours de suite ou à des intervalles convenablement espacés, notre dernière expérience nous ayant démontré que l'animal finit par supporter cette dose sans présenter de phénomènes de réaction apparents.

Quelle que soit la porte d'entrée du médicament, qu'il soit appliqué à l'extérieur sur une plaie ou introduit dans l'organisme, son élimination se produit lentement, ainsi que l'ont démontré M. Desesquelle et M. Yvon en se servant de réactions différentes.

Quant aux phénomènes de convulsions épileptoïdes observés tant dans la pratique clinique que dans les expériences du laboratoire, si l'on tient compte de ce fait que le naphtol β camphré représente une combinaison moléculaire très dissociable et que d'autre part la solubilité du camphre est plus élevée que celle du naphtol, il est rationnel d'attribuer au camphre les premiers accidents observés. Cependant, l'état liquide des deux substances associées permet de tirer également cette conclusion aussi rationnelle qu'il exalte leur puissance toxique et de fonder l'espoir qu'il exalte au même titre leur pouvoir antiseptique.

Traitement des cardiopathies chroniques par les agents physiques,

D'après M. le Dr Adrien Piatot.

La thérapeutique des cardiopathies chroniques s'est, dans ces dernières années, orientée dans une voie nouvelle. Le but des récentes médications est, comme l'a dit M. Huchard, d'agir sur le cœur périphérique pour soulager le cœur central. Il en résulte que les agents physiques ont pris une place de plus en plus importante dans le traitement des maladies valvulaires et spécialement des cardiopathies artérielles. Dans les premières, ils éloignent et préviennent la décompensation en empêchant les stases sanguines abdominales et périphériques de se produire; dans les secondes, en diminuant le travail du cœur et en abaissant la pression vasculaire. Ils rendent encore de grands services dans les troubles fonctionnels du cœur, en atténuant son excitabilité, en faisant disparaître la tachycardie et l'arhythmie et en agissant profondément sur la nutrition. L'amélioration ainsi obtenue est telle qu'elle peut faire croire à une guérison complète, anatomique, alors qu'il ne s'agit que d'une guérison fonctionnelle (Huchard).

Les eaux minérales chlorurées sodiques faibles, le climat tempéré, les faibles altitudes, dans quelques cas l'hydrothérapie, enfin et surtout le massage et la gymnastique médicale constituent, avec le régime alimentaire exactement surveillé, la thérapeutique la plus efficace des cardiopathies chroniques. M. Piatot qui vient de consacrer une étude importante (1) à l'examen des moyens physiques dans le traitement des maladies du cœur, est arrivé sur ce point à des conclusions formelles dont nous transcrivons ici ce qui a trait à la cure hydrominérale et au massage.

Comment doit-on concevoir l'installation des stations minérales pour cardiaques?

Tout d'abord, à côté du traitement balnéaire (bains et eau en boisson) et le complétant, d'une façon indispensable, il doit y avoir la méthode adjuvante. Il faut donc que, dans chaque station, il y ait des gymnastes instruits et intelligents, capables par conséquent d'exécuter les prescriptions qu'ils reçoivent. Il est même désirable que des locaux soient aménagés dans l'établissement thermal, avec pliants à dossier, pour pratiquer les diverses manœuvres de gymnastique médicale. On doit en plus choisir des terrains — il y en a partout — capables d'être utilisés pour la cure de Œrtel, qui rend des services incontestés chez les obèses cardiaques. On doit enfin avoir une installation complète pour la cure lactée et s'efforcer d'obtenir des hôtels ces tables de régime qu'à l'étranger on emploie depuis longtemps.

En dehors de ces questions, il est des points importants à considérer : le climat, l'altitude, etc.

« Pour les affections artérielles, la principale indication, dit Huchard, consiste à combattre un phénomène précoce et constant, l'imperméabilité rénale, et c'est ainsi que les eaux de Vittel, Martigny, Contrexéville, Saint-Nectaire et Evian produisent des effets remarquables par la rapidité de leur absorption et de leur élimination. Mais il faudrait encore pouvoir y ajouter les effets de la thermalité qui produit une action révulsive. »

Pour les affections valvulaires, voici les conditions que doit remplir une station hydrominérale :

Les eaux doivent être faiblement minéralisées. Si elles l'étaient fortement, elles agiraient défavorablement, comme les eaux sulfureuses fortes, par exemple; elles détermineraient sur tout l'arbre circulatoire une excitation exagérée que le cœur ne pourrait pas supporter, et qui serait capable d'asystoliser promptement les malades.

Pour la même raison, la station ne doit pas être située à une trop haute altitude, pas plus de 500 à 600 mètres.

La thermalité des eaux est importante puisqu'elle s'adresse à la cause (rhumatisme) et à l'effet (maladie de cœur).

Les eaux doivent avoir une action décongestive et diurétique parce que, dans les cardiopathies et surtout dans les cardiopathies artérielles, le rein est souvent l'organe compensateur du cœur.

Le climat doit être tempéré, modérément chaud, à l'abri du vent (l'un des grands ennemis du cardiopathe), avec tendance à la stabilité barométrique, thermique et hygrométrique.

Le sol doit être suffisamment perméable pour ne pas permettre à l'humidité de s'y conserver longtemps.

La station doit être peu éloignée, au centre de la France, parce qu'il est démontré que les longs voyages, en chemin de fer et en voiture sont capables de déterminer des accidents graves et promptement mortels.

La plupart de ces conditions se trouvent réunies à Bourbon-Lancy, station thermale du centre de la France, qui doit être ajoutée à la liste de celles que nous avons citées.

Ce que M. Piatot appelle la cure adjuvante consiste dans les mouvements de gymnastique passive et le massage.

Ces pratiques agissent :

1° En augmentant la diurèse;

2° En favorisant l'oxydation plus complète des produits de désassimilation;

3° En activant la capacité respiratoire;

4° En régularisant les fonctions digestives et intestinales;

5° En facilitant la résorption des œdèmes, la disparition des stases veineuses;

6° En agissant directement sur la circulation (diminution de la tension artérielle, disparition de la tachycardie et de l'arhythmie, diminution du nombre des battements cardiaques).

Le massage abdominal en outre semble agir sur la diurèse par le même mécanisme que la digitale, puisque l'augmentation des urines coïncide, par l'emploi de ces deux moyens, avec la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle succédant promptement à un état de vaso-construction et d'hypertension artérielle. Donc, l'augmentation de la diurèse est liée surtout à l'accroissement de la vitesse du sang dans le rein plus qu'à l'élévation de la pression vasculaire. Il s'agit là d'une véritable poussée sanguine, analogue à la brusque poussée de l'eau à travers une digue rompue. (H. Huchard.)

G. Maurange.

1. Piatot, Traitement des maladies du cœur par les agents physiques (thèse de Paris, 1898, n° 356).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE

L'hérédo-syphilis. Son influence dystrophique,

D'après M. le Dr J.-Ch. Platon,

Ancien interne des hôpitaux de Marseille (1).

La syphilis, qui est parfois grave pour les parents, n'est pas moins cruelle pour les enfants qui en naissent. Le plus souvent elle offre moins le caractère d'une maladie infectieuse que celui d'un trouble de nutrition.

En effet, les enfants syphilitiques sont mal développés, ont des allures malingres et rabougries, on dirait de petits vieillards en miniature, selon l'heureuse expression de Fournier. Tous leurs organes semblent avoir été arrêtés dans leur évolution pour arriver à créer des êtres quelquefois difformes, impuissants à supporter le poids de leur lourde hérédité.

La pathogénie de cette dystrophie syphilitique est facile à comprendre aujourd'hui; comme dans toutes les maladies infectieuses, le virus, imprimant certaines altérations à l'ovule ou au spermatozoïde, amenant par les lésions placentaires ou fœtales des arrêts de développement, entraînera de profondes modifications dans la nutrition et la croissance du nouvel être.

La dystrophie de l'hérédo-syphilis n'a pas toujours la même gravité : elle varie avec l'étendue et l'ancienneté de l'infection des parents.

Les rapports de la syphilis et de la grossesse sont fort importants à connaître, au point de vue de l'action néfaste de l'une sur l'autre. La syphilis maternelle est celle, en effet, qui entraîne le plus sûrement et le plus fréquemment des troubles dans la bonne évolution d'une grossesse normale.

Si la mère était syphilitique avant la conception, ce sont des avortements qui vont se succéder, à moins qu'un traitement approprié ne vienne interrompre et modifier cette série malheureuse. A mesure que l'infection s'atténue, les fœtus arrivent à une période plus avancée de la grossesse et succombent de plus en plus tardivement. Ils peuvent parfois naître vivants et ne mourir que dans les premiers jours de leur existence; enfin, ils peuvent vivre et ne présenter que des accidents tardifs plus ou moins sérieux. La mortalité fœtale, qui comprend dans une statistique de Fournier plus des deux tiers des grossesses, ne se manifeste avec cette gravité que dans la syphilis non traitée ou récente de date, son influence désastreuse s'atténuant d'elle-même à mesure que s'éloigne le jour de la contamination.

Si la mère devient syphilitique en même temps qu'elle devient enceinte, la mort du fœtus et son expulsion prématurée sont presque de règle. Enfin, si la syphilis est contractée au cours d'une grossesse, l'infection du fœtus est habituelle, amenant une mort prématurée ou une naissance normale avec manifestations spécifiques plus ou moins éloignées, suivant l'époque du début de l'infection maternelle.

Comme on le voit, l'hérédo-syphilis a une influence considérable sur l'évolution même de l'œuf, évolution que gênent ou qu'arrêtent les lésions placentaires ou fœtales.

Le placenta syphilitique, bien étudié pour la première fois par Fränkel en 1873, possède des caractères spéciaux, spécifiques pour ainsi dire.

Fränkel a décrit les lésions placentaires sous le nom de *Granulome déformant des villosités placentaires*. Il se produit, en effet, une infiltration compacte des petites cellules des villosités qui, envahies par la dégénérescence graisseuse, deviennent inaptes à leur fonction. Les vaisseaux placentaires sont eux-mêmes envahis; ils présentent des lésions d'endartérite, de thrombose et deviennent un obstacle à l'échange des matériaux entre le fœtus et la mère.

Macdonald (1) établit une différence dans les lésions du placenta, suivant que la syphilis est d'origine paternelle ou maternelle; dans le premier cas, le placenta est dégénéré, les villosités choriales sont remplies de granulations graisseuses, les vaisseaux sont oblitérés, le tissu cellulaire qui les entoure s'hyperplasie de telle sorte que les villosités augmentent de volume. Lorsque c'est la mère qui est syphilitique, les lésions proviennent de la caduque : il y a hyperplasie de ses éléments, amenant la compression et l'atrophie des villosités. Lorsque le père et la mère sont malades, on rencontre des lésions des deux ordres.

Ces recherches ont été reprises et contrôlées par un certain nombre d'auteurs et en particulier par De Sinéty, qui a constaté, dans les placentas malades, trois sortes de lésions : l'hypertrophie des villosités, leur dégénérescence fibreuse et des îlots de granulations présentant la dégénérescence caséeuse.

Quelle que soit la valeur des auteurs et des travaux publiés, la question des lésions syphilitiques placentaires

1. *Nouveau Montpellier méd.*, 1898, p. 853.

1. Syphilitic placenta (*British med. Journ.*, 1875, p. 234).

est encore à l'étude. Il existe, en dehors des différentes lésions macroscopiques ou anatomo-pathologiques, un caractère extérieur fort important, signalé par Pinard : c'est l'augmentation du poids du placenta par rapport au poids du fœtus issu de parents syphilitiques.

D'après M. Platon le placenta syphilitique est hypertrophié, blanchâtre, mou, friable; la pression des doigts y laisse de profondes dépressions ou le réduit en fragments : plus lourd qu'à l'état normal, il représente le quart du poids fœtal au lieu du sixième.

Il est facile de comprendre combien le placenta syphilitique, par les troubles profonds de circulation qu'il provoque, gêne la nutrition et l'hématose du fœtus, qui mourra avant son terme normal d'évolution ou qui parviendra péniblement à naître, mais chétif et inapte à la vie.

Cette influence si meurtrière se retrouve dans toutes les statistiques. D'après Fournier (1), la mortalité (avortement ou décès prématurés) des hérédo-syphilitiques est de 42 p. 100 dans la clientèle privée, de 84 p. 100 à Saint-Louis, et de 86 p. 100 à Lourcine; ce qui donne une moyenne de 63 décès d'enfants sur 100 grossesses.

D'Aulnay (2) cite les statistiques d'avortements de plusieurs syphiligraphes : Ruge, 83 p. 100; Stoltz, 67 p. 100; Fournier, 46 p. 100; Le Pileur, 36 p. 100; Blaise, 33 p. 100; Le Pileur (Saint-Lazare), 74 p. 100. Ce sont de véritables hécatombes, plus effrayantes encore si l'on recherche la mortalité après la naissance : sur 405 morts, Fournier relève 265 morts en bas-âge et 230 avortements ou morts-nés.

S'il est facile de reconnaître un placenta syphilitique, quelles sont les marques extérieures et les lésions microscopiques imprimées par cette maladie infectieuse sur un fœtus mort durant sa vie intra-utérine?

Un abdomen ascitique, avec foie volumineux, le rend difforme et hideux, des bulles de pemphigus ou des érosions arrondies aux pieds, aux mains, sur le corps, marbrent un épiderme violacé. A l'autopsie, les poumons peuvent présenter des gommes ramollies ou en noyaux indurés; le tissu hépatique jaune, dur, est parsemé de granulations blanchâtres (Parrot, Gubler); la rate est hypertrophiée, les testicules sont envahis par des amas de cellules embryonnaires (Hutinel); enfin, le tissu osseux peut présenter trois types de lésions : ostéophytes durs, atrophie gélatiniforme, tissu spongoïde (Parrot).

Si le produit de la conception parvient à terme, si l'enfant arrive à se développer et à grandir, l'hérédo-syphilis ne l'oubliera pas; elle le marquera fortement et pour toujours de sa lourde et disgracieuse empreinte.

Ce qui frappe tout d'abord chez ce malheureux, c'est un arrêt de développement; sa croissance a présenté quelque chose d'anormal; il s'est développé lentement, péniblement, il « n'arrivait pas à grandir », il a marché tard, l'apparition de ses dents s'est fait attendre, et sa parole a été lente à s'articuler.

Cette lenteur extrême de développement se retrouve au-delà du premier âge, et lorsque la croissance est terminée, les hérédo-syphilitiques ordinairement sont de petite taille (Fournier).

Cet infantilisme n'est certes pas le monopole de l'hérédo-syphilis; mais il est particulièrement frappant dans l'affection qui nous occupe, il peut aller jusqu'au nanisme.

De même qu'elle peut aboutir au nanisme, l'hérédo-syphilis peut entraîner des excès de croissance. Ces cas

1. Hérédité syphilitique, Paris, 1891. p. 309.
2. *Arch. de tocol.*, décembre 1894.

de gigantisme (Fournier, Nobl, Buhl, Werther, etc.), ne présentent du reste aucune harmonie de formes et de proportions; malgré la taille, tout est infantile ou atrophié.

Nanisme fréquent, gigantisme possible, telles sont les deux principales modifications que la syphilis imprime au développement de l'enfant. Il est une affection des os qu'on a, à tour de rôle, acceptée ou repoussée comme résultant de la vérole héréditaire : depuis les travaux de Parrot, sans vouloir, avec cet auteur, admettre le rachitisme comme la conséquence unique de l'hérédo-syphilis, la majorité des auteurs s'accorde pour considérer cette maladie infectieuse comme une des conditions pathogéniques du rachitisme au même titre que toutes les autres causes de dépression et de déchéance organique.

Pour le professeur Fournier (1), la syphilis peut produire le rachitisme comme elle produit des arrêts de développement et des malformations de toute sorte. Comby (2) est du même avis. Elle agirait, d'après lui, par un processus de dénutrition semblable à celui de toute maladie infectieuse survenant dans la première enfance.

Cette vue de l'esprit a été confirmée par les travaux de Gley et Charrin (3), qui sont arrivés à produire chez des lapins (en soumettant les générateurs à des intoxications pyocyanique, diphthéritique, tuberculeuse) toutes les lésions osseuses du rachitisme.

A l'hérédo-syphilis doivent être attribuées d'autres lésions et d'autres malformations, toutes généralement développées dès la naissance. Malformations des membres, des doigts, malformations crâniennes, oculaires, nasales ou dentaires, bec-de-lièvre, hydrocéphalie, pied bot, sont autant de méfaits imputables à cette dangereuse infection héréditaire.

Cette maladie a une affection marquée pour les os du crâne et du nez. Front « olympien », en carène, crâne « natiforme » de Parrot sont autant de formes anormales hérédo-syphilitiques. Quelquefois, sur un front normal, des soulèvements latéraux comparables à des bosses peuvent se produire. L'asymétrie faciale et l'hydrocéphalie concourent parfois à donner un aspect particulièrement bizarre à l'ensemble de la physionomie.

Les déformations nasales sont plus fréquentes : « Dans les cas les plus usuels, dit Fournier, la base du nez est élargie en même temps que déprimée ».

Les yeux ne sont pas à l'abri. On peut constater des malformations des organes protecteurs de l'œil, le globe oculaire peut être arrêté dans son développement et créer la microphthalmie. Barasch (4) cite, dans sa thèse, un cas d'ectopie des deux pupilles avec iridodonesis et luxation congénitale des cristallins. D'après Galezowski (5), ces lésions seraient le résultat d'altérations congénitales consécutives à un trouble de la nutrition des membranes internes de l'œil.

Les anomalies dentaires portent sur l'évolution, la position, la couleur et le volume des dents. Le retard de la première dentition est un caractère précieux : les premières dents n'apparaissent qu'à 16, 18 ou 24 mois. Demarquay (6) cite le cas d'un enfant qui à 4 ans n'avait pas une seule dent; à 12 ans un malade de Lancereaux n'avait qu'un soupçon de canines.

La dent peut être simplement déviée de son type phy-

1. Affections para-syphilitiques, 1894, p. 303.
2. Comby, Le rachitisme, 1892, p. 35.
3. *Société de biologie*, Paris, séance du 25 avril 1866.
4. Thèse de Paris, 1896.
5. *Traité des maladies des yeux*, 1888.
6. *Société de chirurgie*, Paris, 1871.

siologique; elle peut devenir, selon l'expression de Magitot, une véritable monstruosité morphologique : dent cannelée, conoïde, en cheville, en tricorne, en fer de hache ou cône tronqué. On a cité des cas de gigantisme dentaire; dans la majorité des observations on signale une petitesse exagérée des dents dites « dents de poupée »; « le microdontisme, dit Fournier, dérive d'un trouble nutritif qui entrave l'évolution de la dent ».

Engrenage vicieux des arcades dentaires, anomalies de position, irrégularité de plantation, écartement singulier, absence de certaines dents, sont autant d'anomalies à relever. Il ne faut pas oublier les érosions dentaires, classées par Fournier selon qu'elles portent sur le corps, le corps de la couronne ou le sommet.

Érosions en cupule, en sillons ou en nappe, « dents en gâteau de miel », molaire à surface triturante, irrégulière et hérissée d'éminences coniques et grenues, dent « d'Hutchinson », incisives en tournevis ou à direction oblique convergente, font partie de ces lésions dentaires, qui constituent une preuve anatomique en faveur de l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis.

Il faut se hâter d'ajouter que la syphilis n'est pas l'origine constante de ces lésions dentaires. La dent d'Hutchinson ne prouve pas grand'chose si elle constitue le seul symptôme, et Pollak a pu dire : « Les médecins ont démontré que les lésions dentaires décrites par Hutchinson manquent souvent chez les hérédo-syphilitiques avérés, tandis que chaque médecin connaît des sujets atteints de difformités dentaires décrites par Hutchinson et chez lesquels la syphilis héréditaire peut être certainement exclue. »

On sait que les bourgeons maxillaires donnent naissance par leur rapprochement à la voûte palatine, aux os de la mâchoire et aux lèvres. Cette soudure commence vers la sixième semaine de la vie intra-utérine, époque où l'infection syphilitique peut déjà avoir une influence néfaste. C'est à cette influence qu'on peut, dans certains cas, attribuer la formation du bec-de-lièvre, de la « gueule de loup », l'absence de certaines dents par arrêt de développement. C'est l'opinion de Fournier, de Lannelongue (1).

Pendant longtemps on a refusé à l'hérédo-syphilis toute influence étiologique sur l'hydrocéphalie.

C'est au professeur Fournier (2) que l'on doit d'avoir reconnu la nature de l'hydrocéphalie. Ziegler, Sandoz (3), citent de nombreux cas non douteux; D'Astros (4), dont l'autorité est incontestable en l'occurrence, tend à démontrer que l'hydrocéphalie est sous la dépendance de lésions de nature syphilitique. Despine et Picot (5) comptent la syphilis comme une des causes de l'hydrocéphalie ventriculaire, et enfin D'Astros (6), dans un article tout récent, insiste à nouveau sur l'importance de la syphilis dans l'étiologie de l'hydrocéphalie.

A cette longue énumération de malformations congénitales, il faut ajouter le pied bot syphilitique, dont quelques cas ont été signalés par Lannelongue et Caubet.

Le cerveau lui-même n'échappe pas à l'influence de l'hérédo-syphilis, et l'on peut parfois constater, chez les enfants issus de syphilitiques, une intelligence simplement bornée ou de l'idiotie caractérisée.

L'influence de la syphilis sur l'idiotie n'est plus mise en doute, la discussion porte uniquement sur l'importance et la fréquence de ce facteur étiologique.

Telles sont, rapidement énumérées, les lésions dystrophiques de la syphilis héréditaire. Toutefois la syphilis n'est pas la seule cause capable d'entraîner de semblables perturbations. On peut dire que toute infection pourra entraîner pour le produit de la conception des troubles profonds de nutrition, mais que, de toutes ces infections, la syphilis est la cause la plus puissante des dégénérescences et des déchéances organiques.

L'action puissante de la syphilis sur l'embryon et le fœtus est indéniable. A la naissance, il sera quelquefois difficile d'affirmer les antécédents spécifiques des parents, surtout si l'on ne retrouve pas chez l'enfant des troubles caractéristiques de l'infection. Ce nouvel organisme se développera, non pas toujours avec des lésions nettes, à étiologie facilement reconnaissable, mais il aura reçu dès sa formation comme une tare indélébile, le forçant à vivre désormais à côté d'une existence saine et normale, obligeant le clinicien à rechercher la cause de cette déviation du type parfait et à douter de la santé des producteurs.

« Il y a des familles, a dit Laschewitz, qui méritent à bon droit le nom de pathologiques; on y voit un individu atteint d'épilepsie, un autre d'atrophie musculaire progressive, un troisième est fou, un quatrième phtisique ou strumeux, et quand on remonte à l'origine du mal, la pathogénie répond : Syphilis. »

1. *Arch. génér. de méd.*, 1883.
2. Syphilis et mariage, Paris, 1880.
3. Thèse de Genève, 1886.
4. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, Paris, 1891, p. 481.
5. *Traité des mal. de l'enf.*, Paris, 1885.
6. Hydrocéphalie, in *Traité des mal. de l'enf.* de Grancher, t. IV, p. 581, Paris, 1897.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Janvier-Juin 1898.

Abcès méningé.

M. Deléarde présente des pièces provenant de l'autopsie d'une femme de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur. Cette malade était à son entrée dans un coma profond. Elle a une température normale (37°4); ni albumine, ni sucre dans les urines. Pendant la visite, on voit des contractions passagères du membre supérieur gauche. La pupille gauche est dilatée; il y a un léger strabisme interne. L'absence d'albumine fait écarter le diagnostic d'éclampsie chez cette femme récemment accouchée. On pense à de la méningite, mais la ponction lombaire n'a pu être faite, car le lendemain la malade mourait.

A l'ouverture du crâne un flot de pus jaillit, et, en lavant, on aperçoit à la face supérieure et interne du cerveau un vaste abcès de la grandeur de la paume de la main, à parois épaisses et contenant un pus crémeux, verdâtre. Ce pus renferme des pneumocoques et tue l'animal en 24 heures. Au niveau de cet abcès la boîte crânienne présente un peu d'ostéite et tendance à la perforation.

On remarque encore, au cours de l'autopsie, des adhérences pleurales assez fortes à gauche, des fausses membranes autour du foie et de la rate. Chez cette femme, accouchée depuis une dizaine de jours, on ne trouve rien d'anormal vers l'utérus ni vers les annexes.

Le point de départ de cet abcès méningé n'est pas exogène, mais endogène; le point de départ est le poumon. Cette femme a fait, il y a un mois ou deux, une pneumonie à la suite de laquelle la plèvre a été d'abord envahie, puis la circulation générale. On ne trouve aucune lésion vers l'oreille interne; le cuir chevelu est intact.

M. Charmeil trouve que cette observation est très intéressante au point de vue de la localisation de l'abcès. La méningite à pneumocoques se voit sous la pie-mère, et ici les lésions sont

dure-mériennes. Il conseille de faire des coupes, pour savoir si on n'a pas affaire à un hématome infecté secondairement.

M. Moty. — Le manque de température dans ce cas n'est pas un fait isolé. Il a observé le même phénomène chez un homme qu'il a dû trépaner à la suite d'une chute. La trépanation fut faite au niveau d'une fistule, et après avoir enlevé un premier fragment on donna issue à une cuillerée à café de pus. Dans ce cas, aucun signe de la présence de ce pus : rien ne démontrait que la dure-mère ait été déchirée; il n'y avait pas de symptômes de méningite au 60e jour.

Hydronéphrose calculeuse chez un enfant de onze mois.

M. Ausset présente des reins volumineux, mous, avec uretères bosselés, dilatés en totalité, ressemblant à de l'intestin grêle, trouvés à l'autopsie d'un enfant rachitique entré à l'hôpital pour de la bronchite et de la gastro-entérite chronique. La vessie et l'urèthre sont normaux. A la section du rein s'écoule de l'urine limpide avec de nombreux calculs rouge brunâtre. Les bassinets et les calices sont dilatés; la substance rénale n'est pas atrophiée. Les uretères sont perméables mais le sable uratique est surtout accumulé à l'abouchement des uretères dans la vessie. Pendant la vie du petit malade on n'avait rien remarqué d'anormal du côté de l'appareil urinaire.

M. Ausset conclut à une hydronéphrose acquise par corps étrangers (corps uratiques) dans l'uretère. Il fait ensuite l'historique de cette affection assez fréquente chez l'enfant et sans symptômes bien nets.

Hémiplégie spasmodique infantile.

M. Raviart présente un enfant atteint d'hémiplégie spasmodique infantile. Sans antécédents héréditaires, cet enfant a dix autres frères et sœurs bien portants. Ce petit malade est âgé de huit mois, quand éclate à Saint-Amand une épidémie de variole. On le vaccine et neuf jours après, il a des convulsions violentes toutes les vingt minutes pendant une durée de vingt heures. C'est alors que le petit malade fit une variole qui lui dura quatre semaines. Une voisine s'aperçut alors que les membres gauches ne se mouvaient plus et, six semaines après le début de la variole, apparaissaient les phénomènes d'hémiathétose que l'enfant présente actuellement et qui persistent depuis dix ans. Il existe des mouvements athétosiques et spasmodiques du membre supérieur gauche, des contractions dans le territoire du facial inférieur. Au membre inférieur gauche on remarque une extension forcée du grand orteil et de la flexion des autres orteils; de plus il y a un pied bot varus équin.

Ces mouvements caractéristiques augmentent à l'occasion des mouvements, de l'émotion; ils disparaissent pendant le sommeil. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas d'atrophie et pas de paralysie.

Les mouvements du tronc sont des mouvements transmis.

M. Charmeil insiste sur l'intérêt de ce cas qui est une variété d'hémiplégie spasmodique infantile. Il fait l'historique de la question. Habituellement il y a des contractures permanentes.

Cette hémiathétose est due à une petite hémorrhagie post-variolique près du faisceau pyramidal.

Quand cet enfant marche il a un pied bot aigu intermittent; il n'y a pas d'athétose quand les doigts de la main sont fléchis sur le pouce.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Janvier-Juin 1898.

Trois cas d'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure des os de la jambe.

M. Piet lit 3 observations d'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure des os de la jambe. La première concerne un jeune homme de 28 ans, dont la mère était phtisique qui, en janvier, s'aperçut d'une tuméfaction de la partie supérieure de la jambe gauche, en même temps que la marche devenait pénible. Un médecin y fit une incision qui ne donna issue qu'à du sang et il se décida alors à entrer à l'hôpital. Cette tumeur, de consistance élastique, mettait le genou en demi-flexion et rendait les mouvements du pied impossibles. Quelques ganglions dans l'aine. Le diagnostic d'ostéo-sarcome posé, on songe à une opération conservatrice, mais, au cours de l'intervention, on est obligé de faire une amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Le second malade était un jeune homme de 19 ans, sans antécédents héréditaires, mais ayant eu un mal de Pott.

En février, il y a des douleurs lancinantes dans la jambe gauche, et peu après il présente une tuméfaction de la partie supérieure et antérieure de cette jambe. La tumeur se prolonge en arrière et est douloureuse à la pression. Quelques ganglions dans le pli inguinal. La désarticulation du genou primitivement faite doit être convertie en une amputation sus-condylienne. La tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, était adhérente à une veine. La tête du péroné était complètement disparue.

Enfin, il a pu observer un cocher de 64 ans, sans antécédents héréditaires, qui avait souffert précédemment d'inflammation à la jambe gauche et au coude gauche. Il y a un mois, il fut pris de douleurs lancinantes, suivies de l'apparition, à la tête du péroné, d'une tumeur ayant le volume d'une petite orange. On en fit l'ablation en réséquant la tête du péroné. L'intérêt de ces observations réside dans l'absence de traumatisme antérieur. Plus la marche de la lésion est rapide et plus le pronostic est grave. Le diagnostic doit être fait surtout avec les inflammations tuberculeuses ou syphilitiques, avec l'ostéomyélite prolongée. Le traitement consiste essentiellement en une amputation.

M. Duret. — On a fait une amputation sus-condylienne parce que les lambeaux étaient trop petits, si on se contentait d'une désarticulation du genou. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale doit être toujours précoce. Il serait intéressant de faire l'examen histologique de ces tumeurs.

Moule bronchique.

M. Dervaux présente, au nom de **M. Debuchy**, l'observation d'un homme de 46 ans, sans antécédents d'aucune sorte, s'adonnant à des travaux pénibles.

Depuis 5 mois, coryza avec mal à la gorge, maux de tête, toux fréquente et crachats blanchâtres abondants. Il y a un mois la toux est devenue plus fréquente, l'oppression plus grande. Le 19 avril, la dyspnée est forte, la respiration haletante, le pouls à 90. Une éruption furonculeuse lui couvre presque tout le corps. A l'auscultation, on trouve au poumon gauche quelques râles sous-crépitants et de la diminution du murmure vésiculaire. On administre de l'ipéca et il y a rejet d'un moule bronchique ramifié. Un autre vomitif reste sans effet.

Double pyélite suppurée à streptocoques et méningite suppurée à pneumocoques chez une femme enceinte.

M. Verstraete lit l'observation d'une femme de 19 ans entrée à l'hôpital avec un frisson, de la fièvre, des vomissements, du délire, mais pas de convulsions. Elle est constipée depuis 6 jours. La température est de 38°8. Comme renseignements, on sait que la malade a eu une fièvre ourlienne à l'âge de 12 ans et qu'elle est nerveuse. Sa mère a eu 8 grossesses normales; son père est tuberculeux et un de ses frères est mort de méningite. Les contractions utérines apparaissent, il y a issue du liquide amniotique.

L'accouchement se fait normalement et donne un enfant du sexe féminin bien conformé. Le placenta est normal. Le pouls est fréquent (140 pulsations) et la nuit apparait un délire violent sans convulsions. 10 heures après, cette femme tombe dans le coma. L'urine retirée au moyen du catéthérisme, recèle des flots d'albumine. On pense à de l'urémie. On fait une injection de 1 centigramme de pilocarpine, mais le pouls faiblit encore et la malade succombe pendant une saignée.

A l'autopsie, on trouve l'utérus, le foie, les reins normaux, mais dans chaque bassinet il y a un peu de pus. La plèvre et le péricarde, le poumon et le cœur sont sains. Il n'y a pas d'érysi-

pèle, d'otite et de mastoïdite. Mais, après avoir enlevé la calotte crânienne et incisé la dure-mère, on trouve du pus jaunâtre dont on fait des cultures. Sur tout le cerveau, il y a une couche de pus avec par-ci par-là des fausses membranes. Pus également à la base du cerveau. Le rachis n'a pas été ouvert.

L'enfant de cette femme a succombé brusquement.

On a trouvé dans les cultures des pneumocoques de Talamon-Fraenkel avec des streptocoques et des staphylocoques. Dans la pyélite, simples streptocoques.

On a eu affaire ici à une méningite primitive sans pneumonie. Le pneumocoque vient peut-être d'une lésion minime du pharynx ou du nez. Le diagnostic de ces cas est très difficile; on pensait ici à de l'urémie.

Foie avec cavernes.

M. Danel présente un foie avec cavernes, enlevé chez un homme mort de tuberculose généralisée et surtout de tuberculose mésentérique.

La tuberculose hépatique est très rare : le plus souvent, on trouve dans le foie des phtisiques des tubercules microscopiques, mais quelquefois on y rencontre des cavernes qui se sont formées par destruction des canaux biliaires. Ces cavernes ont alors fréquemment le volume d'un noyau de cerise.

Cancer primitif de la vésicule biliaire.

MM. Besson et **Leroy** présentent un cancer primitif de la vésicule biliaire enlevé chez une femme de 57 ans. Depuis plusieurs mois son état était grave, l'amaigrissement était progressif. Depuis 15 jours elle présentait de l'occlusion intestinale. Opérée *in extremis*, on pense avoir affaire à un cancer intestinal et on établit un anus iliaque sur le cæcum. La malade meurt peu de temps après, et à l'autopsie on trouve un cancer primitif de la vésicule biliaire propagé au côlon ascendant et l'obstruant.

Coma diabétique traité par les injections de bicarbonate de soude.

M. Besson rapporte l'observation d'une femme qui urinait 600 à 800 grammes de sucre par jour. Il y a 5 ou 6 jours, cette femme présenta un pouls rapide, des phénomènes d'asthénie, et deux heures après elle tombait dans le coma. Froide, sans réflexe, on ne sentait plus le pouls et les mouvements respiratoires indiquaient seuls la vie. M. Besson lui fit alors une injection de sérum artificiel avec 25 grammes de bicarbonate de soude, et une heure après la malade avait repris connaissance. Sa mort arriva le matin. Les injections de bicarbonate de soude ont déjà été expérimentées avec succès : Lépine a eu deux succès partiels. C'est donc là un moyen de traitement à noter car le coma diabétique est considéré comme au-dessus des ressources de l'art.

Céphalée hystérique simulant une méningite.

M. Dervaux lit l'observation d'une femme, entrée à l'hôpital le 9 novembre pour une céphalée intense de chaque soir. Elle présente cette céphalée depuis la mise au monde de son 3e enfant. A l'examen de cette malade, on trouve un caractère irritable, tous les signes d'une anémie assez accentuée (souffles anémiques, etc.). On pense aussitôt à une céphalée anémique et l'on ordonne à la malade 1 gramme de quinine et 1 gramme d'antipyrine. Le pouls est toujours dur; la femme pousse des cris plaintifs et 3 jours après l'institution de ce traitement, des phénomènes d'intoxication quinique obligent à modifier la thérapeutique. On réexamine la malade et on pense à une syphilis cérébrale contre laquelle on essaie l'iodure. Bientôt après, un ventre rétracté, un pouls mou et une température de 38° font penser à une méningite tuberculeuse ou tout au moins au méningisme. Mais, le 26 novembre, la malade présente une crise hystérique qui dure 10 minutes. On apprend alors que, depuis son mariage, par suite d'incompatibilité d'humeur, son caractère est devenu beaucoup plus irritable. Elle a eu quelquefois des crises hystériques se terminant par des sanglots et cela plusieurs fois par jour. Elle présente la plupart des stigmates de l'hystérie et l'on pose alors le diagnostic de « céphalée hystérique ». Quelques jours après, une hémi-anesthésie faciale gauche, apparaissant pour les raisons les plus futiles et disparaissant par l'emploi de remèdes donnés à titre suggestif, vient à l'appui de ce diagnostic. Le 18 décembre la malade sort guérie.

Pneumonie avec péritonite purulente.

M. Debuchy présente le poumon et le cœur d'un homme qui a succombé à l'hôpital d'une pneumonie.

A l'autopsie, on constata une pneumonie bilobaire à la partie postérieure et latérale du poumon gauche. De plus, il y avait dans le péricarde environ 200 grammes de pus : le poumon gauche recouvrant complètement le cœur; on s'explique que cette péricardite soit passée inaperçue. Le liquide péricardique contenait des pneumocoques.

M. Camelot se rappelle avoir observé, pendant son internat, une pneumonie accompagnée également de péricardite passée inaperçue et découverte seulement à l'autopsie et en même temps de péritonite.

Hystérectomie abdominale totale pour tumeur du col utérin.

M. Leroy. — Il s'agit d'une femme de 42 ans, ayant déjà accouché normalement de 4 enfants. A son dernier accouchement, il y a 4 mois, remonte le début de la maladie. La malade a eu depuis de nombreuses pertes rouges et blanches. Ses règles durent 10 à 12 jours. Pendant le mois qui a précédé son entrée à l'hôpital, 3 métrorrhagies.

L'examen de la malade, fait le 10 janvier, montre un col ulcéré resté entr'ouvert et portant sur la lèvre postérieure une ulcération en forme de champignon. Ces ulcérations paraissent se propager vers le col. Les culs-de-sac sont libres; l'utérus mobile.

L'hystérectomie abdominale totale est décidée, on enlève un utérus volumineux à fond fongueux. La muqueuse du col est épaissie et renferme des bourgeons épithéliaux en choux-fleurs, de coloration blanchâtre. Les annexes sont normales.

En somme, on a affaire à un cancroïde du col propagé à l'utérus.

Les suites opératoires sont bonnes, quand le 15 janvier, après une nuit mauvaise, on trouve de la congestion pulmonaire, de l'emphysème, et à la base du poumon droit, des signes manifestes d'un épanchement pleural. La malade se plaint de s'être refroidie. On compte 112 pulsations à la minute. On institue alors des injections quotidiennes de 500 grammes de sérum artificiel, mais la malade meurt le 20.

A l'autopsie, on a trouvé le péritoine et le petit bassin intacts; un léger épanchement dans la plèvre droite, un cœur mou, petit, dégénéré.

Cette observation est intéressante, car la mort occasionnée par une complication fâcheuse, a montré néanmoins que l'opération avait été bonne. De plus, chez cette malade emphysémateuse, prédisposée par conséquent aux lésions de l'appareil respiratoire, possédant un cœur petit et dégénéré, il est probable que les injections abondantes de sérum ont été une cause de surmenage pour le cœur. Dans ces cas, les injections seraient donc contre-indiquées.

Cancer de la queue du pancréas avec généralisation au foie et au péritoine.

MM. Verstraete et **Danel** présentent l'observation d'un homme entré à l'hôpital pour de l'obstruction intestinale. Depuis 10 jours, il n'a pas été à la selle. Son faciès est amaigri, mais il ne présente pas de vomissements et son pouls est bon. La nuit suivante, selle moyenne et légère, amélioration du malade.

Depuis 2 mois, cet homme souffre du ventre et en même temps il s'aperçoit que son ventre grossit beaucoup. L'appétit est nul, la constipation opiniâtre; ventre très ballonné, mais pas douloureux à la pression.

Après examen du malade et le toucher rectal, on pense à un cancer du rectum et l'on décide de créer un anus iliaque. On se prépare à cette opération le 3 janvier. L'ouverture du péritoine

donne issue à 4 litres de liquide ascitique, foncé, légèrement sanguinolent et l'on se trouve en présence d'une carcinose péritonéale généralisée. Aussi, place-t-on un drain et referme-t-on le ventre. Le malade ne s'alimente plus, le pouls devient filiforme et la mort survient le 8.

A l'autopsie, on retrouve la carcinose du péritoine pariétal et viscéral. De même, l'épiploon est envahi, des noyaux secondaires se voient dans le foie et le cancer primitif est trouvé dans la queue du pancréas : il a la grosseur d'un œuf de pigeon. L'examen histologique en sera décrit ultérieurement. Les ganglions mésentériques ne sont pas atteints. La généralisation s'est faite sans aucun doute par la voie veineuse, par la veine splénique, ce qui explique l'absence de troubles pendant la vie du malade, la généralisation rapide et, subitement, ces symptômes alarmants conduisant à la mort.

M. Duret fait observer que c'est là un cas de carcinose latente toujours difficile à diagnostiquer, car il reste assez de pancréas sain pour assurer la fonction, et la tumeur est si petite qu'il est impossible de la sentir au travers de la paroi abdominale. C'est la distension ascitique qui, par paralysie de l'intestin, a provoqué l'obstruction intestinale qui amenait cet homme à l'hôpital.

Cancers du rectum.

M. Cappelle présente deux pièces anatomo-pathologiques provenant d'opérations pour cancers du rectum. L'une est une tumeur en cylindre de 8 centimètres de hauteur, végétante et ne laissant plus subsister la moindre trace de muqueuse saine.

L'homme qui en était porteur, ébéniste, a eu le typhus à 22 ans et il dit qu'il était traité pour une fistule à l'anus. Depuis 7 mois il remarque une gêne croissante, avec des alternatives de constipation et de diarrhée. Il présente en outre un suintement continuel de sang qui a succédé, il y a quelques jours, à de petites hémorrhagies intermittentes. Son teint jaune paille est caractéristique. A l'examen de la région anale on trouve, en effet, une fistule sur le rebord marginal gauche, mais par le toucher rectal on sent une vaste ulcération reposant sur une base indurée de 6 centimètres de hauteur.

L'opération, pratiquée le 2 février 1898, consiste en l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum par le procédé de Lisfranc modifié par Kuhne.

Le péritoine a été respecté. Les suites opératoires ont été normales.

La seconde pièce a été enlevée chez une femme de 64 ans, entrée à l'hôpital le 15 janvier 1898. Elle a eu 9 enfants : 7 sont en bonne santé et 2 sont morts du croup. Depuis 2 mois elle se plaint de pesanteur au périnée et d'un suintement continuel de sang par l'anus. Son appétit est presque nul et elle a la teinte cancéreuse.

L'examen démontre une tumeur du volume du poing que l'on enlève comme précédemment. Au cours de l'opération le péritoine est déchiré sur une longueur de 2 centimètres et suturé immédiatement. La moitié postérieure de la cloison recto-vaginale est enlevée sur une hauteur de 5 centimètres. Les suites sont bonnes, quand le 3e jour l'état s'aggrave; la température augmente, le délire apparaît, le pouls devient imperceptible. Après 48 heures la mort survient par collapsus.

La mort étant survenue par asystolie, on cherche aussitôt à l'autopsie du côté du cœur. On trouve un cœur graisseux, entouré de graisse à tel point qu'on ne voit plus de myocarde. Pas de lésions orificielles. Vers le vésicule biliaire on trouve un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon n'ayant jamais provoqué le plus petit accident durant la vie de la malade.

Cholécystite scléreuse et latente d'origine calculeuse.

M. Besson présente une pièce provenant de l'autopsie d'une femme opérée pour cancer du rectum et dont M. Cappelle vient de rapporter l'observation. C'est une vésicule biliaire énorme avec cholécystite scléreuse et latente : les parois sont très épaisses et blanches. Elle renferme trois calculs volumineux : deux inférieurs, situés au fond de la vésicule biliaire, enchâtonnés dans la paroi et un supérieur reposant par une facette sur les facettes des deux premiers. Il est remarquable que cette femme, qui a cependant vécu 64 ans, n'a jamais présenté aucun accident pouvant être rattaché à l'existence de ces calculs.

M. Camelot dit que ces cas sont encore assez fréquents, mais ce que l'on voit encore bien plus, et il en cite un cas, ce sont des malades présentant une douleur vive au niveau de la vésicule biliaire avec exacerbations sans jamais présenter de véritables coliques hépatiques.

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

M. Leroy a observé une amélioration très nette de l'état général et local d'une femme de 27 ans, entrée à l'hôpital pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et traitée par les lavages du péritoine au sublimé. Sa mère est morte tuberculeuse; son père a succombé à une affection hépatique; deux sœurs sont bien portantes. La santé de la malade a toujours été assez délicate ; les règles sont régulières. Il y a un an, elle commença à maigrir en même temps que s'installaient de la diarrhée et des sueurs nocturnes. Son ventre, qui avait grossi, puis diminué, grossissait de nouveau depuis deux mois et lui donnait l'apparence d'une femme enceinte de huit mois. On a très nettement la sensation de flot. L'état général est mauvais. Au sommet du poumon droit, caverne volumineuse.

Le 8 février on pratique une laparotomie qui donne issue à du liquide citrin et met à nu des granulations nombreuses; on lave au sublimé et à l'eau chaude.

Le péritonisme est continuel, mais l'ascite ne se reproduit plus et l'état général s'améliore un peu. Cette malade, revue deux mois après, était en voie d'amélioration.

M. Duret possède 4 ou 5 observations de péritonites tuberculeuses guéries de cette façon. Ce sont principalement les formes à granulations fibreuses qui donnent les succès, mais il y a aussi quelques cas de guérison dans les formes plastiques.

Parasitisme de l'estomac.

M. Flouquet a observé une femme mariée, de 53 ans, qui présentait une douleur continue à l'estomac, douleur qui l'empêchait de prendre des aliments solides. De temps en temps il y avait des vomissements renfermant des filaments blanchâtres de 12 à 14 centimètres de longueur, cylindriques avec, à leurs extrémités, deux ou trois ramifications courtes en éventail, et de plus, des granulations de la grosseur d'un œuf de hareng à coque ovale, beaucoup moins nombreuses. Le microscope montra que l'on avait affaire à des filaments de nature végétale, avec grandes cellules ne subissant pas l'action des sucs digestifs, sans chlorophyle, sans racine. Ces végétaux sont en vie ou morts depuis peu de temps. Les graines prouvent que l'on a affaire à des plantes supérieures, à des phanérogames. La malade boit fréquemment de l'eau des fossés : elle peut enrayer ces crises gastriques en prenant un peu d'eau froide.

Pansement des brûlures par l'acide picrique.

M. Flouquet. — A la suite d'une explosion de gaz, un homme présenta, aux mains et à la figure, des brûlures au second degré, avec phlyctènes. On perça les phlyctènes et on appliqua un pansement avec l'acide picrique au millième. Le malade présenta, les jours suivants, des syncopes nombreuses et prolongées et dans l'intervalle de ces syncopes, des sensations de défaillance. Cette observation prouve que le pansement des brûlures par l'acide picrique doit être surveillé et employé en petite quantité quand la peau n'est plus recouverte de son épiderme. Une sensation d'amertume très tenace doit faire craindre des accidents. Seulement il faut conseiller l'emploi de ce produit dans les brûlures, parce que c'est un anesthésique puissant et un antiseptique léger.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

66e CONGRÈS ANNUEL.

Séances des 26, 27, 28, 29 Juillet.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Traitement chirurgical des inflammations pelviennes.

M. Cullingworth. — On peut diviser les inflammations pelviennes en deux catégories, suivant que les lésions primitives et prédominantes siègent dans le tissu conjonctif du bassin ou qu'elles sont intra-péritonéales et la conséquence de pelvi-péritonites répétées.

1° *Pelvi-cellulite.* Elle est ou non suppurée.

Dans la forme suppurée, l'opération doit toujours être faite sans ouverture de la cavité péritonéale.

Dans la majorité des cas, l'abcès est extérieur, siège au-dessus du ligament de Poupart, et le choix de l'incision ne fait pas de doute.

Dans les cas où la suppuration apparaît dans le voisinage des ganglions pelviens, c'est-à-dire du côté de l'enveloppe pariétale postérieure du péritoine pelvien, l'abcès est situé trop profondément et ce n'est que par déduction que se fait le diagnostic. La nécessité de l'opération est moins nettement reconnue et l'opération elle-même est compliquée.

L'incision est celle qui convient à la ligature de l'iliaque externe et le fascia péritonéal doit être disséqué avec soin. Plus rarement, le pus est collecté entre la vessie et le col utérin, et l'incision vaginale est ici indiquée. Exceptionnellement, le pus remonte au delà du bassin le long de l'uretère ou sort du bassin par l'échancrure sciatique ou dans le voisinage du ligament de Poupart en suivant les vaisseaux. Dans chacun de ces cas l'abcès arrive plus ou moins à faire saillie au dehors.

2° *Pelvi-péritonite.* Les indications du traitement chirurgical dans la seconde forme des inflammations pelviennes ne peuvent être aussi nettement établies. Il serait facile d'énumérer les conditions nécessitant l'intervention chirurgicale si le médecin pouvait toujours connaître exactement l'état des lésions. Mais le plus souvent la connaissance exacte du mal n'est établie que pendant l'opération ou sur la table d'autopsie.

A proprement parler, on peut dire que l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée dans tous les cas de pelvi-péritonite dus à une simple salpingite catarrhale et que, d'autre part, elle est nécessaire dans tous les cas où il y a formation de pus en quantité appréciable, soit dans les trompes, soit dans l'ovaire, soit au milieu des adhérences péritonéales. Mais il n'est pas toujours possible de dire si la suppuration existe ou non. La température n'a pas une valeur absolue, car une simple salpingite catarrhale peut à son début s'accompagner d'élévation thermique considérable, alors qu'une collection purulente pelvienne sera supportée sans augmentation de température.

En somme, il n'y a pas de règle absolue pour le diagnostic. Cependant l'association de certains symptômes prend dans certains cas une grande valeur.

A la suite de la cessation des phénomènes aigus dans un cas de pelvi-péritonite due à une inflammation tubaire, l'examen bimanuel révèle la présence d'une tumeur dans la partie postérieure du bassin, dn côté atteint, et s'étendant souvent jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Lorsqu'il s'agit de salpingite simple, non suppurée, cette tumeur est formée par la trompe épaissie et augmentée de volume, fixée par des adhérences plus ou moins aux parties voisines. Il est possible de suivre la trompe sous forme d'un cordon épaissi depuis son origine utérine jusqu'à l'ovaire et la malade étant mise dans des conditions favorables on peut voir peu à peu la guérison se faire progressivement. Mais, si malgré le repos et les applications chaudes locales aucune diminution de volume ne survient dans la tumeur qui est élargie et mal délimitée, c'est que certainement il y a du pus et que l'intervention chirurgicale est nécessaire.

En outre, lorsqu'à la suite d'inflammation aiguë des annexes, une tumeur globuleuse rénitente se forme dans le cul-de-sac de Douglas faisant saillie dans le vagin et dans le rectum, c'est que très probablement il s'agit d'abcès intra-péritonéal. Ici encore, alors même que le contenu serait simplement séreux et non purulent. Un traitement chirurgical s'impose.

Indépendamment des cas où il y a formation de pus, est-il d'autres cas de pelvi-péritonites qui nécessitent l'opération?

En général, les cas de salpingite non suppurée ont une tendance naturelle à la guérison et ne réclament pas un traitement chirurgical.

Mais il y a des exceptions :

Les collections liquides séreuses peuvent devenir une cause de souffrances telles que l'opération est nécessaire.

M. Doyen (de Reims). — On peut établir ainsi les règles de l'intervention chirurgicale dans le traitement des suppurations pelviennes :

1° *Suppurations extra-péritonéales.* Phlegmon du ligament large : *a)* évolution iliaque : incision iliaque classique ; *b)* abcès de la partie inférieure du ligament large : colpotomie latérale.

2° *Suppurations intra-péritonéales : a)* la masse inflammatoire reste intra-pelvienne et n'a pas de tendance à remonter : opération vaginale; *b)* la suppuration passe les limites du bassin et remonte vers l'ombilic : laparotomie.

Que l'opération soit vaginale ou abdominale, elle peut comprendre : 1° l'incision simple du foyer purulent; 2° l'ablation des annexes en laissant l'utérus; 3° la castration totale.

M. C. Jacobs (de Bruxelles). — En se basant sur une expérience personnelle de plusieurs centaines de cas, le Dr Jacobs (de Bruxelles) pense :

1° Que l'incision vaginale doit être préférée dans les cas de suppuration pelvienne ancienne avec fistules, adhérences, abcès périutérins, etc.

2° Que dans les cas récents où il ne semble pas que les organes voisins soient atteints, il faut préférer la laparotomie.

Les résultats obtenus par le Dr Jacobs sont les suivants :

Voie vaginale : 432 cas, 424 guérisons, 8 morts.

Voie abdominale : 98 cas, 95 guérisons, 3 morts.

M. Landau (de Berlin) lit un long travail sur la cœliotomie vaginale. D'après cet auteur, nous possédons dans la cœliotomie vaginale une bonne opération, à la fois pratique qui, dans certaines conditions définies, fournit d'excellents résultats. D'exécution facile, elle est relativement sans danger et doit le plus souvent être préférée aux opérations abdominales.

SECTION DE DERMATOLOGIE.

Nature et traitement du lupus érythémateux.

M. C. P. B. Beck pense que le lupus érythémateux est toujours et dans toutes ses formes une maladie inflammatoire éruptive dont les localisations sont déterminées par les centres vasomoteurs de la peau.

L'irritation locale par la chaleur, le froid, les agents thérapeutiques ont une action déterminante sur la mise en jeu des vasomoteurs.

Au point de vue de la coexistence fréquente de la tuberculose il faut reconnaître qu'elle joue un rôle important dans l'étiologie de l'affection cutanée, qu'elle en est probablement la cause réelle et essentielle. Le fait qu'il peut y avoir un rapport entre toutes les formes de lupus érythémateux et certaines affections dont l'origine tuberculeuse est hors de doute a une grande valeur pour montrer l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux.

Comme le bacille tuberculeux ne peut être retrouvé dans la lésion cutanée, il est probable que l'éruption est due aux toxines du bacille qui agiraient d'abord sur les centres vasomoteurs puis sur les territoires cutanés qui sont sous la dépendance des vasomoteurs atteints.

La plupart des modifications anatomo-pathologiques consis-

tent en dilatation vaso-motrice des vaisseaux sanguins, et secondairement en une véritable intoxication et inflammation du tissu cellulaire d'où suivent l'atrophie ou la nécrose.

M. Unna (de Hambourg) fait une communication sur le traitement du lupus érythémateux.

1° *Traitement interne*. On peut diviser en groupes les différents médicaments internes.

a) *En premier lieu* ceux qui ont une action favorable sur les troubles vaso-moteurs, la parésie de la face, tels que les alcalins, le carbonate d'ammonium, l'ichthyol, le salicylate de soude, l'ergot.

b) *En second lieu* ceux à qui il a été attribué une action en quelque sorte spécifique, assez difficile à définir. Tels sont le phosphore (Bulkley), la salicine (Crocker), la tuberculine, l'iodure de fer, de potassium et l'arsenic.

Avec l'arsenic et les iodures, M. Unna n'a obtenu que des résultats négatifs. Avec la tuberculine, il a vu de bons effets, mais pas de guérison. Du phosphore et de la salicine, M. Unna n'a pas d'expérience personnelle.

D'autre part M. Unna peut confirmer les résultats favorables du carbonate d'ammonium de l'ichthyol, du salicylate de soude, dans tous les cas, où une certaine tendance à l'œdème et à l'hypérémie de la peau paralysait les effets de l'application externe.

Quoi qu'il en soit, dans aucun cas, la guérison ne peut être obtenue par le seul usage de médicaments internes, alors qu'au contraire il y a des cas de guérison par de simples applications externes.

2° *Traitement externe*. On peut diviser les médicaments externes du lupus érythémateux en 6 catégories.

D'abord les médicaments bénins qu'on peut recommander dans tous les cas :

1° Les absorbants;
2° Les compressifs;
3° Ceux qui combattent l'hypérémie ; puis, à côté, 2 catégories de valeur douteuse :
4° Les nécrosants;
5° Les substitutifs et les irritants ; et à tout cela il faut ajouter :
6° Les soi-disant spécifiques.

Parmi les absorbants qu'on peut employer sous forme de poudre ou de pâte il faut citer toutes les poudres qui sont en usage dans les affections cutanées : l'oxyde de zinc, le calomel, le sous-nitrate de bismuth, l'oxychlorure de bismuth, les oléates de mercure, la silice, l'amidon, etc.

Le Dr Unna a l'habitude de prescrire, à la suite d'un traitement actif pendant la nuit, l'emploi de la poudre suivante dans la journée.

Rp.	Oxyde de zinc.	ãã 2 gr.
	— rouge.	
	— blanche.	
	Carbonate de mag.	3 gr.
	Amidon.	10 gr.
	Pulvis cuticolor.	
Mf.		

Parmi les pâtes la plus active est la pommade au sulfure de zinc, avec addition d'ichthyol et de résorcine suivant la formule :

Pâte de zinc sulfurée.	20 gr.
Ichthyol.	ãã 1 gr.
Résorcine.	

Les absorbants et desséchants sont indispensables associés à un autre traitement. Dans les formes légères ils peuvent même suffire; cependant, à un degré un peu avancé, ils ne peuvent jamais amener la guérison.

Les compressifs forment un second groupe, d'une action douce et souvent effective. Dans une certaine mesure, les absorbants tendent à produire la compression en desséchant la couche cornée, molastique et en favorisant la kératinisation.

Cependant la meilleure compression est obtenue par le collodion auquel on peut ajouter différentes substances telles que l'acide salicylique, l'ichthyol. On peut ainsi se servir de gélatine souvent plus commode en ville.

Dans la troisième catégorie, celle des médicaments qui diminuent l'hyperémie rentrent la pyratoxine, le sulfure d'ichthyol, le mercure, la pyoktanine, les savons et les alcalins.

La pyratoxine, introduite par M. Unna il y a deux ans dans le traitement du lupus, du psoriasis et de l'eczéma, est du pyrogallol modifié par oxydation et qui a aussi perdu ses propriétés inflammatoires et toxiques, tout en agissant contre l'hyperémie et les régions enflammées. La pyrotoxine a été recommandée par Jameson dans le traitement de l'eczéma palmaire. Cette maladie a une certaine analogie avec le lupus érythémateux.

La meilleure forme d'application est la pommade suivant la formule :

Pommade de zinc.	20 gr.
Pyrotoxine.	2 gr. 05

C'est dans cette troisième catégorie que rentrent les médicaments les plus efficaces; à eux seuls ils peuvent amener la guérison complète.

On n'en peut dire autant des médicaments nécrosants ou irritants, tels que le nitrate d'argent ou de mercure, l'acide phénique, le pyrogallol. Leur emploi est difficile et dangereux et si dans quelques cas, ils amènent la guérison, le plus souvent ils peuvent être nuisibles.

M. Alfred Eddowes a fait sans résultat des inoculations de produits de lupus à un singe. Comme traitement il pense que le nitrate de mercure et la scarification rendent de grands services. La quinine amène parfois une amélioration passagère.

M. Maar (de Copenhague) a obtenu dans deux cas de lupus une guérison passagère, par l'emploi des rayons X.

Nature de l'eczéma.

M. Malcolm Morris. — Depuis Willan la nature de l'eczéma n'a pas cessé d'attirer l'attention des dermatologistes, mais malgré tous les efforts elle est encore restée inconnue.

Qu'est au fond l'eczéma ? Est-ce une entité morbide ou un simple mot ? Un processus spécial obéissant à certaines lois dans son évolution et se manifestant de soi-même par des caractères définis, ou bien n'est-ce qu'une expression pathologique, un syndrome propre à différentes maladies.

On peut définir l'eczéma, une inflammation catarrhale de la peau, primitive, sans cause irritante externe visible et caractérisée à toutes les périodes de son évolution par une exsudation séreuse.

Les termes de cette définition excluent toutes les formes de dermatite artificielle, c'est-à-dire l'inflammation de la peau due à l'action de substances chimiques ou à des irritants mécaniques. Sans doute les lésions dues à ces causes peuvent dans une certaine mesure simuler l'eczéma, mais elles en diffèrent par un point essentiel, c'est qu'elles apparaissent à la suite d'une cause extérieure visible, qu'elles disparaissent lorsque cette cause cesse d'agir. L'eczéma au contraire est idiopathique et nous sommes simplement obligés de confesser notre ignorance.

Les anciens dermatologistes regardaient l'eczéma comme une éruption vésiculeuse due à une cause irritante externe (eczéma solaire).

Bazin en fit l'expression d'un tempérament spécial « l'arthritisme », « l'herpétisme ».

Sous l'influence d'Unna, plusieurs dermatologistes aujourd'hui en font une affection parasitaire.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, l'eczéma serait d'origine nerveuse. D'après le Dr Malcom Morris, ces deux dernières théories se combineraient. Des cas de contagion très nets ont été cités qui confirmeraient l'hypothèse parasitaire et d'autre part la clinique nous montre que l'eczéma apparaît de préférence chez les individus nerveux. Dans certains cas, les sédatifs et les antinervins ont été le meilleur traitement.

En résumé, d'après le Dr Morris l'eczéma aurait sa cause dans l'action des parasites sur une peau dont la résistance aurait été affaiblie par une maladie préexistante ou par une anomalie de structure ou bien par un trouble de l'innervation.

M. Wallace Beathy (de Dublin). — Le caractère polymorphe des éruptions comprises sous le nom d'eczéma est remarquable.

Anatomiquement, l'eczéma peut être regardé comme un catarrhe inflammatoire de la peau, donnant lieu à une exsudation plus ou moins abondante, avec exfoliation de l'épithélium superficiel due aux changements survenus dans la couche épithéliale par cette exsudation, à l'irritation qu'elle entraîne et peut être aussi à des modifications de structure dans les terminaisons nerveuses superficielles. L'aspect différent du mal dépend de l'intensité de l'inflammation due : *a*), si nous regardons la maladie comme d'origine parasitaire, à la différence d'action chimiotaxique suivant le point occupé par les bacilles et la quantité de toxines sécrétées ; ou *b*), si nous la regardons comme d'origine constitutionnelle, à la différence dans l'intensité de l'action morbide.

M. le Dr W. Beathy, après avoir fait une étude de l'eczéma au point de vue clinique, conclut que :

1° L'eczéma n'est pas de nature infectieuse;

2° Dans quelques conditions l'eczéma paraît être d'origine constitutionnelle.

SECTION D'ANATOMIE.

Démonstrations photographiques sur la topographie crânienne.

M. Johnson Lymington a employé la méthode photographique pour l'étude de la topographie crânienne.

Après avoir injecté par la carotide et la vertébrale les artères du cerveau, à l'aide d'une solution de formaline à 1 p. 5 ou 1 p. 10, la tête était fixée dans une boîte remplie de solution gommée.

La congélation obtenue, on pratiqua une série de coupes qui furent successivement photographiées.

L'auteur recommande cette méthode qui lui a donné de fort bons résultats.

Signification des variations anatomiques.

M. J. Cunningham. — A côté des *variations acquises* on peut diviser les différentes anomalies de l'organisme en deux catégories, celles qui sont relatives à un passé ancien et celles qui indiquent une possibilité future. On peut les désigner chacune à l'aide des termes : anomalies rétrospectives et prospectives.

I. *Variations rétrospectives.* — Elles comprennent :

1° Les simples arrêts ontogéniques.

2° L'atavisme ou le progonisme.

Un arrêt simple dans le développement naturel de l'individu peut n'avoir qu'un faible intérêt morphologique ou au contraire avoir une haute signification. La différence dépend surtout de la relation qu'ont ces variations avec l'évolution de l'individu. C'est ainsi que l'ectopie vésicale ou l'imperforation de l'anus ont sans doute un intérêt spécial très grand, mais au point de vue ancestral ce ne sont que des accidents sans importance.

Les déviations et les anomalies du type atavique sont en général difficiles à déterminer. Pour M. Cunningham les anomalies musculaires rentrent dans cette catégorie.

II. *Variations prospectives.* — On pourrait encore les appeler prophétiques. Ce sont celles que l'histoire du développement et des variations ataviques nous permettent dans une certaine mesure de prévoir.

On en peut citer l'exemple suivant :

On sait que la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale est dans un véritable équilibre instable au point qu'on peut sur elle étudier à la fois les variations rétro- et prospectives, suivant que l'on note une libération complète ou incomplète de la première vertèbre sacrée ou au contraire une inclusion partielle ou complète de la dernière vertèbre dans le sacrum.

Dans le premier cas, il y a tendance à l'élongation de la partie præsacrée du rachis, dans la seconde il y a tendance à la diminution de cette même partie.

M. F. G. Shepherd (de Montréal) pense que la division proposée par le professeur Cunningham est à la fois ingénieuse et suggestive.

Les différentes anomalies peuvent être divisées en deux catégories, suivant qu'elles ont ou qu'elles n'ont pas de signification.

Celles qui ont une signification sont :

1° Le retour à un type primitif ou atavisme, apparaissant brusquement sans rudiment prévu, normal, tel que le muscle chondro-scapulaire, l'occipito-scapulaire, etc.

2° L'augmentation ou le développement anormal d'organes généralement rudimentaires tels que l'épitrochléen-anconé, le coraco-brachial inférieur, le processus supra-condylien, tes côtes lombaires, etc.

Celles qui n'ont pas de signification sont :

1° La duplication ou la répétition de parties tenant à un excès de matière germinative ou à une dichotomie, tel que la polydactylie.

2° Les anomalies vasculaires, surtout de cause accidentelle.

3° La persistance de conditions particulières au fœtus, tels l'imperforation anale, le bec-de-lièvre, etc.

On pourrait enfin faire une autre catégorie pour les anomalies dues à un traumatisme fœtal.

M. Paterson pense que les variations anatomiques sont des guides infidèles si ce n'est dans une limite restreinte, individuelle. L'exception prouve alors la règle. D'une anomalie, grande ou petite, on ne peut tirer grande conclusion.

Elles servent à corroborer dans les cas douteux le développement normal d'un organe. Elles indiquent les troubles physiologiques et morphologiques de l'organe dans lequel elles apparaissent.

M. J. Yule Mackay insiste sur l'importance des conditions pathologiques et propose une classification en anomalies pathologiques et normales. Il critique l'emploi des termes rétrospectif et prospectif.

Disposition des fibres musculaires de l'estomac et de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

M. Birmingham (de Dublin). — I. *Estomac.*

La tunique musculaire de l'estomac comprend trois couches : *externe, moyenne, interne.*

a) *La couche externe* consiste, ainsi qu'on l'admet généralement, en fibres longitudinales qui se continuent avec celles de l'œsophage. Plus marquée sur la petite courbure lorsque l'estomac est distendu, elle se voit également sur la grande courbure et près du pylore, mais moins nette et plus mince partout ailleurs.

b) *La couche moyenne* est composée de fibres circulaires et obliques. Les premières sont plus nombreuses et ressemblent à un anneau entourant l'estomac depuis le sphincter du pylore, qu'elles ferment, jusqu'au cardia.

Au delà du cardia, cette couche se continue sur une certaine étendue, sous forme de fibres obliques qui irradient du côté droit de l'œsophage vers le côté gauche. Ces fibres deviennent de plus en plus obliques et en haut elles se continuent avec les plus superficielles d'entre les fibres circulaires. Ces fibres ne sont pas, comme on le dit habituellement, circulaires dès le cardia. Ces anneaux appartiennent à la couche interne.

c) *La couche interne* est formée, ainsi que la couche moyenne de fibres circulaires et obliques, mais tandis que les fibres obliques sont peu développées dans la couche moyenne, dans la couche interne elles sont en majorité.

II. *Œsophage.*

Les fibres longitudinales de l'œsophage ne doivent pas être divisées en trois bandes, une antérieure et deux latérales, ainsi qu'on le fait habituellement.

Au niveau du cartilage cricoïde les fibres longitudinales de chaque côté divergent en formant deux bandes latérales interceptant entre elles un espace en forme de V. Cet intervalle est rempli par les fibres circulaires de l'œsophage.

AMÉRIQUE

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

Congrès annuel tenu à Denver du 7 au 10 Juin 1898.

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE

Obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. J. P. Lord rapporte un cas dans lequel il a enlevé pour obstruction intestinale un calcul volumineux de l'intestin chez une femme de 70 ans.

Le calcul avait pour noyau un calcul biliaire. Le malade n'avait aucun antécédent de colique hépatique et vraisemblablement le calcul avait dû passer directement de la vésicule ulcérée dans l'intestin où son volume avait notablement augmenté.

La distension de l'abdomen n'était pas très marquée dans ce cas. C'est surtout dans les cas ou l'obstruction siège sur l'anse sigmoïde, le rectum ou une portion du gros intestin, que la distension s'observe au maximum. L'opération sauve 50 à 80 p. 100 de ces malades et si elle était faite dès le début des accidents la mortalité serait réduite dans une proportion considérable. Les vomissements fécaloïdes sont une indication d'opérer immédiatement dans l'obstruction intestinale par calculs biliaires. Il est bon de faire précéder l'opération d'un lavage de l'estomac.

Résection de l'estomac.

M. P. S. Connor dit qu'il a y 15 ans il avait eu l'intention de pratiquer une résection complète de l'estomac, mais le malade mourut sur la table d'opération, au moment même où l'opération était terminée. Depuis, M. Connor a vu avec plaisir que l'estomac avait été réséqué avec succès et que le malade avait guéri de l'intervention, M. Connor a toujours soutenu la possibilité de cette intervention. De fait, une opération de cette gravité n'est rendue nécessaire que dans un petit nombre de cas et certainement ne peut être pratiqué tant qu'une partie de l'estomac fonctionne encore.

L'opération a été faite pour carcinome et seulement dans les cas ou l'infiltration était telle que l'organe était mort au point de vue fonctionnel. C'est à tort qu'on a dit qu'elle était d'une hardiesse folle car on ne peut désigner ainsi une opération basée sur des raisons physiologiques et anatomiques et sur de bonnes raisons chirurgicales.

M. Kiefer (de Saint-Louis), dit qu'il lui paraît absolument impossible d'enlever l'estomac, sans blesser les fibres du pneumogastrique qui se rendent au foie. Il se demande avec anxiété ce que deviendrait le foie après section de ces fibres.

M. Harris (de Chicago), a fait il y a 1 an la résection complète de l'estomac pour carcinome chez un homme de 72 ans. Il n'a pas eu de difficulté à réunir l'œsophage au duodénum. La difficulté dépend du degré d'obstruction existant avant l'opération et du degré de mobilité du duodénum. Quant au pneumogastrique droit il passe assez haut pour ne pas être blessé.

M. Connor dit que dans le cas de résection totale qui fut pratiquée, il n'y eut aucun trouble du côté du foie, si bien que le danger de la blessure du foie est illusoire.

Diagnostic et traitement de l'obstruction cancéreuse du pylore.

M. W. Y. Mayo (de Rochester), rapporte 3 observations de pylorectomie et 4 de gastro-entérostomie. Il dit que le seul cas, couronné de succès, de Schlatter, suffit à justifier la résection totale de l'estomac. Après avoir passé en revue les différentes opinions sur l'étiologie du carcinome et le diagnostic de l'obstruction pylorique, le Dr Mayo pense que le point difficile est de déterminer si l'obstruction est ou non de nature maligne; sous ce rapport l'histoire de la maladie, l'inspection et l'examen chimique du contenu gastrique ont plus d'utilité que l'emploi des rayons X.

Dans 7 cas une incision exploratrice fut faite et deux fois il s'ensuivit une notable amélioration. Le traitement de l'obstruction cancéreuse du pylore est chirurgicale ou non. Le traitement chirurgical comprend la pylorectomie ou la gastro-entérostomie. La perfection atteinte par ces deux méthodes a diminué la mortalité.

Dans 3 cas voici l'opération employée par l'auteur :

1° Incision médiane au-dessus de l'ombilic double;

2° Ligature de division avec quantité nécessaire de l'épiploon gastro-hépatique;

3° Dissection de la partie malade, pièce par pièce;

4° Glissement vers la droite de l'extrémité stomacale;

5° Amputation au niveau d'une portion saine du duodénum avec insertion du bouton de Murphy.

M. Murphy félicite le Dr Mayo des résultats obtenus et croit avec lui que l'incision exploratrice a une grande importance. Il regrette que la gastro-entérostomie ne soit guère pratiquée qu'à un moment où les chances de vie sont fort diminuées; c'est ce qui se passe pour l'hystérectomie dans le cancer du col.

M. J. B. Hamilton a opéré un cas d'obstruction pylorique. Le malade, qui avant l'opération était dans un degré d'émaciation extrême, a repris de l'embonpoint et se trouve très satisfait.

Plaies pénétrantes de l'artère poplitée,

M. George W. Miel lit un rapport sur ce sujet et recommande la double ligature et l'extirpation de la partie blessée dans toutes les plaies qui ont plus d'un 1/8 de pouce de long.

Carcinome primitif de l'aisselle.

M. Graham dit que le carcinome primitif de la peau de l'aisselle est rare. Sur 779 cas de cancers primitifs, 571 étaient des cancers de la peau mais là-dessus 3 seulement étaient de l'aisselle. Le Dr Graham a pu retrouver 18 cas semblables auxquels il en ajoute deux personnels. Dans le traitement de ces cas, on doit être guidé par les principes généraux de la chirurgie.

Tumeur coccygienne.

M. Charles A. Powers présente un enfant de 10 mois, ayant une tumeur coccygienne de dimensions extraordinaires. Il a vu l'enfant à l'âge de 3 mois et la tumeur était alors nettement kystique. Il conclut à un kyste dermoïde. Il ne croit pas qu'il y ait communication avec le canal vertébral.

Appendicite médicale.

M. H. A. Hare (de Philadelphie), dit qu'il y a des cas d'appendicite où l'opération est indiquée, d'autres où elle ne l'est pas. Il rapporte deux cas : l'un qui parut être une légère infection typhique de l'appendice, le second qui est celui d'une fièvre typhoïde compliquée d'appendicite grave nécessitant l'opération. Au point de vue du diagnostic la rigidité des parois a une grande importance et indique la nécessité de faire venir le chirurgien. On peut diviser les appendicites en 3 catégories.

1° Celles qui incontestablement doivent être opérées immédiatement.

2° Celles où le doute existe.

3° Un certain nombre de cas où les malades guérissent d'attaques modérées et n'en ont plus à la suite. En fait d'appendicite, il ne faut être absolu ni au point de vue médical ni au point de vue chirurgical.

Les statistiques s'en trouveront mieux.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris

Année 1897-98.

M. Rist. *Etudes bactériologiques sur les infections d'angine otique.* N° 620. (Carré et Naud.)

M. Guerchouni. *Diagnostic des perforations de l'estomac et du duodénum avec l'appendicite.* N° 623. (H. Jouve.)

M. Bézaguet. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose du rein.* N° 615. (H. Jouve.)

M. Raimond. *De la colpocèle.* N° 617.) (H. Jouve.)

M. Roulleau. *Contribution au traitement du glaucome chronique simple ; sclérotomie suivie de malaxation ; iridectomie périphérique partielle.* N° 619. (H. Jouve.)

M. Millet. *L'apophyse mastoïde chez l'enfant. Trépanation. Traitement consécutif.* N° 605. (Carré et Naud.)

M. Ribéraud. *Des lipomes de la région mammaire.* N° 608. (Delmar.)

M. Cosson. *Cholestéatomes et masses cholestéatomateuses.* N° 609. (Carré et Naud.)

M. Beauvillard. *Etude sur le salicylate de méthyle (applications thérapeutiques), ses avantages sur les liniments salicylés.* N° 610. (Steinheil.)

M. Kyriaco. *Des kystes des glandes de Méry ou de Cowper.* N° 614. (Maloine).

D'après M. Rist, les otites moyennes aiguës peuvent être dues, ainsi que l'ont démontré Netter et Zaufal, à des microorganismes aérobies pathogènes, tels que le streptocoque et le pneumocoque. Il est même possible que ces agents jouent le rôle principal dans la grande majorité des otites aiguës primitives, et qu'au début de l'affection ils se trouvent souvent en culture pure dans l'exsudat.

Toutefois, même dans les cas aigus observés avant la perforation du tympan, on peut trouver le streptocoque, le pneumocoque, etc., associés à d'autres formes bactériennes, et en particulier à des bacilles.

Le pus des otorrhées chroniques est toujours polymicrobien. La majorité de ces otorrhées est caractérisée par la fétidité. L'examen microscopique des pus d'otorrhée fétide fait constater la présence d'un très grand nombre de formes bactériennes variées qui coexistent dans la sécrétion. Les cultures, pratiquées sur des milieux aérés, ne révèlent au contraire qu'un petit nombre d'espèces, le plus souvent saprophytes; et la majeure partie des formes observées sur les lamelles font défaut dans les cultures.

L'emploi des méthodes de culture anaérobies donne la raison de cette contradiction apparente. Car on peut ainsi retrouver la plupart des microorganismes qui ne se développaient pas sur les milieux aérés.

Les mastoïdites aiguës, lorsqu'elles sont consécutives à des otites aiguës récentes, peuvent être dues au streptocoque ou au pneumocoque en culture pure. Dans ce cas le pus n'est pas fétide.

Le plus souvent, les mastoïdites surviennent au cours d'otorrhées chroniques fétides. Le pus mastoïdien est alors fétide, et on y trouve à l'examen microscopique un grand nombre de formes bactériennes extrêmement variées. Tandis que les cultures aérobies ne fournissent que peu de colonies, constituées par des microbes banaux, l'ensemencement sur des milieux privés d'oxygène permet au contraire de cultiver, dans ces cas, plusieurs espèces strictement anaérobies.

Le meilleur moyen de séparer les espèces anaérobies consiste dans l'emploi des tubes de Liborius; il est nécessaire de faire des dilutions nombreuses pour obtenir des colonies bien isolées.

Les complications infectieuses des mastoïdites aiguës fétides, qu'elles soient dues à une simple propagation ou à un processus septicopyémique, ont toujours un caractère fétide et gangréneux.

On retrouve dans les abcès encéphaliques, dans les méningites suppurées, dans les phlegmons diffus, dans les arthrites suppurées, dans les foyers de gangrène pulmonaire consécutifs aux mastoïdites fétides les microorganismes que renfermait le pus mastoïdien. Ces microorganismes sont en majeure partie des anaérobies stricts.

Les microorganismes anaérobies que l'on rencontre dans les suppurations fétides d'origine otique appartiennent à des espèces très nombreuses et de formes variées. Il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle, de faire de ces espèces un catalogue complet.

Parmi ces espèces, il en est qui paraissent dépourvues de pouvoir pathogène. Mais il en est d'autres qui développent chez les animaux inoculés des suppurations gangréneuses souvent mortelles.

Ce sont ces derniers microorganismes qui sont les agents principaux des mastoïdites aiguës et des septicémies qui en sont la conséquence. Ils n'agissent pas à la manière des saprophytes, et leur rôle ne se borne pas à donner au pus son odeur fétide. Plusieurs d'entre eux sont doués d'une virulence extrême, et peuvent provoquer soit par leur action directe soit par les poisons qu'ils sécrètent, la destruction des tissus et leur putréfaction gangréneuse.

Les septicémies gangréneuses et fétides d'origine otique tiennent donc leur allure clinique si spéciale de la nature même des microorganismes qui les déterminent, microorganismes anaérobies stricts dont les propriétés biologiques rendent compte du caractère gangréneux des accidents observés.

La pathogénie de ces septicémies est donc soumise à la loi générale établie par Veillon et Zuber, qui attribuent à des microorganismes strictement anaérobies l'origine des processus gangréneux et putrides.

Pour M. Guerchouni, les différentes perforations du tube intestinal ont chacune leur physionomie propre; de tous les symptômes, celui qui les caractérise le plus nettement est la douleur du début dont la localisation demande à être faite avec une extrême précision.

Et cependant en parcourant les observations publiées, on voit que le diagnostic est rarement fait. L'auteur croit pourtant que grâce à une bonne séméiologie, on pourra dans la plupart des cas éviter l'erreur si l'on connaît bien les anomalies que peuvent présenter les perforations gastro-intestinales dans leur aspect clinique. Il suffit d'en être prévenu.

Après la laparotomie pour accidents de péritonite généralisée, dont l'appendice est la cause présumée, on doit toujours contrôler son diagnostic par l'examen direct de l'appendice et, au cas où il serait sain, poursuivre l'exploration de la cavité abdominale.

M. Bezaguet, se basant sur l'étude des cas de tuberculose rénale opérés par M. Albarran, pense que la néphrectomie primitive est indiquée toutes les fois qu'on a la certitude que l'autre rein n'est pas atteint.

Lorsqu'il existe des doutes à cet égard, il est bon, ainsi que le préconise M. Albarran, de pratiquer la néphrotomie, suivie à bref délai de la néphrectomie.

La néphrotomie est une opération palliative, ne permettant que rarement d'espérer une guérison définitive. Elle n'est indiquée que pour remédier à la pyonéphrose tuberculeuse, lorsqu'on sait que le second rein est également malade.

Les moyens dont nous disposons pour connaître l'état du second rein sont l'incision exploratrice ou la laparotomie, le cathétérisme des uretères.

Le cathétérisme des uretères, préconisé et rendu pour la première fois vraiment pratique par M. Albarran, est appelé à rendre les plus grands services. Il permet de recueillir directement l'urine du rein qu'on va laisser en place, de connaître ainsi sa valeur fonctionnelle.

La cystite, le mauvais état général du malade ne sont nullement une contre-indication à l'opération, dans la majorité des cas.

Bien que les résultats fournis par les statistiques ne soient pas toujours très satisfaisants, on est en droit d'espérer que le pronostic du traitement chirurgical de la tuberculose ira en s'améliorant. D'une part, la clinique mieux établie permet un

diagnostic précoce. Enfin, la substitution de la néphrectomie lombaire à la néphrectomie transpéritonéale a réalisé un réel progrès. Au cas où, pour une raison ou pour une autre, on aurait recours à la voie péritonéale, le procédé de M. Villar paraît être préférable.

Pour M. Raimond, la colpocèle n'est autre chose que la hernie des parois vaginales à des degrés variables.

Au point de vue de l'étiologie générale elle est tantôt indépendante de l'accouchement, tantôt sous la dépendance de cet acte. Au point de vue du mécanisme général, la colpocèle est liée soit au prolapsus utérin, c'est le cas le plus fréquent; à la cystocèle, lésion habituellement coexistante; à la rectocèle, lésion tout à fait rare.

Ces associations sont en quelque sorte nécessaires quand on considère les moyens de fixité du vagin, ses connexions intimes avec les organes voisins et les conditions de résistance solidaires de différents éléments qui constituent le plancher pelvien.

Pour l'analyse clinique, pour les indications opératoires il est indispensable de connaître chacune des variétés de forme et de siège de la colpocèle au lieu de s'en tenir à l'ancienne conception qui n'établissait que deux variétés : l'antérieure (cystocèle), la postérieure (rectocèle).

Il existe en effet des sous-variétés relatives au siège, qui trouvent leur explication dans la disposition anatomique de différents moyens d'attache et de fixité des parois vaginales, la hernie ne pouvant se produire que sur les points qui ont été surdistendus, ou qui ont perdu par le fait du traumatisme un ou plusieurs de ces moyens d'attache. Le traitement de la colpocèle doit s'inspirer de la nature de la cause, du siège et de la forme de la lésion. Il sera physiologique et orthopédique pour les hernies à type transitoire dépendant de la subinvolution ou d'une parésie passagère. Il sera chirurgical pour les hernies de cause traumatique. Les opérations plastiques répondent à ce dernier ordre de lésions. La technique en est assez invariablement la même sauf l'avivement. Celui-ci devra répondre à des indications bien précisées par l'examen clinique et être superposé en quelque sorte à la lésion elle-même, puisqu'il s'agit de restaurer un conduit naturel en vue de le reconstituer suivant le type physiologique.

Pour M. Roulleau, le glaucome chronique simple convenablement traité est d'un pronostic beaucoup moins sombre que ne tendraient à le faire supposer certaines publications. La majorité des cas peut et doit guérir, une bonne partie du reste est améliorable, la minorité seule s'aggrave.

Le traitement général (iodure de potassium, sulfate de quinine et courants continus) possède contre cette affection une plus grande efficacité qu'on ne l'admet d'ordinaire. Quant aux myotiques, impuissants à remplacer l'intervention chirurgicale, ils en constituent les auxiliaires précieux et indispensables.

Il existe deux procédés opératoires de choix contre le glaucome simple :

α. — La sclérotomie bien faite, qui, suivie du massage et de l'usage des myotiques est l'opération par excellence pour les malades intelligents.

β. — Pour les autres, et à la seule condition que l'iris réagisse à l'ésérine, l'iridectomie périphérique partielle, opération qui offre tous les avantages de l'iridectomie et l'emporte sur elle par la conservation d'une pupille ronde, contractile, gardant toute sa puissance d'action.

Dans un travail très complet et très important, M. Millet étudie l'apophyse mastoïde chez l'enfant au point de vue des interventions chirurgicales auxquelles conduisent les otites.

D'après l'auteur, le chirurgien, pour se mettre autant que possible à l'abri d'accidents opératoires résultant des variétés de structure de l'apophyse, doit se laisser uniquement guider par les symptômes objectifs. L'opération de Schwartze s'impose lorsqu'il existe des lésions apophysaires; tous les autres cas sont justiciables de l'opération de Stacke.

Dans les livres classiques, il est à peine question des lipomes de la région mammaire, M. Riberaud a entrepris leur étude.

Les lipomes de la région mammaire sont rares : on en compte les cas publiés. Ils peuvent être consécutifs à d'autres lésions, mais ils peuvent aussi être congénitaux. Si la plupart des cas rapportés ont été relevés chez la femme, il en existe cependant chez l'homme. Selon leurs rapports avec la glande, ils sont intramammaires, paramammaires ou sous-cutanés.

Dans tous les cas leur pronostic est bénin. Cependant il est indiqué de les enlever, parce que ces tumeurs peuvent atteindre des proportions considérables et qu'on pourrait peut-être craindre une transformation maligne.

Le cholestéatome est une tumeur épithéliale composée de lamelles épidermiques stratifiées et quelquefois de cristaux de cholestérine.

D'après M. Cosson, au point de vue étiologique, on peut distinguer le cholestéatome primitif, tumeur hétéroplasique, des masses cholestéatomateuses d'origine secondaire survenant dans le cours d'une otite chronique suppurée.

Ces masses sont susceptibles d'amener de graves accidents par usure de l'os ou rétention des produits de suppuration.

Le diagnostic se fait en constatant la présence de ces masses dans la caisse, ou bien quand dans l'eau des lavages faits avec la canule de Hartmann, on trouve de petits grumeaux et des lamelles épidermiques.

Le pronostic, en général, est grave; toutefois il importe d'établir une distinction entre les petites masses cholestéatomateuses de l'attique, graves seulement en ce qu'elles entretiennent la suppuration de l'oreille moyenne, et les tumeurs plus étendues de l'antre ou de l'apophyse mastoïde et susceptibles des complications les plus redoutables.

Le traitement consiste à expulser les masses dès qu'on a constaté leur présence.

Dans les cas les plus simples, on peut y arriver avec des lavages pratiqués au moyen de la canule de Hartmann.

Dans les cas de tumeurs étendues, on aura recours à l'ouverture de la mastoïde et on établira une large communication entre le conduit externe et la cavité contenant les masses cholestéomateuses.

L'ouverture rétro-auriculaire permanente est indiquée en cas de récidive.

Pour M. Beauvillard, le salicylate de méthyle calme les douleurs mieux et plus rapidement que le salicylate de soude, mais paraît sans action contre la fièvre.

Le salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ne devra être employé seul que si le salicylate de soude est mal toléré par l'estomac.

Si le salicylate de soude peut être administré, on emploiera ce médicament jusqu'à la cessation des accidents fébriles; à partir de ce moment le traitement sera continué par des applications de salicylate de méthyle.

Dans les formes subaiguës et chroniques, le salicylate de méthyle est le médicament de choix.

Dans la médication salicylée externe on emploiera le salicylate de méthyle de préférence aux pommades salicylées, l'absorption étant plus active et plus régulière avec le salicylate de méthyle.

On emploiera le salicylate de méthyle pur et non pas l'essence de Wintergreen qui renferme des produits irritants et dont l'odeur est très pénétrante.

D'après M. Kyriaco, le plus souvent l'étiologie des kystes de la glande de Cowper est inconnue, mais le traumatisme paraît avoir été la cause, dans le cas personnel qu'il cite.

Les kystes de la glande de Cowper peuvent devenir douloureux et gênent par leur volume. Il est indiqué de les enlever après la dissection de la poche kystique.

L'adhérence de la poche kystique à la muqueuse de l'urèthre expose à l'ouverture du canal; il en résulte une fistule urineuse qui se guérit facilement par la cicatrisation naturelle de l'incision, surtout si on a eu le soin de mettre une sonde à demeure dans l'urèthre.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du goître.

(Cancer et goître exophthalmique exceptés.)

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de Chirurgie*, Octobre 1898,

Par M. Jaques-L. Reverdin (de Genève).

Le traitement chirurgical du goître a fait depuis les trente dernières années des progrès considérables. Dans son mémoire de 1883, Liebbrecht pouvait compter les opérations de goître pratiquées jusqu'alors, tandis qu'aujourd'hui c'est très certainement par milliers que chaque année les faits s'ajoutent à la statistique. Il est donc possible de mettre au point dès maintenant la question du traitement chirurgical du goître.

Au point de vue des indications opératoires les goîtres bénins se divisent en tumeurs liquides, tumeurs solides et mixtes. Les premières sont les kystes et nous ne comprenons dans cette classe que les kystes uniques ou peu nombreux formant à eux seuls la tumeur. Les deux autres catégories peuvent être réunies; mais il faut distinguer au point de vue opératoire celles où la glande est altérée d'une façon diffuse et celles où le néoplasme en est parfaitement distinct.

Il faut encore tenir compte au point de vue chirurgical des anomalies de situation de tout ou partie de la tumeur et on sait qu'elles sont fréquentes : goîtres plongeants, rétrosternaux, rétroclaviculaires, endothoraciques, rétrotrachéaux, rétropharyngiens; goîtres accessoires vrais ou faux (goîtres accessoires reliés). Enfin certaines complications inhérentes à la situation de la tumeur ou surajoutées, déformations, ramollissement de la trachée, inflammation le plus souvent aiguë, quelquefois chronique, devront aussi être étudiées au point de vue des indications spéciales qu'elles entraînent.

Indications et contre-indications. — Il est des goîtres qui guérissent par le traitement médical : il doit donc être tenté dans tous les cas où il n'y a pas d'accidents pressants.

Nous pouvons diviser les indications opératoires en indications d'*urgence*, de *nécessité* et de *complaisance* ou, comme on le dit aussi, *indications cosmétiques*.

Il y a indication d'urgence dans deux cas : troubles respiratoires menaçants et inflammation septique.

La dyspnée progressive exagérée par le moindre effort, les accès de suffocation nocturnes, quelquefois nocturnes et diurnes, ce qui est encore plus grave, sont une menace de mort subite et il n'y a ni hésitation ni temporisation possibles; les causes de ces accidents pouvant du reste être dues à la compression de la trachée ou des nerfs, à la situation de la tumeur, rétrosternale, endothoracique, circulaire, etc. L'inflammation spontanée ou provoquée de son côté indique l'intervention urgente soit pour combattre la septicité, soit par le fait de phénomènes de compression trachéale dus au gonflement de la tumeur.

Les indications de nécessité sont beaucoup plus variées : c'est d'abord l'accroissement rapide de la tumeur; ce sont ensuite tous les troubles fonctionnels qui n'ont point cédé au traitement médical suffisamment éprouvé : les troubles dyspnéiques, les troubles de la phonation ou de la déglutition, les troubles de la circulation. Roux ajoute à cette liste les douleurs et le nervosisme attribuables à la présence du goître. Le volume exceptionnel de la tumeur n'est pas une contre-indication témoin le succès de Brun's (goître kystique de dix livres). Enfin les chirurgiens qui pratiquent dans les pays à goître savent que le goître est, comme l'a dit Kauffmann, un excellent terrain de développement des tumeurs malignes; il y a donc de ce fait un avantage prophylactique à débarrasser de leur tumeur encore bénigne les porteurs de goîtres simples.

Peut-on opérer le goître par pure raison de coquetterie, alors qu'aucun trouble fonctionnel ne s'est produit? Il n'y a pas longtemps que l'on n'aurait pas hésité un instant à répondre par la négative et cette manière de résoudre la question était parfaitement justifiée, les opérations dirigées contre le goître étant alors entourées de dangers que l'on ne devait affronter que pour des raisons sérieuses. Il n'en est plus du tout ainsi aujourd'hui et nous pouvons opérer sans danger les goîtres simplement disgracieux : nous verrons en effet la mortalité générale de l'énucléation intraglandulaire, qui est l'opération le plus souvent indiquée dans les cas qui relèvent de l'indication cosmétique, est nulle ou absolument insignifiante.

Contre-indications. — Ni l'âge avancé du malade, ni le volume excessif de la tumeur ne sont des contre-indications à l'opération, témoins les succès obtenus au delà de 50 ans et chez les nouveau-nés.

La grossesse avancée est-elle une contre-indication et vaut-il mieux, comme Wölfler le disait, trachéotomiser et remettre l'opération à plus tard? question difficile et impossible à résoudre d'une façon générale. Il en est de même d'une anémie très prononcée et de complications pulmonaires ou bronchiques.

Une condition qui pouvait faire hésiter devant une opération d'autre part urgente, c'est la perspective de ne pouvoir, une fois l'opération commencée, éviter la thyroïdectomie totale. L'ingéniosité des chirurgiens a trouvé là un vaste champ et nous sommes en possession de procédés qui nous permettent de tourner les contre-indications de cet ordre.

Méthodes et procédés opératoires. — Avant d'entreprendre la description des différentes opérations dirigées contre le goître, il est nécessaire de dire quelques mots des *injections parenchymateuses;* elles constituent une méthode en quelque sorte intermédiaire entre le traitement médical et le traitement chirurgical proprement dit. Parmi les substances assez variées qui ont été proposées pour ces injections, l'iode et l'iodoforme seuls paraissent avoir donné quelques résultats mais les injections de teinture d'iode ont leur dossier chargé d'un certain nombre de cas de mort dus soit à l'intoxication, soit surtout à la thrombose veineuse.

Si les injections iodoformées sont mieux supportées, leur efficacité reste bornée aux goîtres mous, hyperpla-

siques ou colloïdes et le résultat n'est en général obtenu qu'après un traitement prolongé.

Si l'on réfléchit que ce traitement agit surtout dans les cas où le traitement médical est efficace, que la mortalité des opérations proprement dite est, aujourd'hui, infiniment réduite, nous conclurons sans hésitation que les injections parenchymateuses doivent être absolument abandonnées.

Méthodes chirurgicales proprement dites. — Je laisserai tout à fait de côté le séton (Rolandus), la cautérisation (Girard), l'extirpation à l'aide de l'écraseur de Chassaignac ou de l'anse galvanocaustique (Schuh, Middeldorpf, E. Boeckel), moyens qui avaient autrefois leur raison d'être, mais qui ne l'ont plus aujourd'hui.

Pour éviter les redites, je vais d'abord étudier, avant d'entrer dans le détail des méthodes et procédés opératoires, deux sujets communs à chacun d'eux, je veux parler de l'anesthésie et de la mise à nu de la tumeur.

Anesthésie. — La question de l'emploi de l'anesthésie dans les opérations de goître et de l'anesthésique à choisir est fort diversement résolue. Mon expérience personnelle et le résultat de mes lectures sur ce point m'amènent à la conclusion suivante : dans les cas simples de goîtres non suffocants, avec dyspnée moyenne, il n'y a pas d'inconvénients ni de dangers à administrer un anesthésique, et pour ma part je suis absolument convaincu de la supériorité de l'éther. Dans les cas graves, au contraire, dans les goîtres suffocants rétrosternaux, constricteurs, il faudra opérer sans anesthésie si possible ou recourir à l'anesthésie locale chez les sujets indociles; la méthode de Schleich pourra peut-être dans ces cas nous donner des garanties d'innocuité que ne nous donne pas la méthode ordinaire d'anesthésie par la cocaïne.

Il va en quelque sorte sans dire que, en dehors des accès de suffocation, l'existence d'inflammation pulmonaire, bronchique ou laryngée contre-indique absolument l'usage de l'éther et que des troubles ou des lésions cardiaques rendent celui du chloroforme encore plus dangereux que d'habitude.

Incision de la peau. — A l'époque où l'on pratiquait encore l'extirpation totale on avait souvent besoin d'incisions étendues ou combinées en Y, en T ou cruciales pour mettre à nu les deux lobes. Actuellement Poncet seul les utilise quelquefois encore et préfère se donner ainsi un large jour; dans l'exothyropexie la mise à nu des deux lobes rend encore l'incision combinée nécessaire dans certains cas (Jaboulay).

Sauf ces exceptions, ce sont les incisions simples qui sont adoptées. Nous pouvons les diviser en deux catégories; incisions à direction verticale : l'incision médiane et longitudinale peu employée et donnant une cicatrice saillante en corde, l'incision oblique sur le bord interne du sternomastoïdien, l'incision courbe suivant obliquement de haut en bas le principal relief de la tumeur, l'incision coudée de Kocher partant du bord interne du sternomastoïdien pour descendre obliquement vers la ligne médiane suivant la direction du pli de la peau, puis verticalement en bas jusqu'à la fourchette sternale. La seconde catégorie comprend uniquement l'incision à direction transversale de Kocher (Kragenschnitt, incision en cravate, en collerette), convexe en bas, comme l'indique son nom; sa direction parallèle aux fibres élastiques a pour conséquence une cicatrice linéaire et n'ayant pas de tendance à s'élargir par la suite comme cela arrive assez souvent, mais pas toujours cependant, pour les incisions à direction verticale ou oblique. Cette incision s'étend plus loin en dehors du côté à opérer, mais dépasse la ligne médiane de l'autre; elle donne en réalité plus de jour que l'on ne pourrait le supposer *a priori*. Cette incision paraît être celle qui donne les cicatrices les plus parfaites et pour cela mérite d'être adoptée.

Incision des parties sous-cutanées. — La peau traversée, nous allons rencontrer sur notre chemin le tissu cellulaire dans lequel se trouvent des veines souvent volumineuses et les plans musculaires.

En ce qui concerne les veines tout le monde est d'accord, il faut les isoler avec soin, et ne les couper qu'entre deux ligatures; prendre bien garde de pas les blesser inopinément; les cas de mort ou de phénomènes graves par entrée de l'air ne sont pas très rares, et cet accident se produit entre les mains les plus habiles. Ce sont surtout les veines thyroïdiennes qui sont à redouter sous ce rapport, mais il est admis avec raison que les veines superficielles, les jugulaires antérieures, doivent être traitées de la même façon. Quant aux muscles, nous avons à considérer les sternomastoïdiens et les muscles sous-hyoïdiens. Le premier est en général, dans le goître simple, non compliqué d'inflammation, vierge d'injections, refoulé et il suffit de l'écarter doucement pour avoir le jour nécessaire; les cas sont exceptionnels où il peut être utile d'entamer son bord ou de détacher son chef sternal et, d'après mes recherches, il est rare que les opérateurs exercés aient recours à cet adjuvant; en cas de nécessité on pourra l'utiliser à condition de reconstituer ensuite le muscle par la suture perdue.

Les muscles sous-hyoïdiens sont plus ou moins étalés sur la tumeur, l'omoplatohyoïdien quelquefois tendu, il faut les traverser pour la mettre à nu; pour l'omaplatohyoïdien la section de sa partie tendineuse n'a aucun inconvénient; pour les autres la séparation mousse des fibres est peut-être préférable; dans tous les cas il faudra reconstituer avec soin les plans musculaires à la fin de l'opération, ce qui a une assez grande importance au point de vue de la forme du cou après la guérison.

Les muscles coupés, nous ne sommes pas encore sur la tumeur; celle-ci est recouverte par une *lame de tissu conjonctif* souvent mince et délicate qui n'est autre que le feuillet viscéral de l'aponévrose moyenne du cou. Elle laisse voir par transparence des gros vaisseaux veineux qui font partie de la capsule propre de la glande. Nombre d'auteurs en donnant à la lame aponévrotique le nom de capsule, de capsule externe, ont amené dans la terminologie des procédés d'extirpation une confusion d'où il est difficile de sortir. Il faut donc bien nous entendre sur les termes et je désignerai par celui de capsule uniquement la *capsule propre*, qui fait en quelque sorte partie intégrante de la glande; je donnerai à la lame mince qui la recouvre le nom d'*enveloppe aponévrotique*, et enfin, à la capsule propre doublée d'une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire, recouvrant les tumeurs enkystées solides ou liquides, celui de *capsule glandulaire*. J'adopte entièrement la manière de voir sous ce rapport de Buckhardt, de Socin, de Berard.

Dans toutes les opérations dirigées contre le goître il est indiqué d'inciser l'enveloppe aponévrotique afin de mettre à nu la glande malade d'une façon immédiate. Cette incision doit être faite avec précaution, quelquefois sur la sonde cannelée, la sonde à goître (« Kropfsonde » de Kocher) ou le doigt, afin de ne pas déchirer les veines thyroïdiennes. Dans les goîtres simples, vierges d'injections, non enflammés, cette incision, cette mise à nu du goître, ne présente pas de difficultés. Il en est tout autrement dans le cas contraire et alors la séparation de l'apo-

névrose d'avec la capsule propre peut devenir impossible; les difficultés de l'opération en sont accrues.

Nous sommes maintenant sur la tumeur et si l'opération a été bien conduite la perte de sang a été insignifiante.

C'est ici que les différences commencent et nous allons aborder la technique des différentes opérations : *extirpation totale, extirpation partielle, résection, énucléation, exothyropexie, dislocation, opérations combinées et variantes des opérations principales;* nous mettons à part les *ligatures atrophiantes*.

Extirpation totale. — L'extirpation totale, surtout recommandée par Rose est aujourd'hui condamnée de par la découverte de quelques-unes des fonctions de la glande thyroïde. On sait maintenant que l'extirpation totale compromet souvent dans un bref délai la vie de l'opéré.

Extirpation partielle. — J'entends par extirpation partielle ou unilatérale celle dans la laquelle les deux thyroïdiennes d'un côté sont seules liées, la séparation sur la ligne médiane ayant d'ailleurs lieu en dedans, en dehors ou sur le milieu de l'isthme.

Reprenons maintenant notre description après l'incision de l'enveloppe aponévrotique; le premier temps à exécuter est maintenant de luxer le lobe thyroïdien. Pour cela les doigts ou la sonde à goître sont introduits dans l'incision; le doigt étant un instrument intelligent et dont les méfaits au point de vue de l'infection ont été, je crois, fort exagérés, je le préfère à la sonde.

Donc le doigt contourne la tumeur, la sépare avec ménagement et la soulève peu à peu hors de la plaie. Il est préférable, pour peu que le goître s'accompagne de troubles respiratoires, d'aller d'abord dégager le pôle inférieur plongeant ou non derrière le sternum et de passer ensuite au supérieur; il faudra en tout cas éviter de diriger le doigt du côté de la thyroïdienne inférieure et du récurrent. Telle est la méthode la plus généralement adoptée. Poncet préfère procéder à la luxation en sens inverse, et commencer par l'isthme sectionné au début, puis luxer la tumeur de dedans en dehors; cette manière de faire a pour but d'éviter le danger d'aplatissement de la trachée auquel exposerait, d'après Bérard, le procédé ordinaire.

Le goître luxé, et, sauf complications (adhérences, grosse tumeur rétrosternale), cette luxation est ordinairement possible, il faut procéder à la ligature des veines et des artères. Les veines se présentent d'abord, à part celles qui accompagnent les deux troncs artériels, et seront liées en même temps que ces artères. Tous les chirurgiens, à peu d'exceptions près, sont d'accord sur la nécessité de faire sur chaque veine bien isolée de la capsule propre, une double ligature et de la couper entre deux, seule manière d'éviter le danger d'entrée de l'air.

Vient le tour des artères. Pas de divergences pour la ligature de la thyroïdienne supérieure; elle est facile à trouver à la pointe du lobe. La ligature de la thyroïdienne inférieure a donné lieu à de nombreuses recherches : les rapports que son tronc ou ses branches affectent avec le récurrent pendant le trajet horizontal du vaisseau et après son passage sous la carotide, jusqu'à son entrée dans la glande, et le voisinage immédiat du récurrent et du goître au-dessus de ce point jusqu'au muscle cricothyroïdien, rendent ce temps de l'opération particulièrement délicat. Les lésions variées du récurrent, section, ligature, tiraillements, contusion, sans compter les effets de l'imbibition du nerf par les antiseptiques à l'époque où on les employait *larga manu*, les conséquences plus ou moins graves ce ces lésions, la mort par spasme de la glotte (Richelot), les troubles de la phonation définitifs (aphonie ou dysphonie) ou la simple raucité passagère de la voix, ont amené les chirurgiens à prêter à la technique de cette ligature une attention particulière. Les uns, avec Billroth et ses élèves, pour éviter de léser le nerf, conseillent de lier l'artère ou ses branches le plus près possible de la tumeur au moment où elles y pénètrent; les autres, sans se fier à cette précaution, veulent que l'on mette à nu le nerf avant de placer les doubles ligatures; Kocher s'éloigne du point dangereux en découvrant l'artère immédiatement au bord interne de la carotide, et pour plus de précautions n'y place qu'une seule ligature et ne coupe pas le vaisseau. Aucun de ces procédés ne met absolument à l'abri des lésions du récurrent, les faits cliniques le montrent à l'évidence.

En étudiant ce sujet, je me suis demandé si, en utilisant l'incision transversale de Kocher, on ne pourrait peut-être pas sans trop de difficultés découvrir l'artère plus en dehors, sur le bord interne du scalène. J'ai vérifié un bon nombre de fois sur le cadavre la possibilité de l'opération et voici comment il faut procéder : l'incision est faite de façon à passer sur la ligne médiane à deux doigts au-dessus de la fourchette et à se terminer sur le milieu de la largeur du sternomastoïdien à la hauteur du cricoïde, le muscle sternomastoïdien découvert, son bord interne est libéré et fortement attiré en dehors, tandis que les muscles sous-hyoïdiens, la thyroïde, la carotide et la jugulaire sont maintenus en dedans; la partie tendineuse de l'omoplatohyoïdien correspond assez exactement au point où l'artère doit être liée, le tendon coupé ou écarté, on aperçoit un petit amas de tissu conjonctif adipeux qui masque le scalène; celui-ci reconnu, on déchire son aponévrose sur son bord interne et on découvre le vaisseau à environ 1 centimètre au-dessous du tubercule carotidien. Ce tubercule, facile à sentir, est un bon guide à utiliser. Il faut ne pas s'égarer en dedans du bord du scalène à cause du voisinage du sympathique. Je n'ai pas eu l'occasion d'exécuter l'opération sur le vivant; il me semble qu'elle mérite d'être étudiée puisque nous sommes certains, en l'exécutant, d'éviter les lésions du tronc du récurrent.

S'il y a une thyroïdienne de Neubauer, et il faut y penser, on la liera dès qu'on l'aura vue.

Les ligatures terminées, la tumeur ne tient plus que par l'isthme; s'il est petit on peut le couper avec le bistouri ou les ciseaux, en faisant l'hémostase, s'il est volumineux il est préférable de le transformer en plusieurs pédicules, chaque pédicule est coupé entre deux pinces et lié de chaque côté. Je ne crois pas utile ni bon de se servir du thermocautère ou du galvanocautère.

Procédé de Kocher. — Dans le but d'éviter la lésion du récurrent, la sonde à goître est passée entre l'isthme et la trachée, l'isthme est coupé entre deux ligatures; la main gauche soulève alors la tumeur qui ne tient plus que par ses attaches avec les parties latérales de la trachée et on coupe au-devant en plein tissu thyroïdien liant à mesure les petits vaisseaux; il reste ainsi une petite partie de tissu recouvrant le récurrent précisément au niveau de sa pénétration sur les parties latérales du larynx.

Procédé de Wolff. — J. Wolff a cherché par la compression digitale à supprimer complètement les ligatures ou au moins à en réduire le nombre (il aurait opéré 6 cas sans une seule ligature). Ce procédé n'a pas fait fortune et je me joins à ceux qui le considèrent comme dangereux. Je rejette également le procédé en deux temps ou plutôt en deux séances, qui ne peut être considéré

que comme un expédient pour quelques cas exceptionnels.

Procédé de Doyen. — Premier temps : incision transversale de la peau suivant un des plis du cou, ligature des veines coupées, section transversale des muscles sous-hyoïdiens (au besoin du faisceau interne du sternomastoïdien) et de l'aponévrose moyenne.

Deuxième temps : luxation de la tumeur hors de la plaie, ce qui ne demande que 15 ou 20 secondes; en cas d'hémorrhagie tamponnement avec des compresses.

Troisième temps : libération de la tumeur, hémostase; les pédicules vasculaires supérieur, inférieur (et moyen, si ce dernier existe) sont libérés avec les doigts et écrasés avec la pince-clamp vasiotribe de l'auteur; une ligature à la soie est nouée sur la partie écrasée, une pince courbe placée plus près du goître et le pédicule coupé entre deux.

Suivant les cas un seul lobe ou tous deux sont enlevés; dans cette dernière alternative la partie la plus saine de la glande est conservée pour éviter le myxœdème; la pince clamp sert alors à écraser le tissu glandulaire entre la partie enlevée et celle qui est gardée.

Les faits nous manquent jusqu'ici pour juger la valeur de ce procédé; je craindrais toutefois qu'entre des mains moins habiles il ne soit d'une application dangereuse et je n'y vois aucune précaution prise pour éviter les lésions du récurrent; l'isolement avec les doigts du pédicule inférieur et l'écrasement de celui-ci me paraissent des manœuvres périlleuses pour le nerf.

Résection. — La résection consiste essentiellement à enlever une partie de la thyroïde entre deux parties restantes de celle-ci, ces parties restantes pouvant du reste varier de siège et d'importance.

C'est surtout à Mikulicz que nous devons l'introduction dans la chirurgie du goître d'une technique de résection bien réglée. Voici sa technique : incision oblique ou médiane avec une seconde incision le long de la grande corne; isolement du lobe avec des instruments mousses; séparation de l'isthme d'avec la trachée et double ligature de celui-ci, séparation du tissu thyroïdien d'avec la partie antérieure et latérale du conduit à petits coups de ciseaux sans aller trop en arrière pour éviter le récurrent. Alors, tandis qu'un assistant comprime les vaisseaux qui pénètrent dans l'isthme sur ses côtés, l'opérateur fend en long le pédicule formé par les attaches du goître au niveau des vaisseaux thyroïdiens inférieurs et à la partie latérale de la trachée en plusieurs pédicules secondaires; chacun d'eux est fortement saisi dans une pince et une ligature placée; tous les pédicules liés, on coupe au-devant du fil et il reste un fragment au moins du volume d'une noix appendu à la thyroïdienne inférieure et remplissant le sillon qui borde la trachée.

Procédé de Hahn. — Il consiste essentiellement à lier la ou les thyroïdiennes supérieures, et celle de Neubauer si elle existe, et à saisir dans une pince dont les mors sont garnis d'un tube de caoutchouc l'artère thyroïdienne inférieure; l'on incise alors la capsule et l'on enlève à coups de ciseaux des fragments de la tumeur, ce qui se fait sans hémorrhagie.

Procédé d'Ostermayer. — Il consiste à saisir les parties malades, à les attirer en avant, à placer derrière elles une forte pince courbe; celle-ci enlevée, on lie dans le sillon qu'elle a tracé en plusieurs portions et on coupe devant.

Procédé de Zoege von Manteuffel. — Mise à nu du goître et libération jusqu'à sa base; ligature et section de l'isthme; l'aide comprime alors les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure entre le pouce et l'index ou les deuxièmes et troisièmes doigts de chacune de ses mains, et l'opérateur enlève des fragments de la tumeur en forme de tranches de melon, sans hémorrhagie, à condition de ne pas dépasser en arrière les limites de la glande. On rapproche les faces de la brèche par une suture continue profonde et il ne se produit ni hémorrhagie ni hématome malgré l'absence de ligatures.

Enucléation intraglandulaire. — L'énucléation intraglandulaire paraît avoir été découverte par Porta et a été exécutée par ce chirurgien dès 1840; depuis lors elle fut exécutée par Billroth, Wolff, et par nous-mêmes dans des cas de goîtres solides, par Kottmann et Burckhart pour des kystes, mais c'est à Socin que nous devons de l'avoir généralisée pour les tumeurs solides.

Voici comment l'opération s'exécute : la tumeur mise à nu et simplement exposée entre les lèvres de la plaie, ou luxée comme certains le préfèrent, ce que je crois inutile dans bon nombre de cas, on l'incise à petits coups parallèlement à son grand diamètre et l'on arrive à une plus ou moins grande profondeur sur la tumeur, ce qui se reconnaît en général assez facilement à un changement de coloration et d'apparence; le doigt ou un instrument mousse est alors introduit par cette incision, suffisamment agrandie, entre la tumeur et sa coque et les sépare l'une de l'autre; la tumeur est extraite de son enveloppe comme un noyau de l'intérieur d'un fruit. L'enveloppe saigne plus ou moins abondamment et sa cavité se remplit de sang; on peut ou bien la tamponner avec de la gaze, ou bien procéder à l'hémostase immédiatement. Toujours est-il que pour bien voir il faut aller chercher avec une pince, en évitant la région du récurrent, le fond du sac glandulaire vidé de son contenu et le retourner; l'hémostase devient dès lors facile. La suture de la poche à points séparés ou continus en un ou plusieurs étages, avec ou sans placement d'un drain (je préfère pour ma part le drainage), assure contre toute perte de sang ultérieure. Il va sans dire qu'avant d'inciser la capsule on aura pincé les vaisseaux qui pourraient se trouver sur le trajet de l'incision dont les lèvres seront soigneusement repérées dans le but de faciliter la suture terminale. L'épaisseur de la couche à inciser est très variable, plus souvent mince qu'épaisse du reste; lorsque le nodule est profondément enfoui, il faudra pénétrer hardiment mais prudemment jusqu'à ce que l'on soit sans hésitation sur sa mise à nu. Si l'on a des doutes, c'est que l'on n'est pas encore sur la tumeur, comme l'a très bien dit A. Reverdin.

Procédé de Bose. — Une modification à cette technique a été apportée par Bose. Voici en quoi elle consiste ; la tumeur est mise à nu, luxée, maintenue, élevée, ce qui l'anémie; un tube élastique du volume du petit doigt est serré autour de sa base au-delà de son grand diamètre, mais en évitant de le placer trop profondément; on peut alors inciser la capsule, énucléer le ou les nodules, sectionner les adhérences s'il en existe, le tout sans hémorrhagie; le tube enlevé, l'on désinfecte la cavité, et l'on place trois plans de suture au catgut. On peut opérer en deux séances si les deux lobes sont malades.

La préoccupation de l'hémorrhagie pendant l'énucléation a inspiré à quelques chirurgiens la combinaison de celle-ci avec la ligature des artères thyroïdiennes; Roux et Niehans emploient parfois cette association. C'est en somme l'idée de Hahn transportée à l'énucléation. Je ne crois pas que ces deux manières de faire soient heureuses à cause de la fragilité de ces artères, de la blessure possible du récurrent et aussi parce qu'elles compromettent la vitalité de la capsule glandulaire.

Evidement (Kocher). — Mise à nu de la tumeur, incision jusque dans le ou les nodules, évidement avec les

doigts ou la cuiller des deux moitiés; procédé très expéditif, indiqué dans les cas où les adhérences rendent l'extirpation difficile, mais ne pouvant d'après son auteur être généralisé à cause de l'impossibilité de bien enlever toutes les parties malades et à cause de l'hémorrhagie.

Enucléation massive (Poncet). — Mise à nu de la tumeur; incision de la capsule glandulaire jusqu'à ce que l'on trouve un plan de clivage, énucléation en masse des parties malades en restant autant que possible en dedans de la capsule, mais en en sortant parfois s'il y a des adhérences trop intimes et en enlevant avec les nodules les parties saines qui les entourent au lieu d'énucléer chaque nodule isolément comme Socin. Après l'opération, suture hémostatique des restes de la capsule. Poncet insiste beaucoup sur les avantages de cette suture.

Exothyropexie. — Le 20 février 1892, M. Gangolphe, appelé d'urgence auprès d'un jeune homme en état de mort apparente par le fait d'un goître rétrosternal suffocant, met rapidement à nu la tumeur, la luxe en dehors de la plaie, et jugeant que l'extirpation présente de grands dangers, en reste là, pensant que le goître servira d'attelle à la trachée ramollie; la tumeur diminue peu à peu de volume, la cicatrisation se fait et le malade reste guéri.

Quelques mois plus tard, Jaboulay pratiquait la même opération mais, nous dit-il, en se basant sur une idée théorique : il pensait pour diverses raisons que le goître devait, une fois exposé en dehors de la plaie, s'atrophier. L'opération à laquelle Jaboulay et Poncet ont donné le nom d'exothyropexie devrait être nommée opération de Gangolphe-Jaboulay plutôt que opération de Jaboulay comme quelques-uns l'ont baptisée.

Voici, d'après Jaboulay, la manière de procéder.

Incision médiane du cricoïde au sternum, en évitant la jugulaire antérieure, incision de la ligne blanche cervicale; avec les doigts on écarte les muscles sous-hyoïdiens et on pénètre jusqu'aux limites des lobes latéraux; si cela est nécessaire on coupe transversalement peau et muscles transformant l'incision simple en incision cruciale; luxation successive des deux lobes (exceptionnellement d'un seul coup par pression d'arrière en avant avec les pouces), on aura soin d'éviter les pédicules vasculaires et la région du récurrent, c'est donc à la partie moyenne des lobes latéraux que les pressions doivent être exercées.

En suivant ces indications la luxation du goître s'effectue ordinairement sans accidents, mais il y a des exceptions à cette règle, particulièrement, d'après Poncet, dans les goîtres circulaires; si l'on cherche à luxer une tumeur de cette espèce la traction sur la partie rétrotrachéale a pour effet de couder et de comprimer la trachée, d'où suffocation dangereuse; il faut alors s'empresser, ainsi le conseille Poncet, de réintégrer la tumeur à sa place. Dans des cas de ce genre l'on a vu néanmoins le goître diminuer de volume et Poncet ainsi que Jaboulay ont profité de cette observation pour substituer, dans les cas qui ne se prêtent pas à l'exothyropexie, la simple mise à l'air. On aurait ainsi obtenu quelques résultats favorables,

Opérations combinées. — Les combinaisons possibles sont nombreuses et chaque chirurgien aux prises avec les cas embarrassants pourra sans doute en utiliser de nouvelles. Elles ont pour but de laisser en place une certaine quantité de tissu thyroïdien et d'éviter la blessure d'organes importants. Telle fut la première résection de Mikulicz qui a été une *extirpation-résection*. On comprend ce que peut être une *extirpation-énucléation* ou une *résection-énucléation*.

Dislocation du goitre (Wölfler). — Sous ce nom Wölfler a tout récemment décrit une opération qu'il a eu l'occasion de pratiquer 4 fois et qui consiste à déloger une partie du goître comprimant les organes voisins et à la fixer au moyen de la suture en un point tel que les phénomènes de compression soient arrêtés, la plaie étant d'ailleurs fermée par-dessus la tumeur disloquée.

Ligatures atrophiantes des artères. — Cette méthode, qui ne paraît réellement efficace que dans les goîtres vasculaires et le goître exophthalmique, est basée sur ce fait que les ligatures amènent l'atrophie et non la gangrène de la glande, la circulation collatérale suffisant à assurer la nutrition et la fonction. Pour qu'elle soit utile il faut que les 4 thyroïdiennes soient liées simultanément.

Traitement chirurgical des kystes de la thyroide. — Les kystes thyroïdiens ont été traités par la *ponction simple, la ponction suivie d'injection, le drainage, l'incision simple*. On sait aujourd'hui ce que valent ces méthodes de traitement. Un seul procédé est applicable aux kystes c'est l'énucléation, dont la technique ne diffère pas de celle que nous avons décrite plus haut.

Résultats des opérations de goitre. — Les résultats de mon enquête sont réunis dans les deux tableaux suivants dressés avec le concours des chirurgiens de différents pays. Le premier donne le résumé des statistiques détaillées; le second des statistiques non détaillées qui

I. *Statistiques intégrales détaillées communiquées.*

MÉTHODES OPÉRATOIRES	NOMBRE des opérations	NOMBRE des morts	MORTALITÉ p. 100	MYXŒDÈME		TÉTANIE		LESIONS DES RÉCURRENTS		HÉMORRHAGIES
				nombre	p. 100	nombre	p. 100	nombre	p. 100	
Extirpation totale	137	26	18,97	17	12,40	5	3,64	9	6,56	1
Extirpation partielle	1212	42	3,46	5	0,41	7	0,57	57	4,70	7
Enucléation (Socin)	1276	10	0,78	1	0,07	2	0,15	11	0,86	11
Résection (Mikulicz)	345	23	6,66	»	»	4	1,15	5	1,44	3
Méthodes combinées	367	11	2,99	»	»	1	0,27	8	2,17	1
Evidement (Köcher)	39	3	7,69	»	»	»	»	»	»	»
Enucléation massive (Poncet)	15	2	13,33	»	»	»	»	»	»	»
Exothyropexie	9	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ligatures (Wölfler)	8	1	12,50	»	»	»	»	»	»	»
Total	3408	118	3,46	23	»	19	»	90	»	23

m'ont été adressées. Je ferai seulement remarquer que les chiffres qui sont consignés sont inférieurs à la réalité; car plusieurs des statistiques qui m'ont été adressées sont intégrales, c'est-à-dire remontent à une époque où les accidents étaient plus nombreux, l'antisepsie à son début.

II. *Statistiques intégrales non détaillées communiquées.*

Nombre des opérations	575
Nombre des morts	15
Mortalité p. 100	2,60

En troisième lieu j'ai résumé un certain nombre de statistiques publiées par des auteurs qui n'ont pas répondu à mon questionnaire.

III. *Statistiques publiées.*

Nombre des opérations.	2120
Nombre des morts.	43
Mortalité p. 100	2,02

En additionnant les chiffres provenant de ces trois sources, j'arrive au chiffre suivant :

Opérations de goître : 6103 cas, 176 morts soit 2,88 p. 100. En comparant la mortalité des statistiques communiquées, avec celle des statistiques publiées, on voit qu'elle est inférieure dans les secondes, et cela se comprend; car ne publient de statistiques que ceux qui ont une pratique étendue et par conséquent les moyens de se perfectionner, d'acquérir une expérience et une sûreté que ne peuvent avoir ceux qui ont peu d'occasions d'opérer. J'estime donc que le chiffre de mortalité que me donne la statistique basée sur les faits communiqués par des chirurgiens de tous pays, riches en goîtres, ou non, obtenu par la réunion de statistiques importantes ou minimes, chiffre de 3,33 p. 100, exprime mieux la réalité pour la généralité des chirurgiens. Il est évident d'autre part que ce chiffre s'abaisse pour les opérateurs exercés, et effectivement les 2120 cas publiés ne donnent que 2,02 p. 100 de mortalité.

Il est instructif de comparer la mortalité des opérations de goître à différentes périodes successives, et cela soit dans les statistiques générales, soit dans les statistiques particulières. D'après Liebbrecht, la mortalité jusqu'en 1851, sur 54 cas, était de 31,4 p. 100; de 1851 à 1876, sur 138 cas, de 20 p. 100; de 1877 à 1882 de 14, 6 p. 100, et nous venons de voir à quel point elle s'est abaissée aujourd'hui, puisque mes chiffres comprennent un bon nombre de cas remontant avant 1882 et que néanmoins, sur 6103 cas, nous n'avons plus que 2,88 p. 100.

Les statistiques successives de Brun's, de Kappeler, de Koch nous montrent de même un abaissement graduel de la mortalité.

Je peux donc conclure hardiment que les opérations de goître sont actuellement presque sans dangers entre des mains exercées. Et si l'on éliminait de la statistique les cas anciens d'une part, les cas compliqués de l'autre, il est probable que la mortalité générale ne serait que de fort peu au-dessus de 0.

Si maintenant nous comparons les différentes méthodes sous le rapport de leur mortalité, nous voyons que l'extirpation totale est beaucoup plus dangereuse que les autres méthodes (décès : 18,97 p. 100) et nous constatons que la mortalité la plus minime de beaucoup est celle de l'énucléation intraglandulaire (opération de So-

IV. *Causes des morts (statistiques intégrales détaillées communiquées).*

	Extirpation totale	Extirpation partielle	Énucléation	Résection	Méthodes combin.	Évidement	Énucléation massive	Exothyropexie	Ligatures	Total
Troubles respiratoires :										
Suffocation, asphyxie.	2	1	4	2	»	1	»	»	»	10
Pneumonie, broncho-pneumonie, bronchite . .	3	18	3	2	6	»	»	»	»	32
Troubles cardiaques :										
Syncope.	3	2[2]	»	»	»	»	»	»	»	5
Mort par le cœur	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Troubles nerveux :										
Par lésions du récurrent	2	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Shock collapsus.	5	1	»	»	»	»	»	»	»	6
Tétanie	2	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Myxœdème.	»	1[3]	»	»	»	»	»	»	»	1
Hémorrhagie	5	6	»	2[4]	2	1	2[6]	»	1	19
Accidents septiques :										
Septicémie.	2	7	»	»	1	1	»	»	»	11
Pyémie	»	»	»	»	1[5]	»	»	»	»	1
Médiastinite	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Divers.	1[1]	1	»	»	1	»	»	»	»	3
Cause inconnue	1	2	3	16	»	»	»	»	»	22
	26	42	10	23	11	3	2	0	1	118

1. Vomissement. — 2. Un par chloroforme. — 3. Myxœdème avec tétanie. — 4. Anémie. — 5. Strumite avant l'opération.
6. Shock hémorrhagique dans les deux cas.

cin : 0,78 p. 100), l'extirpation partielle ayant à son passif 3,46 p. 100 de décès.

L'opération de choix sera donc celle de Socin et non l'extirpation partielle : reste la question de savoir les les conditions dans lesquelles l'énucléation est praticable et dans quelle proportion de cas : nous y reviendrons.

Causes des morts. — Elles sont résumées dans le tableau ci-contre.

Accidents et complications des opérations de goitre. — Ces complications peuvent être divisées en trois catégories : *accidents dus aux lésions des organes voisins pendant l'opération, accidents dus à l'infection, accidents dus à la suppression de l'organe glandulaire thyroïdien.*

Lésions des vaisseaux. — Veines. Les lésions des veines de la région thyroïdienne sont dangereuses parce qu'elles exposent à l'entrée de l'air; je connais au moins 9 cas de ce genre terminés par la mort publiés : 8 fois les veines thyroïdiennes, une fois la jugulaire antérieure. Le précepte de pincer ou de lier en deux points chaque veine avant de la couper doit être absolument respecté. L'énucléation, dans laquelle nous ne risquons pas comme dans l'extirpation la déchirure des veines inférieures, présente une supériorité sous ce rapport.

Artères. — Nous devons distinguer ici l'hémorrhagie primitive et retardée des hémorrhagies secondaires proprement dites.

Ces dernières, anciennement fréquentes, ont à peu près disparu avec l'antisepsie et l'asepsie; c'est, je le crois, à l'infection que l'on peut attribuer une hémorrhagie secondaire mortelle (Jenny) à la suite de l'énucléation, la température monta à 48°, ou celle que Jaboulay observa après une exothyropexie compliquée de gangrène. Les hémorrhagies retardées sont dues soit aux efforts du malade (vomissements, toux), soit au glissement des ligatures observé surtout pour la thyroïdienne supérieure; soigner le plus possible l'hémostase, telle est la conséquence à tirer.

Quant à l'hémorrhagie primitive c'est une question de technique : les méthodes opératoires dans lesquelles les artères principales sont liées préalablement permettent d'opérer pour ainsi dire à blanc; c'est le cas de l'extirpation partielle de Kocher. Il n'en est pas de même avec les procédés de Wolff, de Hahn, de Zoege von Manteuffel, que je crois dangereux sous ce rapport. Cette objection de l'hémorrhagie a été faite à l'énucléation (Kocher), est parfaitement exact que dans le temps de l'énucléation proprement dit la capsule glandulaire saigne quelquefois abondamment, qu'il y a sous ce rapport une progression graduelle depuis les kystes qui occasionnent en général une hémorrhagie peu abondante, parfois absolument insignifiante, jusqu'à certains adénomes qui en fournissent une forte; il est encore vrai que quelquefois des opérateurs exercés se sont vus dans l'obligation d'abandonner l'énucléation commencée et de faire l'extirpation ou la résection; mais il ne faut pas exagérer l'importance ordinaire de la perte de sang ni la proportion des cas où l'énucléation entreprise n'a pu être menée à bien.

Il sera bon néanmoins de tenir compte de ce danger et préférer l'extirpation dans les tumeurs très vasculaires, quand on peut leur reconnaître d'avance ce caractère ou transformer l'énucléation entreprise en un autre procédé, si l'on se trouve aux prises avec une hémorrhagie par trop forte. Il faut aussi savoir que les artères thyroïdiennes présentent une remarquable fragilité.

Je me suis demandé si la façon de pratiquer l'énucléation a une influence sur la perte de sang; vaut-il mieux aller vite, comme le pensent Aug. Reverdin et J. Boeckel, je ne le crois pas; en allant lentement on a plus de chances d'étirer les vaisseaux avant qu'ils se rompent; il est clair que si l'on est surpris en chemin par une hémorrhagie très abondante il est alors indiqué de terminer rapidement l'énucléation afin de pouvoir saisir les vaisseaux. Je pense aussi que si l'on énuclée régulièrement et proprement les nodules sans les pénétrer et sans déchirer la coque glandulaire on a des chances de perdre moins de sang et c'est pour cette raison que je ne crois pas l'énucléation massive de Poncet recommandable; nous trouvons dans notre statistique deux cas d'énucléation massive terminés par la mort par shock hémorrhagique.

Nerfs. — Les lésions nerveuses le plus souvent indiquées à la suite des opérations de goitre sont celles des récurrents.

Nous avons déjà vu les différents procédés que les chirurgiens ont imaginés pour prévenir la lésion de ces nerfs.

Sous ce rapport l'énucléation intraglandulaire présente des avantages marqués; faite avec douceur, régulièrement, elle doit théoriquement nous mettre absolument à l'abri; il n'en est pas tout à fait ainsi parce que très probablement quelquefois les manœuvres, rapides par nécessité, peuvent tirailler le nerf à travers la capsule; cependant, si nous en croyons Bergeat et Bally, qui n'ont constaté le premier que 2 cas de parésie des cordes sur 179 énucléations et l'autre 1 cas sur 58, et que nous rapprochions ces chiffres de celui que donne Kocher pour ses 900 opérations, en grande majorité des extirpations, soit 7 p. 100, l'avantage est pour l'énucléation.

La résection de Mikulicz, tout en ménageant le tronc du nerf, ne nous met pas à l'abri de toute lésion au voisinage de la trachée; l'énucléation massive de Poncet me rassure encore moins puisque l'on est exposé à sortir par places de la capsule.

Quant à la ligature artérielle, plusieurs des procédés que j'ai indiqués nous éloignent du récurrent, et l'exothyropexie, faite précisément en évitant la région de la thyroïdienne inférieure, doit être et paraît effectivement avoir été innocente de tout méfait de ce côté.

Si les opérations de goître exposent à léser le récurrent, il ne faut pas oublier que d'un autre côté elles peuvent faire disparaître des troubles de la phonation dus à la compression du nerf par le goître; ce fait, contesté par Julliard autrefois, est maintenant parfaitement établi et admis par tous.

Laryngé supérieur. — Wölfler croit que ce nerf a dû être lésé plus souvent qu'on ne le pense et que sa lésion, en amenant l'anesthésie de la muqueuse du larynx, peut favoriser la pneumonie par aspiration.

Je passe sur les lésions de l'*hypoglosse* observées une seule fois et sur celles du *vague* à peine admissibles dans les goîtres non malins. Quant à celles du *sympathique*, plus fréquentes, elles peuvent être évitées; il y a à prendre garde au sympathique lorsque l'on fait la ligature de la thyroïdienne inférieure sur le bord interne du scalène, le nerf est tout voisin.

Trachée, larynx, œsophage, plèvre. — Les lésions accidentelles de la trachée et du larynx, de l'œsophage ou de la plèvre sont tout à fait exceptionnelles. Les douleurs de la déglutition qui s'observent à la suite des opérations de goître, sont dues à ce que les mouvements du pharynx et de l'œsophage retentissent directement sur le foyer opératoire.

Accidents septiques. — Lorsque la réunion par première intention absolue n'est pas obtenue, il faut en accu-

ser une faute de technique. Naturellement les opérateurs qui tamponnent de parti pris ou drainent avec de la gaze iodoformée au lieu de chercher la réunion immédiate perdent les bénéfices des opérations aseptiques; de même les goîtres exposés sont bien en danger d'être infectés et c'est un des points faibles de l'exothyropexie.

Il est intéressant de comparer sous le rapport de la suppuration l'extirpation et l'énucléation; Bergeat nous donne les chiffres suivants : 99 extirpations dont 58 guéries *per primam*, 25 avec légère suppuration et 9 avec suppuration abondante; 161 énucléations dont 133 guéries par première intention, 23 avec suppuration légère et 5 avec suppuration abondante; c'est donc assez gratuitement que Wormser invoque les microbes inclus dans le goître pour avancer que l'énucléation doit être plus dangereuse au point de vue de l'infection.

On observe encore assez souvent, même dans les meilleures conditions d'asepsie, des pneumonies dont il est souvent difficile de déterminer la vraie cause, refroidissement, action de l'éther ou infection propagée. Je suis très sceptique en ce qui concerne l'action de l'éther; je crois que c'est encore au manque de certaines précautions que la complication est due.

Même en l'absence de toute suppuration du foyer opératoire et de toute complication viscérale, on observe assez souvent chez les opérés une fièvre plus ou moins durable, de 2 ou 3 jours à 10 et même plus, avec ascension du thermomètre quelquefois à 40°, souvent à 38°, 38°5; Poncet et ses élèves l'attribuent à la résorption des produits de sécrétion de la glande et pour caractériser le fait l'ont baptisée : *fièvre thyroïdienne*. D'autres pensent qu'il s'agit d'une fièvre aseptique analogue à celle des grandes fractures, par exemple; discuter ce point m'entraînerait trop loin, qu'il suffise de dire que ce mouvement fébrile n'a aucune importance pronostique et qu'au point de vue diagnostique il se distingue des fièvres septiques par l'absence de troubles généraux chez le malade. Remarquons encore que la fréquence de la fièvre en question varie beaucoup suivant les opérateurs; Socin, par exemple, aurait eu 33 cas sur 53 sans aucune fièvre. D'autres, au contraire, en font presque la règle.

Accidents respiratoires. — La principale des indications d'urgence fournies par le goître est dans les troubles menaçants de la respiration. Faut-il trachéotomiser comme on le faisait autrefois sous l'empire des idées de Rose? Nous ne le croyons pas, car la mortalité de la thyroïdectomie, après l'incision de la trachée est considérable en raison de l'hémorrhagie toujours possible et de l'infection presque obligatoire (plaie et poumon). Il vaut donc mieux s'adresser à une de ces opérations que l'on dirige contre le goître. Mais quelle conduite doit-on tenir lorsque la trachée est ramollie? Il faut ou essayer de soutenir la trachée par des fils comme l'ont fait Kümmel et Bottini, ou pratiquer le tubage à la façon de Doyen. Disons que l'exothyropexie et l'énucléation laissent assez de tissu glandulaire pour servir de soutien à la trachée : ces deux opérations devront donc être préférées dans les cas où l'intensité des troubles respiratoires fait soupçonner des altérations du tissu trachéal.

Tétanie et myxœdème. — La tétanie et le myxœdème paraissent dus tous deux à la perte des fonctions de la thyroïde; ce fait paraît établi d'une façon indiscutable.

La tétanie ne se montre pas uniquement, quoique sa fréquence y soit bien plus grande, dans les suites de l'extirpation totale. Bottini a observé 21 cas de tétanie, partielle, la plupart, dit-il, après l'extirpation partielle; Szumann en signale 1 cas à la suite d'une extirpation presque totale; Kocher dit l'avoir vue se produire d'une façon passagère dans des extirpations de goîtres malins où l'on ne pouvait laisser qu'une très petite partie de la glande; Billroth d'après Wölfler en a vu un exemple à la suite d'une extirpation partielle. J'ai trouvé dans la littérature un cas de tétanie après une énucléation faite par Brun's où l'on avait enlevé des noyaux au nombre de 30 dans les trois lobes; Labbé m'en a communiqué un second. Weinlechner a publié un exemple de tétanie développée chez un malade auquel il avait lié les deux thyroïdiennes supérieures.

En résumé, à ce point de vue, l'énucléation a le pas sur tous les autres procédés, parce que la partie de la glande conservée est saine, à part l'atrophie possible des courches superficielles.

Bien plus grave et fréquent est le *myxœdème consécutif* aux opérations de goître (cachexie thyréoprive de Kocher). S'il entraîne rarement la mort rapide, il persiste, quelquefois, il est vrai, en s'atténuant, et présente son plus haut degré de gravité chez les jeunes sujets dont il entrave le développement physique et intellectuel. Fort heureusement guidés par les recherches des physiologistes à la suite de celles de Schiff, nous avons maintenant dans l'opothérapie thyroïdienne un moyen de combattre ces graves accidents, dans une certaine mesure au moins.

Si le myxœdème n'est pas fatal après l'extirpation totale, comme semble le dire Kocher, il n'en est pas moins vrai que les cas les plus nombreux ont été observés à la suite de cette opération. C'est encore une raison pour y renoncer.

Ce n'est pas cependant uniquement après l'extirpation totale que le myxœdème peut se produire; je vous ai communiqué en 1886 des observations démontrant qu'il peut aussi être la conséquence des extirpations partielles et que, dans ces cas, il est ordinairement moins accentué, *fruste*, pour employer l'expression dont je me suis servi alors. Le fait est, du reste, peu fréquent et en dehors des miens, j'en trouve seulement 5 cas dans la littérature et 5 autres sont indiqués dans ma statistique (soit 0,41 p. 100). J'ai eu connaissance d'un onzième.

Ils sont encore moins nombreux après l'énucléation, je n'en ai trouvé que 2 et un seul fait partie de ma statistique, ce qui donne une proportion de 0,07 p. 100. Kocher cependant et son élève Wormser semblent craindre son développement après cette opération, en raison des nombreuses ligatures et des sutures perdues qui amèneraient l'atrophie du tissu thyroïdien; Kocher aurait vu dans plusieurs cas une anémie prononcée se rapprochant de la cachexie strumiprive. Ces craintes me paraissent exagérées et je me demande si dans de tels cas, où l'on a dû faire des énucléations multiples, l'extirpation partielle aurait été supérieure; c'est le contraire qui aurait dû se produire.

Roux a eu un myxœdème atténué à la suite d'une extirpation d'un lobe latéral combinée avec l'énucléation dans le médian.

Aucun cas n'a été publié pour les autres méthodes. En particulier, Trendelenburg et Rydygier affirment que le myxœdème ne se produit pas après la ligature des 4 thyroïdiennes et ce dernier a pratiqué 22 fois cette opération. C'est cependant la crainte non justifiée par les faits de la cachexie strumiprive qui a fait adopter à Kocher dans le traitement du goître exophthalmique la ligature de 3 des artères seulement.

Autres accidents nerveux. — Est-ce aussi à la suspension des fonctions de la thyroïde que l'on doit attribuer les troubles psychiques, mélancolie avec stupeur, mé-

lancolie suicide, démence, manie, observés autrefois par Borel, les attaques épileptiques constatées par Mikulicz et l'hystérie qui s'est développée chez une de mes opérées (mutisme hystérie)? Dans tous ces cas, c'est l'extirpation totale qui avait été faite.

J'ai en outre dernièrement observé un cas de paralysie des cordes vocales probablement hystérique chez une femme à laquelle j'avais pratiqué l'énucléation.

Résultats des opérations de goitre. — Nous avons maintenant à examiner les résultats des différentes opérations de goître et à les comparer si possible, soit au point de vue plastique, soit au point de vue fonctionnel, soit enfin à celui de la récidive.

Résultats plastiques. — Il semble acquis que la direction de l'incision n'est pas indifférente au point de vue de la cicatrice; l'incision en collerette de Kocher est sous ce rapport supérieure à toutes les autres et la médiane verticale donne au contraire les cicatrices les plus disgracieuses; les incisions obliques tiennent le milieu. Il est évident qu'il n'est pas indifférent de faire une suture exacte et je crois que quelques points perdus sur le peaucier sont à recommander; chez les femmes, la suture intradermique serait encore avantageuse. Il est évident que si la plaie suppure ou si la réunion n'est pas immédiate, nous sommes exposés à avoir une cicatrice plus ou moins difforme. Dans l'exothyropexie, la plaie est forcément laissée ouverte et c'est un des inconvénients de cette méthode de donner lieu à une cicatrice des plus apparentes si l'on en juge par les figures publiées.

Les extirpations unilatérales ou partielles peuvent laisser un cou dissymétrique. L'énucléation nous permettant, sans dangers de myxœdème, de débarrasser les deux lobes, nous donne des chances meilleures au point de vue plastique : elle permet également d'éviter la dépression disgracieuse que parfois le cou présente du côté opéré.

Résultats fonctionnels. — Les opérations de goîtres sont en général suivies au point de vue fonctionnel de résultats satisfaisants. La dysphagie cesse; la dyspnée disparaît dans la grande majorité des cas de même que les troubles circulatoires.

La persistance de la dyspnée peut tenir à la méconnaissance d'une partie de la tumeur laissée en place, ou aux déformations de la trachée. Les faits semblent indiquer cependant que lorsque la tumeur a été enlevée ou vidée par l'énucléation, ces lésions trachéales se réparent d'elles-mêmes, et Poncet et ses élèves paraissent être seuls aujourd'hui de l'avis que la trachéotomie et ce qu'ils appellent le calibrage de la trachée sont nécessaires.

Récidives. — Toutes les opérations aujourd'hui admises dans le traitement du goître exposent à la récidive puisque la seule qui nous mettrait à l'abri, l'extirpation totale, doit être proscrite.

Il est difficile de se faire sur ce sujet une opinion ferme au milieu des renseignements plus ou moins contradictoires que nous avons à notre disposition. Il me semble cependant en résulter que sous ce rapport la différence absolue n'est pas très grande entre les procédés rivaux, et particulièrement entre l'extirpation partielle et l'énucléation; et que les récidives nécessitent rarement une nouvelle intervention.

Avantages et inconvénients des différentes méthodes opératoires. — Il nous reste maintenant à comparer les différentes méthodes opératoires au point de vue des dangers qu'elles font courir soit au point de vue vital, soit au point de vue fonctionnel, à celui des résultats qu'elles nous permettent d'obtenir et à déterminer si possible leurs indications respectives.

Nous avons établi qu'au point de vue de la mortalité l'énucléation de Socin l'emporte largement sur toutes les méthodes rivales; qu'elle nous met mieux que d'autres à l'abri des lésions des organes voisins et en particulier des nerfs récurrents, qu'elle n'expose que tout à fait exceptionnellement soit à la tétanie, soit au myxœdème, que ses résultats au point de vue plastique sont également les meilleurs. L'hémorrhagie, que quelques chirurgiens paraissent redouter dans cette méthode, est en général sans dangers sérieux et la crainte des récidives a été fort exagérée; une récidive d'ailleurs vient-elle à nécessiter une nouvelle intervention nous nous trouvons encore dans de bien meilleures conditions qu'après une extirpation ou une résection, puisque nous n'avons pas déjà sacrifié une partie saine de la glande.

Pour toutes ces raisons je n'hésite pas à considérer l'énucléation intraglandulaire comme l'opération de choix, quand elle est praticable.

Mais quelle est la proportion des goîtres énucléables? En ce qui me concerne je suis arrivé, après avoir considéré autrefois cette méthode comme exceptionnellement applicable, à faire sur une série de 35 opérations 32 énucléations contre 3 extirpations partielles, et encore dans deux de ces derniers cas l'extirpation répondait à des indications toutes spéciales. Je signerais donc volontiers cette phrase que m'écrivait Socin : « Je crois que maint chirurgien fera la même expérience que j'ai faite, à savoir que le nombre des énucléations augmente avec la bonne volonté de l'opérateur. »

Dans les autres cas nous avons à choisir entre de nombreuses méthodes. Ma manière de voir relativement à l'*exothyropexie* et à l'*énucléation* massive se déduit de ce que j'ai dit plus haut; je ne les crois ni l'une ni l'autre applicables avec avantage qu'exceptionnellement. L'exothyropexie se justifie comme opération d'urgence et pour parer à la suffocation, mais pour le goître simple, du moins, ses indications se bornent là; les dangers de la production d'une vaste surface suppurante, ceux des hémorrhagies pendant le cours de la guérison, la lenteur de celle-ci, la difformité de la cicatrice et les doutes sur la réalité d'une guérison durable ne permettent en aucune façon d'en faire une opération de choix. Je ne puis la considérer autrement que comme un succédané de la trachéotomie dans les goîtres suffocants et je la voudrais faire suivre, le danger passé, d'une extirpation secondaire.

J'ai dit pourquoi je crois l'*énucléation massive* dangereuse, je n'y reviens pas.

Les *ligatures artérielles* ne sont pratiquées avec succès que dans les goîtres vasculaires. Quant à l'*évidement* de Kocher ce n'est, comme son auteur lui-même le pense, qu'une ressource exceptionnelle.

Il ne nous reste plus à examiner que l'*extirpation*, la *résection*, la *dislocation* et les *opérations combinées*.

Lorsque la maladie est nettement limitée à l'un des lobes l'*extirpation unilatérale* paraît le meilleur des procédés, à condition que l'on se mette à l'abri des lésions d'organes voisins et en particulier du récurrent.

Lorsque les deux lobes et peut-être l'isthme avec eux, sont envahis, ce sont les procédés de *résection* qui me paraissent les plus appropriés et suivant les cas, suivant le siège des dégénérescences, on conservera tantôt l'une, tantôt l'autre partie de chaque lobe ; il faut, comme l'on dit, dans ces cas, *individualiser*, et l'on ne peut tracer une ligne de conduite absolue et invariable. Enfin si, ayant extirpé un lobe, nous nous apercevons que c'est l'autre qui comprime la trachée et aurait dû être sacri-

fié, ou bien si une récidive s'y produit, nous avons encore une ressource dans la *dislocation de Wölfler*.

Il se pourra faire encore que la première opération ait été assez parcimonieuse ou que la récidive soit assez limitée pour que nous puissions recourir soit d'emblée à une *extirpation-résection*, soit à une *résection secondaire complémentaire*.

Bien rares seront, je crois, les cas où l'*extirpation-énucléation* sera indiquée; l'énucléation tout court, dans les deux lobes s'il le faut, me semble préférable sans hésitation.

Je ne reviendrai pas sur les critiques que j'ai déjà formulées sur les procédés particuliers d'extirpation ou d'énucléation de Wolff, de Bahn, de Bose, de Zoege von Manteuffel, de Niehans, de Doyen, etc. et je passe aux goîtres anormaux ou compliqués.

Goitres anormaux ou compliqués. — *Goîtres anormaux par leur siège*. — Ces goîtres sont ou les prolongements de la thyroïde malade, *goîtres accessoires, reliés*, séniles ou pédiculaires, ou sont développés dans les glandes thyroïdiennes accessoires, *goîtres accessoires vrais*. Enfin, il y a les goîtres *endotrachéaux, endolaryngiens* et ceux de la base *de la langue*. Ceux qui occupent les régions latérales ou supérieures sont généralement énucléables : ils ne présentent donc pas d'indications spéciales. Pour les autres, il faudra pratiquer des résections osseuses pour se donner du jour.

Les goîtres plongeants ou enthoraciques donnant fréquemment lieu à des accidents de suffocation et la luxation de la tumeur faisant en général cesser les accidents, l'exothyropexie y peut trouver à titre d'opération palliative d'urgence une bonne indication (Gangolphe).

Les tumeurs développées en arrière, entre la trachée et l'œsophage ou entre le conduit alimentaire et la colonne vertébrale, les goîtres circulaires peuvent donner lieu aux plus grandes difficultés opératoires; la dissection des prolongements devra être faite avec les plus minitieuses précautions; heureusement ces cas sont relativement rares.

Quelle que soit la situation d'une tumeur thyroïdienne reliée avec la glande ou formée aux dépens d'une thyroïde accessoire vraie, il faut se rappeler qu'elle conserve les caractères des goîtres au point de vue de la vascularisation, aussi devra-t-on choisir en conséquence les procédés d'exérèse.

Goîtres congénitaux. — D'après Demme il existe deux catégories de goîtres à la naissance, les uns de nature congestive et qui rétrogradent ordinairement, d'autres analogues aux goîtres des adultes ou bien constitués comme de véritables tératomes; ces deux dernières classes de tumeurs peuvent donner lieu à des indications d'urgence. Des cas de ce genre, peu nombreux encore, qui ont fait l'objet d'interventions opératoires, il ressort qu'ils doivent être opérés comme chez l'adulte et en évitant la trachéotomie; malgré plusieurs échecs le succès de Schimmelbusch est fait pour encourager.

Goîtres enflammés. — Nous avons à choisir pour le traitement de ces goîtres enflammés entre l'ablation de la tumeur et l'incision.

Les matériaux que j'ai pu rassembler sur ce point ne sont pas assez nombreux pour me permettre de poser des conclusions fermes et je ne donne ce qui suit que comme le résultat des impressions que m'a laissées cette étude, résultat sujet à revision. Il est évident que si l'on peut supprimer en totalité le foyer inflammatoire, sans crainte d'inoculer les parties encore saines voisines, cette manière de faire est la plus radicale et celle qui coupera court le plus rapidement possible aux accidents: donc tout à fait au début l'extirpation du lobe enflammé ou l'énucléation du kyste infecté pourront donner des résultats brillants (Roux). Mais il n'y a pas là seulement une question d'âge de l'inflammation, il y a aussi une question de virulence sur laquelle nous avons quelques données encore bien incomplètes. D'autre part, comme le fait remarquer Roux, l'incision d'un goître enflammé de fraîche date fait courir des chances d'hémorrhagie, nouvelle raison en faveur de l'extirpation au début.

Plus tard l'inflammation d'abord circonscrite dans le goître a plus ou moins diffusé dans le voisinage, et des adhérences se sont formées, d'où des difficultés pour pratiquer l'extirpation et des dangers de propagations inflammatoires et suppuratives; à cette période l'incision n'expose plus guère aux hémorrhagies, elle donne libre issue au pus et aux débris de la tumeur et promet un résultat en général favorable; la guérison définitive, il est vrai, peut être longue à obtenir et nécessiter quelques interventions secondaires. Lorsque enfin l'inflammation est de vieille date, dans les kystes en particulier, il arrive que la virulence a disparu et, surtout s'il s'agit de poches épaisses, l'énucléation redevient possible et avantageuse.

L'extirpation peut encore être indiquée dans les goîtres enflammés autrefois et restés fistuleux; le curage des fistules et des produits calcaires, qui parfois les entretiennent, ne permet qu'une guérison lente, bien plus rapidement obtenue à la suite de l'extirpation ou de l'énucléation quand elle est possible.

Je mentionne en terminant ces cas très rares d'inflammation chronique observés par Riedel, Cordua et Tailhefer et dont ce dernier vous a entretenus au Congrès de 1896; l'opération, restée partielle à cause des adhérences aux vaisseaux, a cependant amené une amélioration dans l'état des sujets qui ont survécu.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Ledieu (R.). *La contagion du diabète*. N° 582.

M. Lamoureux (F.). *De l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré*. N° 659. (H. Jouve.)

M. Faure (Louis). *Contribution à l'étude de la maladie bronzée d'Addison et des fonctions surrénales*. N° 631. (H. Jouve.)

M. Mascarel (Georges). *Contribution à l'étude de la fonction du rein dans le diabète*. N° 540. (H. Jouve.)

M. Perraudeau (Henri). *Essai sur l'action thérapeutique du carbonate de lithine et de l'eau lithinée dans la diathèse goutteuse*. N° 485. (H. Jouve.)

M. Blainville. *Contribution à l'étude chimique et thérapeutique de l'hypnal (monochloral-antipyrine)*. N° 592. (Steinheil.)

M. Hémet. *Contribution à l'opothérapie surrénale chez les addisonniens*. N° 593. (H. Jouve).

M. Baudoin. *Traitement des fermentations anormales de l'estomac par le fluorure d'ammonium*. N° 599. (H. Jouve.)

M. Thiers. *Des résultats fonctionnels éloignés de la pylorectomie dans les sténoses cancéreuses du pylore*. N° 594. (H. Jouve.)

Pour M. Ledieu le diabète est une maladie infectieuse et contagieuse. Il se base pour prouver cette contagion sur les cas de diabète conjugal, et par ceux d'individus devenant diabétiques pour être journellement en rapport avec des diabétiques ou maniant des objets leur ayant servi. Il énumère ces cas de contagion du diabète dont la plupart ont été publiés déjà dans le récent travail de M. Boisameau résumé ici même.

M. Lamoureux, élève de M. Gilbert, montre que l'extrait de foie semble produire une surexcitation des fonctions hépatiques. plutôt qu'une suractivité nutritive générale de l'organisme.

Pour lui, l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré préconisée par Gilbert et Carnot amène une diminution ou la disparition de la glycosurie; elle atténue les symptômes d'insuffisance de la cellule hépatique : urobilinurie, indicanurie; l'excrétion de l'urée et de l'acide urique est augmentée. L'action sur la quantité des urines est variable, dans la majorité des cas, le polyurie est diminuée. L'état général est amélioré, même dans certains cas où la glycosurie n'est pas diminuée.

L'action se prolonge après la cessation du traitement (pendant un temps variable).

L'opothérapie hépatique agit surtout dans les petits et les moyens diabètes arthritiques où la glycosurie ne dépasse pas environ 100 grammes.

L'extrait de foie est facilement accepté des malades et à la dose de 12 grammes d'extrait par jour peut être longtemps administré sans produire de phénomène toxique; l'administration par la voie rectale semble la plus efficace.

M. Faure, s'attachant surtout à l'étude de la pathogénie de la maladie d'Addison, résume les arguments d'anatomie comparée, d'expérimentation physiologique, d'anatomie pathologique qui lui font admettre que tous les symptômes de la maladie d'Addison sont l'expression d'une intoxication générale, agissant plus spécialement sur le système nerveux sympathique et coïncidant avec une lésion presque constante des capsules surrénales.

M. Mascarel étudie les lésions du rein et l'albuminurie chez les diabétiques, mais il insiste surtout sur les faits récemment signalés par Achard et Weil qui montrent que la glycosurie dans le diabète n'est pas nécessairement proportionnelle à la glycémie. On peut voir quelquefois une glycosurie légère coïncider avec une forte hyperglycémie : cette particularité peut être due à un défaut de perméabilité du filtre rénal. La perméabilité du rein joue donc un grand rôle dans le pronostic du diabète. Le meilleur procédé pour déterminer l'état de cette fonction est celui de MM. Achard et Castaigne par les injections sous-cutanées de bleu de méthylène. L'élimination des sucres injectés sous la peau (diabète fruste) peut être également retardée quand le rein fonctionne mal.

La perméabilité rénale doit être recherchée avec soin dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire, afin de s'assurer, dans le cas d'un résultat négatif, que celui-ci n'est pas dû à un mauvais état du rein.

Après l'ingestion d'une pilule de bleu de méthylène de 0 gr. 05, une élimination normale indiquera du même coup l'intégrité de la fonction du rein et celle de l'absorption gastro-intestinale, autre cause d'erreur non moins importante.

Quelquefois des quantités considérables de sucre ont été trouvées dans l'urine de sujets n'ayant que peu ou pas d'hyperglycémie. C'est là ce qu'on a décrit sous le nom de diabète rénal que trois théories cherchent à expliquer :

a) Excès de perméabilité du filtre rénal altéré dans sa fonction (Cl. Bernard).

b) Excitation spéciale de la cellule du rein par un principe irritant contenu dans le sang (Klemperer).

c) Arrêt de la fonction du parenchyme rénal qui normalement doit résorber le sucre amené par le sang (Senator). M. Mascarel conclui qu'on ne pourra affirmer l'existence de ce diabète rénal que lorsque l'expérience et l'observation l'auront prouvée d'une façon plus évidente.

Se basant sur deux observations, dont la principale, recueillie dans le service du Dr Feltz, à Saint-Denis, M. Perraudeau insiste sur l'action thérapeutique favorable du carbonate de lithine et de l'eau lithinée dans la goutte. Il conclut avec Bouchardat que l'action la plus manifeste de la lithine est d'éloigner les paroxysmes de l'accès de goutte aiguë et de modifier considérablement les manifestations diverses de la goutte chronique; pour que cette action se maintienne il faut que l'emploi de la lithine soit continué pendant de longs mois et dans une quantité considérable de véhicule; il estime qu'il n'y a pas à craindre la cachexie alcaline jadis redoutée par Trousseau.

D'après M. Blainville, parmi les nombreux médicaments utilisés pour procurer le sommeil aux malades, l'hypnal tient une place honorable. S'il y a lieu d'être réservé dans son emploi chez les cardiaques, le chloral ayant sur le cœur une action dépressive notable, en général tous les cas d'insomnie douloureuse sont amendés par l'usage du médicament.

L'action irritante sur le tube digestif est nulle; grâce à l'absence de saveur, l'administration du médicament est facile; enfin, à des doses moins élevées, la puissance active de l'hypnal est supérieure à celle du chloral.

Dans toutes les variétés d'insomnies douloureuses l'hypnal s'est montré efficace. Les tuberculeux, en particulier, sont soulagés avec des doses variant de un à deux grammes : les malades obtiennent ainsi un sommeil calme pendant lequel la toux est suspendue ou tout au moins considérablement diminuée.

Pour M. Hémet l'opothérapie surrénale est actuellement la seule thérapeutique rationnelle du syndrome addisonien, marque de l'insuffisance capsulaire.

Pour exécuter cette thérapeutique on peut s'adresser aux injections sous-cutanées d'extrait capsulaire, ou aux ingestions de capsules fraîches d'animaux jeunes, de veau, de préférence.

Les doses varient avec les susceptibilités individuelles. En tous cas le traitement doit être continué longtemps, très longtemps, avec quelques interruptions.

Les nombreux insuccès observés à la suite de l'application de cette méthode tiennent probablement à ce que l'extrait capsulaire n'est pas un, à ce que, suivant les méthodes de préparation. on obtient des substances toxiques différentes agissant différemment sur l'organisme, inégalement actives, et à ce que les effets physiologiques de cet extrait ne sont pas encore suffisamment connus. C'est donc encore à la physiologie qu'il appartient d'isoler les produits utiles, spécifiques, et de l'appliquer à la pathologie surrénale.

M. Baudoin rapporte dans sa thèse les résultats obtenus à la Pitié par M. le Dr Robin avec le fluorure d'ammonium dans le traitement des fermentations anormales de l'estomac.

Le fluorure d'ammonium agit sur les fermentations lactique, butyrique, acétique, non seulement en détruisant les ferments, mais encore en modifiant favorablement l'influence du suc gastrique sur la digestion des albuminoïdes et des féculents.

Son action microbicide n'est pas seulement passagère, elle paraît définitive comme le démontrent quelques observations.

Le fluorure d'ammonium n'a aucune action nuisible sur les ferments chimiques de l'estomac. Il est enfin parfaitement toléré et n'exerce aucune action toxique sur l'organisme.

Dans les sténoses cancéreuses du pylore, la pylorectomie peut entraîner, d'après M. Thiers, l'amélioration considérable de l'état général, se traduisant par l'augmentation de poids, la diminution de l'anémie, le retour de l'appétit et des forces, la facilité des digestions.

On note également la disparition des troubles subjectifs : douleur, vomissements, pituites, nausées, éructations fétides, sensation de pesanteur au niveau de la région épigastrique, et aussi la disparition ou atténuation notable de la dilatation et des autres troubles objectifs.

L'exploration de l'estomac à jeun démontre l'absence de liquide résiduel.

Généralement la digestion gastrique n'est pas améliorée. Elle reste ce qu'elle était avant l'opération, et l'examen du chimisme stomacal révèle une hypopepsie intense allant souvent jusqu'à l'apepsie. Cependant, lorsque le néoplasme extirpé était bien limité, les glandes sont encore actives, et l'on peut alors observer une amélioration manifeste de la digestion gastrique.

L'absorption au niveau de la muqueuse stomacale est normale. Il n'y a pas d'incontinence gastrique grâce à la tonicité et à l'élasticité du nouveau pylore. Les résultats sont d'autant plus favorables que l'intervention est plus précoce.

La pylorectomie est l'opération de choix dans les sténoses cancéreuses du pylore. Au point de vue des résultats éloignés elle est supérieure à la gastro-entérostomie. Mais elle n'est indiquée que si la tumeur est mobile, bien limitée et sans localisations ganglionnaires ou viscérales.

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi thérapeutique de l'eau bromoformée,

D'après M. le Dr Mathieu (1),

Médecin de l'hôpital Andral.

La causticité du bromoforme a jusqu'ici empêché dans une certaine mesure l'introduction de cette substance en thérapeutique.

Jusqu'ici, ce médicament n'a guère été employé que contre la coqueluche et il paraît diminuer l'intensité des quintes et la durée des accès. On le donnait en solution dans une potion alcoolisée ou sous forme de capsules; parfois, même, on se contentait de prescrire quelques gouttes de bromoforme dans un peu d'eau simple ou sucrée.

L'administration d'une substance caustique en nature ou en solution alcoolique a toujours le sérieux inconvénient d'amener facilement un degré plus ou moins accentué d'irritation stomacale. Le danger serait certainement très atténué si l'on employait la solution aqueuse.

M. Alb. Mathieu, aide de M. Renaud, pharmacien en chef de l'hospice d'Ivry, a déterminé d'une façon plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la solubilité du bromoforme dans l'eau et constaté que, sans être aussi grande que celle du chloroforme, cette solubilité est pourtant suffisante pour permettre d'obtenir une « eau bromoformée », contenant une notable proportion de ce produit.

Un litre d'eau distillée dissout environ 3 à 3 gr. 50 de bromoforme, soit 0 gr. 30 à 0 gr. 35 p. 100 ou 0 gr. 05 à 0 gr. 06 par cuillerée à bouche. La dissolution, il est vrai, s'effectue assez lentement; il faut une agitation un peu prolongée dans un flacon d'assez grande capacité et imparfaitement rempli pour arriver au degré de saturation indiqué, mais ce sont là des conditions faciles à réaliser.

Sous cette forme, le bromoforme pourra recevoir des applications nouvelles et être employé à doses suffisamment actives, puisqu'en somme 100 grammes d'eau bromoformée ne renferment que 30 à 35 centigrammes de bromoforme.

Indépendamment de son action presque spécifique dans la coqueluche, signalée par M. Marfan, où l'eau bromoformée pourra être avantageusement substituée au bromoforme pur, ce nouveau mode de préparation reconnaît les mêmes indications que l'eau chloroformée et peut être employé avec le même succès contre les douleurs stomacales et les vomissements, vomissements des tuberculeux en particulier.

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'oxygène saturées de vapeurs médicamenteuses,

D'après M. le Dr M. Lacroix (2).

D'une étude approfondie de 25 cas de coqueluche traités par les inhalations médicamenteuses, M. le Dr Lacroix croit pouvoir conclure que l'association de l'oxygène et de certaines substances antispasmodiques est capable de rendre les plus grands services aux petits malades :

1° En modifiant les quintes de toux, en diminuant leur nombre et leur intensité;

2° En évitant les complications : broncho-pneumonie, hernie, prolapsus du rectum, épistaxis, vomissements, constipations, selles fétides, etc.;

3° En fortifiant l'organisme, relevant l'état général et mettant cet organisme en état de résister à l'envahissement des maladies infectieuses si fréquentds après la coqueluche.

L'appareil qu'a employé M. Lacroix pour les inhalations est conforme au modèle qu'a préconisé le Dr Dutremblay. D'une très grande simplicité, il se compose d'un ballon renfermant l'oxygène et d'un tube en caoutchouc conduisant le gaz dans un saturateur. L'intérieur de ce saturateur est rempli de fragments de pierre ponce; un autre tube, terminé par un embout en os, est destiné à amener l'oxygène chargé de vapeurs médicamenteuses dans la bouche du malade. C'est la pierre ponce du saturateur qui recevra les médicaments cités ci-dessus c'est-à-dire le bromoforme, le bromure de camphre, l'eau de laurier-cerise.

Voici comment on procède pour charger l'appareil : après avoir placé la pierre ponce dans un récipient quelconque, un verre par exemple, on verse peu à peu, en agitant avec une petite baguette de verre les morceaux concassés de pierre ponce, une certaine quantité de bromoforme et d'eau de laurier-cerise.

On remet la pierre ponce dans le saturateur et à chaque couche différente on introduit en même temps une pincée de bromure de camphre. Lorsque la pierre emplit l'appareil, on a soin de placer avant le tube conducteur un tampon de ouate hydrophile, peu comprimé et destiné à arrêter soit les fragments de la pierre imbibée, soit les paillettes du bromure de camphre. Si l'on emploie le bromoforme on le dissout préalablement dans l'eau de laurier-cerise, on verse la solution goutte à goutte en agitant, comme ci-dessus. La quantité de médicament peut être variable, M. Lacroix met 10 grammes de chacun des produits.

Ainsi préparé et chargé, l'appareil est prêt et peut fonctionner pendant quatre jours.

On introduit l'embout en os du tube conducteur entre les dents de l'enfant, puis on presse sur le ballon d'oxygène. L'oxygène ainsi expulsé par pression traverse le saturateur, s'imprègne de vapeurs de bromoforme, de bromure de camphre et d'eau de laurier-cerise, et, de la sorte est introduit dans les voies respiratoires. Le mélange, d'un goût un peu désagréable, est cependant bien supporté par les enfants, qui le prennent sans difficulté. Dans un service de l'hôpital Trousseau, M. Coyon, qui a traité environ une centaine de coquelucheux de cette façon, n'a pas remarqué un dégoût trop prononcé de la part des petits malades, et la surveillante chargée du service nous affirme que les enfants subissent le traitement sans cris ni pleurs.

Le Dr Dutremblay se sert quelquefois d'un masque. Cette méthode peut être utilisée si l'enfant refusait de se soumettre au traitement.

Le saturateur peut rester quatre à cinq jours sans être retouché.

La quantité d'oxygène par jour est de 50 litres donnée à quatre périodes différentes de la journée.

12 litres le matin à 8 heures.

12 litres à midi.

12 litres à 4 heures du soir.

12 litres à 8 heures du soir.

Le traitement est donné indistinctement avant ou après la quinte, avant ou après le repas.

Le Dr Dutremblay fractionne les doses et donne quelques litres à inhaler après chaque quinte. C'est une méthode que que l'on peut suivre en ville, mais qu'il serait impossible de réaliser dans une salle de coquelucheux ou plusieurs malades ont des quintes en même temps.

Les enfants traités à l'hôpital Trousseau et dont la thèse de M. Lacroix contient les observations, ont reçu 50 litres par jour donnés deux fois le matin, deux fois le soir.

G. Maurange.

1. *Journ. de pharmacie et de chimie*, 1898, t. II, p. 191.
2. Thèse de Paris, 1898, n° 386.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Considérations sur les rechutes de la rougeole,

Par M. le Dr P. Vergely,

Professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Comby, dans son excellent article *Rougeole* du *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby, etc.) écrit que l'accord n'est pas absolu sur les intéressantes observations de rechutes de rougeole. C'est pour ce motif que j'ai cru pouvoir publier l'histoire d'un cas de rechute que j'ai suivi avec le plus grand soin et qui m'a d'autant plus frappé que dans l'espace de 31 ans de pratique médicale c'est le premier que je vois.

Le 10 avril, la petite Germaine B..., âgée de 10 ans, qui toussait depuis 5 à 6 jours, se met au lit avec un fort accès de fièvre. Le caractère de la toux, le catarrhe oculo-nasal, la rougeur et le gonflement des gencives, des amygdales et des piliers, quelques taches rouges sur le voile du palais me firent préjuger l'apparition de la rougeole qui se montra le soir au cou et à la face : la fièvre exanthématique avait été prise dans un couvent dans lequel la maladie sévit avec intensité comme dans toute la ville où l'épidémie rubéolique est actuellement très répandue.

Dans la visite que je fis à cette petite fille, je remarquai la plus jeune sœur Simone, âgée de 7 ans, qui toussait d'une façon si caractéristique (un type de toux férine) que je l'examinai et que je ne tardai pas à trouver comme chez sa sœur tous les prodromes de la rougeole. La fièvre éclata dans la soirée et le lendemain 11, je trouvai quelques taches sur le cou de Simone qui gagnèrent la face dans la journée.

Le lendemain 12, l'éruption se disséminait sur la poitrine, le ventre, les membres supérieurs, les membres inférieurs. Le 13, elle était complète ; très confluente à la face, plus discrète sur la poitrine, les membres, où on pouvait distinguer nettement la disposition en demi-cercle, en cercles qui se coupent, des papules rubéoliques assez saillantes à la face, à peine en relief sur les membres. Le voile du palais était également le siège d'une éruption, deux papules avaient le caractère hémorrhagique. Les amygdales, les piliers étaient rouges, desquamés, les yeux larmoyants, les éternuements, la toux très fréquents. Le 13, je constate comme les jours précédents que la peau est très chaude (la température n'a pu être prise, le thermomètre ayant été brisé), le pouls est à 130, l'auscultation révèle quelques râles sibilants, quelques ronchus disséminés. Le 16, un peu de desquamation apparaît à la face. L'exanthème a beaucoup pâli, mais néanmoins la toux persiste avec une certaine fréquence.

On laisse lever l'enfant dans la chambre, et le 19, le temps étant très beau, la petite fille est menée en promenade; l'enfant est gaie, s'amuse, mange, dort.

Le 21 avril la toux augmente tout à coup notablement, l'enfant éternue de nouveau, les conjonctives deviennent rouges; les jours suivants, tous les phénomènes s'accentuent, la fièvre se déclare, les nuits sont très mauvaises. Je vois la petite malade le 26. La peau est brûlante, le pouls à 130, les conjonctives très rouges, très sensibles l'obligent à fuir la lumière. Les gencives sont rouges, l'arrière-gorge également et je vois quelques petites taches disséminées sur le voile du palais, sur le cou également quelques points rouges. La toux est moins sèche et l'auscultation révèle quelques râles sous-crépitants des deux côtés.

Le 27 avril. Les taches se sont étendues sur le cou, la face et le tronc; le 28, l'éruption est en pleine évolution, très confluente et papuleuse à la face qui est boursouflée, elle est plus discrète au tronc, à l'abdomen où on trouve les demi-cercles, les cercles formés par la disposition des papules rubéoliques. Entre cette nouvelle éruption on voit encore quelques taches de la première éruption qui ont une teinte café au lait.

Par l'auscultation, on trouve des ronchus et des râles sous-crépitants disséminés dans la poitrine. Il y a toujours un peu de fièvre.

Le 29 avril. L'éruption a pâli sur le tronc et l'abdomen, mais elle est encore bien nette sur les bras et sur les jambes.

Le 30 avril. La nuit dernière l'enfant a beaucoup toussé, elle a vomi plusieurs fois, la toux a présenté des reprises qui ne laissent aucun doute sur l'apparition d'une coqueluche qui s'est confirmée les jours suivants.

Dans la première éruption, il y avait un peu de catarrhe intestinal, dans celle-ci, la constipation a dominé.

Le 1er mai. Les taches ont bien pâli, mais ne se confondent pas encore complètement avec celles de la première éruption; il y a une petite desquamation à la face et à la poitrine. A l'auscultation les râles sous-crépitants, les ronchus ont disparu, la respiration est sèche, rude. Les quintes de coqueluche sont assez fréquentes et accompagnées de vomissements.

Le 4 mai. Une petite desquamation très légère apparaît aux bras et à la face, elle est beaucoup moins importante que la première fois.

Je me crois en mesure d'affirmer que cette enfant a eu deux attaques successives de rougeole.

La première a été contractée dans un milieu rubéolique, elle a été précédée de prodromes d'une durée de 8 jours pendant lesquels se sont montrés des signes de catarrhe oculo-nasal, puis de l'irritation laryngo-bronchique, enfin une éruption caractéristique dans sa forme, dans son évolution, dans sa terminaison. Après un court répit, les symptômes oculo-nasal, laryngo-bronchique se reproduisent, puis 4 à 5 jours après une nouvelle apparition de l'éruption sur la muqueuse palatine, la peau de la face, du cou, de la poitrine; l'éruption est moins abondante sur les membres, sur le ventre, la desquamation est moins marquée que la première fois, mais,

elle laisse des taches rouges dont la teinte pâlie se distingue encore de la première poussée, enfin elle présente également un peu de desquamation.

Comment dénommer cette seconde éruption sinon la rougeole? L'enfant n'avait pris ni chloral, ni antipyrine, ni belladone, ni quinine, ni iodure, ni aucune de ces substances toxiques qui s'éliminent par les glandes sudoripares et sébacées et produisent des éruptions. Ce n'est ni la marche, ni la figure de ces exanthèmes. La fièvre était plus intense; nous n'avons pu malheureusement nous procurer le tracé thermique; mais elle était manifeste par la fréquence du pouls, la chaleur à la peau et divers symptômes nerveux.

Je ne puis m'attarder à différencier cette éruption de la grippe avec éruption rubéoliforme simulant la dengue, ni de la scarlatine ni de l'érythème papuleux fébrile. Ces éruptions ont des caractères trop particuliers pour qu'on puisse les confondre avec la rougeole *pendant toute son évolution*.

Avec la roséole, la rubéole le diagnostic peut être hésitant quand on a affaire à une forme grave où l'éruption est très abondante, la fièvre intense. Mais dans la rubéole, qu'on peut confondre plus facilement avec la rougeole, l'invasion suit de très près les symptômes oculonasaux, qui n'ont pas l'intensité qu'ils ont présentée chez notre malade, de plus l'éruption est souvent polymorphe scarlatiniforme, papuleuse; il y a des ganglions auriculaires ou sous-maxillaires.

Chez notre petite malade l'éruption a été deux fois très régulière, avec les prodromes, les allures, la forme qui caractérisent la rougeole, sans qu'il pût y avoir de doutes.

Si j'insiste sur l'identité des deux éruptions, c'est qu'à côté des médecins qui admettent avec une extrême facilité les *récidives* de la rougeole, il en est d'autres qui ne les acceptent qu'avec une extrême réserve et d'autres pas du tout.

Tout d'abord, il importe, comme l'a fait E. Gintrac, de distinguer les *récidives et les rechutes*, si on veut comprendre les divergences d'opinions qui séparent les médecins qui se sont occupés de ce sujet.

« A courts intervalles, c'est la même origine toxique, l'élimination de l'agent infectieux n'a dû s'opérer qu'en deux ou trois temps... Mais ce travail pathologique s'est accompli dans le courant de la même épidémie... Son origine reste unique, et bien que les effets dont il se compose se montrent divisés et successifs, il n'en sont pas moins identiques et étroitement liés entre eux. » C'est la rechute.

« Lorsque la rougeole ne reparaît qu'après un long intervalle et dans le cours d'une autre épidémie, c'est alors une « véritable récidive (1). »

Cette distinction a lieu d'être maintenue. Le Dr Espine l'a également faite (2). Dans le *Traité des maladies des enfants* de Barthez et Sanné (3), dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Comby (4), Sanné dans son article « Rougeole » du *Dict. encyclopédique des sciences médicales* (5), dans la communication récente de MM. Chauffard et Lemoine (6) et dans bien d'autres travaux qu'il serait trop long de citer on n'a pas fait la distinction entre rechute et récidive : de là des contradictions, des divergences d'opinion qui ne tiennent qu'à la différence des termes employés.

1. *Cours théorique et clinique de pathologie int. et de thérapie médicale*, t. IV, Germer-Baillière, 1859, p. 448.
2. *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 4e éd., 1895, p. 73.
3. L. Barthez et A. Sanné, 3e édit., p. 48.
4. *Traité des maladies de l'enfance*, Grancher, Comby, Marfan. Paris, Masson, 1897, p. 167.
5. T. V, troisième série, p. 408.
6. *Société médicale des hôpitaux*, 23 déc. 1895.

On reconnaît d'une manière générale que la récidive et la rechute de la rougeole sont peu fréquentes.

Rosen de Rosenstein écrit : Plusieurs médecins prétendent cependant qu'on peut avoir cette maladie deux ou trois fois. Depuis 44 ans que j'exerce la médecine, je n'ai pas vu un seul exemple de récidive (1). Baron également. Willan affirmait aussi qu'après avoir observé pendant 20 ans avec attention les fièvres éruptives, il n'avait pu constater un seul exemple de récidive. Paumier a attesté qu'aux îles Feroë les individus qui avaient eu la rougeole en 1781, en furent préservés en 1846 (*in* Gintrac). On sait que cette épidémie fut extrêmement considérable. Importée par un matelot danois, qui infecta ceux qui le soignaient, la maladie ne tarda pas à se propager à tous les habitants de l'île et 6 000 sur 7 000 environ sans distinction d'âge, ni de sexe furent frappés par l'exanthème.

J'ai questionné un certain nombre de mes confrères, et moi-même, en 30 ans de médecine, pas plus qu'eux jusqu'à l'observation que j'ai rapportée plus haut, je n'avais vu ni eux non plus ni rechute, ni récidive de rougeole.

Barthez et Sanné tiennent pour suspects les cas de récidive de rougeole (*loc. cit.*, p. 48). Comby (*loc. cit.*, p. 167) est d'avis « que la rougeole ne récidive généralement pas. Une première atteinte confère l'immunité pour la vie entière. Cependant on a cité des cas de récidive qui semblent incontestables; sans les récuser tous, il est permis de dire que la plupart s'expliquent par des erreurs de diagnostic. Je ne les nie pas, ajoute Comby, mais je dois déclarer que je n'en ai pas vu encore un seul cas. »

Béclère les met en doute et Siredey, malgré l'encombrement de son service, pendant plusieurs mois, n'a pas vu un seul cas de rechute.

Comment accommoder ces affirmations émanées de médecins compétents, habitués à voir beaucoup d'enfants atteints de la rougeole avec celles d'autres médecins également très attentifs qui affirment, comme Trojanowski, avoir observé 7 p. 100 de récidives, ou comme M. Eonnet d'Auray qui sur 1 500 rougeoles en a observé très attentivement 300 et a vu 122 cas de récidive (2)?

Il nous semble résulter de la comparaison de ces opinions contradictoires : 1° que la récidive et la rechute de la rougeole sont peu fréquentes; 2° que la récidive est beaucoup plus rare que la rechute. Nous regrettons à ce point de vue d'être en désaccord avec notre ami le professeur Dieulafoy, qui dit dans son excellent *Manuel de pathologie int.* (10e édition 1897, t. IV, p. 87) : « Une première atteinte de rougeole confère généralement l'immunité; toutefois la rougeole peut récidiver à plusieurs années de distance, tandis que la rougeole ne rechute pas comme la fièvre typhoïde, la rechute étant la reprise de la maladie quelques jours après la guérison apparente. »

E. Gintrac (*loco citato*) regarde au contraire la rechute comme plus fréquente que la récidive, il cite comme ayant observé des récidives du sixième au huitième jour, (*Act. reg. soc. Haus.*, t. I, p. 237), Guersant (*Gaz. des hôp.*, t. VII); du dixième au quinzième jour, Bang, Seymour et Chinnock (3), Le Barillier (*J. de médecine de Bordeaux*) (12 cas), 1856, Hecquet. Lowy avait vu la rou-

1. *Traité des maladies des enfants*, Goulier, an MDCC LXXVIII, p. 255.
2. Remignard, *Rechutes et récidives de la rougeole*, Paris, 1897, n° 426.
3. Guyon, *Lectures on eruptive fevers*, New-York, MDCCCII, p. 124. Guyon dit que Willan a noté le premier cette circonstance, puis Frank de Vienne, Cosmoly, et, à Brompton-hospital : Seymour et Chinnock.

geole redoubler, la seconde apparition était plus forte que la première; il parle même d'une troisième apparition.

Ces trois éruptions ont été constatées par Van Dieren à Gavre (Hollande) chez un enfant qui eut une première atteinte en février, la seconde en mars, la troisième dans le mois d'avril.

E. Gintrac a vu des secondes apparitions chez une famille de 6 personnes; 15 jours après chez la plus âgée, 3 semaines chez une de 12 ans, 4 semaines chez une petite fille, et au bout de 2 mois chez une autre petite fille. Valleix a cité un cas où il aurait eu quatre rechutes : la mère en aurait vu trois, Valleix une. C'était se montrer peut-être un peu trop assuré de l'exactitude du diagnostic de la mère.

Rémignard (thèse, p. 16), d'après Thomas de Fribourg, cite les noms de Von Düben, Malmsten Lippe, Seide, Stilling, Wendt, Steiner, Wunderlich, Stiebel, Kassowitz, Spiess, Bohn, Henoch, Senator, Streng, etc., en Allemagne; il relève les noms d'Ager, de Byrne, C. Feulayson, Haig, Brown, J. Hudson en Angleterre; Giovanardi Movetti en Italie; Guersant et Blache, Dubosq de la Roberdière, Cazenave, Bez, Valleix, Dumas, Morel-Lavallée, Charles Leuzet, Josias, Simon, H. Barbier, etc.(1) qui ont publié des observations de rechutes, de récidives de la rougeole.

Le grand nombre des médecins qui ont affirmé et rechutes et récidives de la rougeole ne laisse aucun doute sur l'exactitude du fait, néanmoins, quand on veut examiner les observations de près, beaucoup échappent à la critique parce qu'elles sont trop brièvement décrites et qu'on n'a pas la preuve que toute cause d'erreur a été écartée.

On s'explique ainsi comment la rechute, la récidive si fréquente pour les uns est si rare pour les autres, suivant que les observateurs se sont montrés pas assez ou trop rigoureux.

Ch. Leuzet met en doute une de ses propres observations.

Béclère conteste les observations de Chauffard et Lemoine (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 décembre 1895) qui dans une épidémie ont observé 11 cas de rechutes de rougeole. Béclère croit que ces rechutes de rougeole sont des rubéoles. « Ces deux maladies ne se distinguent l'une de l'autre, ajoute-t-il, que par la filiation des accidents. »

Si la première rougeole ou la seconde rougeole ont été anormales dans leur évolution, la filiation des accidents sera de peu de secours. Quant à l'inflammation des ganglions sous-maxillaires et des ganglions cervicaux, elle se rencontre fréquemment dans la rubéole, mais on la voit très bien se produire dans la rougeole quand l'exanthème buccal et pharyngé a été très accentué.

Si on ne veut pas admettre que dans la rubéole l'éruption est moins étendue, confluente, surtout à la face, que les manifestations laryngo-bronchiques sont moins intenses et qu'enfin cette éruption ne donne pas *le tableau, l'impression, la vue* de la rougeole, le diagnostic devient singulièrement difficile, particulièrement dans la rougeole légère, et il sera toujours facile de dire des cas de rechutes et de récidives, la première éruption était une rougeole, la seconde une rubéole ou l'inverse.

1. On pourrait augmenter la bibliographie assez complète de Rémignard en y joignant les observations qu'on trouve émises dans divers recueils : Rapid recurrence of measles, nov. 3, Byrne Preston, (p. 1013 *British med. Journal*); — Measles developped twice in a month, G. Kesswil, 24 ja. 14 p. (*Lancet*, t. I, p. 43); — Les observations de Moore More, Trojanowsky, Tucker et Wertheimer (*Bulletin méd. du Nord*, Lille, 1882, p. 359, etc.).

Dans la même séance Bucquoy, dont l'expérience et le savoir ne peuvent être mis en doute, a affirmé qu'il ne partageait pas l'opinion de Béclère et qu'il était convaincu que la rougeole pouvait récidiver.

Quand une observation n'a pas été prise et qu'elle est construite à l'aide de souvenirs, on comprend un peu de confusion, un défaut de précision dans le détail qui doit la faire rejeter, mais quand elle a été bien suivie, que 4 à 5 jours séparent à peine la première attaque de la seconde, c'est plus difficile à moins de substituer à l'observation son imagination.

Il serait nécessaire que les observations fussent publiées avec détail pour qu'on pût critiquer l'exactitude du diagnostic et qu'on pût établir l'histoire des rechutes sur des bases sérieuses.

Les rechutes se sont montrées du 6e au 10e, du 10e au 15e jour, 3 semaines (Gintrac), 2 ou 3 semaines (Aufz), 3 à 4 semaines (Bohn), nous-même au bout de 14 jours. Dans les 11 observations de Chauffard et Lemoine, la rechute survient le 14e jour, le 15e, le 17e, le 20e, le 22e, le 26e, le 30e, et le 40e jour.

En somme, du 6e au 60e jour, on peut voir survenir des rechutes.

Il n'est guère possible de dire si dans les cas de rechutes, les prodromes se sont montrés semblables dans les deux atteintes. Chez notre petite malade le fait a été très net. C'est ce qui est arrivé dans les observations I, II, dans l'observation de Sevestre (thèse Remignard), dans les faits rapportés par Feltz (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1896, p. 1003), par Eonnet d'Auray (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1896, p. 1033).

Tantôt les manifestations sont identiques dans les deux atteintes, comme les auteurs cités précédemment l'ont vu, tantôt la première est très grave, la seconde est bénigne (Gintrac); mais le contraire a aussi lieu, comme l'ont vu Lorry, Eonnet d'Auray (dans les observations 2 et 4), Feltz (observation 1), Charles Leuzet, Guinon (observations 1, 3 et 4 de la thèse de Remignard).

Il serait donc imprudent de s'appuyer sur une première atteinte de l'exanthème pour croire que la seconde sera plus bénigne que la première; n'en est-il pas d'ailleurs souvent ainsi dans la plupart des récidives des maladies infectieuses?

Chauffard et Lemoine ont cru devoir attribuer ces rechutes à l'encombrement, mais malgré l'encombrement Siredey n'a pas vu de rechutes.

Dans les faits cités par bon nombre d'auteurs, il n'est pas question d'encombrement, la réinfection exogène n'est guère probable, c'est plutôt une auto-réinfection. Comme l'a dit Bucquoy (*Soc. méd. des hôpitaux, loco citato*), il s'agit probablement dans ces cas d'une évolution anormale du germe morbilleux qui, au lieu de se faire en un seul temps se fait en plusieurs stades, comme cela arrive quelquefois dans la fièvre typhoïde.

On admet, pour d'autres microbes, que l'augmentation, le développement des bactéries cessent quand le terrain n'est plus propre à la reproduction, quand la phagocytose a arrêté les effets des microbes ou quand l'organisme a subi une sorte de vaccination, mais s'il n'y a eu ni vaccination, ni phagocytose la repullulation bactérienne peut très bien se reproduire, quand les matières infectantes ont été emportées ou oxydées et que le terrain renouvelé par la nutrition devient propre à la culture.

La fièvre intermittente, la fièvre à spirilles sont des types de rechutes quand le sang devient de nouveau propre au développement des hématozoaires, mais l'ana-

logie ne saurait être poussée plus loin, car nous ne pouvons comparer l'évolution des hématozoaires qu'on connaît assez bien et dont on a pu étudier la morphologie avec celle du microbe de la rougeole qui n'est pas encore connue.

La pathogénie de ces rechutes est donc encore un problème à résoudre, il n'est même pas possible de dire avec des documents certains lequel est le plus fréquent de la récidive ou de la rechute : ce sont les seules conclusions que nous pouvons donner aux considérations qui précèdent (1).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er Octobre 1898.

Résection du sympathique dans l'épilepsie expérimentale.

M. Laborde communique les résultats de ses expériences relatives à l'influence de la section du grand sympathique sur l'épilepsie.

Dans une première série d'expériences M. Laborde a sectionné, à des cobayes, les deux sympathiques; puis au bout de 6 semaines, lorsque la plaie était complètement cicatrisée, il faisait une section du sciatique. Il a pu constater que dans ces conditions l'excitation de la zone épileptogène donne lieu à des accès épileptiformes aussi violents que chez les animaux n'ayant pas subi préalablement la section ou plutôt la résection des deux sympathiques.

Dans une autre série d'expériences M. Laborde pratique d'abord une hémi-section de la moelle, et au bout de quelque temps la résection des sympathiques. Dans ces conditions on constate une atténuation considérable des accès épileptiformes, en même temps que la zone épileptogène se transporte du côté opposé à l'hémisection de la moelle. Les accès d'épilepsie que provoque l'excitation de cette zone sont également atténués.

Infection thyroïdienne expérimentale par le bacille typhique.

MM. Roger et **Garnier**. — Pour réaliser expérimentalement des infections de la glande thyroïde, nous avons imaginé le procédé suivant : nous plions la carotide primitive à sa partie supérieure et nous poussons l'injection à contre-courant au moyen d'une canule introduite dans ce vaisseau. Les microbes se trouvent portés par le courant sanguin dans la glande thyroïde, à travers l'artère thyroïdienne supérieure qui, chez le lapin et le cobaye, naît à ce niveau.

Nous avons pu, par ce moyen, pratiquer des infections de la glande thyroïde avec le bacille typhique en injectant, soit dans une seule carotide, soit dans les deux. Dans les cas aigus on trouve la glande très congestionnée, les vaisseaux sont atteints d'endartérite, et il y a des hémorrhagies dans le parenchyme, les vésicules sont altérées, les cellules se détachent de la paroi et se colorent mal. De plus on trouve des nodules formés par des leucocytes réunis en amas.

Quand la survie est plus longue, les lésions portent surtout sur les vaisseaux et sur le tissu conjonctif intervésiculaire qui est gonflé et parsemé de nombreux leucocytes. Enfin dans les cas chroniques, quand la survie atteint 1 mois, on trouve une véritable sclérose thyroïdienne avec disparition d'une grande partie des vésicules. Ces lésions, par infection directe de la glande, sont à rapprocher de celles que l'on observe dans presque toutes les infections, aussi bien chez l'homme que chez l'animal, et que nous décrirons bientôt. On est en droit de supposer qu'elles rendent compte de certains symptômes et qu'elles expliquent quelques-unes des manifestations qui survivent à la maladie.

Mycose pulmonaire spontanée chez le lapin.

M. Lévaditi. — Le poumon est assez souvent envahi par des champignons du genre aspergillus. Les lésions produites par ces ascomycètes sont variables; fréquemment elles rappellent le tubercule produit par le bacille de Koch, ce qui explique le nom de pseudo-tuberculose donné à la maladie.

Chez le lapin on a étudié l'aspergillose pulmonaire expérimentale. Les lésions constatées étaient presque identiques, d'après Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Rénon, Ribbert, aux productions caractéristiques du bacille de Koch.

J'ai eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire du professeur Bouchard un cas d'aspergillose pulmonaire spontanée chez le lapin. Des nodules péri-bronchiques de la grosseur d'une lentille étaient répandus dans les deux poumons et surtout vers la base. L'examen histologique permit de constater au centre d'une bronche un mycélium d'aspergillus abondamment ramifié et dont les branches terminales formaient des touffes en forme de pinceau. Autour de la paroi bronchique, le parenchyme présentait des lésions de pneumonie lobulaire circonscrite avec cette particularité que les noyaux fragmentés des éléments embryonnaires infiltrant les cloisons alvéolaires ou remplissant les alvéoles, formaient des gouttes hyalines, assez souvent de dimensions considérables. Par ce fait, le tissu nécrobiosé avait un aspect particulier tout différent de ce qu'on trouve dans les tubercules caséifiés du bacille de Koch. Le nom de broncho-pneumonie aspergillaire conviendrait mieux à cette maladie spontanée du lapin que celui de pseudo-tuberculose.

En outre, j'ai vu quelques filaments mycéliens séparés du mycélium central, s'entourer de véritables crosses en relation avec leur membrane, et disposées en rosace, comme celles de l'actinomycose. Il s'agit probablement de cette forme actinomycotique de l'aspergillus, décrite par Lichteim, Ribbert et Rénon.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Janvier-Juin 1898.

Ostéomyélite retardée du radius chez un enfant de trois ans.

M. Leroy présente deux séquestres enlevés chez une enfant de 3 ans. La mère de cette petite fille a eu une sacro-coxalgie. Quant à la malade elle-même, elle a fait la coqueluche, la rougeole et elle présente de la blépharite ciliaire. Il y a un an, chute sur le poignet. On applique sur la tumeur qui s'y forme une pommade iodurée; il n'y a pas formation d'abcès, pas de fièvre, mais le radius reste hyperostosé. A son entrée à l'hôpital, outre cette hypertrophie de l'os, la main est déviée en dedans en main bote; les mouvements passifs et actifs sont conservés.

L'opération est faite le 7 juin par M. le professeur Duret. Après une incision à la partie externe de l'avant-bras, pour éviter la blessure des tendons, le périoste est décollé. On creuse alors une gouttière dans la face antérieure de l'os hyperostosé et on enlève deux séquestres. Les suites opératoires sont normales. On avait affaire à de l'ostéomyélite retardée : il y avait eu d'abord inflammation, puis hyperostose, mais jamais de suppuration. La marche de l'affection a été retardée. Les fongosités n'ont pas été analysées.

Angio-lipome du tibia.

M. Lucas présente un sarcome pulsatile enlevé par M. Duret chez un homme de 64 ans. Cet homme avait fait une chute il y a 14 ans et ressentait depuis lors une douleur assez intense dans le pied gauche. Cinq de ses frères sont morts de néoplasme.

A son entrée à l'hôpital on trouve une hypertrophie du pied avec œdème, et sur le tibia une tumeur sessile de la grosseur

1. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août 1898.

d'un œuf de poule, animée de battements réguliers et faisant entendre un souffle doux.

On porte le diagnostic d'ostéo-sarcome pulsatile et l'on fait la désarticulation du genou. A l'examen de la tumeur on trouve les tissus voisins normaux et le tissu osseux complètement disparu sur une étendue de 7 centimètres.

M. Augier a examiné la tumeur et en a fait un sarcome à myéloplaxes. C'est là un cas très rare.

M. Lucas fait l'historique des anévrysmes artériels des os.

M. Duret. — Les coupes faites par M. Augier montrent un grand nombre de vaisseaux capillaires allant en tous sens et remplis de globules rouges : c'est une tumeur à vascularisation intense sans cavernes. Dans l'intervalle des capillaires pas de tissu conjonctif ni vasculaire, mais des vacuoles avec une membrane anhyste et des globules graisseux très hypertrophiés. C'est bien là un angio-lipome.

L'hypothèse la plus probable c'est que l'on se trouve en présence d'une tumeur anévrysmatique des os où le tissu sarcomateux est réduit au minimum. Les rares cellules sarcomatiques se sont transformées en cellules adipeuses. Cette tumeur a un certain degré de malignité par la douleur qu'elle provoquait, l'impotence où elle mettait le malade et une tendance à l'augmentation de volume. Certains points de la périphérie de cette tumeur, en voie de progression, commandaient l'intervention.

C'est la première fois que M. Duret rencontre une pareille tumeur.

Cancer primitif des ganglions de l'aine.

M. Duret a pu observer une femme de 55 ans, ayant dans l'aisselle une tumeur du volume du poing, adhérente aux parties profondes, diffuse et de consistance dure. Il n'y avait aucune lésion du sein : cela a été vérifié au cours de l'opération. Rien dans le thorax ; pas grand'chose dans les ganglions cervicaux. On avait donc affaire à une tumeur primitive des ganglions. A la coupe, tissu dur avec peu de suc : c'était du cancer. L'opération avait été laborieuse, mais le résultat fut bon.

Plus tard, M. Duret observa dans sa clientèle privée un homme de 60 ans, porteur dans l'aisselle d'une tumeur du volume d'un gros œuf d'autruche, et l'on ne trouva aucune lésion des organes ou tissus environnants.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 55 ans qui, depuis six mois, avait dans l'aine une tuméfaction d'aspect fusiforme, du volume du poing, se terminant en bas au niveau de la saphène, en haut au niveau de l'arcade crurale. L'opération est décidée, et une incision en H mène sur la tumeur, qui adhère directement à la gaine des vaisseaux fémoraux sur une étendue de huit à dix centimètres. La tumeur est enlevée de bas en haut, mais la gaine fémorale est dégénérée et cancéreuse ; sur les vaisseaux se voit un vernis néoplasique qu'il est impossible d'enlever. Pas la moindre lésion vers l'anus, le rectum, les organes génitaux, les viscères, la cuisse ni vers le pied. On a donc affaire à une tumeur primitive des ganglions inguinaux. A la coupe, tissu uniforme de teinte blanc grisâtre sans zone de caséification. L'examen histologique fait rentrer cette tumeur dans le groupe des lympho-sarcomes.

Dans le cancer primitif des ganglions on peut rencontrer : 1° des lymphomes et des lympho-sarcomes ; 2° des sarcomes purs ; 3° des épithéliomas à structure spéciale, et beaucoup pensent alors que l'on est en présence d'endothéliomes. Il n'est pas douteux qu'il y ait des tumeurs primitives des ganglions, comme le prouvent du reste quelques autopsies. Ce qui est curieux c'est de voir le cancer se jeter d'abord sur le ganglion, car habituellement il débute par une muqueuse et n'envahit qu'ensuite les groupes ganglionnaires. Cette invasion inaccoutumée fait penser qu'on a affaire à un microbe ou tout au moins à des parasites. On peut admettre l'hypothèse d'une plaie ancienne ayant permis la pénétration dans l'organisme.

Arthrite pneumococcique consécutive à une pneumonie.

M. Flament cite le cas d'un homme de 52 ans, balayeur, qui eut, le 26 novembre 1896, un point de côté à droite avec frissons. Dix jours après, il entrait à l'hôpital pour une pneumonie bien caractérisée. Le genou droit est un peu gros, mais les culs-de-sac ne sont pas distendus ; il n'y a pas de choc rotulien : le malade sait marcher. On cherche dans les antécédents du malade et l'on trouve deux attaques rhumatismales. Le lendemain, le malade se plaint n'avoir pu dormir, par suite de douleurs violentes au genou droit. A l'examen de cette articulation on trouve un épanchement caractérisé par la sensation de flot et un lacis veineux latéral. La température est de 38°. On fait alors une ponction exploratrice qui donne 1/2 cent. cube de sérosité se coagulant immédiatement. L'examen microscopique de ce liquide démontre l'existence de pneumocoques. En interrogeant plus soigneusement le malade on apprend alors qu'il a fait, il y a 9 mois, une chute sur le genou droit : on fit alors une ponction exploratrice ce qui ramena du sang.

Le 28 novembre, le genou est rouge violacé. La ponction avec le Potain ne donne rien, le trocart étant obstrué par le pus. L'ouverture de l'articulation donne issue à 150 centimètres cubes de pus verdâtre qui est du pus à pneumocoques. Le 1er décembre, il y a guérison du foyer pulmonaire, mais le genou donnant encore du pus en assez grande quantité, le malade est envoyé en chirurgie, où l'on fait successivement un curetage et une résection. Actuellement, le malade a une soudure osseuse avec deux petites fistules dues probablement à quelques points d'ostéite.

Urticaire des muqueuses.

M. de Moncan présente l'observation d'une femme de 21 ans qui, jour et nuit, ressent, sous forme de crises, des picotements vers les yeux. La conjonctive palpébrale est œdématiée ; un peu de photophobie et de larmoiement. En même temps il existe de la chaleur vers la tête, de la douleur vers les vertèbres et une sensation d'étouffement. La parole est gênée. Cet accès dure une demi-heure. La malade a rarement 2 accès consécutifs. Quelquefois le début a lieu par la muqueuse labiale.

L'étiologie est vague, on ne trouve rien dans les antécédents. On a institué un traitement symptomatique par l'atropine.

M. de Moncan termine en faisant l'historique et le traitement de l'urticaire des muqueuses.

Contusion violente de l'abdomen.

M. Lohéac présente un bassin et une vessie provenant de l'autopsie d'un homme de 42 ans, mort dans le service de M. Duret. Cet homme avait reçu sur lui un fort cheval. Il put se relever et regagner son domicile, mais, le lendemain, il était amené à l'hôpital. A son entrée, on note une ecchymose de tout l'abdomen, avec une douleur sans localisation bien nette. La flexion des cuisses sur le bassin, très douloureuse et presque impossible, fait penser à une fracture du pubis. L'urine du malade est limpide ; il n'y a pas de douleurs au périnée. La température est de 37°2. On ordonne de la glace sur le ventre, des injections de morphine et des boissons froides.

Trois jours après, le pouls du malade s'est affaibli. Pas de selles. Le soir, en s'approchant de son lit, on perçoit une odeur urineuse. Le pouls est petit, à 110. On trouve une voussure dans la fosse iliaque gauche et de l'œdème des cuisses et du périnée. Le malade n'a pas uriné et il est impossible de le sonder. Il y a infiltration d'urine, et M. Duret est appelé d'urgence. Devant l'impossibilité absolue de sonder le malade, M. Duret se décide à pratiquer une cystostomie sus-pubienne. A l'ouverture de la paroi jaillit un flot de liquide citrin, d'odeur urineuse. On ne trouve pas de rupture de la vessie. Le cathétérisme rétrograde étant impossible, on place dans la vessie deux tubes de Périer. On pratique ensuite, sur l'abdomen et la partie supérieure des cuisses, de nombreuses incisions qui laissent écouler un peu de liquide citrin.

Le lendemain, 24 juin : il s'est écoulé beaucoup de liquide par les incisions cutanées. Pas de selles depuis cinq jours. Le ventre est douloureux et des vomissements sont apparus. Des lavements purgatifs ont été donnés, mais sans résultats.

Le 25, le malade a une selle assez copieuse après un lavement purgatif. Quatre jours après l'intervention, le malade meurt en présentant une aggravation de tous les symptômes précédemment décrits.

L'autopsie est pratiquée 24 heures après la mort. A l'ouverture du thorax quelques adhérences des poumons et un peu de congestion pulmonaire gauche.

L'abdomen est distendu par un litre et demi de liquide brunâtre ne sentant pas l'urine. Sur toute la surface de l'intestin, congestion assez intense. En déroulant les anses intestinales on rencontre, à 70 centimètres du pylore, une plaque de sphacèle. Vers le milieu de l'intestin grêle, sur la convexité d'une anse, existe une perforation circulaire avec adhérences périphériques. Dans la fosse iliaque droite on trouve des caillots sanguins, et sur le cæcum quelques parties sphacélées. Il n'y a pas de déchirure péritonéale, mais vers la symphise se voit un abcès urineux.

La vessie et l'urèthre, enlevés en totalité, ont été ouverts sur toute leur étendue. M. Lohéac montre l'urèthre ayant à l'extrémité de sa portion membraneuse, un rétrécissement en canal. Il présente la vessie, avec, sur sa face postérieure et latérale droite, une rupture de 6 millimètres de long sur 7 millimètres de large; un peu en arrière de celle-ci, une autre rupture d'un centimètre de long sur 3 millimètres de large; et, en différents endroits, des déchirures de la muqueuse. Dans le flanc gauche, hématome assez volumineux provoqué par des lésions des vaisseaux, lésions qui n'ont pu être retrouvées à l'autopsie.

M. Lohéac présente aussi le bassin osseux avec écartement de la symphyse et, à droite d'elle, une fracture oblique de la branche horizontale du pubis continuée par une autre fracture sur la branche descendante du pubis. De plus, il y a disjonction des deux articulations sacro-iliaques, prononcée à droite. La rupture de la vessie ne dépend pas de cette disjonction mais bien plutôt a eu lieu par éclatement. Toutes les autres lésions sont de même indépendantes des lésions osseuses.

Ostéomyélite prolongée. Pus d'anciens abcès.

M. Besson relate l'histoire clinique d'un homme de 39 ans qui, à l'âge de 7 ans, après un coup reçu sur le tibia, eut de la fièvre et fit probablement une ostéomyélite aiguë. Il guérit par ankylose du pied. A la suite de cette affection le malade ressentait d'assez vives douleurs après fatigue et il avait de petits abcès laissant s'échapper de petits séquestres.

Il y a 4 ans, les abcès devinrent plus nombreux et forcèrent le malade à s'aliter. Il y a 6 mois on dut faire la trépanation de l'os. Le tibia était en massue et laissait écouler du pus blanc crémeux.

M. Bosquier a trouvé dans le pus de ces abcès intra-osseux datant de 30 ans des staphylocoques. Il a coloré par le Gram et par le violet phéniqué et il a obtenu des grains très colorés et d'autres peu colorés : voilà déjà un signe de pus ancien. Il a ensemencé sur agar-agar et a eu, au bout de 24 heures, une culture assez abondante de staphylocoques en colonies presque pures. Il en montre une à la société.

Cette observation est assez intéressante car elle nous montre : 1° la présence de microbes dans le pus d'une lésion datant de 30 ans; 2° la vitalité des staphylocoques.

Ce fait n'est pas sans prédédent : il est à rapprocher d'un fait du même genre rapproché par Jaboulay (de Lyon).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 Juillet 1898.

Uréthrotomie.

M. Sonnenburg a eu l'occasion d'opérer dans le courant de 6 dernières années 33 rétrécissements de l'urèthre dont 32 chez des hommes. Sur ces 33 rétrécissements, 24 étaient d'origine gonorrhéique, 6 d'origine traumatique et 3 d'origine inflammatoire.

Chez 22 malades M. Sonnenburg a fait la boutonnière péri néale, chez 5 l'uréthrotomie interne, chez 3 l'uréthrotomie interne et externe à la fois, chez 3 le cathétérisme postérieur. Pour ce qui est des indications de chacune de ces opérations, M. Sonnenburg emploie l'uréthrotomie interne dans les rétrécissements multiples ou très longs; par contre, dans les rétrécissements aux masses calleuses volumineuses il a recours à l'uréthrotomie externe. L'hémorrhagie dans l'uréthrotomie interne est ordinairement modérée.

Sur les 33 opérés, 4 ont succombé, un à la tuberculose miliaire, un autre à la septicémie, le 3e à l'urémie, le 4e au collapsus. Chez 24 la guérison a été définitive.

M. Körte recommande de traiter les rétrécissements par la dilatation forcée sous le chloroforme. L'uréthrotomie interne expose à l'infection.

Plaies accidentelles des uretères.

M. Kruger a communiqué deux cas de plaies accidentelles de l'uretère au cours des opérations gynécologiques.

Dans le premier cas il s'agissait d'un kyste de l'ovaire intimement soudé à l'uretère. Bien qu'on s'aperçût de l'accident, il a été impossible de suturer les deux bouts de l'uretère dont il manquait 8 à 10 centimètres. On fit la néphrectomie.

Dans le second cas le même accident est arrivé au cours d'une intervention pour salpingite. On ne s'en aperçut qu'au bout de 8 jours. Quatre semaines plus tard, se forma une fistule urinaire. Ici encore on a été obligé de faire la néphrectomie.

M. Israël a fait deux fois la néphrectomie pour plaies de l'uretère. Dans un troisième cas, où il s'agissait d'une annexite, la fistule urinaire se forma spontanément au bout d'un certain temps.

M. Rinne a également observé un cas de guérison spontanée d'une fistule urinaire consécutive à une plaie de l'uretère.

Tumeurs rares du testicule.

M. Muhsam a trouvé, au cours d'une opération pour hydrocèle, une tumeur des dimensions d'un haricot qui siégeait sur la vaginale. Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, cette tumeur n'avait pas de structure mais était un adénome et renfermait des cavités tapissées de cellules épithéliales.

La seconde tumeur, des dimensions d'un œuf de poule, occupait le testicule d'un garçon de 13 mois. A l'examen histologique on trouva dans cette tumeur du tissu sarcomateux et du tissu d'adénome.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 Juillet 1898.

Paralysie unilatérale du moteur oculaire avec autopsie.

M. Kaplan communique l'observation d'une femme de 51 ans qui depuis l'âge de 40 ans était devenue sujette à la céphalalgie et aux vertiges. Six ans plus tard se développa chez elle une paralysie progressive des muscles de l'œil. En fait d'antécédents on a pu savoir que son mari était syphilitique, mais il a été impossible de savoir si la malade elle-même avait eu aussi des accidents syphilitiques.

A l'examen de la malade on constata tout d'abord qu'elle présentait un affaiblissement psychique général.

La pupille droite était dilatée et ne réagissait ni à l'accommodation ni à la convergence ni à la lumière. Il existait en même temps, de ce côté, du ptosis de la paupière supérieure et une déviation du globe oculaire en dehors.

La malade ayant succombé au bout de quelque temps, on trouva les lésions habituelles de la paralysie progressive. Il existait en outre une atrophie considérable du moteur oculaire du côté droit.

Hématomyélie.

M. Weil a rapporté l'histoire d'un homme entré à la clinique du professeur Mendel pour une paralysie flasque du membre inférieur. Cet homme, un alcoolique avéré, avait eu un rhumatisme articulaire aigu quand il était jeune.

En janvier 1897 il tomba dans un fossé rempli d'eau; l'accident n'eut pas de suite sur le moment. Mais un moment plus tard, en soulevant un lourd poids le malade ressentit une douleur violente dans la hanche et le genou du côté droit, quelques jours après le membre inférieur droit devint paralysé.

A l'examen on constata que pendant la marche le malade soulevait fortement sa hanche droite et projetait en avant son membre inférieur; pour se tenir debout, il était obligé de s'appuyer contre un objet. La force dans les articulations du membre paralysé était nulle. La rotation, l'abduction, l'adduction étaient pourtant possibles dans une étendue très limitée; la température du membre paralysé était abaissée. Tous les muscles, à l'exception du couturier et des muscles droits externe et interne, présentaient la réaction de dégénérescence.

Les réflexes rotuliens étaient abolis, mais il n'y avait pas de troubles de la miction; les érections n'étaient pas abolies. Le membre paralysé présentait une atrophie considérable des masses musculaires.

Il s'agit donc en somme, dans ce cas, d'une paralysie flasque du membre inférieur, survenue brusquement, pendant un effort et non accompagnée de troubles du côté de la vessie et du rectum. Aussi M. Weil pense-t-il que pour expliquer cette paralysie il faut admettre l'existence d'une hémorrhagie au niveau des cellules des cornes antérieures et la moelle entre la troisième lombaire et la deuxième vertèbre sacrée.

Surdité verbale.

M. Bloch a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme de 45 ans qui ayant fait une chute a eu une légère hémorrhagie par la bouche et le nez. Un quart d'heure après l'accident il a pu retourner à pied chez lui. Le lendemain seulement les personnes de son entourage remarquèrent que le malade paraissait ne pas entendre ce qu'on lui disait.

M. Bloch ne vit le malade que 2 jours plus tard, Il n'existait aucun trouble de la mobilité ni de la sensibilité; la parole n'était pas embarrassée et l'examen montra que le malade tout en entendant fort bien, ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Le pouls était ralenti. Au 5° jour le malade fut pris de convulsions et d'accès épileptiformes avec rotation de la tête à gauche, et succomba au cours d'un de ces accès.

A l'autopsie on trouva une fracture de la base du crâne. Les deux rochers étaient fendus en plusieurs endroits. Dans la fosse temporale moyenne, du côté gauche, on trouva sous la duremère très tendue, un caillot des dimensions d'une amande. L'extrémité du lobe temporal gauche était transformée en une masse noirâtre de consistance molle.

L'examen microscopique a permis d'établir que l'hémorrhagie occupait la substance blanche de la première circonvolution temporale et que le sang après s'être dirigé en bas est venu s'arrêter entre la substance blanche et la substance grise de la troisième circonvolution temporale.

BELGIQUE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 24 Septembre 1898.

Recherches sur le mécanisme de l'agglutination du bacille typhique.

M. Rommeleare fait un rapport sur un travail de M. Dineur dans lequel cet auteur cherche à établir que la substance agglutinée à laquelle M. Krause d'abord, M. Nicolle ensuite ont attribué l'action agglutinante ne peut jouer dans le phénomène de la séro-réaction qu'un rôle secondaire. En effet, elle ne se produit pas d'une façon aussi constante que les amas. Elle ne se manifeste pas d'une manière parallèle et proportionnelle à la formation des îlots bacillaires. On ne peut la retrouver par les réactifs colorants qui lui sont propres, dans les groupes microbiens formés par des solutions agglutinantes.

M. Dineur rappelle que le processus agglutinatif est enrayé dans les vieilles cultures, dont les microbes sont pauvres en cils. Il fait défaut dans les émulsions renfermant des bacilles privés mécaniquement de leur tunique ciliée. Bref, dans les cultures jeunes, riches en microbes ciliés, l'agglutination est intense; celle-ci baisse en intensité avec la diminution du nombre des flagella.

D'après les recherches de l'auteur, c'est au pourtour des émulsions examinées au microscope que l'on constate le plus grand nombre de microbes ciliés, c'est là aussi qu'ont lieu de préférence les agglutinations.

L'évaporation ne joue pas, paraît-il, dans ces circonstances le rôle important qu'on aurait pu lui attribuer. Enfin, les amas eux-mêmes sont formés de microorganismes reliés entre eux par un écheveau embrouillé de cils adhérant les uns aux autres, et il a été impossible à M. Dineur d'y retrouver aucune autre subtance agglomérante.

Il est probable que cette adhérence est due à la formation brusque d'une substance visqueuse quelconque à la surface des flagella, dès qu'on provoque la collision des bacilles entre eux par des mouvements de bascule en tous sens.

En somme. le mécanisme de l'agglutination subie par le bacille d'Eberth, sous l'influence soit du sérum de typhiques, soit de la formaline, s'est montré constamment semblable. Il paraît lié à l'intégrité de la tunique ciliaire des bacilles et résulte apparemment des modifications chimiques qui l'atteignent.

Prothèse immédiate du maxillaire inférieur.

M. Lavisé a eu l'occasion, il y a quelques années, d'opérer une femme atteinte d'un gonflement du maxillaire inférieur gauche. Il s'agissait d'une tumeur kystique alvéolo-dentaire suppurée. L'affection sembla guérir après l'incision suivie de raclage et de tamponnement. La malade revint, cependant, il y a 3 mois et il fallut pratiquer une résection de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur. M. Lavisé fit à cette occasion la tentative d'appliquer séance tenante un appareil prothétique qui consiste en une pièce en vulcanite simulant la branche montante et la portion horizontale de la moitié gauche du maxillaire inférieur.

Cette pièce s'appuie, d'une part, par l'intermédiaire d'un ressort sur une plaque métallique palatine, et, d'autre part, également par un ressort sur une plaque métallique qui embrasse les dents incisives de la portion antérieure respectée du maxillaire.

Il fallut au cours de la guérison modifier quelques points de la prothèse, particulièrement au niveau de la cavité glénoïde; mais aujourd'hui la mâchoire fonctionne très bien, sans provoquer d'irritation, ni donner aucune fétidité à l'haleine, et cela tout en obviant à l'affaissement du côté opéré.

Des ivresses anormales et pathologiques.

M. Lentz (de Tournai), s'occupe spécialement aujourd'hui de l'étiologie des pseudo-ivresses. Ces états ont des causes complexes où interviennent en général 3 facteurs : le terrain morbide, l'alcool, et la cause occasionnelle, celle qui provoque l'affection.

La pseudo-ivresse se développe toujours sur un fond préexistant de dégénérescence; ce n'est d'ordinaire ni chez l'aliéné, ni chez le névrosé qu'on la rencontre; ceux-ci ont des ivresses simplement anormales. Elle se produit d'habitude chez les individus plus ou moins héréditairement tarés, à manifestations neurasthéniques, à penchants exagérés et vicieux, chez les émotifs de toute sorte, chez ces êtres, enfin, que l'on désigne sous le nom de déséquilibrés, originaux, excentriques.

L'alcool est peut-être la cause la moins importante, quoique indispensable; elle prépare le terrain originairement déjà approprié : la dose peut en être insignifiante, et, contrairement à ce

que l'on pourrait croire, la qualité de l'alcool — alcool de mauvaise nature — n'a qu'une influence excessivement minime, sinon nulle.

La véritable cause occasionnelle de l'affection est d'ordre psychique ou somatique : c'est d'ordinaire une émotion, souvent insignifiante, une simple contrariété ou un changement de température, une sensation organique, la faim, le désir vénérien, etc.

Comme la pseudo-ivresse n'est pas une ivresse, mais bien une forme morbide parfaitement déterminée (état maniaque, hallucinatoire, somnambulique, délirant ou névrosique), l'irresponsabilité absolue doit être ici de règle, et elle l'est d'autant plus que l'affection se produit sur un fond particulièrement dégénéré.

Quant au traitement, il n'y en a qu'un : c'est l'abstinence absolue, et celle-ci n'est réalisable que par l'internement, non pas dans un asile d'aliénés ordinaire, mais dans un asile spécial où le malade puisse trouver, outre les conditions hygiéniques et diététiques appropriées et la contrainte morale nécessaire, une réglementation donnant au médecin l'autorité et le pouvoir indispensables pour mener à bonne fin la cure longue, difficile et pénible du penchant alcoolique.

ANGLETERRE

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

66e congrès annuel.

Séances des 26, 27, 28, 29 Juillet.

SECTION DE MÉDECINE.

Signification et conséquences des différents états de la pression vasculaire.

M. William Broadbent (de Londres). — Le cœur est la source de toute pression intra-vasculaire.

Celle-ci dépend d'abord de la quantité de sang qui passe dans l'aorte, puis de la force avec laquelle le sang est propulsé. Pour que la circulation puisse être maintenue, il faut que la pression du liquide artériel soit suffisante pour chasser le sang dans les veines et de là dans l'oreillette droite. L'action du cœur se trouve renforcée par l'arrivée du sang artérialisé après chaque inspiration.

Mais le degré de pression maintenu dans le système artériel dépend également de la résistance opposée au cours du sang dans les capillaires. Si l'obstacle est invincible, quelle que soit la force du cœur, la pression sanguine ne peut s'élever très haut, et si d'autre part la résistance des vaisseaux sanguins est considérable, la pression peut être abaissée à un point suffisant pour que la circulation soit complètement arrêtée et que la mort s'en suive.

Résistance périphérique. — Pour connaître la signification des variations de la tension vasculaire, nous devons porter notre attention sur les conditions qui influencent la résistance périphérique. Il est évident que la multitude des divisions capillaires impose au cours du sang un frottement qui le ralentit considérablement.

La multiplicité et l'irrégularité des anastomoses capillaires est une des premières conditions qui puissent faire varier la pression. Mais une autre influence importante peut s'exercer. L'eau monte en une minute dans un tube de verre, alors que le mercure reste déprimé. Si par contre on graisse l'extrémité inférieure du tube de verre, l'eau refuse absolument de pencher. Cette différence est due à la présence ou à l'absence d'attraction entre les parois du tube et le liquide, et de même les relations variées qu'on peut observer entre les parois capillaires et le sang ne sont pas sans influence sur le cours du sang. C'est là ce qui correspond à cet adage physiologique : *ubi stimulus, ibi fluxus.* Il ne faut pas oublier que la pression dans les capillaires eux-mêmes a un but important; elle favorise la transsudation du liquide nutritif dans l'intérieur même des capillaires, dans les espaces interstructuraux où ils peut être absorbé par les éléments cellulaires. Les sels et les gaz du sang et des tissus peuvent changer de place en se diffusant au travers des parois capillaires, mais le liquide albuminoïde, lui, ne peut traverser les parois sans une certaine pression.

La pression capillaire n'est pas seulement influencée par le frottement opposé au cours du sang. Une obstruction siégeant au point distal du système capillaire augmente cette pression : cette obstruction se trouve réalisée par la convergence des capillaires en tronc veineux et la pression veineuse peut être regardée comme due à la résistance capillaire. Lorsque cette résistance est augmentée, la pression veineuse augmente également et l'œdème s'ensuit.

Mais l'obstruction au cours du sang peut être interposée entre le cœur et les capillaires par contraction des artérioles. Elle peut être telle que le cours du sang s'en trouve arrêté, d'où la possibilité de gangrène comme dans la maladie de Raynaud.

Modifications dans la pression intra-vasculaire. — Elles sont individuelles, ou tiennent aux différentes modifications générales de l'organisme.

Pour étudier les fluctuations de la pression individuelle, nous devons connaître la tension moyenne du pouls et, pour rechercher les différentes variations générales de la pression, nous devons nous reporter à une sorte de moyenne idéale qu'on peut dire normale.

C'est par l'examen du pouls qu'on saisit ces modifications et il est de grande importance de l'interpréter exactement.

Le premier point pour connaître exactement le pouls est de faire attention au siège du vaisseau, puis d'étudier la sensation qu'il donne au doigt.

Cause et valeur de l'abaissement de la pression intra-vasculaire. — On voit souvent que dans les familles à grande longévité, la tension vasculaire est un peu au-dessous de la moyenne. Le cœur ni les vaisseaux ne s'usent.

Avant de tirer une conclusion du plus ou moins de tension vasculaire, il faut examiner le cœur aussi bien que le pouls. Il y a souvent entre l'un et l'autre une contradiction apparente. Le pouls peut être faible et compressible alors que les battements du cœur sont forts et bien marqués. Cela peut tenir à une réplétion incomplète du ventricule gauche ou parfois à une diversion du sang dans les viscères abdominaux.

Lorsque, sans aucun doute, l'affaiblissement de la pression tient à la faiblesse du cœur, la cause en est dans une altération de ses parois, dégénérescence ou dilatation, ou bien à une asthénie spéciale du muscle cardiaque, soit enfin à une débilité nerveuse ou générale, ou encore à une insuffisance valvulaire, mitrale ou aortique.

La *vis a tergo* étant insuffisante, la pression artérielle baisse.

L'exemple le plus frappant de l'abaissement de la tension vasculaire par diminution de résistance dans le système capillaire s'observe dans les conditions fébriles. C'est là probablement un des dangers de la fièvre : la pression insuffisante des capillaires ne permettant plus les échanges nutritifs. La diminution de résistance dans l'état fébrile est souvent attribuée à une paralysie vaso-motrice d'origine centrale. M. Broadbent est disposé à croire que le relâchement des capillaires est la conséquence directe de quelque condition spéciale du sang dès que la parésie vaso-motrice lui est secondaire. L'effet particulier de la nitroglycérine et des nitrites n'est pas sans analogie.

En l'absence de fièvre ou de lésions cardiaques, l'abaissement de la pression peut être dû à la neurasthénie.

Augmentation de la pression vasculaire. — L'augmentation de la pression vasculaire est plus fréquente que son abaissement. Elle appartient à certaines familles, se montre dès l'enfance. Les différents troubles qui lui sont associés (affections rénales, goutte, saturnisme, lithiase, constipation) sont toutes ou presque toutes caractérisées par une élimination imparfaite. Les conséquences sont l'hypertrophie, puis la dégénérescence des parois artérielles, d'où l'irrégularité dans la distribution du sang, la dilatation de l'aorte avec athérome de ses parois qui transforme les pulsations régulières et périodiques du sang chassé par le cœur en un courant continu.

Depuis plusieurs années M. Broadbent se guide pour le pronostic et le traitement des nombreux troubles fonctionnels du système nerveux que l'on groupe sous le nom de neurasthénie,

sur la tension plus ou moins forte du pouls. Le pronostic serait meilleur et le traitement plus efficace dans les cas de tension élevée.

Traitement des modifications de la pression sanguine. — L'abaissement de la pression peut être assimilé à un trouble de nutrition ou soit à un trouble digestif ou à une assimilation insuffisante, soit à une perversion dans les sécrétions internes. Les extraits organiques peuvent aussi rendre service. Mais les médicaments vraiment actifs sont les agents cardiovasculaires de la digitale en premier lieu.

Lorsque la pression artérielle est trop élevée, il est indiqué d'augmenter les éliminations. Le régime sera réglé surtout au point de vue des aliments azotés et de l'alcool. Les bains répétés, l'exercice, les diaphorétiques, les alcalins, les diurétiques. Comme purgatif le calomel rend de grands services.

M. Bradbury (de Cambridge). — Le traitement rationnel de modification de la pression vasculaire dépend de la connaissance exacte des causes. L'abaissement de la pression varie dans son pronostic et son traitement suivant la cause qui lui a donné naissance.

L'élévation de la pression vasculaire, par contre, dépend directement des conditions du sang et dans une certaine mesure de l'hérédité et des influences nerveuses. Elle devient un facteur important de maladie.

Certains poisons, tels que le plomb, l'alcool, les toxines alimentaires, le poison de la goutte, de la syphilis, de l'influenza, etc., semblent déterminer la contraction des artérioles capillaires. La pression est augmentée, et à la suite des modifications ainsi apportées dans le cœur et dans les vaisseaux, les altérations de tous les tissus apparaissent.

Le traitement doit avoir pour but l'évacuation des substances toxiques par un régime approprié, un traitement judicieux et un exercice quotidien modéré. L'iodure de potassium et les purgatifs, les mercuriels et les salins, sont extrêmement utiles mais sont souvent insuffisants, surtout lorsqu'il existe de la douleur ou de la dyspnée, symptômes pour lesquels les malades demandent conseil.

Dans ce cas les vaso-dilatateurs sont nécessaires, tels le nitrite d'amyle, la nitroglycérine, le chloroforme ou encore le tétranitrate d'érythrol.

M. Savill a reconnu, depuis 10 ans, qu'avant l'athérome, la première conséquence de l'élévation de la pression sanguine était une augmentation de volume du tissu musculaire de l'artère. En 1891-1892 c'est-à-dire pendant 18 mois, sur 280 nécropsies il a constaté 39 fois très nettement, c'est-à-dire dans 14 p. 100 des cas, une véritable hypermyotrophie artérielle.

M. Tyson dit que dans 32 cas où la pression artérielle était élevée il a noté la céphalée. Certains individus ne peuvent prendre la plus petite quantité d'alcool sans ressentir une sorte de plénitude vasculaire avec céphalée.

M. Haig pense depuis longtemps que l'augmentation de la pression sanguine est en rapport avec la présence d'acide urique dans le sang. Il en a eu la preuve directe dans certains cas.

Il croit que cette élévation de pression est le résultat de l'obstruction mécanique des capillaires par l'acide urique. L'excès d'acide urique est certain dans le mal de Bright : or on a, en même temps, augmentation de la pression sanguine. La migraine (céphalée par acide urique) s'observe dans des conditions analogues.

La diète lactée est généralement reconnue comme le meilleur moyen de combattre l'augmentation de la pression.

Alternance dans l'administration des médicaments comme principe thérapeutique.

M. William Ewart. — Il est des substances pour lesquelles un repos momentané dans le traitement est un avantage, d'autres pour lesquelles c'est une nécessité.

Certains médicaments, les stimulants et les sédatifs surtout, perdent plus ou moins leur action lorsque leur emploi est prolongé.

D'autres médicaments, ne s'éliminent que difficilement ou s'accumulent. Leur administration prolongée augmente leur activité ou parfois les rend dangereux.

Lorsqu'il s'agit de stimulant ou de sédatif, la dose la plus active est la première.

En raison de des considérations, M. W. Ewart a été conduit à adopter ce principe qui peut être regardé comme nouveau, moins en soi que dans son application, à savoir qu'il faut avoir recours à une sorte de roulement systématique dans l'emploi des médicaments.

Nécessité d'augmenter la capacité respiratoire dans l'anémie des adolescents.

M. W. F. Somerville. — L'essoufflements, les palpitations, les névralgies, les troubles menstruels, l'asthénie musculaire sont les conséquences habituelles de l'anémie. Dans tous ces cas, le premier objet du praticien doit être de rétablir la fonction sanguine et d'améliorer l'altération essentielle du sang, c'est-à-dire l'absence d'hémoglobine par l'administration de fer avec ou sans arsenic. Mais il faut aussi régulariser la fonction respiratoire dont les mouvements incomplets et limités sont souvent la cause de l'altération sanguine. C'est pourquoi M. Somerville recommande dans le traitement de l'anémie une hygiène spéciale des malades, basée sur une éducation respiratoire.

Pneumonie par éthérisation.

M. David Drummond. — Il est bien connu que l'administration de l'éther peut être suivie de troubles du côté de la muqueuse bronchique ou sur le poumon.

Dans la pneumonie consécutive à l'éthérisation comme anesthésique, la marche de la température est irrégulière. L'élévation survient quelques heures après l'opération et se prolonge 4 ou 5 jours. M. Drummond rapporte deux cas suivis de mort où l'on constata à l'autopsie des lésions de pneumonie lobulaire. Il est à remarquer que la pneumonie s'observe surtout à la suite d'opérations abdominales.

Traitement de la congestion du foie indépendante de lésions organiques et non accompagnée de phénomènes fébriles.

M. W. Bain. — La désignation de congestion du foie est assez vague et peu nettement différenciée. On reconnaît deux variétés, active et passive. Ce dernier terme est généralement appliqué à cette forme de congestion qui dépend de l'état du cœur.

Le type que M. Bain a en vue est la forme chronique de congestion active, indépendante de toute affection organique, apyrétique et durant de quelques semaines à plusieurs mois.

Le foie est particulièrement prédisposé aux congestions ; suivant l'expression d'Hutter, « le degré de congestion du foie est en rapport avec le chimisme stomacal ».

Nos connaissances sur l'influence du système nerveux sur l'activité du foie sont minimes. Cl. Bernard a montré que la piqûre du 4e ventricule produirait une hyperhémie passagère de la glande avec glycosurie.

On en a conclu à une action régulatrice du système nerveux. Une action vaso-constrictrice a été attribuée au vague. M. Bain a vu que la stimulation du vague avec des courants progressivement plus forts n'a pas d'effet sur la sécrétion biliaire. Un des moyens les plus efficaces pour régulariser le cours du sang dans le foie ce sont les mouvements de la respiration, l'organe étant directement comprimé par le diaphragme.

Les causes de cette affection sont l'alcool, une alimentation riche ou trop fortement épicée, les habitudes sédentaires, la goutte, le catarrhe gastrique ou intestinal, la constipation.

Les symptômes varient suivant la cause.

Les plus fréquents sont la lassitude, la perte d'appétit, les nausées, l'amertume de la bouche, une sensation de malaise et de constriction dans la région du foie, la flatulence, la céphalée, l'irritabilité et la dépression mentale. Plusieurs d'entre eux sont dus au catarrhe gastrique associé aux troubles hépatiques. Quelques malades souffrent d'insomnie et d'irritabilité de la peau.

Le foie est augmenté de volume, souvent douloureux à la pression. L'urine est fortement colorée, concentrée et donne un dépôt de sels.

Le traitement consiste dans un régime convenable; l'exercice en plein air est utile. Les divers cholagogues trouvent ici leur indication.

Variétés cliniques de la cirrhose hépatique.

M. Alexander James lit un long travail sur les variétés cliniques de la cirrhose hépatique.

Au point de vue causal, on peut dire que la cirrhose est due à la pénétration d'un principe irritant dans le foie qui peut lui être apporté :

1° Par le sang de la veine porte ou de l'artère hépatique. C'est tantôt une substance toxique telle que l'alcool, le plomb, la glycose, les produits de la dyspepsie, etc., ou bien une infection telle que syphilis, malaria, tuberculose, etc.

2° La substance irritante peut être due à la congestion dans les veines hépatiques.

3° Ou bien être en rapport avec les conduits biliaires.

4° Le principe irritant peut se développer à la surface du foie. Par exemple, un ulcère gastrique forme des adhérences à la surface du foie et de la cicatrice comme d'un foyer le tissu fibreux peut s'étendre dans l'intérieur de l'organe.

5° Il peut se développer dans l'intérieur du foie. C'est ce qui se passe autour des kystes hydatiques.

M. Rosenstein considère les cas de cirrhose sans jaunisse comme ceux dont la pathologie est la plus obscure. On peut distinguer trois formes :

1° La forme atrophique ordinaire;

2° La forme hypertrophique vraie dans laquelle le foie reste volumineux et n'a aucune tendance à l'atrophie;

3° La forme hypertrophique à tendance atrophique.

Au point de vue étiologique, il croit que l'importance de l'alcoolisme a été exagérée.

M. Ewart dit qu'on ne peut invoquer l'alcoolisme dans tous les cas et qu'il est difficile d'expliquer pourquoi l'alcool ne produit pas invariablement la cirrhose. Néanmoins, dans la plupart des cas, il est impossible de nier l'influence de l'alcool et du régime.

M. Bradbury rapporte trois cas de cirrhose hypertrophique avec élévation considérable de la température. Il croit que ceux-ci étaient dus avant tout à l'usage d'une nourriture trop assaisonnée.

Le 1er cas est celui d'un garçon de 12 ans ayant le foie volumineux. Il faisait usage considérable de condiments surtout de moutarde.

Le second cas se rapporte à une dame qui vivait surtout « d'entrées » et autres mets « épicés ». La température semblait indiquer un abcès du foie et par 2 fois une ponction fut faite sans résultat.

Le troisième cas est celui d'une femme présentant de vives douleurs et un foie hypertrophié. Elle vivait également de mets épicés. La température était haute et le foie fut ponctionné sans résultat.

M. James Barr dit que c'est une erreur de faire la cirrhose hypertrophique synonyme de cirrhose biliaire. Toutes deux sont accompagnées d'hypertrophie du foie mais les autres symptômes sont très différents. Dans la cirrhose biliaire il y a ictère par obstruction avec dilatation des canalicules biliaires et prolifération du tissu intermédiaire aux canalicules. Dans la cirrhose hypertrophique vulgaire il y a prolifération modérée autour des espaces portes avec état muscade du foie par suite de la congestion de l'organe. Presque toujours on a en même temps du côté du cœur un souffle tricuspidien. L'influence de l'alcool est réelle et considérable.

M. Boyd dit que la confusion dans l'étude de la cirrhose vient surtout de la tendance à les classer en 2 catégories, hypertrophique et atrophique. Une classification plus simple serait de les désigner d'après leur siège et leur point de départ. On pourrait distinguer.

1° Des cirrhoses d'origine porte;

2° Des cirrhoses par obstruction biliaire.

3° Des cirrhoses par obstruction biliaire de la veine hépatique comme dans les affections cardiaques.

4° Des cirrhoses débutant par le péritoine ou par la capsule comme dans la syphilis et la tuberculose.

La lésion est la même dans tous les cas. Elle ne diffère que par son point de départ de son siège.

Remarques sur l'ataxie locomotrice.

M. Rosenbach, dans un long travail, soutient les opinions suivantes sur l'ataxie :

1° Il existe une prédisposition individuelle, probablement innée, à l'ataxie locomotrice;

2° La syphilis n'est pas la cause de l'ataxie;

3° Elle n'est pas pathognomonique du tabès dont elle n'es qu'un des symptômes.

Un cas de sommeil prolongé.

MM. E. Markham Skerritt et **J. Stewart** rapportent un cas de sommeil prolongé pendant 50 jours. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, fils d'un médecin, ayant subi une période de surmenage en vue de la préparation d'un concours.

On trouve dans la littérature médicale 18 cas authentiques de sommeil prolongé, 8 guérirent complètement, 4 mourent pendant leur sommeil.

Observations d'affections encéphaliques d'un diagnostic difficile.

M. H. J. Campbell rapporte 4 cas d'affections intracrâniennes intéressantes dont le diagnostic resta obscur et ne fut éclairci que par l'autopsie.

Le premier cas est une hémiplégie due à l'envahissement de l'écorce de la zone motrice par le bacille de Koch. La mort fut occasionnée par la génération tuberculeuse.

Le 2e cas présentait des symptômes pouvant faire croire à une tumeur du corps pituitaire. Mais la nécropsie montra que la lésion pathologique était une pachyméningite de la région de la selle turcique.

Le 3e cas est celui d'un garçon de 15 ans qui mourut d'hémorrhagie cérébrale avec hypertrophie du cœur gauche et rein kystique d'origine congénitale.

Le 4e cas est une embolie du cervelet. La seule lésion était une sténose mitrale.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

ANNÉE 1897-1898.

M. DE FARIA. *Contribution à l'étude des luxations de la rotule (et en particulier de leur traitement).* N° 648. (H. Jouve.)

M. BAROZZI. *Considérations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marwedel, en particulier dans les sténoses cancéreuses de l'œsophage.* N° 649. (Carré et Naud.)

M. MAHEU. *Hématomes spontanés de la région scrotale.* N° 650. (H. Jouve.)

M. WEINBERG. *Résumé des lésions histologiques des formes communes de l'appendicite.* N° 647. (Carré et Naud.)

M. DAKHYL. *Contribution critique à l'étude du traitement des brûlures spécialement par l'acide picrique.* N° 638. (Ollier-Henry.)

M. DURET. *Considérations sur les pseudarthroses en général et sur un cas rare en particulier.* N° 643. (H. Jouve.)

M. WALTHER. *Des ruptures de l'urèthre chez l'homme par bicyclette.* N° 645. (Steinheil.)

M. BONNET. *De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant en bas âge.* N° 603. (Roubaix, Foconié et Fiévez.)

M. MARCHAIS. *Des hémorrhagies dans les hydronéphroses.* N° 637. (H. Jouve.)

M. PICARD. *Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius par les rayons Röntgen.* N° 547. (Carré et Naud.)

M. GUILLEMARD. *Du traitement des fractures de la clavicule par le massage.* N° 549. (H. Jouve.)

Dans les luxations de la rotule, d'après M. de Faria, le traitement non opératoire est le traitement de choix toutes les fois qu'il est possible.

Lorsque les manœuvres de réduction ont échoué, il faut recourir aux interventions sanglantes.

Le traitement opératoire diffère suivant qu'il s'agit de luxation traumatique irréductible, de luxation récidivante ou de luxation pathologique.

Dans les luxations traumatiques, l'opération a pour but de supprimer la cause d'irréductibilité. Cette cause est tantôt une rétraction capsulaire, tantôt une rétraction musculaire ou encore une exagération du relief du bord externe de la trochlée.

Dans les luxations récidivantes, la méthode opératoire de choix consiste à rétrécir le manchon capsulaire soit par la résection, soit par le plissement de la capsule. Les opérations osseuses sont exceptionnellement indiquées.

Pour les luxations pathologiques, on s'attachera surtout à corriger la cause de ces luxations.

On attachera, dans tous les cas, la plus grande importance au traitement post-opératoire.

M. Barozzi a entrepris dans un excellent travail l'étude de la gastrostomie.

La gastrostomie est une intervention rationnelle, formellement indiquée toutes les fois que l'alimentation par la voie œsophagienne est devenue ou, mieux, menace de devenir irrémédiablement impossible.

Il est indiscutable que cette opération doit être pratiqué dans le plus bref délai possible après que le diagnostic de lésion permanente et définitive a été nettement posé; c'est à ce prix seulement qu'elle est capable de rendre des services, qu'elle mérite le titre d'acte chirurgical.

La création d'une bouche stomacale précoce constitue une intervention bénigne, à la condition d'observer les règles de l'asepsie la plus rigoureuse; pratiquée de bonne heure, alors que que le patient conserve encore des forces, elle peut donner lieu à une survie relativement longue, même dans les sténoses cancéreuses.

Exécutée à une période avancée de la maladie, chez des sujets arrivés à la dernière phase de la cachexie, la gastrostomie devient une opération extrêmement grave, presque toujours mortelle à très brève échéance, et, en définitive complètement inutile. Les deux seules contre-indications de la gastrostomie sont les suivantes :

a) L'incertitude du diagnostic de la lésion causale.

b) La cachexie trop avancée.

Par conséquent, le chirurgien ne devra tenir aucun compte du degré de la dysphagie, du moment que le diagnostic de cancer, de lésion irrémédiable est confirmé.

Il est amplement démontré, aujourd'hui, que la gastrostomie vulgaire, celle qui consiste dans la création d'un simple orifice, est une opération défectueuse, insuffisante, que tout le monde tend à abandonner.

Les seuls procédés recommandables sont ceux qui ont pour but d'assurer, par l'occlusion automatique de la fistule, la continence absolue de l'estomac et de prévenir, entre autres complications, la digestion de la paroi épigastrique.

L'expérience a montré que le choix de la région (grande courbure, région pylorique) où il convient d'ouvrir l'estomac n'offre qu'une importance tout à fait secondaire; il en est de même des considérations tirées de la tolérance ou de l'intolérance gastriques : ce qui est essentiel, c'est de créer, entre la cavité de l'estomac et la surface des téguments, une disposition capable d'assurer l'occlusion spontanée du trajet, dans l'intervalle du repas; cette condition se trouvera réalisée toutes les fois qu'on a eu recours à l'un des nombreux procédés modernes dont il a déjà été question (procédés de Ssebanejew, Witzel, Kader. Marwedel, etc.).

Le procédé de Marwedel constitue une intervention bénigne et d'une exécution relativement facile.

Il a pour but d'assurer la continence de l'estomac par la création d'un canal intra-pariétal, musculo-muqueux, dont les deux parois restent adossées, appliquées l'une contre l'autre, ce qui oppose un obstacle permanent au reflux des liquides gastriques.

En tenant compte de résultats publiés par Czerny et Marwedel, et en se basant aussi sur les faits que j'ai observés chez 12 malades opérés suivant ce procédé, l'auteur croit pouvoir affirmer que cette méthode de gastrostomie n'a donné, jusqu'ici, que des succès, du moins au point de vue du fonctionnement de la bouche et de la continence de l'estomac.

Sans prétendre assigner à l'opération de Marwedel le premier rang parmi les nombreux procédés analogues, il est fermement convaincu qu'il est infiniment supérieur à la gastrostomie vulgaire, et capable de rendre au moins autant de services que les méthodes préconisées par Frank, Witzel, Senn, esc.

D'après M. Maheu les hématomes spontanés de la région scrotale sont particulièrement intéressants au point de vue étiologique. Ce sont des maladies rares, très rares, surtout si on les compare aux hématomes traumatiques.

On les a vus survenir dans des maladies locales, telles que orchite et érysipèle des bourses, et dans des maladies générales, telles que hémophilie, anémie, scorbut, purpura hémorrhagique.

Franchement spontanée dans certains cas, il semble que dans d'autres l'affection ait été le résultat de deux causes, la maladie générale étant la cause essentielle et le traumatisme n'agissant que comme cause occasionnelle accessoire.

Dans les hématomes spontanés du scrotum, c'est le début qui est le plus caractéristique; en outre, les symptômes généraux sont peut-être plus marqués que dans l'hématome traumatique.

L'hématome spontané du cordon peut se présenter avec des symptômes très comparables à ceux de l'étranglement herniaire; le ventre se tend et simule le ballonnement. Cet état disparaît au moment de l'administration du chloroforme, ce qui permet de réformer le diagnostic.

M. Weinberg a démontré dans sa thèse que dans tout appendice réséqué même après la première crise de colique appendiculaire on trouve des traces de lésions inflammatoires chroniques. Ce qui indique la préexistence certaine d'une appendicite chronique latente.

La caractéristique de tout processus inflammatoire de l'appendice est de ne frapper d'ordinaire qu'une partie de l'organe, en général le bout libre. Même quand l'inflammation aiguë ou chronique est généralisée, elle ne présente pas la même intensité sur toute la hauteur de l'appendice.

Dans un appendice préalablement touché, les réinfections sont très communes, et les processus inflammatoires les plus différents peuvent se succéder à des intervalles très irréguliers.

On peut isoler trois types d'appendicite aiguë : appendicite aiguë simple, dite folliculaire; appendicite suppurée et appendicite nécrosante. L'appendicite hémorrhagique n'est qu'une variété de l'appendicite aiguë simple.

L'appendicite aiguë simple est surtout caractérisée par les lésions du système lymphatique appendiculaire. Les altérations de tous les autres éléments de l'appendice sont accessoires.

La suppuration de l'appendice commence toujours par le follicule lymphatique. Si elle s'étend vers la muqueuse, il se produit une ulcération. Si elle se propage vers le péritoine, elle donne lieu à un abcès pariétal de l'appendice qui peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Pour que la perforation dite folliculaire se produise, il faut que la suppuration envahisse, en même temps que le follicule lymphatique, le derme et la totalité des couches de l'appendice sous-jacentes au follicule.

L'appendicite nécrosante aiguë est caractérisée par la mortification suraiguë, le plus souvent fibrinoïde, de différentes couches de l'appendice. Dans la grande majorité des cas la muqueuse et la zone folliculaire de la sous-muqueuse sont transformées en un bloc massif. Les autres couches présentent des placards irréguliers de nécrose diffuse.

La perforation punctiforme et l'amputation nécrosique de l'appendice sont de beaucoup plus fréquentes que la perforation folliculaire.

Les appendicites chroniques peuvent se diviser en deux groupes : appendicite atrophique et appendicite hypertrophique.

L'appendice atrophique englobe les dilatations kystiques. Toutes les couches constitutives sont atrophiées, scléreuses.

Les kystes de l'appendice ne sont pas dus à la rétention des

produits stercoraux, mais bien à ces lésions scléro-atrophiques de la paroi.

Parmi les appendicites hypertrophiques il faut noter surtout deux formes : la folliculite hypertrophique chronique et la sclérose générale de l'appendice.

La folliculite chronique hypertrophique est surtout caractérisée par des lésions chroniques de la muqueuse et de la couche folliculaire de la sous-muqueuse.

Dans la sclérose générale hypertrophique de l'appendice on trouve la transformation fibroïde de toutes les couches de la paroi.

Les glandes sont souvent hypertrophiées d'une façon exubérante. C'est dans cette variété presque exclusivement qu'on observe les lésions végétantes des vaisseaux sanguins : endartérite et endophlébite.

La sténose et l'oblitération représentent les conséquences les mieux connues de l'appendicite chronique hypertrophique.

L'oblitération cicatricielle de l'appendice peut devenir le siège d'un véritable épithélioma dont le point de départ paraît être une portion de cul-de-sac glandulaire inclus dans le placard fibreux central.

L'appendicite tuberculeuse aiguë donne rarement lieu à une opération ; dans ce cas les lésions spécifiques semblent débuter par le follicule.

De tous les traitements préconisés contre les brûlures, deux seuls sont à retenir : le traitement antiseptique qui empêche leur suppuration et le traitement kératoplastique qui hâte leur cicatrisation par l'application de certains topiques.

D'après M. Dakhyl parmi ces topiques, l'acide picrique est un des meilleurs, car c'est un des plus kératoplastiques.

Il ne semble pas très toxique, cependant certains accidents observés chez les enfants commandent de réserver chez eux son emploi ; au contraire, son innocuité chez l'adulte, ses propriétés analgésiques, kératoplastiques et légèrement antiseptiques en font un médicament très recommandable.

Les indications du pansement picriqué sont les brûlures superficielles du premier, deuxième et troisième degré superficiel ; ses contre-indications, sans être absolues, sont les brûlures profondes, anciennes et suppurées et les accidents d'intoxication notés plus haut.

La technique du pansement picriqué est très importante à connaître avec précision, car elle permet d'éviter un certain nombre d'inconvénients et d'accidents ; elle peut se résumer à ceci : nettoyage antiseptique préliminaire de la brûlure avec conservation de l'épiderme, bain picriqué, pansement à la solution d'eau picriquée à 1 p. 100 suivant les règles indiquées plus haut, renouvellement très rare de ce pansement, ablation très soignée du pansement faite avec la plus grande douceur possible pour ménager l'épiderme.

Dans certains cas de brûlures superficielles et notamment à la face, l'alcool et surtout l'éther picriqués à saturation en simple badigeonnage ont permis d'obtenir des guérisons remarquablement rapides.

Dans le cas de brûlures anciennes et suppurées, l'on a souvent intérêt à associer à l'acide picrique d'autres substances telles que l'iodoforme, le thyol, l'ichthyol. L'existence des greffes dermo-épidermiques (méthode d'Ollier-Thiersch) semble très favorisée par les pansements à l'acide picrique.

Enfin, dans les brûlures par caustiques et notamment par vitriol, l'acide picrique est aussi indiquée.

Du travail de M. Duret il résulte que parmi les causes non signalées de pseudarthrose, il faut noter les épanchements de sang considérables et la formation d'un kyste séreux ; les parties molles avoisinantes refoulées par le sang et la sérosité ne prêtent plus aux fragments osseux les éléments nécessaires à leur consolidation.

Les pseudarthroses sont relativement fort rares, elles atteignent plus fréquemment l'humérus et le fémur que les autres os.

Leur pronostic n'est pas grave, la vie du sujet n'est pas en danger, mais il faut redouter l'impotence fonctionnelle qui en résulte souvent.

Le diagnostic entre un retard de consolidation et une pseudarthrose proprement dite est souvent fort délicat.

Le traitement de choix d'une pseudarthrose rebelle est la résection des extrémités osseuses avec suture et immobilisation des fragments.

Les ruptures de l'urèthre par chute à califourchon sur diverses parties, en particulier sur la selle d'une bicyclette, sont des accidents moins communs qu'on ne pourrait le croire.

Dans leur production, il faut, d'après M. Walther, incriminer trois facteurs principaux : la marche sur un terrain inégal et raboteux, l'inclinaison et la configuration défectueuses de la selle.

La plupart des cas cliniques qu'on observe rentrent dans ceux que MM. Cras et Guyon ont décrits sous le nom de cas légers et de cas moyens. Leur complication la plus sérieuse réside dans la possibilité d'un rétrécissement traumatique.

La cure radicale de la hernie inguinale de l'enfant en bas âge ne présente pas de dangers inhérents à l'opération elle-même. Ses dangers tiennent au milieu hospitalier, où est placé l'enfant ; ils sont d'autant plus grands que l'enfant est plus jeune, et brusquement séparé de sa mère et de sa nourrice.

D'après M. Bonnet on évitera donc, autant que possible, d'opérer des enfants trop jeunes ; on attendra qu'ils vivent d'une vie réellement indépendante de leur mère ou de leur nourrice ; si l'on a la main forcée, on les opérera, tout en les surveillant scrupuleusement.

Passé un âge qui varie, suivant les sujets, de 15 à 18 ou 22 mois, l'enfant peut être opéré sans danger. Si donc sa hernie n'est pas guérie à cet âge, on l'opérera de parti pris.

Opération rapide, choc opératoire nul, prompte guérison, suppression définitive du bandage, extrême rareté de la récidive, à opposer aux longueurs, aux ennuis, aux incertitudes du bandage : tels sont les avantages qui doivent faire préférer la cure radicale, dès que l'enfant n'est plus un nourrisson, et que l'épreuve du bandage a échoué. La statistique de M. Broca est probante.

Pour M. Marchais, les hémorrhagies dans les hydronéphroses sont peu fréquentes et résultent le plus souvent d'un traumatisme ; ce qui n'exclut plus les urohématonéphroses cancéreuses ou par distension.

La symptomatologie n'est pas des plus nettes, et à part les cas où la tumeur rénale diminue de volume avec l'hématurie, il n'est guère possible d'affirmer le contenu uro-hématique de la poche.

Le diagnostic est donc difficile et parfois n'est fait qu'au moment de l'incision de la tumeur, lorsqu'on voit s'échapper un flot de liquide brunâtre.

Le pronostic est sérieux et commande une intervention rapide.

La néphrectomie n'est l'opération de choix, que lorsqu'on s'est assuré de l'état du rein du côté opposé. En dehors de ces cas la ponction et la néphrotomie sont les deux moyens à employer en premier lieu.

D'après M. Picard, les rayons de Röntgen facilitent singulièrement l'étude de l'anatomie pathologique des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Les radiographies permettent de faire un diagnostic ferme.

Les recherches de la crépitation et du trait de fracture par les moyens classiques si douloureux peuvent être supprimées au grand avantage des malades.

Les déplacements à corriger sont nettement indiqués.

La fracture par pénétration semble être la plus fréquente.

Pour M. Guillemard, le traitement des fractures de la clavicule par le massage et la mobilisation permet d'obtenir les résultats suivants :

Diminution rapide de la douleur qui disparaît le 4e jour en moyenne. Consolidation plus rapide, effectuée en moyenne le 20e jour. Déformation moindre passant généralement inaperçue à l'œil nu. Diminution des cas où l'on doit intervenir par la suture osseuse. Conservation intégrale des mouvements et de la force musculaire.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

Traitement des cardiopathies infantiles.

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de Gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*,

Par le Dr Edmond Weill,

Médecin des hôpitaux de Lyon, chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

Dans cet organisme en évolution qu'est l'enfant, deux facteurs qui disparaissent peu à peu avec l'âge viennent apporter leur aide pour corriger les suites d'une cardiopathie : d'une part la croissance met à la disposition du myocarde les éléments musculaires dont il a besoin pour renforcer ses parois. Ce n'est pas que le même phénomène ne se voie chez l'adulte, mais dans l'enfance il se montre avec un caractère particulier de durée et d'intensité. D'autre part, l'enfant nous présente une adaptation fonctionnelle de tout l'organisme à un régime circulatoire anormal créé par la lésion. Dans certains cas de rétrécissements orificiels précoces ou congénitaux, il y a un véritable arrêt de développement du système vasculaire, une hypoplasie artérielle qui a comme corollaire un amoindrissement de la masse du sang, de celle de l'organisme, lequel prévient en quelque sorte les troubles fonctionnels circulatoires.

Ce qui appartient en propre, en fait de cardiopathie, au jeune âge, c'est l'allure très caractéristique des affections pathogènes qui frappent le cœur, c'est la façon dont celui-ci réagit vis-à-vis de la lésion aiguë, subaiguë ou chronique, c'est l'état habituel d'intégrité du système vasculaire qui fait que la maladie cardiaque se présente en quelque sorte à l'état de pureté, et cette simplification des phénomènes morbides conduit à une thérapeutique moins complexe et peut-être plus précise que chez l'adulte.

Il faut distinguer, au point de vue thérapeutique, la lésion proprement dite et le trouble fonctionnel.

A. — Traitements des lésions.

Parmi celles-ci, les unes sont congénitales, les autres acquises.

a. Traitement des lésions congénitales. — Le traitement est en général considéré comme impuissant contre les altérations congénitales du cœur. Cependant il existe des faits qui légitiment l'intervention thérapeutique : des autopsies ont montré à côté des lésions congénitales des éléments inflammatoires plus jeunes, pouvant à leur tour provoquer des déformations en quelque sorte acquises, qui aggravent la cardiopathie. C'est que les déformations orificielles, valvulaires ou septales, produites pendant la vie fœtale constituent ultérieurement pour l'endocarde une prédisposition très puissante à l'inflammation, et c'est cette dernière qu'il faut surveiller et à l'occasion combattre de la même façon que s'il s'agissait d'une affection purement acquise.

b. Traitement des lésions acquises. — Nous n'envisagerons que celles qui ont un caractère inflammatoire, qu'elles soient aiguës ou chroniques, qu'elles frappent le péricarde, l'endocarde ou le myocarde. Le plus souvent il s'agit d'un processus infectieux ou toxi-infectieux déterminant des foyers d'inflammation à évolution variable : ulcéreuse, pyogène, habituellement plastique.

Pour certaines de ces lésions, le traitement préventif doit être discuté.

1° *Traitement préventif*. — Sans parler des localisations cardiaques de certaines maladies infectieuses dont la prophylaxie est fonction du traitement de ces maladies, on a préconisé, à titre préventif, un certain nombre de procédés thérapeutiques. Tels sont l'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme, du bain froid pour la fièvre typhoïde.

L'action préventive du salicylate de soude vis-à-vis de *l'endopéricardite rhumatismale* est discutable. Néanmoins il faut savoir que les localisations cardiaques du rhumatisme infantile s'associent parfois à des formes très légères de la maladie générale, telles qu'un torticolis, que des douleurs mono-articulaires produisant peu de réaction fébrile.

Tous les auteurs, Roger, Blache, C. de Gassicourt, Cheadle, ont mis en lumière la vulnérabilité excessive du cœur de l'enfant vis-à-vis du rhumatisme.

Nos recherches personnelles nous portent à admettre avec de nombreux auteurs que le salicylate de soude, administré à dose suffisante dès le début des manifestations rhumatismales, si discrètes ou si larvées qu'elles soient, est susceptible non seulement de modifier l'état local mais encore d'enrayer la maladie générale et par conséquent de prévenir d'autres localisations.

La médication salicylée doit donc être appliquée chez l'enfant à propos des manifestations rhumatismales, si légères qu'elles puissent paraître. Et cette prescription sera suivie avec d'autant plus de rigueur qu'on aura constaté des antécédents rhumatismaux chez l'enfant malade.

Mais à côté des faits dans lesquels le rhumatisme, pour être effacé, n'en porte pas moins la marque classique, douleurs articulaires ou musculaires, il en est d'autres dans lesquels le rhumatisme affecte une forme tout à fait larvée. L'expression morbide qui les caractérise le mieux est la chorée.

Celle-ci, en effet, est parfois un véritable équivalent de l'arthropathie. Elle peut être la première manifestation, longtemps exclusive, du rhumatisme. Elle peut encore être la seule manifestation du rhumatisme héréditaire. Dans d'autres cas, elle est la première manifestation rhu-

matismale compliquée d'endocardite; plus tard survient un rhumatisme articulaire. La chorée survenant chez un ancien rhumatisant atteint d'endocardite peut provoquer une nouvelle localisation, telle que la péricardite.

Si j'ai insisté sur ces faits, c'est qu'ils ont une grande portée au point de vue thérapeutique. Le salicylate de soude n'a pas été préconisé contre la chorée ou, du moins, il semble inefficace dans cette affection. Et cependant, lorsqu'il s'agit d'une chorée chez un sujet qui a des antécédents héréditaires rhumatismaux ou qui a déjà présenté antérieurement du rhumatisme, je crois prudent d'employer la médication salicylée, non pas contre le symptôme nerveux en lui-même, mais contre l'infection dont il est l'unique expression, et uniquement pour préserver le cœur.

Le symptôme chorée ne relève pas, en effet, d'une cause spécifique. Mais une des conditions qui semblent en favoriser le développement, c'est le terrain rhumatismal, et parfois l'infection rhumatismale, même atténuée. C'est dans cette seule catégorie de cas que l'emploi de la médication salicylée me paraît indiqué.

Hors du rhumatisme, le traitement prophylactique de l'endocardite est mal établi. Il va de soi que la *vaccine* préserve de toutes les complications graves de la *variole*, cardiaques ou autres.

Dans la *fièvre typhoïde*, le bain froid produit ses effets prophylactiques chez l'enfant comme chez l'adulte, probablement en amenant une dépuration urinaire continue (1). Aussi la myocardite est-elle exceptionnelle dans les cas ainsi traités.

L'action prophylactique du *sérum antidiphthérique*, en ce qui concerne les localisations cardiaques, n'a pas été étudiée en particulier. Expérimentalement Mollard et Regaut (2) déterminent une intoxication grave capable de tuer l'animal en 10 à 15 jours. Par une injection de sérum antitoxique, ils arrêtent en quelque sorte la lésion myocardique au point où elle était arrivée.

Dans la *scarlatine*, il existe une forme d'endocardite grave liée à la streptococcie (Henoch, Jaccoud, Pineau, Bokai, Fränkel). L'efficacité du sérum antistreptococcique est très discutée (Méry, Petruschky), l'antisepsie buccale constitue actuellement la seule méthode préventive, indiquée théoriquement dans la scarlatine.

2° *Traitement de la lésion.* — La médication dirigée contre la lésion est *spécifique* ou *banale*.

α) La première est représentée par le salicylate de soude dans l'endopéricardite rhumatismale.

Les auteurs sont partagés sur l'action de ce médicament. *A priori*, il semble qu'il doive agir sur l'endocarde ou le péricarde comme sur les jointures. Quoi qu'il en soit nous pensons avec Potain que le salicylate doit être prescrit dans tous les cas d'endopéricardite rhumatismale, sauf si le myocarde paraît touché, si le cœur est trop excité ou affaibli, si le pouls est petit, rapide : il faut alors se méfier de l'action déprimante du salicylate.

La médication salicylée est également indiquée dans ces cas d'endocardite, dite idiopathique qui se développent dans le jeune âge, et particulièrement dans les cinq premières années.

Il va de soi que lorsque l'endocardite naît dans le cours d'une chorée, la même règle s'impose.

Le salicylate de soude est bien toléré par les enfants. Les vomissements, les vertiges, les bourdonnements d'oreille sont rarement observés (Archambault) (3). Les doses seront de 0,50 par jour dans la première année, 1 à 2 grammes jusqu'à 3 ans, 3 à 5 grammes jusqu'à 10 ans. Archambault ne craignait pas de donner 10 grammes dans la seconde enfance. L'usage du salicylate sera prolongé au delà de la cessation des phénomènes articulaires et fébriles, et, en cas d'endopéricardite, jusqu'après la disparition de ses symptômes. On ne suspendra le médicament qu'après une diminution progressive des doses. Lannois et Linossier (1) ont proposé de substituer au salicylate de soude le salicylate de méthyle en applications cutanées. On badigeonne une ou deux fois par jour une certaine étendue des téguments, un segment de membre ou un membre entier, s'il s'agit d'un jeune sujet, avec 1 ou 2 grammes de salicylate de méthyle. On recouvre d'une toile imperméable qui doit empêcher l'évaporation et par-dessus celle-ci on place une couche de coton qui favorise par le chauffage le dégagement des vapeurs et par là même l'absorption cutanée. Cette pratique trouve une utile application chez certains enfants indociles. Lannois et Linossier attribuent une action prépondérante du médicament au siège même de l'application : par exemple au niveau d'une jointure douloureuse. On pourrait donc faire le badigeonnage au niveau de la région précordiale, en cas d'endocardite.

En dehors de l'endocardite rhumatismale, il n'existe pas de médication spécifique pour les localisations cardiaques de la fièvre typhoïde, de la grippe, de l'érysipèle, de la pneumonie, de la scarlatine. L'action du sérum antidiphtérique sur une myocardite diphthérique constituée n'a pas été étudiée spécialement.

β) Le traitement non spécifique des lésions ne comporte pas d'indication particulière à l'enfance. Dans l'endocardite rhumatismale, on prescrira la diète, lait et potages et le repos, même lorsque les douleurs sont légères et localisées dans un petit nombre de jointures. Le repos diminue dans une certaine mesure la réceptivité locale. Le cœur de l'enfant se comporte comme une articulation; or, ce sont les jointures les plus fatiguées dans la vie habituelle qui subissent les premières et le plus fortement les atteintes du mal. Le lit et la diète réalisent pour le cœur un repos relatif qui doit être associé aussi bien au traitement préventif qu'au traitement curatif. Bruce (2) va jusqu'à prétendre que chez les sujets très jeunes les rechutes du rhumatisme et avec elles celles de l'endocardite sont occasionnées par des excitations légères, une contrariété, une émotion, un récit intéressant. On ajoutera donc au repos physique, le repos moral. Il est bon pour assurer la sédation plus complète du cœur de donner dès le début du bromure de potassium et de petites doses de digitale, de même aussi de combattre l'insomnie, cause d'agitation, par un hypnagogue tel que le sulfonal et le trional.

γ) Le traitement local de l'endopéricardite et de la myocardite dans leur période aiguë comprend les différents procédés de la méthode antiphlogistique, onctions mercurielles, applications froides, ventouses simples ou scarifiées, pointes de feu, vésicatoires. Rappelons que chez l'enfant, la durée d'application du vésicatoire doit être courte et la peau soigneusement aseptisée. Les émissions sanguines sont, d'une façon générale, déconseillées.

δ) Le traitement de la lésion ne s'arrête pas à la phase aiguë de celle-ci. Qu'il s'agisse d'une péricardite ou d'une endocardite, elle est susceptible, ou de se résoudre complètement au bout de quelques semaines, ou d'arriver à

1. ROQUE et WEILL, *Rev. de méd.*, 1889.
2. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896.
3. *Soc. méd. des hôp.*, 1879.

1. *Congrès de Nancy*, 1896.
2. *Brid. med. Journ.*, 1890.

une transformation fibro-scléreuse des parties touchées. Cette dernière évolution se fait lentement, et avant qu'il se soit constitué une lésion cicatricielle irréparable, déformant et troublant le jeu des valvules et des orifices, il s'écoule un temps variable difficile à apprécier, pendant lequel le traitement doit intervenir : le délai de curabilité pour une endocardite rhumatismale court pendant au moins un an après le début.

Il ne peut s'agir dans le cours de cette période de revenir au traitement spécifique. L'état de l'endocarde est comparable à celui d'une jointure raide, alors que la fièvre et la fluxion rhumatismale ont depuis longtemps cédé.

Dans ces cas, on a recours à la *révulsion* sous forme de vésicatoires volants répétés singulièrement une ou deux fois par mois, la durée d'application étant chaque fois plus courte, ou bien on usera de pointes de feu.

A l'intérieur, l'iodure de potassium continué tous les mois pendant 15 à 20 jours, avec 10 jours de suspension, à la dose de 0,25 à 0,50 gr. par jour, pris au commencement des deux repas, dans une tasse de lait.

C'est aussi à cette phase de l'endocardite qu'on pourra recourir au traitement hydrominéral. Nous pensons avec Barié et Piatot (1) que certaines eaux chlorurées sodiques ont une action résolutive et altérante qui ne saurait être utilisée que dans les premiers temps de l'évolution d'une endocardite.

La résorption des produits inflammatoires de l'endocarde est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte. Cela tient non seulement à une activité plus grande de la nutrition, mais à des dispositions locales étudiées par Langer (2) et Darier (3). Ces auteurs ont reconnu que dans la valvule mitrale de l'enfant, il existe des vaisseaux occupant les 3/4 de sa hauteur. Ils font défaut chez l'adulte. Cette circonstance explique peut-être en partie l'affinité du rhumatisme pour l'endocarde infantile, mais elle rend compte aussi de la plus facile résorption des produits inflammatoires.

ε) La *péricardite*, considérée en elle-même ou dans ses rapports avec l'endocardite, à quelque phase que ce soit de son évolution, joue dans la pathologie infantile un rôle des plus importants. « Tous les enfants qui meurent de rhumatisme, dit C. de Gassicourt, meurent par la péricardite. » Or, cette mortalité est de plus de 6 p. 100. Roger, sur 22 enfants atteints de péricardite rhumatismale, a noté 5 morts. Sur les 17 survivants, 2 ont failli mourir, 3 fois il y a eu symphyse péricardique, 12 fois la péricardite a passé à l'état chronique.

Lorsque la péricardite aiguë affecte la forme diffuse elle peut toujours aboutir à la symphyse Si les formes limitées sont justiciables des traitements ci-dessus indiqués, il n'en est pas de même de celles où le rhumatisme détermine la production de fausses membranes épaisses, étendues, qui enveloppent une grande partie de la surface cardiaque d'une véritable couche fibrineuse. C'est là un des dangers du rhumatisme récidivant qui s'observe plus particulièrement dans l'enfance.

La thérapeutique habituelle est ici impuissante; aussi y a-t-il peut-être lieu d'entrer, à ce sujet, dans une voie nouvelle et je crois pouvoir poser, sans la résoudre, la question de l'intervention chirurgicale.

Elle comprend deux procédés : la *paracentèse* et l'*incision*... La ponction, combinée habituellement à l'aspiration, se fait au moyen d'un fin trocart ou avec les

1. Thèse de Paris, 1878.
2. *Acad.* Vienne, 1880.
3. *Arch. de phys.*, 1888.

aiguilles 1 et 2 de Dieulafoy. Elle compte peu de succès dans le jeune âge (11 morts sur 12). (Delorme et Mignon) (1). La guérison n'a été observée que dans les péricardites séro-fibrineuses. La ponction doit être réservée aux épanchements brusques, séreux ou hémorrhagiques, qui provoquent la compression rapide du cœur. Dans les formes durables qui agissent lentement sur le cœur et qui sont infectantes, le procédé de choix est l'incision. Elle a donné des succès à Rosenstein (2) (guérison en 20 jours d'une péricardite purulente) ; West (3) ; Dickinson (4). On acceptera volontiers l'idée d'une incision lorsqu'il s'agit d'une péricardite purulente. Elle semblera plus osée dans les cas de péricardite séro-fibrineuse. Je n'ai trouvé qu'un fait relatif à une incision dans le cours d'une péricardite séro-fibrineuse : il est de Frankel (5). La guérison fut rapide.

Lorsque malgré l'emploi des moyens thérapeutiques que nous venons de décrire, l'endopéricardite a abouti à la phase d'organisation fibreuse, la maladie de cœur est constituée, et le point de vue du traitement change complètement. On ne peut rien contre un tissu scléreux, cicatriciel, l'objectif du médecin est de favoriser la tolérance du cœur vis-à-vis de la lésion définitive et de combattre les troubles fonctionnels, lorsqu'ils viennent à paraître. Nous avons donc à examiner la conduite du médecin suivant qu'il se trouve en présence d'une cardiopathie compensée ou de phénomènes asystoliques.

B. — Traitement des cardiopathies compensées.

a) La compensation est un phénomène qui s'observe plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Tous les auteurs, Rilliet et Barthez, C. de Gassicourt, West, Henoch, ont été frappés du caractère latent d'un grand nombre de lésions orificielles chez les jeunes sujets.

Aussi, en présence d'une cardiopathie compensée, le rôle du médecin n'est pas de traiter, mais de maintenir par une hygiène appropriée la compensation. Toutefois, une affection cardiaque même très bien tolérée, peut exercer sur l'organisme infantile une influence nocive. C'est ainsi que le rétrécissement mitral que j'ai observé 10 fois de 6 à 14 ans, contrairement à l'opinion de Duroziez, qui ne l'admet pas avant 15 ans, détermine, dans une certaine mesure, un arrêt de développement de tout l'organisme, en raison de la réduction de la circulation artérielle qui se règle sur la faible ondée lancée à chaque systole par le ventricule. Nombre de jeunes filles à rétrécissement mitral pur sont petites et chétives. Ailleurs, qu'il s'agisse de rétrécissement mitral ou aortique, il existe un certaine apathie, une indolence qui relève de l'état meïopragique des centres nerveux plutôt que de la dyspnée d'effort, et qui rappelle de loin l'engourdissement des maladies congénitales du cœur. C'est dans ces conditions que tous les stimulants de la nutrition trouvent leur emploi : vie au grand air, procédés activant la circulation périphérique : frictions générales sèches, massage, exercices musculaires, gymnastique, hydrothérapie, cures thermales.

Le plus souvent, les cardiopathes ont un développement normal, et le seul but que l'on doive rechercher,

1. *Rev. de chir*, 1895-1896.
2. *Berl. klin. Woch.*, 1881.
3. *Brit. med. J.*, 1883.
4. *Brit. med. J.*, 1883.
5 15° *Congrès allemand de méd. interne*, 1897.

c'est d'éviter au myocarde tout sucroît de travail amené par des influences accidentelles. On se bornera donc à prescrire quelques règles d'hygiène concernant l'exercice musculaire, l'habitation, le climat, le choix des professions.

Exercice musculaire. — Il faut éviter deux tendances également fâcheuses, le repos exagéré, inutile pour un cœur qui ne donne aucun signe de fatigue, l'entraînement systématique qui convient seulement dans les cas où le cœur ne suffit pas à sa tâche et doit être stimulé. L'exercice musculaire est pour l'enfant un besoin autant qu'une distraction. Il importe de satisfaire cette tendance, en écartant les causes de fatigue ou de surmenage. En général, et quelle que soit la forme du mouvement considéré, il convient de proscrire tous les exercices violents, tous ceux qui exigent des contractions musculaires trop intenses, trop prolongées ou trop souvent répétées, tous ceux qui font intervenir l'effort. On accordera les promenades, les marches modérées, les jeux de billes, du palet, du volant, de la corde, de l'escarpolette, tous ceux qui mettent en jeu l'adresse plutôt que la force. Au contraire, on proscrira les courses, les jeux de barres, le jeu de paume, le *foot ball*, le tennis, les grandes marches. Les ascensions, en faveur en Allemagne, ne seront conseillées qu'exceptionnellement chez des jeunes sujets indolents, endormis, mais uniquement à titre de procédé stimulant, et sans les associer à la cure d'Œrtel. Quant aux cardiopathies latentes, il importe peu de les autoriser à faire des ascensions, pourvues qu'elles ne soient ni rapides, ni longues, et qu'elles ne provoquent aucun malaise.

La même conclusion peut s'appliquer à l'exercice *de la bicyclette*, avec cette réserve cependant que celle-ci provoque une sorte de griserie qui masque plus ou moins la fatigue. La bicyclette met en jeu un nombre suffisant de muscles pour qu'on puisse la considérer comme un exercice musculaire général (Marey). Cependant il faut éviter la raideur du tronc, avec contraction continue des muscles thoraciques, qui gêne la respiration, l'inclinaison prononcée du tronc en avant qui comprime la veine cave inférieure (Virchow). La course ne doit être ni trop longue, ni trop rapide, ni faite sur des pentes. La bicyclette ne doit pas être autorisée en cas de maladie de Corrigan. Il n'en est pas de même pour les maladies mitrales compensées, avec la recommandation de suivre, dans l'emploi de la bicyclette, les mêmes règles de modération qui s'appliquent à tous les exercices musculaires.

Tous les exercices qui mettent en jeu l'*inspiration* et par là favorisent la circulation pulmonaire sont autorisés. Champbell préconise des exercices de parole et de chant. Le canotage développe les forces inspiratrices et peut être employé avec modération. Les instruments à vent sont en général contre-indiqués, car ils conduisent plutôt à des efforts expiratoires.

Alimentation. — Il faut modérer l'ingestion du sucre, des pâtisseries, imposer des heures de repas régulières et ne pas laisser l'enfant, dont l'appétit est excité par la croissance, manger trop souvent, ou trop rapidement.

On accordera deux repas principaux, celui du soir moins copieux que celui de midi, le déjeuner du matin, le goûter à 4 heures.

Les troubles digestifs retentissent sur le cœur sain (Potain, Teissier), à plus forte raison sur le cœur malade. Il y a donc lieu de les prévenir par une alimentation bien comprise et de les traiter dès leur apparition. La vie de pension ne convient pas, même aux cardiopathies latentes, en raison même de son influence sur l'estomac.

La boisson comprendra de l'eau pure ou additionnée d'un peu de vin, à l'exclusion du thé et du café. Il n'y a pas de raison pour insister sur le lait qui est de rigueur dans les cardiopathies artérielles de l'adulte.

La diète des liquides n'est nullement indiquée, à supposer qu'elle le soit chez l'adulte d'après les idées d'Œrtel.

Travail cérébral. — Toute fatigue nerveuse retentit sur le cœur. Il serait irrationnel de pousser les jeunes cardiaques dans la voie des professions qui exigent une grande activité intellectuelle, pas plus que dans celles qui demandent des efforts physiques. Au reste, l'école par elle-même offre de nombreux inconvénients, sédentarité, surmenage, attitudes vicieuses, évidemment défavorables au jeu du cœur.

Climat. — Habitation. — Ce qu'on doit rechercher avant tout, lorsqu'il s'agit d'une cardiopathie tolérée, c'est de mettre le sujet à l'abri du rhumatisme récidivant. On recommandera à la classe ouvrière l'habitation dans la région suburbaine, rendue plus commode par le développement des communications, des chambres à un étage assez élevé avec une exposition qui ne soit pas au nord.

Les malades aisés seront envoyés à la campagne, dans un climat sec et tempéré. Peter conseille une température de 16 à 20°.

L'altitude ne doit pas dépasser 300 à 400 mètres (C. Paul), 600 à 800 mètres (Huchard).

Le climat maritime est à redouter chez ceux qui ont des dispositions au rhumatisme, ou aux bronchites, en raison de l'humidité de l'atmosphère et de la violence des vents. Une station méridionale protégée par des dunes ou des forêts peut cependant convenir.

Quant aux bains de mer, leur utilité est contestable, mieux vaut les prendre chauds. On déconseillera la mer dans le cas où le sujet présentera de l'excitation du système nerveux et de l'éréthisme cardiaque.

Vêtements. — Ils seront choisis de façon à protéger contre le refroidissement et à ne pas gêner la circulation. Rejeter les vêtements serrés, les corsets, les ceintures étroitement appliqués. Chez les cardiopathes rhumatisants, il faut conseiller l'usage de la flanelle, qui prévient les évaporations brusques de la sueur, et les caoutchoucs quand le sol est humide.

Les cardiopathies compensées ne commandent aucun traitement actif et relèvent uniquement des moyens hygiéniques que nous venons d'indiquer. Et cependant la guérison spontanée des insuffisances valvulaires n'est pas impossible. Les conditions nécessaires à sa réalisation sont d'une part le jeune âge du sujet. Il faut, en effet, qu'il soit à la période de croissance, et que l'allongement, l'extension des valvules soit rendue possible par le développement physiologique du cœur. Mais, d'un autre côté, pour que la reconstruction fonctionnelle de l'appareil valvulaire se fasse, il importe que de nouvelles inflammations ne reparaissent pas, qui, développées au delà de la zone rétractée, remettent en question l'intégrité de nouvelles portions valvulaires saines. Et, en réalité c'est là le grand but qu'il faut poursuivre dans une cardiopathie tolérée; de quelque côté qu'on aborde la question des lésions chroniques de l'endocarde, c'est presque toujours au rhumatisme récidivant qu'on est ramené, quand on veut apprécier les chances de compensation ou de guérison.

b) Traitement des troubles fonctionnels liés aux cardiopathies. — Les symptômes visés par la thérapeutique diffèrent sensiblement dans les maladies congénitales ou acquises du cœur. Leur étude doit être scindée.

α. *Traitement symptomatique des maladies congénitales du cœur.* — Dans les affections congénitales du cœur, ce qui domine c'est la coloration cyanique des téguments et des muqueuses superficielles, d'où le nom générique de *cyanose* qu'on leur attribue quelquefois.

A la cyanose s'ajoute de la dyspnée, continue et légère, entrecoupée de paroxysmes, sous forme d'accès de suffocation qui s'accompagnent de redoublement de la cyanose, d'altération des traits, d'angoisse, de palpitations violentes. Parfois à la dyspnée se joignent une toux fréquente, pénible, quinteuse, des palpitations, des convulsions. Le cyanique est frileux, redoute l'hiver, résiste mal à la perte du calorique. Sa provision d'oxygène est faible. L'état d'asphyxie légère dans lequel il se trouve presque continuellement agit sur sa nutrition. La croissance est lente, imparfaite, la puberté traînante, les os déformés, la poitrine rétrécie.

On peut donc considérer que la dyscrasie sanguine entretenue par l'insuffisance de l'hématose est la dominante symptomatique. Cette dyscrasie est parfois l'objet d'une correction spontanée, par la production d'une hyperglobulie persistante qui a été signalée par Krehl (1), Vaquez (2) et que l'on peut considérer avec Marie et Hayem comme un procédé de compensation destiné à suppléer à l'insuffisance de l'hématose.

La médication doit s'efforcer de favoriser l'hyperglobulie par l'emploi des ferrugineux, de l'arsenic, des préparations d'hémoglobine, du sang en injections ou en lavements après défibrination. Sont encore indiqués les stimulants généraux de la nutrition, la vie au grand air, les stations d'altitude moyenne, de 600 à 1 000 mètres, ensoleillées et préservées des vents froids ainsi que de l'humidité, les frictions sèches sur les téguments, le massage méthodique pour entretenir la circulation languissante des muscles; Mme Tacké (3) cite deux cas améliorés par la gymnastique suédoise dont nous dirons un mot ultérieurement.

Les pratiques hydrothérapiques ne doivent être employées qu'avec réserve, le cyanique étant sujet aux crises de dyspnée et aux syncopes.

Dans la plupart des cas d'hyperglobulie, on a constaté l'hypertrophie des organes hématopoiétiques, foie, rate; les observations sont muettes en ce qui concerne la moelle osseuse. Il y aurait lieu, d'après cela, de stimuler l'activité de ces organes en faisant ingérer au patient des extraits de moelle osseuse ou de rate, ainsi que cela a été pratiqué pour l'anémie pernicieuse.

En même temps qu'on cherche à agir sur l'hématopoïèse et les fonctions nerveuses, on peut augmenter la provision d'oxygène de sang en faisant inhaler au patient de l'oxygène en nature d'une façon systématique, 20 à 30 litres de gaz par jour, répartis en plusieurs prises. Les bains d'air comprimé sont également indiqués. On prescrit une à deux heures de séjour par jour dans une cloche dont la pression dépasse celle de l'atmosphère de 10 à 20 centimètres de mercure.

Tels sont les moyens que l'on peut opposer systématiquement à la dyscrasie sanguine produite par l'insuffisance de l'hématose. Quant aux symptômes autres que la cyanose, il faut les combattre chacun en particulier.

La dyspnée paroxystique résulte souvent d'une asthénie cardiaque avec palpitations, pouls petit, irrégulier, refroidissement, sueurs froides, collapsus. Dans ce cas le patient étant au repos et couché, on applique des sinapismes sur la région précordiale, on a recours aux stimulants diffusibles : injection sous-cutanée de caféine, d'éther, d'huile camphrée; on fait inhaler de l'oxygène, du nitrite d'amyle. Parfois il y a de la congestion pulmonaire et même de l'expectoration albumineuse (Eger). On couvre alors la poitrine de ventouses sèches et scarifiées.

En cas d'excitation cardiaque se traduisant par des palpitations, on a recours au bromure de potassium, aux toni-cardiaques : digitale, strophantus, caféine.

Les quintes de toux indiquent l'emploi des inhalations sédatives, iodure d'éthyle, pyridine, quinoléine ou des médicaments comme le bromure, l'opium, la codéine, la belladone, le bromoforme, l'antipyrine. Les lipothymies, les syncopes, l'éclampsie, les hémorrhagies nasales, buccales, pulmonaires relèvent du traitement classique employé contre ces accidents.

Le cyanique est en général très sensible au froid. On lui prescrira le séjour dans les climats tempérés, l'abstention des sorties par les froids rigoureux. Des frictions sèches, une hydrothérapie prudente, telles que des lotions tièdes, peuvent faciliter la réaction du système vasculaire cutané contre le froid.

Les maladies congénitales du cœur aggravent singulièrement le pronostic des bronchites intercurrentes et conduisent souvent à la tuberculose pulmonaire. Il y a là matière à mesures prophylactiques, éloignement des milieux contaminés par les bacilles de Koch ou des foyers de maladies infectieuses à localisations bronchiques, rougeole, coqueluche.

Les affections bronchiques qui surviennent dans les cardiopathies congénitales doivent être traitées dès le début avec une grande vigueur. Toutefois, il faut être, d'après J. Simon, réservé à l'égard des révulsifs. Les téguments et les tissus en général se trouvent dans des conditions d'hyponutrition analogues à celles que déterminent les varices sur les membres inférieurs. Les surfaces révulsées sont exposées à toutes les complications que l'on voit dans ce cas : inflammation chronique, érythèmes, tendances ulcéro-gangréneuses.

Il va de soi que le myocarde, dans les affections congénitales du cœur est soumis, quoique dans une mesure moindre, aux mêmes perturbations que celles qui l'atteignent dans les affections acquises. Le cœur, d'abord excité et hypertrophié, fléchit sous l'effort exagéré que lui impose l'obstacle, soit lentement et progressivement, soit brusquement à l'occasion d'une complication, bronchite, coqueluche, d'un effort violent (Durozier), d'une chute (Rauchfuss). On voit ainsi se développer des cyanoses tardives à 25 ans (Stolker), à 39 ans (Bouillaud), qui sont dues sans doute à l'asthénie cardiaque. Quoi qu'il en soit, une distinction formelle s'impose au point de vue pathogénique et thérapeutique entre les cyanoses précoces et tardives. Elles se rencontrent naturellement dans les formes qui permettent une longue survie. L'asystolie avec toutes ses conséquences se présente donc dans le cours des cardiopathies congénitales. Elle sera traitée par les moyens que nous allons exposer à propos des maladies de cœur acquises.

β. *Traitement symptomatique des maladies acquises.* — 1° *Formes légères.* — La cardiopathie se caractérise par la dyspnée d'effort, l'éréthisme cardiaque, plus rarement des céphalées, des épistaxis, de l'insomnie, mais sans œdème, sans congestion viscérale. Il s'est développé un simple état méiopragique. Le pouls est régulier, peu ou point accéléré au repos.

1. *D. Arch. f. klin Med.*, 1889.
2. *Bull. med.*, 1892.
3. Traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise (th. de Paris, 1897).

Le traitement, dans les cas de ce genre, avant de viser l'affaiblissement relatif du muscle cardiaque, s'adressera à la cause : régime et eupeptiques dans les troubles gastriques; s'il s'agit d'excitation nerveuse, on recourra au repos physique et cérébral, aux sédatifs, bromure de potassium, antipyrine, chloralose, hydrothérapie faite avec prudence. Peter conseille l'emploi de lotions rapides avec de l'eau à la température de 25 à 30°, faites d'abord sur la poitrine et après seulement sur le dos qui est plus sensible. En cas d'insomnie, on prescrit les hypnagogues, chloral, sulfonal, trional, etc.

Si l'intolérance cardiaque est due, ce qui est rare chez l'enfant, mis à part les cas compliqués, à une diminution de résistance du myocarde, on pourra exceptionnellement avoir recours à la médication cardiotonique, digitale, strophantus, dont nous exposerons le mode d'emploi à propos de l'asystolie vraie.

C'est dans les cas de ce genre que prend place le *traitement mécanique* tel qu'il a été appliqué principalement en Suède et en Allemagne et qui mérite une mention spéciale, bien qu'il ait surtout été utilisé pour des adultes [Wide (1), Barié, Lagrange, Mme Tacké (2), Piatot (3)].

Le traitement mécanique comprend la méthode d'Œrtel et la méthode suédoise ou gymnastique de Ling.

La *méthode d'Œrtel* consiste en ascensions graduées, diète des liquides, diaphorèse obtenue par la marche ou les bains d'étuve. Elle ne concerne en aucune façon la pathologie cardiaque de l'enfance.

La *méthode suédoise* ou *gymnastique de Ling* comprend divers mouvements : mouvements passifs, massage, mouvements de résistance, mouvements actifs.

Les *mouvements passifs* sont pratiqués avec la main ou des machines spéciales. Ils se divisent, d'après Wide, en trois sortes : le *pétrissage des muscles*, les *mouvements de circumduction*, les *mouvements qui favorisent la respiration*. Le pétrissage détermine une projection centripète du sang veineux; les mouvements de circumduction produisent l'allongement et le raccourcissement successifs des veines et par là une sorte d'aspiration de la périphérie au centre. Les mouvements respiratoires, tels que soulèvement du thorax, extension du tronc, élévation des bras, soulèvement du tronc ont pour but de favoriser la circulation pulmonaire.

D'autres manœuvres sont utilisées en vue d'agir directement ou par la voie réflexe sur le fonctionnement du cœur. Zander arrive à ralentir le cœur avec des appareils spéciaux qui provoquent des mouvements de trépidation du thorax et de vibration du dos.

Levin masse directement le cœur. S'il veut diminuer le nombre des pulsations cardiaques, il a recours à l'effleurage et aux vibrations; s'il veut relever l'activité cardiaque, il pratique le hachement et le tapotement à mains plates.

Dès que le malade est amélioré par les mouvements passifs, on prescrit les mouvements de résistance en commençant par les extrémités inférieures, puis le patient accomplit les mouvements spontanément.

Une des formes le plus employées, en France, de traitement mécanique, est le massage abdominal préconisé par Hirchberg et employé avec succès par Huchard et son élève Piatot. Ils l'associent au massage des membres dans les cas d'ascite et d'œdèmes. Le massage produit la résorption de ceux-ci, favorise la diurèse, soit seul, soit combiné aux diurétiques, modifie la stase veineuse abdominale, la congestion hépatique, diminue le nombre des pulsations cardiaques. Un de ses inconvénients, au moins chez les mitraux, serait l'abaissement de la tension artérielle.

Les indications de la gymnastique suédoise sont exceptionnelles chez l'enfant. De l'étude des faits se dégage, en réalité, l'impression que la gymnastique suédoise, tout en présentant certains avantages, ne peut justifier la prétention qu'on lui a attribuée parfois de compter comme un traitement systématique au moins en ce qui concerne les enfants.

2° *Traitement des formes graves. — Asystolie.* — L'asystolie infantile, bien que ses symptômes la rapprochent de celle de l'adulte, présente cependant quelques caractères particuliers qui sont d'un certain intérêt au point de vue des indications thérapeutiques. En général, les battements cardiaques et le pouls radial restent réguliers, ce qui tient sans doute à la rareté de la myocardite interstitielle (Krehl) (1). Le pouls veineux est l'exception. Les œdèmes déclives ne sont pas la règle comme chez l'adulte.

Par contre, il n'est pas rare d'observer les embarras de la petite circulation et du système porte, les congestions pulmonaires et hépatiques, mais la grande circulation échappe dans une certaine mesure à la gêne mécanique qui accompagne les troubles graves dans le cours des cardiopathies.

On peut donc dire que chez l'enfant les cardiopathies valvulaires se montrent à l'état pur, exemptes du mélange avec les défections des cœurs périphériques. Aussi bien, tout l'intérêt thérapeutique se concentre autour du muscle cardiaque, et c'est surtout lui qu'il faut considérer, lorsque la compensation est sérieusement rompue.

Malheureusement, lorsque dans le cours d'une endocardite chronique, le cœur infantile donne des signes d'affaiblissement marqué, le traitement a peu de prise sur le désordre fonctionnel. Chez l'adulte, il est commun d'observer des asystolies périodiques, s'effaçant sous l'influence du repos et de la digitale, et réapparaissant à l'occasion d'une fatigue nouvelle. Chez l'enfant, il n'y a pas d'intermédiaire entre les formes graves et les formes bénignes. Mises à part l'insuffisance aortique et les maladies congénitales, le pronostic des maladies du cœur est tout bénin ou tout grave. C'est ce que j'ai exprimé par la formule suivante : les maladies du cœur compensées sont plus bénignes chez l'enfant que chez l'adulte; non compensées, elles sont plus graves chez le premier que chez le second.

C'est qu'en effet l'asystolie liée à la fatigue progressive du myocarde est exceptionnelle chez l'enfant. Nous proposons chez l'enfant une asystolie par lésion directe du myocarde, une asystolie par inhibition et une asystolie mécanique.

Asystolie par lésion directe du myocarde. — La myocardite parenchymateuse aiguë (2) se traduit cliniquement par une sorte de collapsus circulatoire : pâleur, anhélation et angoisse légère, pas de cyanose, affaiblissement des bruits cardiaques et des souffles perçus antérieurement, signe de dilatation cardiaque, fièvre modérée. Un des caractères dominants est la régularité du pouls qui se maintient jusqu'à la mort. Celle-ci a lieu en l'espace de quelques semaines, parfois de 2 ou 3 mois, soit par syncope, soit par refroidissement progressif.

1. *Handbok Medicinik gymnastik.*
2. Paris, 1897.
3. Paris, 1898.

1. *Deut. Arch. für. klin. Med.*, 1893.
2. Weill et Barjon, Myocardite parenchymateuse primitive (*Arch. de méd. expérim.*, 1895, et *Revue des mal. de l'enf.*, 1896).

La myocardite est toujours survenue dans le cours d'une maladie infectieuse, le plus souvent d'une atteinte rhumatismale, une fois à l'occasion d'un érysipèle. Il est vraisemblable que l'infection peut atteindre le myocarde, sans y déterminer de lésions.

Le traitement doit s'inspirer de ces considérations. Lorsque l'asystolie un peu spéciale que nous venons de décrire, et qui rappelle plus ou moins l'expression de la myocardite primitive dans les maladies infectieuses, vient à compliquer l'évolution d'une cardiopathie jusque-là tolérée, le traitement, qui s'applique d'ailleurs aux deux ordres de faits, comprend les indications suivantes : repos au lit, suppression de tout mouvement : révulsion sur la région précordiale, ou bien application de glace, de compresses d'eau froide, moyen à la fois sédatif et tonique, qui a encore l'avantage de relever la tension artérielle (Isnel) (1). En même temps, on luttera contre l'élément infectieux par le régime lacté, en provoquant la diurèse, l'évacuation de l'intestin. Le traitement direct de la cardioplégie consiste dans l'emploi de la digitale ou de la digitaline et de leurs succédanés, aux doses et avec les précautions que nous indiquerons plus loin.

En général, la digitale est peu goûtée lorsque la fibre musculaire cardiaque est altérée; mais ici, il ne s'agit pas d'une véritable dégénérescence; de plus, il n'y a pas de ces modifications du rhythme, telles que la bradydiastolie, qui indiquent une perturbation de l'innervation cardiaque.

Lorsque le collapsus s'accentue ou que des lipothymies surviennent, le péril immédiat sera conjuré par les procédés habituels : injections sous-cutanées de caféine, d'éther, d'huile camphrée au quart ou au dixième, d'éther camphré; administration de stimulants diffusibles : acétate d'ammoniaque, éther, alcool.

La myocardite parenchymateuse et probablement l'intoxication myocardique se combinent parfois à d'autres causes d'asystolie. C'est ainsi que nous avons observé la myocardite parenchymateuse associée à une péricardite aiguë et à une symphyse du péricarde.

En dehors de la lésion que nous venons de décrire, le myocarde ne présente pas chez l'enfant d'autre altération de quelque importance. — La myocardite interstitielle n'existe que rarement, associée aux affections du péricarde. La dégénérescence de la fibre musculaire est exceptionnelle. Les vaisseaux du myocarde sont sains, leurs lésions se combinent en effet aux cardiopathies artérielles, affection de l'âge mur. Nous limiterons donc aux indications précédentes le traitement de cette forme de l'asystolie.

Asystolie par inhibition. — Provoquée par l'endocardite aiguë (Bard), plus volontiers chez l'enfant par l'inflammation aiguë du péricarde, elle relève peut-être, dans une certaine mesure, de l'action directe exercée sur le myocarde par la maladie générale qui a produit les localisations cardiaques. Quelle que soit la part que l'on accordera à chacun de ces facteurs, je rappelle le rôle important que tous les médecins ont fait jouer à la péricardite dans la pathogénie de l'asystolie. Le traitement sera donc dirigé avant tout contre cette complication, en s'inspirant des moyens que nous avons déjà exposés antérieurement. Quant à la médication cardio-tonique, nous la renvoyons pour éviter des redites, à la fin du paragraphe suivant.

Asystolie mécanique. — Elle survient par deux procédés inégalement fréquents : le degré avancé de la lésion orificielle, par exemple un rétrécissement aortique ou mitral très serré : dans ce cas, malgré la vigueur du cœur infantile, il s'épuise, ses cavités se dilatent, et la gêne circulatoire se prononce en amont de l'obstacle, tandis qu'en aval la circulation se réduit de plus en plus. Mais le plus souvent, l'obstacle principal n'est pas aux orifices du cœur, il siège à sa surface, et c'est la symphyse fibreuse qui crée autour du myocarde une barrière contre laquelle viendront se briser tous ses efforts. Nous avons fait ressortir le rôle important joué dans l'asystolie par cette complication. Pour bien apprécier le rôle personnel de la symphyse péricardique dans le développement de l'asystolie, il convient d'observer le cas de symphyse péricardique pure, sans mélange d'endocardite ni de myocardite, telle qu'en réalise la tuberculose primitive du péricarde. Dans cette forme qui a été mise en lumière par Weinberg (1) Hayem et Tissier (2) et sur laquelle j'ai insisté (3), il s'agit d'un cœur sain qui s'est laissé peu à peu enfermer dans une enveloppe fibreuse inextensible; celle-ci représente à la péricardite ce que l'ankylose fibreuse serait à une arthrite tuberculeuse. Le cœur, malgré son intégrité, ne suffit pas à sa tâche. Retenu solidement au sac péricardique, il se contracte imparfaitement : de là une gêne croissante de la circulation; mais cette gêne ne se manifeste pas au cœur lui-même, car le myocarde ne peut pas plus se dilater qu'il ne peut se contracter à fond. Sa forme est inamovible et les signes de la circulation insuffisante ne se manifestent qu'à la périphérie sous forme d'œdème notable, d'ascite à répétition avec congestion hépatique.

Dans la symphyse rhumatismale, le cœur n'est pas dans une oubliette comme dans la forme précédente : stimulé par l'inflammation rhumatismale, plus vive, moins torpide, moins dystrophique que l'inflammation tuberculeuse, il ne s'est laissé cercler qu'après plusieurs poussées péricarditiques et dans l'intervalle a manifesté sa réaction par l'hypertrophie de ses parois qui atteint, dans quelques cas, un degré considérable. Aussi, malgré l'étendue et l'épaisseur des adhérences péricardiques, l'impulsion du cœur est-elle sensible et très souvent exagérée. Néanmoins la symphyse jouera le même rôle dans les formes non tuberculeuses et tuberculeuses, avec cette différence que dans les premières, l'asystolie finale est précédée d'une période qui n'existe pas dans les autres.

Cette manière de comprendre le rôle de la symphyse est fort décourageante au point de vue thérapeutique. On ne peut rien contre une pareille lésion, sinon que d'essayer de la prévenir, ainsi que nous l'avons déjà exposé. Quant à la symphyse réalisée, on ne peut même songer à l'attaquer chirurgicalement.

Aussi bien, est-on réduit, après avoir recherché le traitement de la cause de l'asystolie, à ne faire le plus souvent qu'une médication palliative, représentée surtout par les toni-cardiaques.

Nous ne croyons pas devoir faire une étude complète de ces médicaments dont nous ne ferons ressortir que les particularités qui intéressent l'enfance.

La digitale doit être employée chez l'enfant, non seulement quand il se déclare des troubles du rythme cardiaque et des embarras de la circulation périphérique, œdème, congestions viscérales, mais chaque fois que le pouls s'accélère, que le cœur se dilate, même si ses batte-

1. Thèse de Paris, 1894.

1. *Münch. med. Woch.*, 1887.
2. *Rev. de méd.*, 1889.
3. Traité clinique des maladies du cœur chez l'enfant.

ments restent réguliers, même si les infiltrations séreuses font défaut.

Il va sans dire qu'elle est d'autant plus indiquée que l'asystolie reproduira plus fidèlement les symptômes qu'elle affecte chez l'adulte. On aura peu à craindre chez l'enfant une élévation exagérée de la tension artérielle, provoquée par la digitale, et aggravant la charge d'un myocarde dégénéré.

La digitale est mal tolérée chez les jeunes enfants (G. Sée). Elle convient à la seconde enfance.

On l'administre comme chez l'adulte, soit par petites doses répétées 2 ou 3 jours de suite, soit, suivant la méthode Potain-Huchard, en une dose massive. Si la faiblesse du cœur persiste, il est bon de redonner une ou deux fois par mois une dose de digitale moindre qu'à la première prise. Comme chez l'adulte, la cure digitalique doit être précédée du repos, de l'évacuation du tube digestif et de la diète lactée.

La digitale s'emploie sous forme d'extrait, de teinture, de sirop, de macération, d'infusion, de digitalines diverses. Jules Simon (1) donnait les doses suivantes :

	Extrait	Teinture	Sirop
1 à 3 ans.	1 à 2 cgr.	V à X gouttes	
3 à 5 ans.	5 cgr.	X à XV gouttes	1 à 3 cuil. à café.
5 à 10 ans.	5 à 10 cgr.	XX gouttes	5 cuil. à café.

On a à peu près renoncé aux préparations autres que l'infusion, la macération et les digitalines dont la mieux définie est la digitaline cristallisée française de Nativelle. Cependant Jules Simon recommande la teinture. Marfan prescrit la macération de poudre de feuilles à la dose de 10 à 20 centigrammes de 3 à 5 ans, de 20 à 30 centigrammes de 5 à 10 ans, la digitaline cristallisée à la dose de 1/5 à 1/4 de milligramme de 5 à 10 ans, et jamais au-dessous de 5 ans. Huchard ne donne 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée qu'au-dessus de 10 à 12 ans. J'ai donné à plusieurs reprises, sans inconvénients, 1/2 milligramme à partir de 10 ans.

Succédanés de la digitale. — Ce sont la *caféine*, le *strophantus*, le *sulfate de spartéine*, le *convallaria maialis*.

La *caféine* ne s'accumule pas comme la digitale dans l'économie, elle s'élimine rapidement : on peut d'ailleurs l'associer à la digitale pour prolonger son action. Elle est surtout indiquée dans les états aigus, lorsque le cœur est défaillant, par exemple dans les myocardites. On peut y avoir recours aussi quand la digitale n'agit plus. Pour agir sur le cœur, la caféine doit être administrée à dose assez élevée :

De 2 à 5 ans	10 à 20 cgr.
6 à 10 ans	30 cgr.
10 à 14 ans	40 à 50 cgr.

On la donne en potion, en solution, en injection hypodermique. Voici une des formules, celle de Tanret, pour ce dernier usage :

Benzoate de soude. . .	3 gr.
Caféine.	2 gr. 50
Eau distillée.	qs. pour faire 10 cmc.

Chaque seringue contient 0 gr. 25 de caféine. Suivant l'âge on donne un tiers, une demi, ou une seringue entière. La caféine, outre une certaine excitation musculaire, produit de l'insomnie ou du délire, quand les doses en sont un peu fortes. Il faut donc mesurer la susceptibilité des enfants avant de recourir à ces doses et au besoin associer à la caféine du bromure de potassium.

Le *strophantus* s'emploie sous forme d'extrait à la dose de 1/2 à 1 milligramme par jour, de 5 à 10 ans, ou de teinture de semences au cinquième : dose II à VI gouttes par jour.

La strophantine serait dangereuse chez les jeunes sujets.

Le *sulfate de spartéine* se donne à la dose de 1 à 2 centigrammes, de 3 à 5 ans, de 2 à 4 centigrammes de 5 à 10 ans. Les injections sous-cutanées sont faites à dose moitié moindre.

L'*extrait de muguet* se prescrit à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour, à partir de 5 ans.

La convallamarine est peu usitée.

Tous ces médicaments ont les mêmes indications que chez l'adulte. On les utilise soit quand la digitale n'agit plus, soit pour prolonger l'action de celle-ci. A ce point de vue, le strophantus occupe le premier rang. La caféine et la spartéine ont l'avantage de pouvoir être ordonnées en injections hypodermiques, l'extrait de muguet a une action laxative. L'action diurétique leur est commune à tous, mais c'est encore la digitale qui l'emporte ici, surtout lorsqu'il y a des œdèmes, car la diurèse qu'elle produit dépend en grande partie de leur résorption (Potain).

A tous ces médicaments, on peut adjoindre certains procédés gymnastiques, tels que le massage des membres, de l'abdomen, les mouvements passifs, mais surtout les secousses de la région précordiale et du dos, qu'on appelle en Suède la digitale de la gymnastique.

Le traitement de l'asystolie chez l'enfant s'adresse surtout au myocarde. Il doit être complété cependant par l'emploi de moyens qui diminuent les charges de la circulation périphérique; on combattra les congestions viscérales, les œdèmes, l'ascite, en prescrivant des *purgatifs drastiques*, les *diurétiques* tels que la *scille*, sous forme de *vin de Debreyne*, 2 à 3 cuillerées à café par jour, la *théobromine* 0 gr. 20 à 1 et 2 grammes par jour, la *lactose* 20 à 50 grammes par jour, le *calomel* à la dose de 5 à 10 centigrammes répétés 3 ou 4 fois par jour, 3 jours de suite, le *régime lacté*, le *massage abdominal* dont nous avons déjà signalé l'influence favorable. En général, toutes les substances agissent d'autant mieux qu'on les associe entre elles dans certaines combinaisons. Le calomel est plus diurétique quand on le donne de suite après la digitale. L'association de la digitale et du massage, du massage et de la théobromine (Piatot) assure une force plus grande à l'action individuelle de chacun de ces procédés thérapeutiques.

La gymnastique suédoise, à part son action directe sur le cœur, modifie heureusement l'état des membres œdématiés en favorisant mécaniquement la résorption des sérosités infiltrées. Des faits de ce genre ont été publiés surtout dans les cardiopathies de l'adulte. — Nous croyons cependant qu'on pourrait appliquer à l'asystolie infantile les mouvements passifs, le massage des membres, de l'abdomen, en même temps que la gymnastique locale de la région précordiale.

Les infiltrations de sérosité dans le tissu cellulaire, les épanchements dans les cavités séreuses, aggravent notablement les troubles de la circulation. — S'ils persistent, en dépit du traitement que nous venons d'indiquer, il convient de procéder à leur évacuation mécanique, au moyen de la *thoracentèse*, de la *paracentèse abdominale*, de l'*application des tubes de Southey*, qui, quoi qu'on en ait dit, a réalisé un progrès véritable, à condition de pratiquer une asepsie rigoureuse.

Enfin, dans les cas de dilatation cardiaque avec acci-

1. Conférence thérapeutique et clinique sur les maladies des enfants.

dents dyspnéiques menaçants, la *saignée générale* peut être employée même chez les enfants. On a peut-être exagéré ses inconvénients dans le jeune âge. Récemment encore Baginsky (1) a obtenu une sédation rapide d'accidents graves chez trois enfants atteints de dilatation cardiaque au moyen de la saignée. Chez l'un d'eux, la veine ne s'ouvrant pas, il ouvrit une artère et laissa écouler 100 centimètres cubes de sang. Le résultat fut excellent.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Lachatre. *De l'emploi de la gélatine dans les métrorrhagies.* N° 521. (Carré et Naud.)

M. Cassel. *Contribution à l'étude des indications thérapeutiques de la lymphadénie.* N° 530. (C. Robbe, Lille.)

M. Haïm Ippa. *Contribution à l'étude de la généralisation tuberculeuse post-opératoire.* N° 532. (H. Jouve.)

M. Coutant. *Du traitement des suppurations tuberculeuses prolongées par le brome et ses dérivés obtenus par voie d'électrolyse.* N° 535. (Maloine.)

M. Berthe. *Traitement des hémoptysies tuberculeuses par l'opothérapie hépatique.* N° 536. (H. Jouve.)

M. Petit. *Traitement de la coxalgie* N° 537. (H. Jouve.)

M. Pierridès. *Traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique.* N° 538. (Carré et Naud.)

M. Bacquelin. *Complication rare de la scarlatine : anévrysme extra-crânien de la carotide interne.* N° 626. (H. Jouve.)

M. Duquennoy. *Sur une forme, à début douloureux, de la paralysie infantile.* N° 628. (Lille, Robbe.)

M. Ducroquet. *Le traitement du mal de Pott.* N° 633. (Carré et Naud.)

D'après M. Lachatre, le traitement des métrorrhagies par les injections gélatinées est un traitement facile, à la portée de tous les médecins. Il est sans dangers et n'entraîne aucune complication ultérieure. L'injection intra-utérine de sérum gélatiné précédée d'un grand lavage avec un liquide antiseptique est supérieure au simple tamponnement vaginal gélatiné. Si ce traitement ne peut être véritablement considéré comme curatif, il a du moins cet avantage d'agir efficacement, dans la grande majorité des cas, contre le symptôme hémorrhagie.

Pour M. Cassel, en présence d'une lymphadénie complète (leucémique) et définitivement installée, il faut remplir les indications suivantes :

Imposer au malade une hygiène rigoureuse : hygiène alimentaire, antisepsie des voies digestives, etc.

Tonifier l'état général par tous les moyens possibles, principalement par les ferrugineux, l'hydrothérapie et surtout la sérothérapie artificielle (sérothérapie minima).

Augmenter l'oxygénation du sang par les inhalations d'oxygène, et, s'il est nécessaire, par la transfusion séreuse (sérothérapie maxima).

Réduire autant que possible l'hyperplasie lymphoïde par une médication arsenicale bien conduite et étroitement surveillée.

Ajouter à cette médication fondamentale une médication secondaire basée, d'une part, sur les symptômes (hémorrhagies, dyspnée, etc.), et d'autre part, sur les antécédents morbides, s'il en existe (impaludisme, syphilis, scrofulo-tuberculose).

Essayer un emploi raisonné de l'opothérapie lymphoïde et se guidant sur la connaissance exacte de la composition du sang.

1. *Soc. de méd. Berlin*, 1898.

Dans le traitement chirurgical des tuberculoses locales, il faut, d'après M. Ippa, apporter la plus grande circonspection pour éviter des mécomptes pareils et ne pas opérer inutilement des malades dont le pronostic fatal est évident, il faut les tenir longtemps en observation et tenir un compte rigoureux de contre-indications opératoires.

Ces contre-indications opératoires sont : l'état général du malade, l'amaigrissement subit, l'hémoptysie, la diarrhée, les vomissements, etc., et surtout la fièvre : la moindre élévation de température pourrait avoir son importance.

Une fois ces contre-indications observées et l'antisepsie aidant, on a tout droit d'espérer que les cas de généralisation tuberculeuse dite post-opératoire seront réduits au minimum.

L'électrolyse d'une solution d'iodure de potassium a été préconisée à différentes reprises, et depuis longtemps, pour la cure radicale de l'hydrocèle; ce traitement que l'on trouve décrit un peu partout donne de bons résultats.

D'après M. Coutant il peut être acquis que l'électrolyse d'une solution de bromure de sodium donne des résultats efficaces dans les suppurations tuberculeuses prolongées; d'ailleurs, M. le Dr Boisseau du Rocher a présenté, en 1894, sur ce sujet, un mémoire à l'Académie de médecine, M. le professeur Duplay, chirurgien des hôpitaux, a fourni un rapport favorable sur ce mémoire (16 juin 1896).

Dans son rapport, M. le professeur Duplay conclut en ces termes :

« En ce qui concerne la médication par l'électrolyse du brome contre les tuberculoses osseuses et les suppurations consécutives à l'ostéomyélite, les faits qu'il m'a été donné d'observer, quoique encore peu nombreux, m'ont paru assez remarquables pour mériter de fixer l'attention et pour engager les chirurgiens à s'adresser à ce nouveau mode de traitement. »

Se basant sur les hémorrhagies multiples qui accompagnent l'insuffisance de la cellule hépatique, M. Gilbert tenta l'emploi de l'extrait de foie comme hémostatique, et le résultat fut des plus heureux. Il eut alors l'idée d'appliquer cette propriété au traitement des hémoptysies tuberculeuses et ce traitement réussit à merveille, même dans des cas où tout autre traitement avait été vain.

D'après M. Berthe cette médication se justifie par le rôle coagulateur du foie tant *in vivo* qu'*in vitro* et par la fréquence des hémorrhagies dans les cas où la cellule hépatique est insuffisante. On sait combien dans la tuberculose il y a de cas d'insuffisance hépatique caractérisée par l'indicanurie, l'urobilinurie, la glycosurie alimentaire, l'hypoazoturie. On peut administrer les extraits de foie par la voie stomacale ou en lavements dès que l'hémoptysie apparaît.

M. Louis Petit étudie les indications du traitement de la coxalgie.

Le malade atteint de coxalgie doit être mis en traitement sans délai. Dans la période de début, on aura recours soit à l'extension continue, soit à la fixation dans un grand appareil plâtré.

S'il n'existe pas de déviation du membre malade, l'extension continue sera la méthode de choix. En proportionnant le poids à la résistance du sujet, en l'augmentant suivant le degré de contracture musculaire, on obtiendra un écartement suffisant des surfaces articulaires pour faire obstacle à l'ulcération compressive.

En cas de déviation, on devra recourir au redressement manuel, de préférence pendant l'anesthésie chloroformique, et on immobilisera le membre malade soit temporairement, soit jusqu'à guérison, en renouvelant l'appareil suivant les besoins.

Dans les cas d'ankylose, le médecin devra se rendre compte de la nature de l'immobilisation, il aura pour cela recours à l'examen pendant la narcose chloroformique et, s'il constate un certain degré de mobilité, il devra mettre à profit cette condition pour favoriser le retour à la direction normale, soit en une seule séance, soit par redressement progressif.

En cas d'ankylose osseuse, le chirurgien agira toujours sagement en temporisant et en donnant la préférence au redressement chirurgical par ostéotomie.

L'ostéoclasie est un procédé moins sûr que l'ostéotomie et,

avec les procédés chirurgicaux actuels : asepsie et antisepsie, on n'a point à redouter l'infection.

La résection est indiquée quand il y a complication d'abcès et de séquestres. On s'abtiendra cependant chez les individus cachectisés.

On assurera au malade les meilleures conditions d'hygiène, on soutiendra ses forces à l'aide d'une médication reconstituante; on aura recours utilement à l'huile de foie de morue, à l'usage interne de l'iodoforme ou de préparations iodées.

Quand les accidents se seront atténués et que l'on pourra permettre la marche, on devra encore redouter une déviation qui peut se produire à la faveur de la mollesse des os et de la fragilité de l'appareil ligamenteux. Aussi faut-il imposer au malade la fixation à l'aide d'une attelle métallique postérieure et de faire porter sous le pied sain un patin qui facilite la marche avec des béquilles et ne permet pas au membre malade de toucher le sol.

D'après M. Pierridès, la plupart des agents actuellement connus, employés comme antiseptiques ou modificateurs des surfaces dermo-épidermiques, l'acide picrique est celui qui, jusqu'à présent, a provoqué le moins d'accidents toxiques, et en particulier des érythèmes médicamenteux.

Produisant très rarement ces érythèmes il est susceptible, appliqué localement, de les modifier et très souvent de les guérir, en supprimant rapidement la congestion et les démangeaisons.

Il agit, dans ce cas, comme agent kératoplastique, antiseptique et un peu anesthésique.

Ce topique mérite d'être adopté en chirurgie courante au même titre que l'acide phénique, le sublimé, etc.

Son application constituerait, en dehors des cas de brûlures et des érythèmes médicamenteux, un traitement efficace dans un grand nombre d'affections épidermiques, comme plusieurs observations tendent à le prouver.

Pour M. Bacquelin, aux complications connues de la scarlatine il en faut ajouter une très rare; l'anévrysme spontané de la portion extra-crânienne de la carotide interne dont nous rapportons un exemple.

Cet anévrysme au point de vue pathogénique paraît devoir rentrer dans la catégorie des anévrysmes dits spontanés ou simples liés à l'artérite aiguë.

L'observation de la malade de M. Bacquelin est intéressante à plus d'un titre : *a*) L'anévrysme chez une jeune fille est très rare. *b*) Il s'est développé à la suite d'une scarlatine, affection qui frappe volontiers l'appareil circulatoire. *c*) Cet anévrysme a évolué très rapidement et s'est terminé par la guérison spontanée. Tout cela est très exceptionnel. *d*) L'anévrysme de la carotide interne dans sa portion extracrânienne est très rare et à peine signalé par les auteurs classiques.

Le siège de cet anévrysme et les conditions dans lesquelles il s'est présenté, à la suite de la scarlatine, prêtaient particulièrement à l'erreur. Ce cas doit mettre en éveil l'attention du chirurgien; il montre la nécessité d'un examen minutieux avant d'ouvrir un adénophlegmon du cou, en particulier par la voie pharyngienne afin d'éviter des erreurs fatales.

La paralysie infantile débute généralement par une période fébrile sans troubles de la sensibilité;

D'après M. Duquennoy, il existe une forme clinique caractérisée au début par des douleurs très vives, accompagnées de contractures, dans les muscles qui doivent être le siège de la paralysie;

Ces phénomènes douloureux paraissent être dus soit à une extension de la myélite aux zones sensitives de la moelle, soit à une inflammation concomitante des méninges;

L'apparition de ces douleurs ne paraît pas avoir de signification fâcheuse au point de vue du pronostic, les troubles de la sensibilité disparaissant toujours au bout de quelques semaines sans laisser aucune trace.

Pour M. Ducroquet, il est dans le mal de Pott un accident plus redoutable que l'apparition de la gibbosité, c'est la fistulisation des abcès. Dans le traitement de la tuberculose véritable, on ne saurait trop penser à cette terrible complication et redoubler de soins dans leur traitement.

a) De par les nombreux travaux publiés depuis 2 ans, il est un fait que l'on peut affirmer : la possibilité d'enrayer dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, l'évolution de la gibbosité. Il n'est qu'un seul moyen qui nous permette d'atteindre ce but, c'est l'appareil plâtré.

b) La gibbosité est souvent curable; son traitement est la réduction sous chloroforme. Sa mortalité actuelle ne dépasse guère 5 à 7 p. 100 et souvent elle est imputable à la mauvaise technique employée.

c) Il ne suffit pas de redresser, il faut savoir maintenir la réduction. C'est de tout le traitement la partie la plus importante. La plupart des insuccès sont dus à la mauvaise technique qui a présidé à la construction de l'appareil. Celui-ci sera fait en plâtre et sans interposition de ouate entre le corps de l'enfant et le corset.

d) L'immense avantage d'un corset bien fait est d'immobiliser parfaitement bien le rachis. Et si cela est, on peut permettre aux enfants de marcher, sans encourir le risque de voir leur gibbosité reparaître. La marche, la vie au grand air, en stimulant les fonctions digestives, contribue au maintien de l'état général et, par contre, aide à la cure de la lésion rachidienne.

La paralysie est une indication formelle au redressement, quel que soit l'âge de l'enfant et la durée de la gibbosité. Il est moins grave que toutes les opérations sanglantes préconisées jusqu'à ce jour.

Les abcès et les fistules sont des contre-indications au redressement.

Quand le redressement est impossible, cela tient à une ankylose du rachis postérieur, plus rarement du rachis antérieur : quelquefois des deux réunis.

a) Les tuberculoses osseuses ont peu de tendance aux néoformations. Les cavités produites par le redressement se combleront rarement. La consolidation se fait par soudure des arcs postérieurs du rachis au niveau des vertèbres cariées.

b) La consolidation se fera d'autant mieux et plus vite que le siège du mal sera plus bas situé. Pour les maux de Pott cervicaux et cervico-dorsaux, la question n'est pas jugée. Il reste un fort point d'interrogation.

Pour obtenir la consolidation, il sera souvent nécessaire, dans ces cas, de recourir à l'avivement des lames et à la ligature apophysaire recommandée par Chipault.

La durée du traitement doit être d'au moins 2 ans.

a) Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que tout le secret du traitement réside dans la façon de faire l'appareil plâtré; si on sait le construire, on pourra, dans la majorité des cas, pour ne pas dire toujours, prévenir l'apparition de la gibbosité.

b) Pour faire l'appareil, il faut avoir constamment à l'esprit ce principe qui résume toute l'orthopédie : l'appareil plâtré doit fixer, maintenir la position donnée au rachis; il ne doit en aucun cas être un appareil de force.

La méthode a fait ses preuves; il serait de mauvaise grâce de nier encore la réalité des résultats; il est actuellement un grand nombre d'enfants qui peuvent marcher sans soutien. M. Calot en a présenté plusieurs à l'Académie, et beaucoup sont déjà rendus à leur famille.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Modifications morphologiques des cellules nerveuses suivant leur état de repos, d'activité ou de fatigue, par Lugaro (*Rivista di pathologia nervosa e mentale*, vol. III, fasc. 8, p. 337-359, août 1898). — L'auteur a tué des chiens éveillés en injectant du liquide fixateur de Cox dans leur système artériel cérébral; ainsi, chez un animal déjà excité par la découverte de la carotide, la cellule nerveuse était brusquement surprise, rapidement excitée, tuée et fixée en même

temps. Les figures des cellules nerveuses et de leurs ramifications provenant d'animaux ainsi traités correspondent donc à un état d'excitation diffuse auquel se superpose une excitation instantanée et générale. D'autres chiens furent soumis à l'action du chloral, de l'éther, du chloroforme, de la morphine. Les éléments nerveux furent fixés de même que précédemment, par l'injection intra-artérielle du liquide de Cox, poussée soit pendant la vie, soit après la mort de l'animal du fait du chloroforme, du choral ou de la morphine.

Les préparations au Golgi font voir : 1° dans tous les cas, l'absence d'altérations graves intéressant les corps cellulaires et les grosses branches protoplasmiques; 2° la présence de fins prolongements nus et variqueux en petit nombre et à localisation diffuse chez les chiens tués à l'état de veille par l'injection du liquide fixateur et chez les animaux morphinisés; 3° la rareté est jusqu'à l'absence complète des appendices épineux sur de nombreux rameaux protoplasmatiques des animaux tués à l'état de veille; 4° la présence de légères varicosités couvertes d'épines chez les chiens morphinisées; 5° l'absence presque absolue de varicosités et la présence d'un revêtement luxuriant d'appendices épineux sur les dendrites des chiens tués dans la narcose profonde obtenue par le chloroforme, l'éther, le chloral.

Les trois états morphologiques des dendrites fines (dendrites lisses, dendrites épineuses, dendrites variqueuses avec ou sans épines), peuvent être interprétées de la façon suivante : la *rétraction des épines* paraît nettement liée à un état d'activité physiologique. On la relève chez les animaux éveillés qui, par l'arrivée de l'injection fixatrice, subirent une excitation directe de l'écorce, excitation attestée par les énergiques contractions musculaires que provoque l'injection. On voit encore la rétraction des épines dans les préparations provenant de chiens chez lesquels la morphine avait produit un état de vive excitation. Les *varicosités* semblent consécutives à un état prolongé d'excitation. Lugaro les a surtout constatées dans les préparations provenant des chiens soumis pendant longtemps à l'action de la morphine. La production de petites varicosités sur les arborisations ne correspondrait pas à la réaction immédiate aux excitations, mais à un état de fatigue. On les trouve surtout chez les chiens longuement morphinisées, car, à haute dose, la morphine est surtant un excitant cérébral pour ces animaux. Chez les chiens profondément narcotisés par le chloroforme, l'éther, le chloral, on note l'absence complète de varicosités. Les ramuscules protoplasmiques ont leurs contours régulières et sont *richement pourvues d'appendice épineux*; cette constatation est bien en harmonie avec les précédentes; si la rétraction des épines est le signe de l'activité, si les varicosités des fines ramifications dendritiques sont l'expression de la fatigue, il est naturel que rétraction et varicosités fassent défaut dans le repos d'une profonde narcose et qu'au contraire les épines atteignent un haut degré d'expansion.

Ainsi, la ramification dendritique régulière, sans varicosités, richement pourvue d'appendices épineux, est au repos. La ramification régulière, sans varicosités, sans épines, représente l'état d'activité. La ramification légèrement variqueuse avec ou sans épines, représente l'état de fatigue, sans superposition d'une excitation actuelle ou avec cette excitation.

Les constatations de Lugaro et les déductions qui en découlent sont importantes en ce qu'elles attribuent à la plasticité nerveuse un rôle bien différent de celui qu'on pensait devoir leur être dévolu dans le fonctionnement du système nerveux. D'après Lugaro, dans le passage de la cellule de l'état de repos à celui d'activité, les contacts ou la contiguïté des prolongements du neurone avec le neurone suivant ne sont pas modifiés; mais la ramification active, ayant rétracté ses appendices, transmet intégralement l'influx nerveux tel qu'elle l'a reçu. La ramification au repos, hérissée d'épines, perd par toutes ces pointes le peu qu'elle a pu recevoir, et ne transmet plus rien à la cellule dont elle émane.

CHIRURGIE

Sarcome primitif du mésentère (Primäres Sarkom im Netz), par G. Heinricius (*Centr. f. Chirurgie*, 1898, p. 609). — Petite fille de 5 ans amenée le 14 mars 1897 à la clinique gynécologique. Au dire de sa mère, l'enfant, à part des douleurs passagères dans le ventre, a toujours été bien portante, jusqu'en février 1897, époque où le ventre commença à grossir. Pas de vomissements. Urines et selles normales. Aucun antécédent héréditaire de tumeur. La malade, qui est pâle et affaiblie, présente dans le ventre une tumeur mobile, dure, grosse comme une tête et remplissant l'abdomen.

17 mars 1897, laparotomie médiane. On trouve au-dessous du péritoine une tumeur qui naît de la partie supérieure du mésentère et indépendante de l'intestin. Ablation après ligature du pédicule. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à la fois globo- et fuso-cellulaire.

Les suites de l'opération furent bonnes et jusqu'en mai la malade parut guérie. A cette époque les douleurs réapparurent, l'état général devint mauvais, le ventre était parsemé de nodules et distendu par un peu d'ascite.

La mort survint dans cet état le 3 août 1897, de récidive.

Les amyotrophies réflexes. Diagnostic et traitement par l'électricité, par M. Molly (*Revue de neurologie et de psychiâtrie*, août, 1898). — Dans ce titre l'auteur reprend l'étude des atrophies myélopathiques auxquelles Charcot a donné le nom de paralysie spasmodique amyotrophique et pour l'étiologie desquelles on est obligé d'invoquer le mécanisme de l'inhition des centres nerveux à distance.

Après avoir passé en revue les différentes affections qui peuvent résulter de ce genre de paralysie (arrêt de développement d'un membre chez l'enfant, déplacement secondaire passif, luxations spontanées, pied plat douloureux, etc.). L'auteur insiste sur la distinction déjà faite par Charcot de deux formes de ces paralysies; l'une est susceptible de guérison, et doit être traitée avec précaution, l'autre est incurable et n'appartient pas à l'électrisation localisée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Octobre 1898.

Étude sur l'infection purulente tégumentaire (impetigo herpétiforme de Hebra).

M. Hallopeau. — Cette maladie n'est pas seulement du ressort de la dermatologie : elle offre également de l'intérêt au point de vue de l'obstétrique, car elle a été surtout observée chez les femmes gravides. L'auteur en a étudié trois faits qui permettent d'en compléter la description clinique et d'en déterminer la nature.

Deux de ces faits sont survenus comme complications de la maladie que l'auteur a décrite sous le nom d'acro-dermatite continue suppurative; rapprochés du troisième fait dans lequel cette infection a été également consécutive à des suppurations anciennes et invétérées, d'un cas de Rille dans lequel elle est survenue consécutivement à un abcès du cou et enfin des cas dans lesquels on a trouvé une endométrite suppurative, ils permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une infection purulente qui a pour trait essentiel d'être limitée aux téguments, d'où l'étiquette sous laquelle l'auteur la désigne.

Elle est caractérisée cliniquement par des phlegmasies suppuratives multiformes, superficielles, à progression excentrique, envahissant les tégument sur de grandes surfaces et récidivant incessamment par poussées successives qu'accompagne une réaction fébrile parfois très intense. Elle est assez rare, mais il est difficile d'en établir la statistique par ces deux raisons qu'elle est fréquemment méconnue et qu'on lui rapporte des faits qui ne lui appartiennent pas.

Les lésions sont constamment très superficielles, sous-épidermiques : c'est d'abord un léger soulèvement de l'épiderme par un exsudat épais du volume d'une tête d'épingle; sa saillie est

actuellement nulle; il est entouré d'une aréole érythémateuse; il peut rester miliaire et se disposer en séries arrondies ou linéaires; le plus souvent les éléments se multiplient excentriquement en même temps qu'ils deviennent croûteux dans leur partie centrale; après la chute de ces croûtes, on voit une surface rouge, vernissée, parfois squameuse; souvent les éléments deviennent confluents soit en soulèvements lenticulaires, soit en traînées curvilignes de formes variées : on les observe surtout dans l'aire des plaques éruptives qui peuvent envahir des surfaces très étendues, par exemple les deux tiers du tronc ou la presque totalité d'un membre; ils sont formés par la confluence de placards primitivement isolés; il ne reste pas trace de leur séparation primitive; ainsi constitués, ces grands placards s'étendent, précédés d'une aréole érythémateuse, zone d'attaque de Dubreuilh, par plusieurs rangées de soulèvements purulents et après eux ils laissent des croûtes.

Les traînées curvilignes suppuratives prennent dans l'aire des grands placards les formes les plus singulières; elles représentent ainsi, tantôt des lettres de l'alphabet telles que des S, des C, des J, des G, tantôt des chiffres tels que 3, tantôt des points d'interrogations accolés dos à dos, tantôt des croissants, des spirales, des cercles parfaits ou diverses arabesques; ces figures résultent de la progression, suivant différentes courbes, de l'exsudat d'abord miliaire; aux membres ces lésions suivant une marche ascendante représentent soit une paire de bas, soit une paire de gants rouges et blancs de longueur croissante; les ongles tombent; il se produit aux plantes des pieds de larges phlyctènes; au pourtour des genoux on voit aussi des phlyctènes d'aspect particulier; c'est un fin plissement de l'épiderme constitué par des soulèvements parallèles très ténus, très serrés, comparables, suivant Dubreuilh, à ceux que l'on imprime à du papier à cigarette mouillé, les muqueuses buccale et digestive sont intéressées, l'éruption peut devenir végétante; elle procède par poussées fébriles, elle peut durer plusieurs mois et se termine le plus souvent par la mort. On ne peut savoir si elle est due à l'action de staphylocoques modifiés ou d'un microbe pyogène encore indéterminé (qui serait sans doute aérobie) ou de toxines émanées d'un foyer superficiel ou profond. Il s'agit d'une infection purulente tégumentaire que séparent de l'infection purulente vulgaire l'absence d'infarctus viscéraux, la localisation exclusive dans les téguments, la durée parfois très longue et la possibilité de la guérison.

M. Laborde reproduit devant l'Académie les expériences qu'il a déjà faites à la Société de biologie sur l'épilepsie expérimentale (voir *Gazette*, p. 952).

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'acné,

Par le Dr Veiel (de Cannstatt) (1).

Le traitement de l'acné vulgaire doit être à la fois local et général.

I. *Traitement général.* — Les différentes causes de faiblesse prédisposent à l'acné et l'amélioration de l'état général entraîne la diminution ou la disparition des phénomènes cutanés.

Les anémiques recevront donc des préparations ferrugineuses; on leur conseillera la vie au grand air, le mouvement, leur nourriture sera fortifiante. Lorsqu'il y a en même temps de la scrofulose, l'huile de foie de morue et les bains salés sont particulièrement indiqués.

Dans les affections stomacales, on établira un régime approprié. Les aliments épicés, les acides gras donnent sans aucun doute lieu à une aggravation de l'acné. L'alcool en quantité modérée est beaucoup moins nuisible et Lewin recommandait à ses malades 2 ou 3 petits verres de bonne eau-de-vie par jour.

Le Dr Veiel n'a pas vu que l'acné soit plus fréquent chez les malades atteints de dilatation d'estomac.

(1) *Klinisch. therap. Woch.*, 19 juin 1898, p. 924.

D'après Bardach, de Kreuznach, on trouverait chez les acnéiques une augmentation des précipités cristallisés de l'urine et le poids spécifique de l'urine serait plus élevé que normalement. Pour Dayne l'acné serait fréquent chez les diabétiques.

De même, enfin, les affections de l'appareil génital amèneraient facilement une aggravation de l'acné et dans tous ces cas le traitement de l'affection en cause est susceptible de diminuer ou de faire disparaître l'acné. Avant de quitter le traitement général, il est également un point important sur lequel insiste avec raison M. le Dr Veiel. C'est la désinfection rigoureuse du linge des malades; le linge du corps doit être renouvelé fréquemment, et désinfecté avec soin avant de servir à nouveau. Enfin, il est très important chez ces malades de traiter la séborrhée du visage et du cuir chevelu.

Contre la séborrhée de la tête, le Dr Veiel donne la préférence à la liqueur de soude.

II. *Traitement local.* — Le premier point du traitement local doit être d'amener à une prompte maturité les pustules d'acné : l'emplâtre de Vigo convient tout particulièrement ici. Lorsque pour une raison ou pour une autre on doit renoncer à l'emploi des mercuriels la pommade suivante donne de bons résultats.

N° 1.	Résorcine	10 gr.
	Oxyde de zinc	2 gr. 5
	Silice	0 gr. 5
	Benzoate de soude	7 gr.

En badigeonnages 2 fois par jour.

N° 2.	Naphthol β	10 gr.
	Précipité de soufre	50 gr.
	Vaseline	ââ 25 gr.
	Savon	

Appliquer une couche pendant 15 à 20 minutes, puis l'enlever et sécher avec de la poudre de talc.

La pâte de Hebra est également bonne.

N° 3.	Précipité blanc de Hg	ââ 2 gr.
	Sous-nitrate de bismuth	
	Ichthyol	
	Vaseline	20 gr.

Appliquer le soir.

La teinture d'iode ou la liqueur iodo-iodurée sont à rejeter en raison de la douleur qu'elles produisent.

La résorcine est de ces différentes préparations celle qui donne les meilleurs résultats. L'emploi de l'acide salicylique, très utile dans différentes affections cutanées, donne ici également de bons résultats.

Lorsque, au bout de quelques jours, il ne se forme plus aucune pustule sous l'emplâtre de Vigo, la peau est soigneusement nettoyée avec l'éther, puis on pratique la seconde partie du traitement qui consiste dans l'usage de préparations sulfureuses.

Les savons sulfureux, les préparations sulfureuses à la glycérine doivent être rejetées. Le mieux est de recourir à la préparation suivante, presque toujours bien supportée :

Lait de soufre	ââ
Eau	
Alcool	

à laquelle on ajoute 10 p. 100 de mucilage de gomme arabique pour empêcher la précipitation des particules de soufre.

Le plus souvent le soufre est bien supporté. Dans les cas rares où il produit de l'irritation de la peau on peut recourir à la préparation suivante :

Acide borique finement pulvérisé	1 gr.
Oxyde de zinc	4 gr.
Amidon	36 gr.

Ajouter de l'eau en quantité suffisante pour former une pâte de consistance molle.

A cette pâte on peut joindre progressivement de 1 à 5 p. 100 de lait de soufre pour habituer progressivement le tégument à l'emploi du soufre.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Abcès métastatiques consécutifs aux injections sous-cutanées, dans les infections pneumococcique et éberthienne,

Par MM. Ch. Achard et Emile Weil.

Le rôle du traumatisme dans la localisation des microbes pathogènes est établi par de nombreux faits cliniques et expérimentaux. On peut voir une infection, limitée primitivement à un foyer unique, donner lieu secondairement à de nouveaux foyers, développés à l'occasion d'un traumatisme, en des points souvent fort éloignés de la lésion initiale. Les infections pyogènes se prêtent particulièrement bien à la démonstration de cette importante loi de pathologie générale. Elles engendrent facilement sous cette influence traumatique de véritables abcès métastatiques, et la formation de ces abcès suppose, comme celle de tous les autres abcès métastatiques dont la condition localisatrice est indépendante du traumatisme et demeure souvent inconnue, la pénétration des germes pyogènes dans la circulation et leur transport par la voie vasculaire.

Ce ne sont pas seulement les grandes infections pyogènes, streptococcique et staphylococcique, qui offrent des exemples de ces localisations traumatiques. Les infections pneumococcique et éberthienne, qui engendrent moins habituellement le pus, n'en sont pas moins capables de les réaliser, et même c'est principalement sous la forme d'abcès qu'elles manifestent leurs métastases traumatiques.

Pour ce qui est de l'infection pneumococcique, on a produit expérimentalement, dans des conditions très variés, des abcès métastatiques en des tissus qui avaient subi un traumatisme.

En clinique humaine, c'est principalement à l'occasion des injections sous-cutanées de médicaments qu'on a observé les suppurations de ce genre. Un certain nombre de cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques consécutifs à ces injections ont été rassemblés par M. A. Zuber dans sa thèse inaugurale (1).

En voici une nouvelle observation.

Observation I. — *Pneumonie adynamique chez une femme enceinte. Abcès à pneumocoques consécutif à une injection de caféine.*

Georg..., femme de 33 ans, entre le 24 février 1898, salle Gubler, n° 7, dans le service de M. Gilbert à l'hôpital Broussais.

Cette femme est enceinte de 4 mois. Bien portante d'ordinaire, elle traîne sans s'aliter depuis 15 jours et présente à son entrée les symptômes d'une pneumonie de la base gauche.

Les symptômes généraux sont très accentués. Elle se plaint d'une céphalée intense, a une dyspnée très vive et présente un véritable état ataxo-adynamique. En effet, par moments, un délire de paroles, rarement d'action, la fait sortir de sa torpeur habituelle. Les bruits cardiaques sont assez mous, un peu irréguliers, avec une tendance au rhythme embryocardique. 120 pulsations par minute. Température 39°.

En raison des signes de faiblesse cardiaque, on pratique des *injections sous-cutanées de caféine.*

La défervescence se produit en lysis le 3 mars.

Le 8 mars, on remarque un *abcès à la cuisse droite* au niveau d'une piqûre de caféine. Le pus est collecté en 5 jours, sans que la température ait jamais dépassé 38°. L'abcès est ouvert le 15 mars, et le pus ensemencé donne une *culture pure de pneumocoque* de Talamon-Fränkel. L'inoculation à la souris est mortelle en 23 heures.

L'état général de la malade redevient bon mais les signes locaux de la pneumonie (souffle et submatité) persistent jusqu'au 15 avril. Après quelques douleurs, la malade avorte le 5 avril. Le fœtus naît vivant, mais meurt presque aussitôt, sans présenter de lésions imputables à une infection pneumococcique. L'inoculation de ses organes et du placenta à des souris n'a pas entraîné la mort de ces animaux.

Le 15 avril, quoique l'accouchement et la délivrance n'aient été suivis d'aucun accès fébrile ni de pertes, survient une légère phlébite de la fémorale gauche, qui se résout promptement.

La malade sort guérie le 1er mai.

Dans l'infection éberthienne, on connaît des observations analogues. Récemment M. G. Schneider (2) (d'Oran) publiait un cas de fièvre typhoïde dans lequel deux abcès à bacille d'Eberth se formèrent à la suite d'injections hypodermiques de chlorhydrate du quinine. Déjà en 1896, le professeur L. Révilliod (3) (de Genève) relatait deux observations dans lesquelles des suppurations à bacille d'Eberth au cours de fièvres typhoïdes graves, compliquées d'accidents rénaux et méningitiques avaient été la conséquence d'injections sous-cutanées de térébenthine, faites en vue d'obtenir des abcès de fixation, et il faisait ressortir à ce propos les avantages de cette pratique, non seulement pour réaliser un effet thérapeutique, mais même — écrivant quelques semaines avant

1. Alfred Zuber, Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie (thèse de Paris, juin 1896, n° 325).

2. G. Schneider, Deux cas de localisation secondaire du bacille d'Eberth (*Presse médicale*, 23 juillet 1898, p. 38).

3. Révilliod, Les maladies éberthiennes (*Rev. médic. de la Suisse romande*, 20 mai 1896, p. 217).

les débuts de la méthode du séro-diagnostic — pour fixer un diagnostic hésitant et mettre en évidence l'agent pathogène de la maladie.

Voici un nouveau cas d'abcès à bacille d'Eberth; la cause provocatrice est ici l'injection de bleu de méthylène.

Obs. II. — *Fièvre typhoïde avec rechute. Abcès à bacille d'Eberth consécutif à une injection de bleu de méthylène.*

Ren... (Adolphe), 28 ans, mécanicien, entré le 4 septembre 1897, salle Lorain, n° 19, dans le service de M. Achard, à l'hôpital Tenon.

La maladie a débuté, il y a 7 ou 8 jours, par de la fièvre, de l'anorexie, de la céphalalgie.

A son entrée, le malade a le faciès vultueux, une température de 39° et 100 pulsations à la minute.

Il se plaint d'une violente céphalalgie, de courbature générale, d'insomnie. Il éprouve une soif vive et de l'anorexie. La bouche est pâteuse; la langue, recouverte d'un enduit suburral, est rouge sur les bords. Le ventre est légèrement ballonné; il n'y a pas de diarrhée et même le malade est constipé depuis le début; on constate du gargouillement iléo-cæcal. La rate est volumineuse. Il y a une certaine dyspnée, mais l'auscultation ne fait entendre aucuns râles aux bases. On trouve sur le tronc quelques taches rosées lenticulaires. Pas d'albumine dans l'urine. Séro-diagnostic positif; l'agglutination a lieu à 1 p. 50.

Une *injection de 0 gr. 05 de bleu de méthylène* est faite à la fesse gauche, le 5 septembre.

Le malade est traité par les bains froids. Il en a pris en tout 52.

On lui donne des boissons abondantes et pendant toute la durée de sa maladie il a bu au moins 3 litres de lait par jour.

La fièvre typhoïde évolue assez rapidement. Le malade a souvent un peu de délire; le ventre est habituellement ballonné; la diarrhée survient, mais d'une façon inconstante.

Le 13 septembre on constate un *abcès de la fesse gauche*, au niveau du point où avait été faite la piqûre de bleu de méthylène. Cet abcès est ouvert et drainé. L'ensemencement du pus a donné des *cultures pures de bacille d'Eberth.*

Le 24 septembre le malade est complètement apyrétique; sa température oscille entre 36°2 et 37°2 jusqu'au 6 octobre.

A ce moment survient une rechute.

Le 7 octobre, le malade éprouve du malaise et des coliques, il y a du mélæna suivi de diarrhée. La température atteint 39°5 et le pouls est à 104.

Le 13 octobre, la toux est assez vive et l'on entend quelques râles secs à l'auscultation. Température 40°3. Pouls 94.

Le 15 octobre une nouvelle injection de bleu de méthylène est faite au bras gauche.

Le 16 octobre, la température commence à redescendre et le malade ne prend plus de bains. L'agglutination a lieu à 1 p. 40.

La défervescence se poursuit régulièrement. On commence à alimenter le malade le 27 octobre. L'abcès de la fesse se cicatrise avec une grande lenteur.

Le 16 novembre, il reste encore une petite fistule qu'on cautérise en nitrate d'argent et à la teinture d'iode. Le 25 on pratique le curetage de la fistule qui achève de se cicatriser. Le malade sort le 8 décembre.

Dans cette observation, l'abcès s'est développé pendant la période fébrile de la maladie, et la suppuration a eu un caractère aigu ou tout au moins subaigu, apparaissant 8 jours après l'injection, mais manifestant toutefois une tendance à la durée, puisque la cicatrisation a exigé deux mois. Dans le cas suivant, un abcès développé sous la même influence est resté longtemps tout à fait latent, il s'est formé insidieusement, n'a été découvert que plus d'un mois après l'injection et a évolué à la façon d'un abcès froid.

Obs. III — *Fièvre typhoïde avec ostéomyélite cubitale. Abcès à évolution froide consécutif à une injection de bleu de méthylène.*

Dor... (Reine), 32 ans, entre le 23 janvier 1897, salle Maurice-Raynaud, n° 6, dans le service de M. Achard, à l'hôpital Tenon.

Depuis quelques semaines cette femme éprouvait une grande lassitude et de la courbature générale; quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise de diarrhée et de fièvre, accompagnée de céphalalgie et d'insomnie.

A son entrée on constate un état de prostration assez prononcée. La langue est rouge, sèche et fendillée; la gorge est tapissée de mucosités et l'on aperçoit sur les amygdales, qui sont tuméfiées, un enduit pultacé. Sur l'abdomen se voit une éruption abondante de taches rosées lenticulaires. La tête est grosse. Il existe une diarrhée assez abondante. Pas d'albumine dans l'urine. La température du soir atteint 40°1, et le pouls est à 132.

Le traitement par les bains froids est institué.

La malade en prend 28 pendant tout le cours de sa maladie.

La ponction de la rate donne une culture pure du bacille d'Eberth. L'agglutination, recherchée le 28 janvier, a lieu à 1 p. 20 seulement. Vers le 5 février, un mouvement de défervescence se produit et continue pendant quelques jours. La diarrhée disparaît, la stupeur diminue, le pouls est à 100. La température oscille de 37°2 à 39°.

Une *injection de bleu de méthylène* est faite le 8 février; le bleu et le chromogène passent dans l'urine au bout d'une demi-heure; l'élimination cesse au bout de 2 jours 1/2.

Le 10 février un mouvement de recrudescence de la température se produit. Le pouls remonte à 120, la température atteint 40° le 13. La malade tousse et crache, on entend des râles de bronchite aux bases. Ces signes s'amendent au bout de quelques jours, mais l'apyrexie ne se produit que le 1er mars.

Le 10 mars se produit une poussée fébrile : 38°5 le soir. La malade accuse une douleur assez vive à l'avant-bras droit et l'on constate à la face postérieure du cubitus, au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, une tuméfaction très appréciable et dont le toucher est douloureux. Cette tuméfaction persiste dans la suite, mais la douleur diminue au bout de quelques jours et la tuméfaction prend les caractères d'une périostose dure et indolente.

Le 15 mars, la malade remarque un point induré au niveau de la fesse gauche, au point où a été faite l'injection du bleu. On sent, en effet, une *petite collection fluctuante*, située sous la peau. Elle n'est nullement douloureuse et c'est par hasard, en y portant la main, que la malade dit s'en être aperçue.

Quelques jours après, cette collection, tout en restant fluctuante, s'entoure d'une coque résistante. Il n'y a aucune rougeur de la peau à sa surface. La malade refuse de se laisser ouvrir l'abcès et quitte le service le 30 mars.

Bien que la constatation bactériologique ait ici fait défaut, il est extrêmement vraisemblable qu'il s'agit également d'un abcès à bacille d'Eberth, en raison de ce caractère torpide qui est un attribut très fréquent des suppurations éberthiennes et qui se retrouvait en particulier chez la même malade dans le foyer osseux du cubitus.

Il convient de remarquer que, dans ce dernier cas, la piqûre qui a engendré un foyer métastatique a été faite deux jours avant une recrudescence de la fièvre et de l'infection. Dans le premier cas, c'est à l'occasion d'une piqûre faite en pleine période d'état, c'est-à-dire en pleine infection générale, que l'abcès est survenu, tandis qu'une seconde piqûre, faite pendant la rechute, à la veille de la défervescence, n'a pas abouti à la formation d'un foyer métastatique. Les abcès, en somme, se sont produits au milieu de conditions favorables à la généralisation de l'infection et au passage des bacilles dans la circulation générale. Mais ce transport du bacille d'Eberth dans le sang n'a pas lieu d'une façon continue pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, et c'est une des raisons, avec les conditions de la résistance locale et générale, pour lesquelles les abcès métastatiques consécutifs aux injections sous-cutanées peuvent manquer, alors même

que les piqûres ont été faites en pleine période fébrile. Chez 6 autres malades, en effet, à qui le bleu de méthylène a été injecté dans cette période de l'infection typhoïdique, nous n'en avons vu résulter aucun foyer métastatique.

Il est à noter, enfin, que les abcès provoqués par les injections de bleu de méthylène paraissent rares. Sur un relevé de 400 injections environ, nous n'en avons observé que 3 cas : les 2 premiers sont relatifs aux 2 malades atteints de fièvre typhoïde dont il vient d'être question; le 3e concerne un homme de 42 ans, atteint d'érysipèle de la face, chez qui se développa, 6 jours après la piqûre, un abcès de la fesse. Malheureusement, le malade ayant quitté le service et refusé de se laisser ouvrir l'abcès, on ne put vérifier si le pus était bien, comme cela était probable, l'œuvre de l'infection streptococcique.

La rareté des abcès à la suite des injections de bleu de méthylène tient sans doute à ce que cette substance jouit d'un certain pouvoir microbicide, en sorte qu'elle n'est point favorable au développement des microbes qui auraient pénétré dans les tissus en même temps qu'elle. Nous avons même noté l'absence de réaction inflammatoire chez 3 sujets qui avaient reçu en injection une solution de bleu dont on avait, par mégarde, négligé la stérilisation. On conçoit donc que les injections de bleu laissent plus aisément se développer les foyers d'infection endogène que les foyers d'infection exogène.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet.

Kyste dermoïde suppuré du plancher buccal,

Par M. Xavier Delore,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Et M. A. Pont,
Interne des hôpitaux.

Si la nature congénitale des kystes dermoïdes du plancher buccal n'est plus contestée aujourd'hui, on doit cependant reconnaître qu'il existe encore de nombreuses divergences entre les auteurs à propos de la pathogénie exacte et du meilleur traitement chirurgical et, pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les *Bulletins de la Société de chirurgie* depuis quelques années.

En effet, tandis que la pathogénie des kystes mucoïdes paraît définitivement adoptée depuis les travaux de His sur le tractus thyréoglosse, le plus grand nombre des auteurs, entre autres Martin (1) et tout dernièrement Kirmisson (2) les faisant dépendre, à juste raison, de l'évolution anormale ou de la persistance du bourgeon médian du corps thyroïde, on voit au contraire l'obscurité persister dans l'explication des kystes dermoïdes de la même région. Pour ces derniers, Lannelongue et Achard, Kirmisson, après Verneuil, adoptent la théorie de l'enclavement, qui répond certainement mieux à la généralité des faits que les théories de la diplogénèse, ou de l'invagination de Remak, mais ne peut cependant pas prétendre à la démonstration définitive, tant qu'elle n'aura pas l'appui d'une vérification positive et non théorique seulement. On sait que Lannelongue admet qu'il y aurait, pendant la formation de la cavité buccale de l'embryon, pincement sur la ligne médiane de petites portions d'ectoderme qui, après avoir longtemps sommeillé, deviendraient ultérieurement l'origine de kystes dermoïdes. Ainsi donc, d'après l'opinion généralement adoptée, il existerait deux variétés de kystes congénitaux du plancher buccal : *les kystes mucoïdes* dérivant du tractus thyréoglosse; *les kystes dermoïdes* dépendant d'un enclavement du feuillet ectodermique sur la ligne médiane de l'embryon. C'est un kyste de cette seconde variété qui est le point de départ de cette note.

La question du traitement des tumeurs congénitales du plancher buccal a fait un grand pas le jour où l'on reconnut la nature épithéliale de leur revêtement interne, car cette constatation expliquait les récidives fatales et les fistules consécutives après les opérations incomplètes qui n'enlevaient pas toute trace de l'épithélium. Dès lors, il ne peut plus être question des anciens procédés qui laissaient subsister tout ou partie de la poche et qui, par cela même, ne réalisaient qu'exceptionnellement la guérison radicale. Aujourd'hui, et c'est une banalité de le dire, on doit tenter l'extirpation complète de la tumeur.

Mais quelle est la voie préférable pour mener à bien cette ablation qu'on peut, sans contredit, qualifier de difficile? La voie buccale était suivie par l'ancienne chirurgie, quand Gérard-Marchant vint, en 1886, recommander devant la Société de chirurgie la voie sus-hyoïdienne médiane, adoptée par Reclus également, en raison de ses qualités d'élégance, de facilité et d'asepsie. Mais la cicatrice est toujours plus ou moins disgracieuse et cet argument a de la valeur surtout chez les jeunes filles, car il ne faut pas oublier que c'est le plus souvent chez des jeunes gens que l'intervention présentera ses indications.

Aussi malgré les beaux succès de Gérard-Marchant et Reclus, la voie buccale gardait-elle encore ses défenseurs, tels que Quénu disant devant la Société de chirurgie : « Quelque chose vaut mieux qu'une cicatrice peu visible, c'est de n'avoir pas de cicatrice du tout ». Actuellement, chacune des voies : buccale ou sus-hyoïdienne, a ses indications : aux tumeurs adhérentes à l'os hyoïde et volumineuses, on appliquera plutôt la voie sus-hyoïdienne; aux kystes petits, proéminents dans la cavité buccale, mobiles et non adhérents, on réservera la voie buccale.

Ainsi que le fait remarquer Gérard-Marchant, la situation de la tumeur a donc une certaine importance, suivant qu'elle adhère à l'os hyoïde ou bien au maxillaire. Dans le premier cas, la voie cutanée est préférée; dans le second cas, on se contentera de la voie buccale. Le sexe et l'âge du patient devront aussi entrer en ligne de compte, mais le but à atteindre, dans toutes les circonstances, c'est l'ablation complète du kyste dermoïde, sinon la récidive est fatale et mieux vaudrait alors ne pas tenter une extirpation incomplète que de s'exposer à cet échec.

Quand la voie cutanée paraît indiquée, une incision médiane sus-hyoïdienne suffit ordinairement, car la grande majorité des kystes sont médians : dans des cas rares, et lorsque le kyste était latéral, on a pu être contraint de pratiquer une incision sus-hyoïdienne latérale qui a l'inconvénient de laisser une cicatrice beaucoup plus disgracieuse que la cicatrice de l'incision médiane. Enfin,

1. Martin, th. de Paris, 1895.
2. Kirmisson, Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, Paris, 1898.

parmi les procédés cutanés, il nous faut encore signaler le procédé transhyoïdien de notre maître M. Vallas qu'il appliqua avec succès dans un cas particulièrement difficile (1). Ce rapide exposé nous montre qu'après quelques tâtonnements les chirurgiens actuels sont devenus éclectiques dans le choix de l'intervention; un seul but est constant, c'est l'extirpation complète.

Voici cette observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet :

Observation. — *Kyste dermoïde récidivé et suppuré de la base de la langue.*

Le 18 septembre 1898, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne n° 3, la nommée R. F..., âgée de 34 ans, avec les signes et l'aspect d'une vive inflammation de la langue et de la région sus-hyoïdienne. Réglée à 12 ans, cette femme a eu 3 enfants et a toujours joui d'une bonne santé.

Tous ses antécédents pathologiques se résument à ceci : il y a 6 ans, elle fut opérée à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une tumeur du plancher buccal que l'on aborda par une incision sus-hyoïdienne médiane dont les traces persistent encore aujourd'hui. La tumeur avait, paraît-il, la forme et le volume d'une noix; depuis longtemps, elle était située immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, ne gênait nullement la déglutition et la respiration depuis son apparition qui remontait à l'enfance. La malade s'était décidée à l'opération, il y a 6 ans, parce que depuis une année, la grosseur avait augmenté progressivement de volume jusqu'à atteindre le volume d'un poing d'adulte, et que ce volume avait amené un peu de dyspnée, mais il n'y avait pas de rougeur et pas de douleur, ni dysphagie.

L'opération fut suivie d'une guérison rapide par première intention et 10 jours après, la patiente reprenait le chemin de son pays, se croyant complètement débarrassée de sa pomme linguale.

Le 10 septembre 1898, cette femme se plaignit d'une douleur assez vive au niveau de la gorge, s'accompagnant de dysphagie et d'insomnie. Le médecin consulté diagnostiqua une amygdalite et cautérisa légèrement les surfaces muqueuses enflammées. Nonobstant, la dysphagie ne fit que persister et augmenter, bientôt suivie d'une salivation abondante et constante, car la langue soulevée et dépassant les arcades dentaires, empêchait l'occlusion de l'orifice buccal.

Au moment de l'entrée, le 18 septembre, on est frappé immédiatement par la saillie énorme de la langue qui, ne pouvant plus être contenue dans la cavité buccale, en raison de son volume nouveau, dépasse de un à deux travers de doigt les arcades dentaires constamment séparées l'une de l'autre; de là, l'impossibilté de la fermeture buccale et de là aussi la salivation incessante.

D'autre part, on constate une rougeur intense et un soulèvement considérable de toute la région sus-hyoïdienne dont la concavité normale fait place à une convexité, en même temps que le sillon glosso-dentaire a disparu par soulèvement du plancher buccal. Avec cela, pas de phénomènes dyspnéiques, mais une température de 39° et de l'impossibilité de la déglutition.

En somme, et faisant la part de ce qui revient à chacun dans cette inflammation de la langue, du plancher buccal et de la région sus-hyoïdienne, il semble, après un examen approfondi, que le phénomène principal, c'est le phlegmon du plancher buccal et que la glossite n'est que le phénomène surajouté, la saillie de la langue hors des arcades dentaires provenant plutôt du soulèvement du plancher buccal que de l'augmentation de volume propre de la langue. La glossite serait secondaire à l'inflammation plus intense du plancher, qui deviendrait ainsi le point de départ de la tuméfaction.

La douleur et l'effroi de la malade, ainsi que les dangers d'asphyxie, indiquaient nettement une intervention d'urgence qui fut pratiquée par M. Delore. Incision sur l'ancienne cicatrice : les plans superficiels sont énormément œdématiés. On arrive sur le mylo-hyoïdien, puis au-dessus des génio-hyoïdiens. Alors, la lame du couteau guidée par l'œil ayant pénétré à une profondeur de 8 à 10 centimètres depuis la peau, donne issue à un flot de pus excessivement fétide et qui siège au niveau de la base de la langue, au-dessus de l'os hyoïde. Le doigt est alors introduit dans la poche suppurée et reconnaît qu'il existe deux cavités surajoutées : l'une antérieure, située immédiatement au-dessous de la langue, en arrière des génio-hyoïdiens, du volume d'une grosse noix et limitée par des tissus adjacents plus ou moins mortifiés, mais n'ayant pas de paroi propre distincte et résistante : une seconde cavité située en arrière de la précédente, grosse comme une noix environ, offrant en arrière une paroi très nette et résistante, ouverte en avant largement dans la cavité antérieure et contenant de la matière sébacée qu'on ramène facilement avec le doigt.

Le fond de la cavité dermoïde est en rapport avec la face antérieure de l'épiglotte qui est refoulée en arrière, et la tumeur est située au-dessus de l'os hyoïde, exactement entre cet os et le cartilage épiglottique.

La paroi supérieure ou plafond est mince, immédiatement en rapport avec la muqueuse de la base de la langue et sans doute cette minceur est due à ce que le pus se frayait progressivement un chemin vers le dos de la base de la langue, car de tous les autres côtés il devait être arrêté par l'épaisseur des tissus ou par leur résistance.

Léger curetage de la cavité congénitale. Drainage. Pansement.

Le 19 septembre, la fièvre était tombée, la déglutition était possible et l'inflammation avait diminué des 3/4. Huit jours après, une simple fistule témoignait des désordres antérieurs et de l'opération. La malade part chez elle.

En somme, cette malade avait subi 6 ans auparavant, une extirpation d'un kyste dermoïde de la base de la langue. Mais quelques débris restant de la tumeur ont à nouveau proliféré silencieusement, puis sous une influence difficile à définir, ils ont été le point de départ d'une suppuration qui bientôt a fusé en avant dans le plancher buccal formant une cavité suppurée en avant de la cavité congénitale. Cette propagation antérieure a dû être singulièrement facilitée par l'absence de la paroi antérieure du kyste qui avait dû être extirpée en grande partie lors de la première intervention.

Cette observation appelle quelques réflexions : tout d'abord, au sujet de la porte d'entrée des microorganismes, il serait bien difficile d'être catégorique. L'amygdalite a joué peut-être le rôle de porte d'entrée des microorganismes qui auraient ensuite emprunté la voie sanguine ou lymphatique. Mais avant d'invoquer cette pathogénie, il faudrait savoir si réellement l'angine a existé et si, par exemple, la dysphagie qui la fit diagnostiquer n'était pas seulement un signe de début de la suppuration du kyste. Nous passons donc sur cette remarque, faute de renseignements, en rappelant cependant que la suppuration dans les kystes congénitaux du plancher buccal est assez fréquente et beaucoup moins rare que la suppuration des kystes des autres régions, sans doute à cause des chances de contamination qui résultent du voisinage de la cavité buccale, réceptacle de germes septiques par excellence.

Un détail qui nous a particulièrement frappé, à la vue de la malade, ce sont les symptômes concomitants de la glossite profonde et du phlegmon du plancher buccal. Nous notons cette coexistence car si, dans le cas particulier, les commémoratifs et la cicatrice ancienne faisaient le diagnostic et surtout montraient le chemin à suivre pour ouvrir l'abcès, il est bien certain que d'autres cas pourraient être fort embarrassants. Y a-t-il glossite primitivement ou phlegmon du plancher? Faut-il attaquer la langue ou bien la région sus-hyoïdienne, suivant la prédominance de l'inflammation d'un côté ou de l'autre? Voilà autant de questions qui seront résolues le plus souvent, il est vrai, mais qui néanmoinsp ourront prêter à discussion. Nous croyons que la voie sus-hyoïdienne sera

1. Vallas, *Prov. médicale*, 11 janvier 1896.

bien souvent la seule praticable, alors que la langue énorme empêche l'introduction du doigt dans la bouche et que la voie buccale est obstruée à tel point que le chirurgien ne pourrait y agir qu'à l'aveugle, sans compter que la brusque irruption du sang et du pus dans les voies respiratoires serait un véritable danger chez un sujet déjà dyspnéique. N'oublions pas, en effet, que l'ouverture devrait être pratiquée immédiatement au-dessus de l'orifice supérieur des voies respiratoires et que le pus ne pouvant s'échapper en avant à cause du gonflement de la langue, aurait une tendance naturelle à se diriger vers l'orifice inférieur du pharynx, appelé encore vers le larynx par les brusques inspirations d'un malade qui respire difficilement. Mais à part ces quelques considérations, on conçoit combien la conduite pourra varier suivant les conditions différentes créées par l'inflammation essentiellement mobile dans ses allures et ses localisations.

Dans notre cas particulier, une ablation incomplète bien qu'on eût employé la voie cutanée montre bien les difficultés de l'extirpation complète. Loin de plaider en faveur de la voie buccale, cette observation indique plutôt la nécessité des interventions plus larges, la voie buccale eût, sans doute, amené un échec. Nous croyons que c'est pour une tumeur dont l'abord est aussi difficile que doit être réservée la voie transhyoïdienne de Vallas. Ce chirurgien a réussi une extirpation difficile par ce procédé. Il est probable que la récidive ne se serait pas produite chez notre malade, si l'opérateur, en présence des difficultés de l'extirpation, n'avait pas hésité à se donner du jour par la méthode du chirurgien lyonnais. Il est vrai qu'à l'époque où fut faite l'intervention (1891), personne n'avait encore tenté la section de l'os hyoïde, M. Vallas ne l'ayant pratiquée lui-même qu'en 1895.

En présence d'un kyste dermoïde suppuré du plancher buccal, faut-il tenter l'extirpation complète? Sans doute, si la suppuration était limitée au kyste, l'ablation pourrait être discutée. Mais dans le plus grand nombre des cas, dans le nôtre en particulier, le pus a diffusé dans le plancher buccal; aussi ne peut-il être question d'extirpation immédiate. Il faut se borner à assurer une large issue au pus par une incision et un drainage suffisants. Plus tard, quand les phénomènes inflammatoires se seront amendés, on traitera la fistule persistante et on fera l'ablation secondaire du kyste, à moins que cette suppuration n'ait produit la guérison du kyste en amenant le sphacèle de la paroi, ainsi que quelques faits en ont été rapportés depuis longtemps. Mais, en définitive, cette éventualité sera rare et le principe d'une extirpation secondaire doit être bien établi d'avance; le plus souvent, en effet, à l'intervention d'urgence devra succéder plus tard la cure radicale, c'est-à-dire l'ablation complète des portions restantes du kyste, ablation qui seule peut assurer, nous le répétons, la guérison définitive.

REVUE DES CONGRÈS

70e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS,

Tenue à Dusseldorf du 19 au 24 septembre 1898.

Traitement de l'asthme bronchique.

M. von Noorden (Francfort) estime qu'on a eu tort de laisser tomber le traitement de l'asthme bronchique par l'atropine. Pour obtenir de ce traitement tout ce qu'il peut donner, on doit le continuer pendant 4 à 6 semaines. On commence par faire prendre chaque jour 1/2 milligramme d'atropine; puis tous les 2 ou 3 jours on augmente la dose d'un nouveau demi-milligramme jusqu'à ce que l'on ait atteint la dose de 4 milligrammes; après cela le médicament est prescrit à doses lentement décroissantes.

Il se fait ainsi une accoutumance progressive au médicament qui met à l'abri d'accidents; néanmoins une surveillance continuelle de la part du médecin est nécessaire.

L'atropine ainsi administrée n'influence pas l'accès d'asthme isolé, mais elle met à l'abri d'accès nouveaux pour un temps prolongé. S'il n'y a pas guérison, il y a du moins amélioration durable s'il n'existe pas en même temps de l'emphysème pulmonaire ou du catarrhe chronique des bronches.

L'héroïne, nouveau dérivé de la morphine.

M. Dreser (Elberfeld). — Si l'on substitue aux deux groupes hydroxyle de la morphine des groupes acétyle, on obtient un dérivé di-acétique de la morphine qui est l'héroïne. L'action sédative de cette substance sur la respiration est encore plus puissante que celle de la morphine, et bien plus que celle de la codéine. Ainsi, un milligramme d'héroïne ralentit nettement les mouvements respiratoires du lapin, tandis qu'il faut aller jusqu'à la dose d'un centigramme de codéine pour obtenir le même effet. La dose mortelle de l'héroïne est cent fois plus grande que la dose médicamenteuse.

Comme médicament l'héroïne se montre très efficace chez l'homme, contre la toux, à la dose de 0 gr. 01. Sous son influence la respiration devient moins fréquente et plus profonde; l'inspiration est prolongée et l'air pénètre dans des alvéoles où il ne pénétrait pas auparavant. Il y aussi diminution de la production d'acide carbonique qui, sous l'influence de l'héroïne, se réduit chez le cobaye au cinquième de ce qu'elle était primitivement.

Chez les gens qui respirent mal, dans la cyphoscoliose, la pneumonie, le pneumothorax récent, dans certaines affections du cœur, etc., l'héroïne, en diminuant le besoin d'air, peut jouer le rôle d'un médicament d'épargne. En diminuant les combustions elle combattra plus économiquement et plus rationnellement l'hyperthermie que les antipyrétiques en usage qui augmentent surtout l'émission de calorique et qui n'en ralentissent pas la production.

Rôle antitoxique du corps thyroïde.

M. Blum (Francfort) pensait tout d'abord que le corps thyroïde était une glande à sécrétion interne; mais peu à peu il a été convaincu que la conception de Brown-Séquard n'était pas exacte. Il est certain que le composé iodé que Baumann a découvert et isolé ne passe pas dans la circulation; il est détruit dans le corps thyroïde même et l'iode est éliminé par les reins.

D'autre part quand on administre de l'iodure de potassium à un animal, le corps thyroïde devient plus riche en composé organique iodé, ce qui ne peut se produire que par la mise de l'iode en liberté. L'iode joue un grand rôle dans le corps thyroïde. Il sert à produire une substance antitoxique et il est probable que l'iode n'est pas le seul agent antitoxique qui se trouve dans le corps thyroïde.

Si le produit toxique qui, normalement, est repris et détruit dans le corps thyroïde, se trouve après destruction de ce dernier dans la circulation, il ne se produit pas seulement des symptômes cliniques, mais aussi des lésions anatomo-pathologiques d'irritation des centres nerveux. Ce toxique est un poison du système nerveux qui existe normalement dans l'organisme, mais que le corps thyroïde arrête et détruit.

Rôle des bactéries dans l'étiologie des maladies gastro-intestinales des nourrissons.

M. Escherich. — L'examen bactérioscopique des matières fécales des nourrissons atteints de gastro-entérite montre un tableau s'écartant de l'état normal.

Cette démonstration devient surtout nette, quand on emploie

la méthode de coloration dite méthode de Weigert, suivie de la coloration par la fuchsine. Cette démonstration montre toujours qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel du tractus gastro-intestinal, qui dans les conditions normales, contient une flore microbienne qui lui est propre.

Or, il s'agit de savoir dans quelles conditions surviennent ces modifications qui ont pour résultat une maladie ayant pour point de départ l'intestin. On est tout d'abord enclin à en attribuer la cause au lait de vache, nourriture habituelle de la grande majorité des nourrisons, et qui est excessivement riche en bactéries de toutes sortes. Mais on ne doit pas oublier que la recherche dans le lait des bactéries pathogènes et de leurs toxines n'a donné, jusqu'à présent, que des résultats peu satisfaisants. On n'a trouvé, à part certains microbes provenant des expériences mêmes sur les animaux producteurs de lait, que les agents de fermentation banals et habituels qui, d'ailleurs, sont facilement tués par la chaleur.

Il est vrai que l'enfant nourri au lait stérilisé et même au sein de la mère est encore menacé d'une *infection endogène* par les microbes contenus dans la cavité buccale et dans l'estomac. En effet, les produits des décompositions anormales provoquées par ces microbes et qui se passent dans l'intestin, sont de réaction acide, autant que les hydrocarbonates contenus dans le lait le permettent. Plus rarement, on voit se produire un processus de putréfaction des substances albuminoïdes au sein des sécrétions intestinales; le processus putride est dû à l'intervention d'un microbe spécial (*Proteus streptococcus coli gracilis*). Enfin, exceptionnellement, la caséine alimentaire peut être décomposée par des bactéries *protéolytiques*.

Cependant, toutes ces fermentations anormales n'expliquent nullement la multiplicité et la diversité du tableau clinique des affections gastro-intestinales des nourrissons. Le début fébrile, la marche clinique, la propagation épidémique montrent bien que la grande majorité, et très probablement aussi les plus dangereuses parmi les affections gastro-intestinales, sont des maladies infectieuses. Parmi celles-ci, l'entérite streptococcique est la plus fréquente et la plus importante. Cette entérite est caractérisée par la présence dans les matières fécales de nombreuses chaînettes de cocci, qui se laissent cultiver et se rapprochent le plus au point de vue biologique du pneumocoque.

Au point de vue clinique, ces cocci provoquent dans les cas légers un catarrhe séreux de l'intestin grêle, accompagné d'une fièvre modérée et de convulsions. Dans les cas graves, le processus inflammatoire est localisé dans le gros intestin et alors on observe le passage des cocci dans l'urine et dans le sang, on voit survenir des cystites, des pneumonies et finalement la mort avec des phénomènes de septicémie.

Les cocci sont localisés dans la paroi intestinale, dans les organes internes et surtout dans les foyers d'hépatisation pulmonaire.

Exactement comme les streptocoques, dont nous venons de parler, les autres microbes pyogènes, tels que le staphylocoque pyogenus, le bacille pyocyanique, etc., peuvent provoquer des catarrhes et des inflammations de l'intestin. Au point de vue de la voie de pénétration de l'infection, il faut remarquer que des cocci analogues se trouvent dans le lait de vache et dans la cavité buccale des enfants.

Quelques auteurs français prétendent que le bactérium coli commun doit être considéré comme l'agent spécifique de la diarrhée infantile et surtout du choléra infantile. Mais jusqu'à présent, ces auteurs n'ont fourni aucune preuve décisive de leur manière de voir.

L'auteur a essayé d'étudier la question en s'aidant de la séro-réaction de Widal. L'auteur a obtenu dans un cas de cholécystite provoqué par le coli-bacille exactement le même résultat que dans la fièvre typhoïde.

Après un grand nombre d'expériences faites sur des malades atteints des formes les plus diverses de la diarrhée sans résultat positif, il n'a trouvé que dans trois cas le coli-bacille à l'exclusion de tous autres microbes dans les matières fécales. Dans ces trois cas, la séro-réaction avec le coli-bacille a donné une réaction très nette. Il résulte donc de toutes ces expériences que le coli-bacille a, au point de vue étiologique, la même importance que les autres bactéries dont nous venons de parler. Déjà, antérieurement, on a observé dans la clinique, une série de cas tout à fait analogues, au point de vue de la propagation épidémique. Des cas tout à fait identiques furent observés par un grand nombre d'autres observateurs, de sorte qu'on est en droit d'admettre qu'il s'agit d'une forme particulière de colite infectieuse provoquée peut-être par le coli-bacille (coli-colitis). Au point de vue thérapeutique, la diète et l'hygiène ont donné les résultats les plus efficaces en modifiant le régime alimentaire. On agit certainement sur la flore bactérienne, tandis que la désinfection médicamenteuse du tractus gastro-intestinal s'est montrée impuissante. Pour combattre les maladies infectieuses, on doit plus que jamais éviter l'infection par contact et, comme cela se fait dans l'infection puerpérale, on doit combattre les plaies et les foyers purulents du voisinage.

Résection de la hanche et du cotyle.

M. Bardenheuer (de Cologne) estime que dans les interventions pour coxalgie tuberculeuse, l'opération doit être aussi radicale que possible; il faut faire un nettoyage étendu de la région du cotyle et ne pas craindre d'aller aussi profondément que possible. Le bassin possède une faculté de régénération étonnante qui permet d'en enlever des parties étendues.

L'ablation de la tête fémorale, dans les cas graves, n'est pas suffisante, car le centre des lésions n'est pas le fémur, mais le bassin. Dans 8 cas, M. Bardenheuer, après avoir détaché la tête fémorale, s'est vu obligé d'enlever toute la palette de l'os iliaque : de ces malades 5 ont guéri et 3 sont morts. L'expérience a montré que moins on a agi radicalement, plus on est obligé de renouveler les interventions partielles, les grattages, etc., et plus la tuberculose s'étend.

M. Bardenheuer emploie l'incision de M. Sprengel, qui a l'avantage de découvrir largement le champ opératoire. Dans un cas il a dû enlever la symphyse sacro-iliaque elle-même. Voici le procédé à suivre :

Incision de Sprengel le long de la crête iliaque et descendant jusqu'au trochanter. Après avoir détaché tous les muscles avec le périoste, on voit si le trochanter est atteint ou non. Puis on se porte vers le cotyle. Quand les lésions de ce côté sont étendues, quand il faut enlever toute la fosse iliaque, il importe de ne pas faire la section osseuse au ciseau, ce qui expose à l'embolie graisseuse, mais il faut se servir de la scie de Gigli.

La gravité de l'opération et la possibilité de grandes hémorrhagies ont amené M. Bardenheuer à injecter un litre de solution salée avant et après l'opération.

M. Sprengel ajoute que son incision, combinaison des procédés de Kocher, Lorenz et Riedel, a l'avantage de donner peu de sang quand on agit en décollant le périoste. Elle convient surtout quand il y a des lésions du cotyle, ce qui est la règle quand il existe des fistules intarissables. Il l'a employée 16 fois (dont 7 pour coxalgie tuberculeuse) et il n'a eu qu'un décès dû à une thrombose.

Résection des os du bassin.

M. Wolff (Cologne) communique une statistique de 19 résections étendues du bassin dont 13 avec ablation de la symphyse sacro-iliaque. Deux fois il a fallu enlever une moitié du bassin et 4 fois faire en même temps l'ablation du membre inférieur. Dans tous ces cas on n'a jamais rencontré la forme synoviale de la tuberculose articulaire, mais toujours la forme osseuse. Dans 80 p. 100 de cas, il existait des abcès volumineux. Ces abcès s'ouvraient rarement en avant; 3 fois ils s'étaient ouverts dans le rectum, 3 fois au-dessous du ligament de Poupart; dans la moitié des cas l'abcès s'était collecté dans la région fessière; dans un cas l'abcès s'étendait depuis la crête iliaque jusqu'au creux poplité.

Pour le diagnostic des lésions de la symphyse sacro-iliaque il est important de se rapporter à l'anamnèse; souvent un traumatisme, même fort léger, paraît en être la cause; bien des malades, dont on a traité les douleurs de névropathiques ou de simulées, sont atteints d'une tuberculose de la symphyse sacro-iliaque qui ne devient manifeste que par l'apparition d'un abcès par congestion. Dans les cas douteux, il faut pratiquer l'examen par le rectum; une douleur à la pression au niveau de l'articulation est un symptôme pathognomonique certain.

L'intervention chirurgicale doit naturellement être étendue et elle est dangereuse : une méningite suppurée, une paralysie rectale peuvent en être les suites. Une opération limitée ne saurait être de mise, car elle laisserait après elle une fistule intarissable.

L'ancienne incision en double T traversant la région fessière doit être remplacée par l'incision de M. Bardenheuer. On fait d'abord une incision le long de la crête iliaque depuis le sacrum jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; une seconde incision court sur le sacrum tout près de la symphyse sacro-iliaque, et une incision transversale inférieure va gagner la tubérosité de l'ischion. Toute la masse musculaire est détachée avec le périoste. Puis une incision suit la lèvre interne de la crête iliaque : on détache le psoas iliaque avec le périoste, et avec la scie de Gigli on sectionne l'os depuis le trou ovale jusqu'à l'épine iliaque antérieure ou inférieure. Avec un peu de force on peut détacher l'os iliaque au niveau de la symphyse.

De 12 cas ainsi opérés, 7 sont guéris et 5 sont morts. L'os se régénère rapidement.

De l'incision dans l'opération césarienne.

M. Frank (Cologne) fait observer qu'autrefois on avait l'habitude de faire l'incision au niveau du fond de l'utérus et de la diriger sur la face antérieure aussi bas que possible, sans toutefois trop intéresser le segment inférieur par crainte des hémorrhagies atoniques. Prenant comme point de départ une série de 13 observations, M. Frank conclut qu'au point de vue de la vie de l'opérée, le siège de l'incision est sans importance. Sa statistique comprend : 1° deux fois une incision transversale profonde de la face antérieure; 2° trois fois une incision de la face antérieure en partant du fond ; 3° une fois une incision du fond dirigée d'avant en arrière ; 4° trois fois une incision transversale du fond; 5° une fois une incision de la paroi postérieure; 6° trois fois une incision verticale de la paroi antérieure descendant profondément jusque sur le segment inférieur.

Sur ce nombre d'opérations, une seule femme a succombé par suite de péritonite, sans que le choix de l'incision (incision de la paroi antérieure en partant du fond) pût être incriminé. L'intensité de l'écoulement du sang ne dépend nullement du tracé de l'incision, mais bien plutôt du point d'insertion du placenta. C'est l'incision portant sur le fond qui a le plus de chances d'intéresser le placenta, mais en somme cela n'a pas grande importance au point de vue du résultat.

On a prétendu qu'en faisant l'incision transversale du fond de l'utérus, on pouvait éviter la formation des adhérences entre cet organe et la paroi abdominale. Cet avantage est problématique. Pour attirer l'utérus en avant, il faut inévitablement léser légèrement sa surface péritonéale en divers points qui peuvent ultérieurement devenir le siège d'adhérences. Ce qui importe davantage c'est que les adhérences se forment là où elles gênent le moins, c'est-à-dire à la face antérieure.

De l'opération césarienne.

M. Everke (Bochum) a eu sur 35 opérations césariennes une mortalité de 14 p. 100 (dont 11 p. 100 par infection), en ne comptant pas les cas dans lesquels la mort n'est pas imputable à l'opération. Ces derniers cas sont : deux opérations après décès, deux cas d'éclampsie, une pleurésie, une péritonite antérieure à l'intervention, un cas opéré dans des conditions déplorables.

Les indications de l'opération ont été : deux fois la mort de la mère (un enfant vivant), deux fois l'éclampsie (mort de la mère dans le coma, enfants vivants), un myome rétro-cervical, 5 fois l'ostéomalacie, un bassin avec spondylolisthésis, 25 bassins très déformés par le rachitisme. M. Everke a obtenu 30 enfants vivants; deux enfants venus en état d'asphyxie n'ont pu être ranimés et trois enfants étaient morts antérieurement à l'intervention.

L'opération pratiquée a été 25 fois l'opération césarienne avec conservation de l'utérus, 6 fois l'opération de Porro et 2 fois l'extirpation totale. De 18 femmes opérées et guéries avec conservation de l'utérus, 5 sont redevenues enceintes.

M. Everke pense que lorsque les parturientes arrivent de bonne heure à l'hôpital, les résultats obtenus ne sont pas plus défavorables au point de vue de la mère que ceux de la perforation. La mortalité, et en particulier celle que cause l'infection (11 p. 100) serait certainement bien moindre si les explorations n'avaient pas été antérieurement trop multipliées. Comme, d'autre part, la perforation s'accompagne souvent de lésions du vagin et du périnée qui, plus tard, sont une source de souffrance, il faut préférer l'opération césarienne faite dans de bonnes conditions à la craniotomie d'un enfant vivant.

Il va sans dire que, quand on peut intervenir à temps, l'accouchement prématuré artificiel est encore préférable. Quant à la symphyséotomie, c'est une opération plus difficile, qui ne met pas l'enfant à l'abri de tout danger, elle a, en outre, l'inconvénient de rendre les femmes incapables de travailler.

Trois cas d'atonie utérine dans lesquels l'opération césarienne a été faite avant le début des douleurs ont amené M. Everke à éviter d'intervenir avant l'établissement des vraies douleurs. Il ne s'est pas servi de la compression élastique, mais seulement de la compression digitale.

M. Everke n'est pas partisan de l'incision transversale du fond de l'utérus, à laquelle il reproche de guérir difficilement par suite de la nutrition défectueuse de ce point après l'accouchement, de s'infiltrer secondairement avec facilité et de donner lieu à des adhérences gênantes. Le point important est de bien suturer l'utérus pour mettre le péritoine à l'abri des infections qui proviennent de la cavité utérine. Il faut avoir recours à un premier rang de sutures portant sur la muqueuse utérine et nouées du côté de la cavité de l'utérus, puis à un second rang de sutures profondes et superficielles nouées du côté du péritoine. On obtient ainsi une cicatrice solide, ce qui n'est pas sans importance au point de vue d'une grossesse ultérieure.

M. Schaller a observé deux fois de très fortes hémorrhagies à la suite de section transversale du fond de l'utérus.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Sénce du 7 Octobre 1898.

Fracture du crâne.

M. Georges Luys présente le crâne d'un homme de 47 ans qui fut transporté à Necker, dans le service de M. Le Dentu, le 8 septembre dernier. Le malade venait de tomber à la renverse dans un escalier et perdait du sang abondamment par la bouche, le nez et les oreilles. Il était sans connaissance, mais ne présentait aucun signe de paraplégie. La sensibilité tactile était conservée partout et les deux membres supérieurs présentaient une agitation perpétuelle. L'intervention fut décidée et effectuée par M. Morestin qui, après trépanation et enlèvement des esquilles osseuses au niveau du pariétal gauche, trouva d'abondants caillots sanguins dus à la déchirure de la méningée moyenne. Cette artère fut liée à ses deux bouts.

Le malade succomba néanmoins le lendemain. A l'autopsie, on trouva du côté gauche une fracture de l'étage antérieur et de l'étage moyen. Du côté droit, une petite fracture de la pointe du rocher. Le cerveau présente un foyer de bouillie cérébrale situé au niveau du pariétal droit, c'est-à-dire au pôle opposé du maximum du choc.

M. Morestin, qui a opéré le malade, fait remarquer que, dans ce cas, il n'y avait aucun signe de compression, aucune trace d'hémiplégie en rapport avec l'hématome, pourtant volumineux. Des lésions intra-crâniennes considérables demeurent parfois latentes, ou, du moins, se traduisent par des signes tout autres que ceux qu'on nous enseigne classiquement. Il y aurait lieu de reviser la symptomatologie de ces lésions traumatiques du cerveau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 Octobre 1898.

Influence de la lactose sur les contractions utérines.

M. Keim communique le résultat de ses recherches faites dans le service de M. Bar sur l'influence de la lactose et sur les contractions utérines pendant le travail.

En donnant 25 grammes de lactose aux parturientes, M. Keim a constaté, dans 10 cas, une accélération du travail et une augmentation de l'intensité des contractions utérines. Cette action de la lactose ne se manifeste qu'après le début du travail (col effacé et dilatable) et est d'autant plus accentuée que le travail est plus avancé. Dans l'avortement, la lactose agit de la même façon, mais seulement après expulsion du fœtus.

La lactose n'exerce aucune influence sur la délivrance ni sur la sécrétion de lait.

Infection de l'œil dans un cas de septicémie.

M. Phisalix communique l'observation d'un chien auquel il inocula sous la peau une culture de microbes de la septicémie des cobayes. L'animal présenta une série d'accidents locaux. Six semaines après on lui injecta une nouvelle dose de culture dans les veines. Tandis que le chien témoin succomba dans l'espace de 8 heures, le chien préalablement vacciné présenta seulement une série de phénomènes oculaires (conjonctivite, kératite, iritis, exophthalmie, suppuration) qui ont nécessité l'énucléation de l'œil, laquelle énucléation fit cesser les symptômes d'ophthalmie sympathique qui s'étaient déclarés du côté de l'autre œil.

L'œil énucléé contenait les microbes de la septicémie des cobayes.

La propagation des sons au labyrinthe démontrée par les phonogrammes.

M. Gellé. — Weber, Helmholtz, Bonnier plus récemment ont admis que l'onde vibratoire franchit l'appareil de transmission auriculaire (tympan et chaîne des osselets) par une oscillation totale. Je pense qu'on ne peut nier la propagation moléculaire, celle des vibrations élémentaires, car l'ouïe persiste même quand l'étrier est soudé et l'oscillation totale impossible.

Le phonographe fournit les éléments d'autres preuves très vives, car l'analogie est complète entre lui et l'appareil de conduction; au besoin l'exacte réviviscence de la parole en donne une démonstration frappante. Or, vous pouvez voir dans les tracés amplifiés que je place sous vos yeux que les vibrations élémentaires, composantes des périodes sonores, sont inscrites sous toutes leurs formes et dans toutes leurs variétés sur la cire du phonographe. La transmission au labyrinthe (liquide inclus) des vibrations moléculaires est donc indiscutable. Ces graphiques montrent la constitution et l'unité de la période et ses phases : la notation allemande est donc plus naturelle; la française plus théorique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Octobre 1898.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. Guinard a depuis 5 ans observé 9 malades atteints de névralgie faciale ou de tic douloureux de la face absolument rebelles à tout traitement médical. Il a pu suivre tous ces malades et en voici le résultat.

Huit fois, il a réséqué le ganglion de Meckel, et sur ce nombre il a eu 2 échecs et 6 guérisons qui se maintiennent depuis 2 à 4 ans.

Trois fois, M. Guinard a réséqué le rebord gingival du maxillaire inférieur point de départ de névralgies. Cette opération, qui a été vivement recommandée par Jarre, a donné 2 échecs et un succès : dans ce dernier cas, il s'agit d'une femme de 62 ans, atteinte de névralgie depuis 5 ans, et qui fut opérée mai 1896; la guérison persiste.

Une fois, M. Guinard a pratiqué, après l'échec complet de la résection du rebord maxillaire et de l'extirpation du ganglion de Meckel, l'ablation du ganglion de Gasser. Cette dernière opération, faite en août 1897, a donné une guérison qui persiste.

Relativement à la technique opératoire M. Guinard conseille, pour la résection du bord alvéolaire de la mâchoire, de pratiquer cette résection avec la pince-gouge qui extirpera tout ce qu'on peut saisir de tissu osseux entre les lambeaux périosto-muqueux préalablement détachés du maxillaire. Il reste alors une gouttière osseuse qu'on évide encore avec la gouge de Legouest ou une forte curette courbe. Sur le sillon ainsi creusé, se réappliquent d'eux-mêmes les lambeaux.

Pour la résection du nerf maxillaire supérieur, l'opération de Lossen-Braun, dont les temps ont été si bien réglés par Segond, est le meilleur procédé à suivre.

Enfin, la technique donnée par Poirier est la meilleure pour la résection intra-crânienne des ganglions de Gasser. Quand on fait cette opération, la pratique de Krause, qui consiste à atropiniser l'œil du côté à opérer pendant 48 heures, est fort recommandable. C'est en suivant cette pratique que M. Guinard n'a eu dans son cas aucun trouble post-opératoire.

Relativement à l'indication opératoire M. Guinard estime que l'ablation du ganglion de Gasser est l'intervention la plus efficace, mais qu'elle comporte un tel facteur de gravité qu'elle ne saurait être préconisée qu'en dernier ressort.

En terminant, M. Guinard établit les conclusions suivantes :

1° On ne doit pas conclure, de l'irradiation des douleurs à toute la zone innervée par le trijumeau, que les opérations extra-crâniennes, portant sur une seule des branches, seront inefficaces;

2° On ne peut pas conclure, de ce que les douleurs au début de l'affection ou au début des crises se sont manifestées dans le territoire innervé par une des branches du trijumeau, que la résection de cette branche seule amènera la guérison;

3° Il est donc logique de commencer le traitement chirurgical par des opérations parfois inefficaces, mais toujours bénignes, et de ne pas proposer d'emblée l'extirpation du ganglion de Gasser, opération toujours grave, quoi qu'on en ait dit.

4° L'extirpation intra-crânienne du ganglion de Gasser, est, en somme, une opération d'exception très réalisable et dont l'exécution ne présente pas les difficultés qu'on supposerait *a priori*.

Corps étranger de la vessie.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Rochard, relative à un cas de cystostomie pour corps étranger de la vessie. Il s'agit dans cette observation d'une femme qui s'était introduit dans la vessie 3 jours auparavant une épingle à cheveux. L'extraction par les voies naturelles sous le chloroforme n'ayant pas réussi, M. Rochard fit la cystostomie et pratiqua avec la plus grande facilité l'extraction du corps étranger. La malade guérit sans complications.

Dans le courant de l'année dernière, M. Picqué a observé 3 cas analogues. Pour ce qui est de l'intervention chirurgicale après échec de l'extraction par les voies naturelles, M. Picqué est d'avis de faire dans ces cas la cystostomie vaginale, à moins qu'il s'agisse d'un corps étranger très volumineux ou d'un vagin très étroit.

Plaie de la région épiglottique. Hémarthrose du genou.

M. Picqué fait ensuite un rapport sur deux observations de M. Isambert (de Dunkerque) relatives l'une à une plaie de la région épiglottique, l'autre à une hémarthrose du genou.

Dans la première de ces observations, il s'agit d'un individu qui, dans un but de suicide, s'était coupé la gorge avec un rasoir. Bien que la plaie fut profonde et le larynx sectionné, les carotides n'ont pas été touchées. M. Isambert pratiqua la ligature des jugulaires sectionnées et la suture de l'épiglotte et de

la membrane thyroïdienne sectionnée. Guérison dans l'espace de 15 jours.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un soldat qui, à la suite d'une chute, présenta une tuméfaction du genou avec épanchement du liquide dans l'articulation. Sous l'influence du repos et de la compression, l'arthrite guérit. Deux ans après, sans cause commune, survint une nouvelle arthrite, et la ponction exploratrice ayant montré la présence du sang, M. Isambert fit l'arthrotomie et trouva sur la tubérosité interne une petite tumeur cartilagineuse en forme de pyramide qu'il enleva. Nettoyage de l'articulation. Guérison.

M. Isambert suppose que la pyramide cartilagineuse qu'il avait trouvée était un corps étranger en voie de formation qui, au bout de quelques temps, se serait détaché et devenu libre dans l'articulation.

M. Picqué termine par la lecture d'un troisième rapport sur une observation de M. Sieur relative à un cas d'arthrotomie pour arthrite suppurée de la hanche survenue à la suite d'une rougeole chez un individu de 21 ans. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait qu'à l'âge de 6 ans ce malade avait déjà eu la rougeole qui lui laissa une otorrhée chronique. Le pus de l'écoulement de l'oreille, ainsi que le pus de la hanche, renfermait des streptocoques. Le malade guérit.

M. Routier montre les pièces provenant d'une femme qu'il a opérée d'une hématocèle. Il existait en même temps une appendicite, et le calcul appendiculaire après avoir perforé l'appendice, est venu se fixer dans la trompe.

M. Beurnier montre l'estomac d'un individu auquel il a fait la gastrostomie d'après le procédé de Marwedel, pour cancer de l'œsophage.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Deshayes. *Contribution à l'étude clinique des phlegmons péri-articulaires du genou.* N° 651. (H. Jouve.)

M. Sanchez. *Contribution à l'étude clinique des calculs du cholédoque; de la cholédocotomie.* N° 652. (H. Jouve.)

M. Rellay. *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Considérations sur quelques cas d'épilepsie traités par la trépanation.* N° 656. (Bureaux du *Progrès médical.*)

M. Perrin. *Symptômes précoces du mal de Pott chez les nourrissons.* N° 660. (Carré et Naud.)

M. Del Pozo. *Du traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses.* N° 541. (Ollier Henry.)

M. Zeimet. *Les résultats de l'hystéropexie abdominale.* N° 544. (Steinheil.)

M. Audoly. *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région pré-sternale.* N° 635. (H. Jouve.)

M. Balencie. *Luxations de l'épaule en arrière et en particulier de la sous-acromiale.* N° 636. (H. Jouve.)

M. Belaubre. *Des divers traitements des brûlures et contribution à leur traitement par l'acide pyrogallique.* N° 509. (H. Jouve.)

M. Vassaux. *L'acétate de thallium en thérapeutique.* N° 510. (H. Jouve.)

M. Brin. *Traitement des rétentions aiguës et chroniques chez les prostatiques.* N° 518. (Carré et Naud.)

D'après M. Deshayes, les phlegmons péri-articulaires du genou sont des affections fréquentes, surtout à la campagne.

On peut les diviser en phlegmons antéro-latéraux, larges ou circonscrits, et en phlegmons poplités.

Leurs causes sont multiples et leur fréquence égale dans les deux sexes, au moins dans la clientèle rurale.

Ils s'accompagnent souvent d'adénites et d'adéno-phlegmons de l'aine, parce que les malades attendent l'apparition de symptômes alarmants pour venir réclamer un traitement rationnel. D'ailleurs, ils ne viennent trop souvent consulter qu'après avoir essayé de tous les traitements des empiriques, qui, la plupart du temps, ont pour résultat d'aggraver les lésions.

Il faut au début tenter la résolution si la collection du pus ne s'est pas encore faite. Mais le plus souvent l'affection continue son évolution et il ne faut pas s'attarder à ce traitement.

Aussitôt que la collection purulente est soupçonnée, le traitement qui s'impose est l'incision large parallèle à l'axe du membre, suivie de lavages antiseptiques sans pression et de drainage.

Il peut persister après la cicatrisation des roideurs articulaires, parfois assez rebelles, qui doivent être combattues. Dans ces cas, la mobilisation hâtive et progressive, le massage régulier de la région, les bains de vapeur et les douches sulfureuses amènent ordinairement la guérison complète.

Le travail de mise au point de M. Sanchez complète la longue série des travaux récents sur la chirurgie du foie. C'est Kümmel qui pratiqua, le 6 février 1884, la première cholédocotomie, nous proposons donc de la nommer l'opération de Kümmel.

L'obstruction permanente du cholédoque a habituellement une symptomatologie propre caractérisée par un passé lithiasique net et persistant longtemps, accompagné d'un ictère chronique variable d'intensité ainsi que la décoloration des matières, avec amaigrissement lent, avec augmentation du volume du foie et de sa sensibilité à la pression, sans dilatation de la vésicule, et enfin par la fièvre intermittente symptomatique.

Le diagnostic différentiel est facile dans la grande majorité des cas; le diagnostic de l'obstruction permanente du canal commun est possible et même facile à faire quand l'affection se présente avec le syndrome clinique que nous avons décrit, d'après le grand nombre des observations que nous avons étudiées et celles qui accompagnent ce travail.

La découverte du canal et des calculs qui constitue un des temps difficiles de l'intervention se fera en prenant pour guide la vésicule biliaire, le bord suspenseur du duodénum et surtout le bord libre de l'épiploon gastro-hépatique et l'hiatus de Winslow.

La technique opératoire comprend, après l'incision habituellement latérale de la paroi abdominale, cette recherche du calcul, l'incision du cholédoque, l'extraction des concrétions; nous sommes d'avis de ne pas ordinairement suturer le canal, mais de le drainer pour favoriser la guérison de la cholangiocholite calculeuse et assurer l'évacuation des voies biliaires pendant les premiers jours. On est souvent forcé de pratiquer simultanément une opération sur la vésicule biliaire; dans d'autres cas, on a intérêt à faire une cholécystostomie préalable pour désinfecter les voies biliaires.

Les suites de l'intervention, habituellement normales, sont parfois aggravées par des complications, telles que les hémorrhagies, le collapsus, la péritonite, la cholémie, l'insuffisance hépatique et rénale.

Le pronostic, lié surtout à l'état général du malade, à l'état fonctionnel du foie et des reins, à l'ancienneté de l'obstruction, a diminué de gravité dans ces dernières années. Le chiffre de la mortalité a passé de 30,5 p. 100 en 1895 à 21,5 p. 100 en 1898.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie est plein de déceptions. Cependant, bien qu'il soit sans doute difficile de baser des conclusions définitives sur le petit nombre des cas observés par M. Rellay, les cas qu'il apporte présentent pourtant un grand intérêt, car ils concordent sur un point, à savoir la nullité des résultats procurés par l'opération.

Il est assez rare de trouver dans la littérature des observations portant sur une période de temps aussi considérable. Les auteurs étrangers, trop pressés d'enregistrer d'heureux résultats immédiats, sont très sobres de documents sur l'état ultérieur de leurs opérés; ce qui porte à croire que l'avenir n'a pas réalisé les espoirs du début.

Et, de fait, les résultats tardifs sont le plus souvent nuls. La condamnation de la trépanation a été prononcée déjà par les auteurs les plus autorisés. Von Bergmann s'en déclare l'adversaire résolu. Chipault s'exprime ainsi : « Les interventions ont

toutes donné des résultats primitifs satisfaisants, parce qu'un traumatisme quelconque, accidentel ou chirurgical, est, chez un épileptique, généralement suivi d'une diminution passagère du nombre et de l'intensité des crises. Mais ces résultats primitifs ont été absolument transitoires : en ville ou dans les asiles, les épileptiques opérés ne diffèrent en rien des autres par la nature et la gravité de leurs accidents; les aliénistes l'affirment et quelques excursions dans leurs services ou leurs asiles suffiront pour faire accepter leur conviction par le chirurgien le plus interventionniste. Il ajoute plus loin :

« Les statistiques intégrales et péremptoires manquent, et la seule trace qu'on ait des tentatives faites, ce sont, d'une part, des observations éparses et trop tôt publiées, d'autre part, malheureusement, les trépanés que l'on rencontre dans les asiles, aussi épileptiques qu'auparavant. »

Il semble donc démontré aujourd'hui que la trépanation ne guérit pas l'épilepsie; nous savons, d'autre part, qu'elle n'est pas sans danger. Ce sont là des raisons suffisantes pour la faire rejeter.

La plupart des chirurgiens semblent se rendre à ce jugement, car aujourd'hui revenus des excès opératoires de la première heure, ils interviennent avec beaucoup de réserve et reconnaissent l'inutilité de l'opération.

S'ensuit-il des insuccès de la trépanation que l'épilepsie n'ait rien à attendre de la chirurgie? Ce serait faire preuve d'intransigeance que de l'affirmer. Déjà le traitement chirurgical vient d'entrer dans une voie nouvelle en s'adressant au grand sympathique. Plusieurs chirurgiens proclament les succès que leur a donné la résection du sympathique cervical et sont d'avis que cette opération a d'autant plus de chances de réussir qu'elle s'adresse à une épilepsie plus jeune. L'opération semble peu dangereuse par ailleurs et n'entraîne pas du côté de la face les troubles vaso-moteurs et trophiques que l'on pourrait craindre.

Il serait prématuré de vouloir apprécier la valeur de cette nouvelle opération, encore trop récente, puisque nous savons que le principal mérite des observations de ce genre consiste à indiquer l'état du malade à une époque éloignée de l'intervention. Alexander, l'instigateur de cette opération, l'a pratiquée 24 fois; plusieurs malades ont paru très améliorés. D'autres opérateurs ont obtenu aussi de bons résultats. Puis le silence s'est fait autour des cas publiés. Est-ce donc que ces cas, comme tant d'autres, ont donné lieu à des mécomptes? M. Rellay fait seulement remarquer avec raison qu'à l'époque où la craniectomie paraissait florissante et pleine de promesses, pareils succès étaient proclamés, mais il fallut bientôt reconnaître que ces heureux résultats n'étaient que transitoires.

Jusqu'à ce que la valeur réelle du traitement opératoire de l'épilepsie soit nettement connue, cette affection ne doit pas sortir du domaine de la médecine; elle doit continuer à être soumise au traitement classique (poly-bromures, hygiène, douches, vie au grand air, etc.), qui produit des résultats supérieurs à toute intervention.

M. Perrin a eu l'occasion d'observer à la consultation du Dr Moizard 3 cas de mal de Pott chez le nourrisson.

Le mal de Pott est rare chez le nourrisson. Il augmente de fréquence à l'âge où l'enfant commence à marcher, c'est-à-dire au moment où il est plus exposé à la contagion par les poussières et objets souillés de bacilles. Le mal de Pott suit en cela les règles de la tuberculose en général.

Le début est généralement insidieux, l'absence des renseignements que peut fournir le malade augmente la difficulté du diagnostic et souvent la gibbosité ou un abcès par congestion sont les premiers symptômes observés.

La paraplégie est exceptionnelle chez le nourrisson, au début aussi bien que dans le cours de l'affection.

L'apparition d'un mal de Pott chez le nourrisson est presque toujours précédée de troubles gastro-intestinaux, particulièrement de vomissements et de diarrhée que n'explique aucun trouble d'alimentation, cette diarrhée pouvant être paroxystique probablement par action vaso-motrice d'origine réflexe.

On devra soupçonner le mal de Pott quand l'enfant se plaignant sans cesse, souffre particulièrement quand on le soulève en le saisissant par le haut du thorax ou les aisselles ou quand on le prend subitement de son berceau.

Dans le décubitus horizontal, l'enfant est plus tranquille.

On aura l'attention éveillée du côté de la colonne vertébrale si l'enfant est sujet à des secousses douloureuses le réveillant particulièrement la nuit (pseudo-névralgies), secousses analogues à des douleurs fulgurantes.

Pour M. Del Pozo, parmi toutes les médications qui ont été proposées contre la chorée de Sydenham, le traitement arsenical occupe le premier rang.

La comparaison de ses effets avec ceux de l'antipyrine, généralement adoptée aujourd'hui, montre leur supériorité sur ceux de cet agent.

Pour donner à cette médication toute sa valeur, il convient d'employer l'arsenic à doses élevées.

Pour en prévenir les inconvénients, il faut le prescrire dilué et à doses fractionnées.

L'emploi de la liqueur de Boudin répond à toutes ces indications. Donnée à doses d'abord progressives, puis régressives, entre celle de 10 grammes et celle de 30 à 40 grammes, elle guérit la chorée de Sydenham en neuf jours en moyenne.

D'après M. Zeimet, l'hystéropexie abdominale amène d'une façon presque constante la correction durable des rétrodéviations de l'utérus.

Dans le traitement des prolapsus, elle n'est qu'une opération complémentaire, rarement indiquée.

Pourtant elle a produit la guérison durable de prolapsus accompagnant des tumeurs abdominales (kystes de l'ovaire).

L'utérus est maintenu dans sa nouvelle position tantôt par les fils seulement, tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) par des adhérences très variables suivant les cas.

La production des adhérences a pour cause principale une infection de degré très variable, souvent très atténuée.

Il ne faut pas employer de fils non résorbables, par crainte de provoquer une fixation dangereuse.

Le résultat fonctionnel est généralement satisfaisant.

Dans le traitement des rétroflexions mobiles l'hystéropexie paraît aussi acceptable que l'opération d'Alexander, parce qu'elle n'est pas plus dangereuse, qu'elle expose moins à la récidive et permet de se rendre compte de l'état des annexes.

Les complications consécutives à l'hystéropexie ne lui appartiennent pas en propre, exception faite pour l'hystéropexie sans laparotomie qui doit être absolument proscrite.

Loin de mettre obstacle à la conception, elle la favorise.

Les troubles de la grossesse, après hystéropexie, paraissent résulter d'une fixation trop solide de l'utérus.

Les accidents et complications de l'accouchement ne sont pas tous dus à l'hystéropexie.

Ceux qui en dépendent forment deux groupes : dans le premier, présentations vicieuses nécessitant des interventions souvent graves; dans le deuxième, accouchement normal à peu près; hémorrhagies de la délivrance et du post-partum.

Dans les 2 cas l'utérus est fixé par de solides adhérences, mais dans le 1er le fond est abaissé dans le 2e il est élevé.

Dans l'opération d'Olshausen, il semble qu'il n'y ait pas de troubles de l'accouchement.

Les kystes dermoïdes de la région pré-sternale empruntent tout leur intérêt à leur excessive rareté; on note jusqu'à présent six observations seulement qui sont signalées par le professeur Lannelongue dans son ouvrage sur les kystes congénitaux. A ces six observations M. Audoly en ajoute une septième.

La pathogénie de ces kystes s'explique par la théorie de l'enclavement, par un accident dans l'occlusion des lames thoraciques.

Au point de vue anatomo-pathologique ces kystes rentrent dans le premier groupe de la classification du professeur Lannelongue, c'est-à-dire que ce sont des kystes simples, dont le contenu est formé par des éléments rappelant les dérivés de l'épiderme.

Les symptômes fondamentaux de ces kystes sont : la congénitalité, la mobilité sous la peau et sur les plans profonds, l'irréductibilité et la fluctuation.

Il faut, dans la détermination du diagnostic, éliminer les cavités renfermant du pus (abcès chaud et froid), du sang

(hématome, anévrysme, angiome), de la sérosité (kyste hydatique, hygroma, kyste sébacé); enfin songer au lipome fluctuant.

Il n'y a qu'une seule thérapeutique rationnelle du kyste dermoïde de la région pré-sternale, c'est l'ablation complète de la poche dont la paroi est organisée et productive; l'ablation seule évitera les récidives.

La luxation sous-acromiale de l'épaule est d'un diagnostic souvent délicat. Elle passe facilement inaperçue au moment de sa production et est confondue ensuite avec une affection chronique de l'épaule (tumeur, ostéo-sarcome; observation n° 2).

D'après M. Balencie, pour éviter l'erreur, il ne faut pas se baser sur l'augmentation de grosseur des extrémités osseuses; cavité glénoïde, apophyse coracoïde et tête humérale.

Cette grosseur est toute d'apparence et, loin d'appartenir à des productions pathologiques, elle est due à ce que les tendons et les muscles de la région s'enroulent sur la tête humérale et semblent en augmenter le volume.

D'autre part, les douleurs intermittentes et se produisant au repos sont bien davantage l'apanage d'un ostéo-sarcome, et les douleurs continues, s'exaspérant dans les mouvements, relèvent plutôt de la névrite du circonflexe ou de l'arthrite concomitante.

Le traitement de la luxation ancienne sous-acromiale sera l'arthrotomie jusqu'à la septième semaine, la résection au delà de ces limites. Elle est le seul traitement rationnel chez tout malade atteint d'impotence fonctionnelle, de douleur continues dues à la névrite.

L'abstention ne pourra lui être préférée que dans le cas où il y aura absence de douleurs et conservation de mouvements assez étendus dans l'articulation.

En dehors des accidents déjà décrits des hydronéphroses, il est un autre accident qui peut survenir : l'hémorrhagie se faisant dans l'intérieur de la poche.

M. Belaubre étudie dans sa thèse l'action de l'acide pyrogallique sur les brûlures. D'après cet auteur l'acide pyrogallique, en solution, pour le pansement des brûlures est un bon analgésiant.

En solution, c'est un bon antiseptique, à la condition de l'employer à dose assez faible pour éviter toute crainte d'accidents.

L'acide pyrogallique est un agent kératoplastique qui, par les résultats qu'il donne, peut être mis sur le même pied que l'acide picrique dans les mêmes circonstances.

La cicatrisation des plaies se fait de la même manière. Dans les deux cas il y a un processus de réduction et un processus de déshydratation. L'acide pyrogallique doit, malgré ces propriétés, être employé avec prudence en raison de sa toxicité relativement assez forte. Dans les brûlures trop étendues il sera prudent de recourir de préférence à l'acide picrique.

L'acétate de thallium est un composé chimique à ajouter à la liste déjà longue des médicaments qui s'emploient, furent employés ou proposés pour combattre les sueurs des phthisiques.

D'après M. Vassaux l'acétate de thallium est très toxique (17 milligrammes 5 de ce sel suffisent à tuer, en injection sous-cutanée, 1 kilog. d'animal).

Son efficacité dans les sueurs pathologiques est réelle et considérable : il n'a échoué que 2 fois sur 34.

L'effet antisudoral est obtenu, le plus souvent, dans la première heure qui suit l'absorption du médicament et dure parfois plus de 10 jours.

Dans près de un quart des cas (8 fois sur 34) l'acétate de thallium a produit une chute en masse des cheveux et des poils.

D'après M. Combemale, cette alopécie ne serait que temporaire et non définitive mais l'auteur n'a pu contrôler cette assertion sur les malades observées dans le service de M. Huchard. En plus de cette alopécie, l'acétate de thallium a déterminé des douleurs très intenses dans les membres inférieurs.

Ces inconvénients sont assez graves pour confirmer l'opinion émise par M. Huchard à l'Académie de médecine à savoir que « l'acétate de thallium ne peut pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale ».

M. Brin étudie le traitement des rétentions aiguës et chroniques chez les prostatiques.

La rétention aiguë doit être guérie par le cathétérisme, et le sondage ne doit être déclaré impossible qu'après l'essai systématique de tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui et en particulier de la manœuvre du mandrin.

Dans les cas d'impossibilité réelle du cathétérisme, la ponction doit être essayée, sauf contre-indications. On doit le considérer comme un moyen d'attente qui permettra presque toujours l'introduction secondaire de la sonde.

La ponction est contre-indiquée dans les cas où la vessie est infectée. Elle est alors dangereuse et insuffisante;

La cystostomie est alors indiquée primitivement. Elle l'est secondairement quand les ponctions répétées ont marqué leur impuissance à décongestionner la prostate;

La rétention incomplète sans distension relève du cathétérisme répété jusqu'à ce que la vessie n'ait plus de résidu.

La rétention incomplète avec distension est justiciable suivant les cas du cathétérisme répété ou de la sonde à demeure.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Pathogénèse des accès nocturnes d'angine de poitrine, par F. Orlandi (*Gaz. med. di Torino*, 25 août et 1re septembre 1898, p. 661 et 681). — Huchard attribue la plus grande fréquence des accès nocturnes à ce que la pression artérielle serait plus élevée dans la position couchée et dans le sommeil que dans la station verticale. Les expériences d'Orlandi, portant sur 25 personnes atteintes de maladies diverses, lui ont montré que, bien au contraire, la pression artérielle était constamment *abaissée* pendant le sommeil. Si l'augmentation de la pression artérielle est la cause déterminante de l'accès; si pendant le jour une forte émotion peut faire éclater la crise, on doit mettre en relation les crises nocturnes d'angine de poitrine avec l'augmentation de pression produites par des émotions du sommeil, les rêves.

Un cas d'épilepsie jacksonienne, contribution à la localisation du centre cortical du facial supérieur, par B. Silva (*Il Policlinico*, vol. V-M, fasc. 9, p. 393, 1er septembre 1898). — Observation d'un homme de 74 ans qui pendant 20 ans a eu des accès convulsifs limités au côté droit de la face. Depuis quelque temps, les convulsions sont un peu plus étendues; l'accès débute par un sentiment de frayeur (aura psychique), le *plissement du front;* il se continue par la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la fermeture des paupières, la déviation en dehors de la commissure droite des lèvres, la contraction des muscles du cou et du bras, l'élévation de l'épaule. A cette phase tonique succèdent les spasmes cloniques affectant la même distribution. L'accès dure une minute.

A l'autopsie du sujet on trouva immédiatement au-dessous de la substance grise du pied de la frontal moyenne de l'hémisphère gauche, un kyste hémorrhagique ancien (5-6 millim. de diamètre) s'enfonçant un peu dans la substance blanche de la frontale ascendante. Le kyste est coiffé par un petit épanchement sanguin récent, qui causa sans doute, la recrudescence des symptômes observée dans les derniers temps de la vie.

Si l'on considère : 1° que le pied de la frontale moyenne, point où était situé le kyste, est entouré des centres du facial inférieur en bas, de la tête, du tronc et des yeux en haut et en avant, de la main et du bras en arrière; que ces centres étaient précisément ceux qui se montraient excités pendant l'accès; 2° que les premiers muscles entrant en contraction dépendaient du facial supérieur (frontal, orbiculaire), on conclut que le kyste du pied de la frontale moyenne *occupait le centre cortical du facial supérieur*. Le front, les orbiculaires, se contractaient des deux côtés, car chaque centre cortical du facial supérieur a sous sa dépendance les muscles des deux côtés de la face innervés par la branche supérieure du facial.

MÉDECINE

Troubles particuliers de la motilité dans le lombago et la sciatique (Ueber eine Bewegungsprobe und Bewegungsstörung bei Lumbalschmerz und bei Ischias), par Minor (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, nos 23 et 24, p. 363 et 382). — L'auteur attire l'attention sur un trouble particulier de la motilité qui, en se présentant avec des caractères différents dans le lumbago et la sciatique, permet de diagnostiquer de bonne heure chacune de ces affections et d'établir le diagnostic différentiel entre les deux.

L'auteur a notamment constaté que les individus atteints de lumbago bilatéral (rhumatismal, traumatique, par carie, etc.), ou de sciatique, ne peuvent se soulever et se mettre debout sans le secours des mains une fois qu'ils sont assis par terre les jambes bien étendues. Pour se mettre debout dans ces conditions, l'individu atteint de lumbago procède exactement comme les malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique : ils mettent leurs bras en avant, et, en remontant avec leurs mains le long des jambes, soulèvent au dernier moment le tronc. Par contre, les individus atteints de sciatique portent d'abord leurs bras en arrière, et, en s'appuyant sur leurs mains, se soulèvent sur une main avec laquelle ils ont l'air de repousser le sol, tandis qu'avec l'autre ils exécutent un mouvement de balancement.

Les deux mouvements sont absolument caractéristiques de chacune de ces affections, et permettent non seulement d'établir le diagnostic, mais encore de dépister les simulateurs.

Influence bactéricide de l'acidité urinaire sur les agents de la cystite (Ueber den bactericiden Einfluss der Acidität des Harns auf die Cystitiserreger), par Rotoski (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, nos 15 et 16, p. 235 et 249). — Les expériences faites par l'auteur ont consisté à mélanger l'urine normale, et, par conséquent, acide, avec des cultures de colibacilles provenant de l'urine d'individus atteints de cystite, et à ensemencer le mélange sur agar ou agar-glycériné. Dans plusieurs expériences, l'acidité de l'urine prise chez un individu bien portant était augmentée par l'administration préalable de l'acide borique ou de l'acide camphorique. Enfin, à titre de contrôle, l'action bactéricide de l'acidité urinaire a été étudiée sur une série de bactéries qui, ordinairement, ne jouent pas le rôle d'agents provocateurs, comme le staphylocoque blanc et doré, la bactéridie charbonneuse et le vibrion cholérique.

Ces expériences ont montré que les colibacilles, mélangés avec l'urine normale, poussent fort bien sur l'agar, et par conséquent, ne sont pas influencés par l'acidité de l'urine ; par contre, les autres bactéries et la bactéridie charbonneuse disparaissent très rapidement quand elles sont ensemencées avec de l'urine acide. Mais si l'acidité urinaire se trouve augmentée par l'administration préalable de l'acide camphorique ou de l'acide borique, les colibacilles disparaissent également des cultures. Il résulte donc de ces faits que l'urine n'exerce d'action bactéricide sur les agents de la cystite que si son acidité a été artificiellement augmentée.

L'auteur se demande si cette augmentation artificielle de l'acidité de l'urine, par l'administration de l'acide camphorique ou de l'acide borique, ne pourrait pas être utilisée dans le traitement des cystites.

Les propriétés bactéricides du bothriocephalus latus (Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms), par Schaumann et Tallquist (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 20, p. 312). — Les auteurs ont fait une série d'expériences pour vérifier la théorie d'après laquelle l'anémie grave serait, dans certains cas, produite par une toxine sécrétée dans le tube digestif par le bothriocéphale.

Ces expériences ont consisté à donner aux chiens et aux lapins des bothriocéphales, soit simplement coupés en morceaux, soit digérés dans une solution de trypsine, soit triturés dans une solution physiologique de chlorure de sodium ; dans quelques cas, on a fait des injections sous-cutanées d'extrait de bothriocéphale, préalablement filtré sur ouate ou à travers le filtre Chamberland.

Dans tous ces cas, on a constaté que, chez les chiens, il survenait, dès la première dose, une diminution du nombre d'hématies et de la proportion d'hémoglobine. Cette diminution devenait de moins en moins manifeste avec les doses suivantes, si bien, qu'à la fin, l'administration de bothriocéphales n'exerçait plus aucune influence sur la composition du sang.

Comme pour les autres poisons du sang, l'organisme du chien semble donc posséder une sorte d'accoutumance pour le bothriocéphale ou sa toxine.

Les mêmes expériences, faites sur les lapins, ont donné des résultats négatifs.

La conclusion que les auteurs tirent de ces expériences est que le bothriocéphale exerce une action globulicide sur les hématies, et constitue, par sa toxine, un véritable poison du sang.

Le sort de la toxine tétanique introduite dans le tube digestif (Das Schicksal des Tetanusgifter nach seiner intestinaler Einverleibung), par F. Ranson (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 8, p. 107). — Ces recherches, faites dans le laboratoire de Behring, ont montré qu'on pouvait introduire dans le tube digestif des cobayes, par la voie stomacale ou par la voie rectale, des doses 300 000 fois supérieures à la dose mortelle de toxine tétanique, sans provoquer le moindre symptôme de tétanos. En sacrifiant ces animaux quelques heures après l'introduction de cette toxine et en injectant sous la peau des souris une émulsion de divers organes de ces cobayes, l'auteur a constaté que, seules, les injections faites avec les émulsions d'estomac, d'intestin grêle et surtout de gros intestin, provoquaient le tétanos chez le souris; l'injection d'émulsion d'autres organes (cerveau, moelle épinière, muscles, foie, rate, reins, etc.) n'a pas provoqué de tétanos; enfin l'urine des cobayes auxquels on avait fait ingérer des quantités énormes de toxine tétanique, n'a pas provoqué non plus, en injection sous-cutanée, de tétanos chez les souris. Par contre, les matières fécales expulsées spontanément par les cobayes, peu de temps après l'ingestion de toxine tétanique, ont provoqué très rapidement, en injection sous-cutanée, le tétanos chez les souris.

De ces faits, l'auteur conclut :

1° Que la toxine tétanique, même en quantités considérables, ne présente aucun danger pour la muqueuse gastro-intestinale quand elle est intacte ;

2° Que la toxine tétanique n'est pas absorbée par la muqueuse gastro-intestinale, ce qui explique l'absence de toxine ou d'antitoxine dans le sang des animaux auxquels on fait ingérer cette toxine ;

3° Que la toxine traverse le tube digestif sans être modifiée et peut être retrouvée intacte dans les matières fécales.

De la pénétration des ascarides dans les voies biliaires chez l'homme (Zwei Fälle von Einwanderung von Spulwurmern in das Gallengangssystem), par Mertens (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 23, p. 358). — Des deux observations que publie l'auteur, la première se rapporte à une femme de 30 ans, entrée à l'hôpital avec le syndrome d'obstruction calculeuse du cholédoque, survenue à la suite d'un accès de coliques hépatiques. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, les symptômes s'aggravèrent par l'apparition d'une pleurésie sèche droite, d'un épanchement dans la cavité abdominale et d'un œdème des jambes, si bien qu'on songeait déjà à une intervention chirurgicale, lorsque, à la suite de l'expulsion spontanée, avec les selles, de deux ascarides lombricoïdes, tous les symptômes s'atténuèrent : l'ictère diminua d'intensité et s'effaça, la pleurésie disparut, le foie reprit peu à peu ses dimensions normales, et la malade guérit après avoir présenté une parotidite suppurée.

Comme un des vers intestinaux expulsés était étranglé par son milieu, l'auteur suppose que, dans ce cas, l'obstruction du cholédoque était produite non par un calcul, mais par l'ascaride qui a passé en partie dans ce canal.

Le second cas, que publie l'auteur, est celui d'une femme de 68 ans, qui a succombé à un cancer de l'estomac propagé au foie. A l'autopsie, on trouva dans le canal cystique un ascaride lombricoïde, qui mesurait 17 centimètres de longueur.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

La dyspepsie chez les collégiens.

Résumé du rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*

Par M. le Dr P. Le Gendre,

Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Les enfants et adolescents des deux sexes, qui sont nourris dans des établissements scolaires, ont-ils souvent des troubles digestifs? Quelles formes revêt leur dyspepsie? Dépend-elle de leur mode d'alimentation? Quel est en général celui-ci et devrait-il être amélioré? Dépend-elle d'autres causes que nous puissions combattre?

Voilà une série de questions que je me suis posées. Je n'ai pas la prétention de les avoir résolues. Mais je me suis efforcé de dégager certains éléments de ce problème, dont l'importance ne peut être niée.

Le collégien — je prends le terme collégien comme représentatif de tout individu, mâle ou femelle, de 7 à 18 ans, élevé dans un établissement scolaire, presque toujours dans une ville, le plus souvent dans une grande ville, soumis à un travail intellectuel continu avec une quantité restreinte d'exercice physique — le collégien ne représente pas tous les enfants de France, mais il en représente une grande partie : si on ajoute aux élèves des lycées, collèges et pensionnats ceux des écoles professionnelles, des arts et métiers, etc., on a une population scolaire qui représente la classe moyenne et la plus grande partie de la classe riche.

Conduit, par mon expérience personnelle de médecin d'enfants et de médecin qui s'est occupé avec prédilection des affections du tube digestif, à penser que la dyspepsie et les diverses espèces de troubles digestifs sont fréquentes de 7 à 18 ans, et souvent consulté pour des individus de cet âge élevés dans des établissements scolaires de tout genre, publics ou libres, laïques ou religieux, je me suis demandé s'il y avait un lien entre ces troubles digestifs et le mode d'alimentation des établissements scolaires et j'ai entrepris une enquête dont ce rapport a pour but de vous faire connaître les résultats.

Pour exécuter mon dessein, j'ai adopté le plan suivant dans l'enquête qui m'a servi de base.

Je me suis adressé à un certain nombre d'établissements scolaires des deux sexes, en choisissant quelques types représentant les divers genres d'enseignement usités en France : lycées et collèges de l'Université, collèges communaux, établissements ecclésiastiques, pensionnats.

Aux directeurs de la plupart de ces maisons d'éducation j'ai fait personnellement visite et leur ai soumis un questionnaire; j'ai enregistré aussitôt leurs réponses et les commentaires qu'ils voulaient bien y ajouter. Ce même questionnaire a été envoyé par lettre à ceux que l'éloignement ne me permettait pas de visiter. Cette enquête a duré plusieurs mois pendant lesquels j'ai mis de côté toutes les réponses sans les examiner et ce n'est qu'après avoir réuni tous les matériaux de l'enquête que j'ai procédé au dépouillement; en agissant ainsi, mon but était d'éviter de me faire une idée préconçue d'après l'examen des premiers documents, présomption qui eût vicié la suite de mon enquête.

La dernière partie de ce questionnaire était relative à la fréquence des troubles digestifs; elle prêtait évidemment à de fausses interprétations, les directeurs des établissements scolaires n'ayant pas qualité pour répondre à des questions médicales, mais je ne recueillis les réponses qui me furent faites sur ce point que sous bénéfice de contrôle et je les contrôlai par des conversations que j'eus avec des médecins attachés à des établissements scolaires, avec des parents d'élèves et avec des élèves eux-mêmes.

II

De la comparaison de ces conversations il résulte que pour les directeurs d'établissements scolaires les troubles digestifs consistent presque exclusivement en indigestions se produisant le soir ou le lendemain des jours de congé et nécessitant le passage à l'infirmerie et que la plupart des demandes de régimes spéciaux faites par les parents pour leurs enfants reconnaissent pour cause l'anémie ou la faiblesse de constitution, sans tenir compte du rôle qu'un mauvais fonctionnement des voies digestives a pu avoir dans la production de ces états d'anémie ou de faiblesse. Les praticiens des générations antérieures ne concevaient guère le retentissement de l'alimentation sur l'organisme que par l'insuffisance des aliments réputés nutritifs ou par la constipation; de là chez eux la préoccupation principale, comme conseillers des directeurs d'établissements scolaires, de faire augmenter la ration carnée et, comme thérapeutistes, d'assurer par les évacuants l'exonération de l'estomac et de l'intestin. Nos confrères plus jeunes ont compris que les conditions nécessaires à une bonne digestion comme à la croissance régulière sont complexes et que ce n'est pas seulement l'augmentation du régime carné qui améliore l'alimentation et favorise le développement des jeunes organismes; ils ont aussi appris à connaître les troubles digestifs latents qui ne se révèlent que par des troubles à distance, nerveux, cutanés, bronchiques, etc., par des arrêts ou des imperfections de développement.

Cette opinion est d'ailleurs la mienne depuis que je

m'occupe des affections du tube digestif et des maladies de l'enfance. Parmi les observations de dyspepsie avouée et latente que j'ai recueillies depuis 12 ans, un grand nombre concernent des sujets des deux sexes de 7 à 18 ans, c'est-à-dire dans la période scolaire, et j'ai toujours eu soin de m'enquérir minutieusement des conditions alimentaires où ils vivaient dans les établissements où ils prenaient leurs repas. C'est surtout dans ces matériaux que j'ai puisé les conclusions auxquelles je suis arrivé quant à la fréquence relative des dyspepsies chez les collégiens, à leur pathogénie, aux liens qui peuvent exister entre elles et le mode d'alimentation usité dans les établissements scolaires.

III

Mais, avant d'entrer plus avant dans la question, il est indispensable que je m'explique sur le sens que j'attribue au mot dyspepsie; car c'est précisément dans l'emploi de ce mot que réside la différence d'appréciation entre certaines personnes et moi au point de vue de la fréquence de cet état pathologique dans l'âge que j'appellerai par abréviation « scolaire ». Quelques-uns s'étonneront peut-être de me voir soulever dès l'abord un si gros problème de pathologie, de nosographie et d'histoire médicale, qui a défrayé tant de polémiques; mais en vérité je crois que je ne puis m'en dispenser; car c'est sur la position de cette question que repose l'échafaudage de mon rapport.

J'entends par dyspepsie l'ensemble des troubles de la fonction digestive, comprenant les troubles de la motricité, de la sensibilité, de la vascularisation, des sécrétions, du tractus gastro-intestinal, avec leurs conséquences directes et prochaines, médiates et lointaines. Parmi ces conséquences se placent en première ligne les syndromes d'auto-intoxication rapide ou lente par le contenu vicié du tube digestif et les syndromes de nutrition générale incorrecte, revêtant dans la période de croissance des caractères différents de ceux qu'on voit chez l'adulte.

M'étant placé sur ce terrain, j'ai dépouillé toutes les observations que je possède d'individus d'âge scolaire chez lesquels j'ai porté le diagnostic dyspepsie, et voici les catégories principales que je relève.

Il y a d'abord les dyspeptiques qui souffrent et attribuent d'eux-mêmes leur souffrance à une digestion incorrecte; j'ai dit que, suivant moi, ce ne sont pas les plus nombreux.

Parmi eux se trouvent les individus qui ont le syndrome de la dyspepsie atonique et flatulente : le ballonnement pénible de l'épigastre, les éructations à saveur alimentaire ou nidoreuse, les régurgitations acides, les points douloureux sous-costaux ou dans les hypochondres, le hoquet fréquent, la constipation habituelle entrecoupée de quelques débâcles diarrhéiques — syndrome qui se développe graduellement et persiste ensuite sans incommoder assez le patient, qui s'y est peu à peu accoutumé, pour le pousser à réclamer impérieusement du soulagement ou à refuser de travailler.

Bien différent est le collégien qui, digérant bien pendant des périodes plus ou moins longues, souvent mangeant vite et beaucoup, n'est pris de malaises douloureux qu'à de certains moments, mais alors les douleurs sont très vives, revêtent le caractère de crampes ou de brûlure, ne s'accompagnent pas d'anorexie, sont souvent soulagées par l'ingestion d'aliments et de boissons, reparaissent plusieurs fois par jour pendant toute la période de crise, aboutissent quelquefois à une série de vomissements, à une véritable intolérance gastrique, offrant en un mot les principaux caractères de la dyspepsie étudiée depuis longtemps chez l'adulte sous le nom d'hyperchlorhydrie ou d'hyperpepsie, mais habituellement méconnue chez l'enfant. Ces crises gastriques, dont le lien avec le nervosisme est connu, surviennent le plus habituellement chez des enfants ayant d'autres attributs du tempérament nerveux, et à certaines époques de surmenage intellectuel ou physique : périodes de composition, de concours, d'examens, rapports peu cordiaux avec les maîtres ou les condisciples, et, d'après plusieurs de mes observations, masturbation réitérée. Elles m'ont paru liées dans certains cas à des excès d'exercice physique, j'entends excès relatifs par disproportion entre la force de l'enfant et la somme d'efforts qu'il avait dû faire : promenades trop prolongées, jeux trop violents.

Cette gastralgie ou gastro-entéralgie a été constatée plusieurs fois chez des enfants qui ont eu ultérieurement des crises d'appendicite et il n'y a plus lieu de s'en étonner puisque les poussées congestives du système folliculaire de l'appendice sont particulièrement fréquentes chez les sujets hyperpeptiques.

Mais bien plus nombreux, suivant moi, sont les enfants et adolescents des deux sexes, qui, ne se croyant pas incommodés dans leur digestion, se plaignent de certains troubles nerveux ou dont la santé décline à leur insu par suite de perturbations digestives. Ce sont tantôt des douleurs de tête, tantôt des lassitudes douloureuses, des sensations permanentes de refroidissement des extrémités; ou bien on constate l'inaptitude croissante au travail et parallèlement le peu d'entrain au jeu, très souvent l'amaigrissement, le teint jaunâtre et les paupières bouffies, de légères et passagères albuminuries, les signes de la rhino-pharyngite chronique, les poussées d'acné d'une violence insolite, la séborrhée et corrélativement des eczémas des régions séborrhéiques.

Chez les scolaires ainsi affectés, j'ai toujours relevé, en les soumettant à un interrogatoire minutieux, certains troubles dyspeptiques dont ils n'avaient pas conscience : besoin d'élargir les vêtements au niveau de l'épigastre après chaque repas, hoquet fréquent, soif incessante et bouche pâteuse, garde-robes rares et pénibles, ovillées, ou, au contraire, biquotidiennes, mais jamais moulées, et surtout d'une fétidité spéciale (j'insiste sur ce signe). Il s'y joint souvent une haleine incommode pour l'entourage ou une odeur insolite des sécrétions cutanées, odeur fade et écœurante.

Si on procède à l'examen physique de ces sujets avec la méthode convenable, on constate une langue sale, un pharynx irrité, sec et granuleux, d'un rouge vif ou hypersécrétant, un estomac qui clapote d'une façon permanente ou dans des limites ultra-physiologiques dès qu'on fait boire le sujet, des parois abdominales généralement minces, peu résistantes par suite du développement insuffisant des muscles droits et obliques; on trouve chez eux une faiblesse générale du système musculaire strié et lisse et la dilatation de l'estomac, l'atonie gastro-intestinale qui accompagne et explique la plupart de leurs troubles digestifs et généraux.

IV

Je ne voudrais d'ailleurs pas laisser croire que j'attribue à la dyspepsie et à la dilatation de l'estomac tous les troubles de la croissance; tant de causes interviennent pour perturber le développement régulier de l'organisme à cette époque de la vie, depuis l'hérédité jusqu'aux infections! Mais je dis que la perturbation digestive est assez fréquente et importante.

Sans doute il s'y ajoute, dans une proportion plus

grande encore, l'apport de matériaux récrémentitiels mal appropriés aux besoins particuliers de l'organisme en croissance, et il arrive souvent que, même sans troubler les fonctions digestives, la nature des aliments ne soit pas convenablement choisie.

Ce second point touche de près au premier, puisqu'il a trait encore à l'alimentation des collégiens, dyspeptiques ou non, et il nous occupera chemin faisant. Il est de toute évidence que les besoins nutritifs d'un organisme en croissance sont autres que ceux d'un organisme adulte — non pas seulement, comme on l'a cru longtemps, en ce sens que les aliments doivent être, proportionnellement au poids du corps, plus abondants que chez l'adulte, destinés qu'ils sont à subvenir à la fois à l'usure quotidienne et à l'accroissement des tissus — mais aussi parce que certaines substances particulièrement assimilables, ou indispensables à la constitution de la charpente cellulaire, ou médiatrices des échanges moléculaires, doivent être mises avec une libéralité particulière à la disposition de l'économie.

Sans entrer dans les détails d'une chimie qui n'est encore qu'imparfaitement connue, on peut citer les divers phosphates, les chlorures, les nucléines, les graisses phosphorées, la lécithine, substances qu'on trouve les unes dans les graines des céréales, d'autres dans le lait, d'autres dans le jaune d'œuf, dans le poisson. Il faut une quantité importante, mais non excessive d'azote, et cet azote ne doit pas être demandé exclusivement à la viande.

Sans doute une alimentation abondante et variée assure à l'organisme un stock de matériaux parmi lesquels il puisera suivant ses besoins, mais la surabondance de certains aliments peut, en surmenant les voies digestives, vicier à la fois leurs fonctions et la nutrition générale par l'accumulation de leurs déchets ou des produits de leur décomposition secondaire. Il y a d'autant plus de chances pour qu'il en soit ainsi que certaines conditions régulatrices du travail digestif et de la destruction complète des déchets de la nutrition (mastication convenable, quantité et nature des boissons, exercice physique suffisant, mais non excessif) sont moins exactement remplies.

Aussi les physiologistes et les hygiénistes se sont-ils efforcés de déterminer les règles qui doivent présider à la nourriture des individus en période de croissance. Malheureusement ils n'ont pu encore donner que des indications bien générales et bien vagues, nos connaissances sur les échanges nutritifs de l'organisme des enfants aux différents âges étant encore fort incomplètes (I. Munk). En sorte qu'il est difficile de tirer des chiffres approximatifs donnés par Riedel, C. Vort, Camerer, I. Munk lui-même, des données suffisamment précises.

V

Quoi qu'il en soit, voici quel est à peu près en France le mode d'alimentation dans les établissements scolaires, officiels ou libres, d'après l'enquête que j'ai faite et en suivant l'ordre de mon questionnaire.

Le *nombre des repas* est toujours de quatre.

Les *heures* varient suivant les saisons et les établissements, de 6 h. 1/2 à 8 heures du matin, de 11 h. 1/2 à midi 1/2, de 4 heures à 5 heures du soir et de 8 heures à 8 h. 1/2.

Le *temps accordé pour les repas* est de 15 à 20 minutes pour le petit déjeuner, d'une 1/2 heure pour le déjeuner de midi et le souper; le goûter se confond généralement avec une récréation d'une 1/2 heure.

La durée des deux repas principaux et même du premier déjeuner ma semble insuffisante, d'autant plus que la 1/2 heure allouée est assez souvent entamée par le temps de l'installation, soit parce que certains élèves arrivent en retard et que tous ne sont pas servis en même temps. Jamais, il est vrai, les élèves ne réclament contre la brièveté des repas; on sait quelle est la tendance des enfants et des adolescents à manger vite, à engloutir précipitamment dans leur estomac les morceaux à peine mastiqués, soit pour donner plus vite satisfaction à un appétit impérieux, soit par gourmandise, soit par désir d'aller plus vite jouer; cette habitude universelle, et détestable au point de vue de l'hygiène, se perpétue dans la vie mondaine et engendre, vous le savez, un grand nombre de dyspepsies. Il y aurait lieu, je crois, d'augmenter d'un quart d'heure la durée officielle de chacun des deux repas principaux, de 5 minutes celui du premier et de faire faire par les maîtres surveillants de fréquentes recommandations aux élèves, au sujet des inconvénients d'une ingestion trop précipitée et d'une mastication insuffisante.

Un des bons moyens d'obtenir une plus grande lenteur dans les repas est de favoriser les conversations; à ce point de vue un progrès réel a été réalisé depuis quelques années dans la discipline des établissements scolaires, à peu près tous autorisant les élèves à converser entre eux pendant les repas.

Dans certains établissements, les aliments sont d'avance divisés par portions en nombre égal à celui des élèves; dans d'autres, la distribution est faite par un maître surveillant; dans d'autres encore c'est chaque élève à tour de rôle qui remplit l'office de chef de table et sert successivement ses camarades. Ce dernier système ne peut être sans inconvénient que si la distribution s'accomplit sous la surveillance d'un maître afin d'en assurer l'impartialité.

La récréation qui suit le déjeuner de midi est de 1 heure; après le premier déjeuner 1/4 d'heure, au moment de goûter 1/2 heure. Après le souper, dans certains établissements les élèves se couchent immédiatement; dans d'autres on accorde encore aux élèves plus âgés une 1/2 heure ou 1 heure soit de récréation, soit d'étude supplémentaire. Il serait toujours désirable, je crois, qu'une récréation d'une 1/2 heure, de préférence avec mouvements, fut accordée après le souper.

Dans le questionnaire que j'avais rédigé, j'avais écrit : « Quelle règle est adoptée pour fixer la ration journalière, suivant les âges, en poids de substances azotées (viande, œufs, poissons), de substances grasses, de farineux et de féculents, de légumes herbacés, de fruits, de pain, de boisson? » — J'ai pu me convaincre, d'après la variété des réponses qui m'ont été faites, qu'à part la viande, pour laquelle des règles assez précises ont été fixées, pour les autres catégories d'aliments, l'allocation des quantités est laissée à l'initiative des économes et des cuisiniers, qui paraissent se baser seulement, suivant les établissements, sur la facilité d'approvisionnement, le prix des denrées, le goût général des élèves et des familles; rien ne montre mieux cette variété que la lecture des menus, suivant les villes d'où ils émanent. Il est naturel que les choses se passent ainsi; cependant il ne faudrait pas laisser ignorer aux personnes qui rédigent les menus, que la quantité de viande n'est pas seule importante à préciser, que la proportion des autres aliments riches en azote ne doit pas être arbitraire, qu'il n'est pas indifférent que l'azote mis à la disposition de l'organisme en croissance, le soit sous la forme de viande, de poisson, d'œuf, de lait ou de fromage, d'albumine animale ou végétale, que la quantité des matières grasses et surtout leur nature n'est pas indifférente à certains tubes digestifs, que les diverses espèces de graisses, d'huiles et le

beurre ne sont ni également digestibles ni également assimilables, que la quantité des hydrates de carbone mis à la disposition de l'organisme ne doit pas non plus être livrée au hasard ou à la fantaisie.

Quoi qu'il en soit, les *quantités de viande* se trouvent fixées ainsi dans la plupart des lycées et autres établissements universitaires. La viande figure dans deux repas, sauf le vendredi où elle est remplacée par des œufs ou du poisson. On a divisé les élèves en grands, moyens et petits; le poids de viande est fixé en viande cuite, rôtie ou bouillie, et sans déchets : pour les grands, 70 grammes; les moyens, 60 grammes; les petits, 50 grammes; dans les établissements où se trouvent des candidats aux écoles, on a admis une division d' « extra-grands » (?) qui reçoit 80 grammes. Quand il y a deux plats de viande, le poids de chaque plat est diminué d'un 1/3, de sorte que les deux plats constituent 4/3 du poids réglementaire, qui se trouve ainsi augmenté. Les divisions en grands, moyens et petits sont, on le comprend, basées sur les classes et sur l'âge; ainsi sont réputés grands les écoliers au-dessus de 15 ans, c'est-à-dire en général, ceux des classes de 3e classique ou moderne et au-dessus; moyens, les élèves de 4e 5e et 6e; les petits ont moins de 12 ans en général. On doit faire remarquer ce que cette division, administrative et pédagogique, a d'arbitraire au point de vue physiologique et de fantaisiste au point de vue médical : outre que l'âge des enfants d'une même classe peut varier de 3 ans, on sait quelles différence de taille et de poids peuvent exister entre des enfants du même âge, de sorte que les rations prévues pour une classe et un âge risquent d'être insuffisantes pour quelques enfants de cet âge et de cette classe; dans la pratique certains établissements corrigent la théorie, en allouant à la division des moyens la ration des grands; dans certains établissements, les grands ont 75 et 80 grammes de viande. Dans un petit nombre d'établissements, réputés pour l'abondance de l'alimentation, on n'admet que deux divisions : au-dessus de 15 ans, 100 grammes de viande; au-dessons de cet âge, 70 grammes en viande cuite et chaude; 50 grammes s'il s'agit de viande froide. Dans ces mêmes établissements, 4 fois par semaine il y a deux plats de viande à midi, mais toujours un seul le soir.

Dans les établissements privés où les élèves sont moins nombreux, on a pu multiplier les subdivisions, et j'en puis citer un où les enfants ont été répartis en 5 tables, suivant leur âge et non pas suivant la classe :

De 6 à 8 ans	Viande	50 gr.
De 8 à 10 ans. . . .	—	60 gr.
De 10 à 12 ans . . .	—	70 gr.
De 12 à 14 ans . . .	—	80 gr.
Au-dessus de 14 ans . .		90 à 100 gr.

C'est déjà plus physiologique et, pour peu qu'une surveillance attentive montre la nécessité d'augmenter la ration carnée d'un élève à cause de besoins spéciaux (croissance d'une rapidité insolite, convalescence, état dyspeptique nécessitant la prédominance passagère de l'alimentation carnée), il est facile de le faire passer à la table d'enfants plus âgés que lui, sans perturber toute l'organisation du réfectoire.

Dans quelques établissements on a compté le poids de la viande crue (300 grammes par jour).

Le *poisson* figure généralement une fois par semaine au moins dans les menus, le vendredi, à cause de la prédominance des élèves catholiques; mais sa fréquence n'est pas réglementée; on le trouve, cela va de soi, plus souvent dans les menus des saisons où il est plus facile de se le procurer en bon état de conservation et dans les villes plus à portée du littoral. C'est un aliment sans doute très utile pour les organismes en croissance à cause de sa richesse en phosphore, à la condition qu'il soit frais et bien cuit, mais il est souvent mal préparé, trop imbibé de graisse ou de friture, et n'est guère recherché par les élèves.

Les rédacteurs des menus n'accordent pas en général aux *œufs* l'importance incontestable que nous leur connaissons dans l'alimentation des enfants et les dyspeptiques, on ne les voit guère figurer qu'une fois (le vendredi) ou deux fois par semaine. C'est trop peu, suivant moi. On m'a objecté leur prix de revient, ou du moins la difficulté de se les procurer frais à un prix abordable et même la répugnance de beaucoup d'enfants pour les œufs; cette répugnance vient souvent de ce qu'on leur sert cet aliment d'une fraîcheur douteuse. On ferait bien d'en incorporer plus souvent dans les potages, des entremets, des sauces.

J'ai dit que la ration des *matières grasses* et leur nature n'était pas en général réglementée et ne paraît pas avoir préoccupé les rédacteurs de ces menus. A ce point de vue, il y a lieu sans doute de tenir compte des goûts et des habitudes liés au pays d'origine des élèves.

Un haut fonctionnaire de l'Université, né dans le Périgord, s'est trouvé très bien nourri à Toulouse, pendant ses années de collège, parce que les mets étaient accommodés avec de la graisse de volaille qu'on se procure excellente et à bon marché dans ce pays; il fut très malheureux et perdit tout appétit à l'École normale supérieure de Paris, où la cuisine était faite au beurre, mais avec un beurre de qualité inférieure.

En général, l'emploi de la graisse, de l'huile ou du beurre dans la cuisine dépend à la fois de la facilité avec laquelle on se les procure dans le pays et du prix de revient.

Sur les menus de tous les établissements scolaires figure la *soupe* une fois par jour, généralement au repas de midi, quelquefois deux, la soupe alternant au premier déjeuner avec le café au lait et le chocolat. La soupe est un excellent aliment, à la condition d'être bien faite, assez cuite, d'une consistance convenable et en quantité modérée. Les soupes dans lesquelles on incorpore les pâtes, les farines des diverses céréales, ou les purées de légumes, des jaunes d'œufs, accommodées avec du lait ou du bouillon, sont préférables à la soupe au pain. Malheureusement la confection d'un bon potage demande assez de temps et de soins, et trop souvent les soupes servies aux écoliers sont assez rebutantes pour qu'ils soient excusables de les dédaigner. On ne saurait trop recommander aux économes de surveiller cette importante partie de la cuisine.

Les *légumes* sont donnés à discrétion dans tous les établissements et figurent presque toujours aux deux repas principaux.

Les féculents et farineux, sous les espèces pommes de terre, haricots, lentilles, pois et fèves, figurent naturellement le plus souvent sur les menus pendant six mois; ces végétaux, sauf les pommes de terre, ne sont que très exceptionnellement réduits *en purée*, et cela est regrettable au point de vue de beaucoup d'intestins. On m'a objecté que le déchet du tamisage est trop considérable pour les haricots, pois et lentilles, et que par suite le prix de revient de ces plats serait trop élevé, que le temps manquerait souvent pour cette opération culinaire, que d'ailleurs les élèves n'aiment pas en général les purées et que dans l'enveloppe de plusieurs des végétaux en ques-

tion se trouvent des substances utiles à l'économie. Il y a du vrai dans ces objections; nous émettons pourtant le vœu que les purées de féculents, comprenant au besoin l'enveloppe écrasée, si on ne veut pas la sacrifier, figurent plus souvent sur les menus. La mastication des élèves étant toujours défectueuse, les haricots secs, lentilles et fèves, servis en entiers, sont pour eux difficilement digestibles. Tout au moins devra-t-on s'assurer toujours qu'ils ont subi une cuisson assez prolongée pour amener une désagrégation suffisante de l'enveloppe et du contenu. Parmi les façons d'accommoder les pommes de terre, la friture, si recherchée des enfants, ne doit être qu'exceptionnelle.

Les légumes herbacés et racines comestibles sont représentés dans les saisons propices par l'oseille, les épinards, choux et choux-fleurs, haricots verts, pois, artichauts, salsifis, asperges; il importe que ces végétaux soient très cuits, et trop souvent la critique peut s'exercer à ce point de vue. Les salades crues figurent deux fois par semaine, les artichauts poivrades, les radis, les concombres assez souvent dans certaines régions. Il n'y a pas lieu d'encourager l'usage fréquent des crudités, nuisibles à beaucoup de tubes digestifs et dont l'assaisonnement avec un vinaigre souvent de médiocre qualité, mais en quantité libérale, ne diminue pas les inconvénients.

Comme dessert on regrette de ne trouver que rarement sur les menus les fromages, du moins ceux qui ne sont ni trop faits, ni trop salés. Les entremets à base de lait et d'œufs (crèmes, soufflés, gâteaux de riz ou de semoule) figurent beaucoup plus souvent qu'autrefois et il y a lieu de s'en féliciter, sur les menus des collèges, de même que les *fruits cuits*. Ceux-ci sont trop souvent des pruneaux, insuffisamment cuits dans certains établissements, on ne saurait trop louer au contraire la présence des compotes, marmelades et gelées de fruits. Les *fruits crus* dans la saison figurent souvent; ils sont quelquefois d'une qualité défectueuse, trop peu mûrs ou avariés. Dans certains établissements on a pensé être agréable aux écoliers et aux familles en faisant apparaître assez souvent des pâtisseries complexes, d'une digestibilité douteuse. Cette tendance ne paraît pas devoir être encouragée et ne saurait constituer un progrès sur les errements du passé.

Le *pain* est donné à discrétion presque partout et il y a peut-être quelque inconvénient; il y en a certainement quand ce pain est tout frais, tendre, très spongieux, comme c'est souvent le cas. Les enfants de France aiment beaucoup le pain, et, quand le menu ne leur plaît que médiocrement, ils le dédaignent, pour calmer leur appétit par de grandes quantités de pain, avec ou sans chocolat ou confitures; les inconvénients de l'abus du pain et surtout trop peu cuit, ont été signalés par tous les gastro-pathologistes contemporains et engendrent une dyspepsie particulière par suite d'une fermentation acétique. Il est donc à désirer que les établissements où on donne le pain à discrétion ne le livrent aux enfants que rassis et très cuit. Du reste à l'étranger il y a bon nombre d'établissements scolaires où il est rationné.

La *boisson* consiste encore, dans la plupart des établissements scolaires, en un mélange de vin et d'eau fait plusieurs heures à l'avance, sinon la veille, et connu depuis les temps les plus reculés sous le nom d' « abondance ». La proportion du vin varie beaucoup suivant les maisons : depuis 1/3 jusqu'à 1/2; la qualité du vin varie moins; il est généralement médiocre, souvent mauvais et à peu près toujours rouge. D'ailleurs le mélange fait d'avance a toujours un caractère désagréable, sa saveur et sa couleur sont habituellement peu engageantes.

La quantité totale d'abondance allouée par repas et par élève varie d'un 1/4 de litre à 1/2; l'eau est à discrétion. Il est regrettable qu'on n'ait pas encore imité partout certains établissements dans lesquels le vin n'est mélangé à l'eau qu'au moment même de la consommation.

Je n'ose aborder ici le problème si délicat de la suppression volontaire du vin, mise en pratique avec succès par une quantité croissante de personnes dans notre pays en vue d'améliorer à la fois leur digestion et le fonctionnement général de leur système nerveux. De bons esprits se sont demandé si on n'avait pas fait fausse route en généralisant et en faisant passer dans l'usage courant les boissons stimulantes contenant de l'alcool, au lieu de les réserver, comme faisaient nos pères, pour venir en aide dans certaines circonstances déterminées et exceptionnelles au système nerveux défaillant. L'usage des vins naturels, tels qu'on pouvait s'en procurer facilement à une époque déjà reculée, n'était peut-être pas fort nuisible, bien qu'inutile, je pense, au développement harmonique des jeunes organismes. Mais, malgré la bonne volonté des directeurs et économes d'établissements scolaires, il est avéré que la plupart des vins mis à la disposition des écoliers sont le résultat de mélanges, de coupages plus ou moins ingénieux, aboutissant à une mixture plus ou moins agréable au goût, mais dont certains éléments peuvent n'être pas inoffensifs pour les fonctions digestives. Je verrais donc, sans inquiétude pour l'avenir des jeunes générations, se propager parmi elles le goût des boissons non alcoolisées (eau pure, bière, infusions théiformes), avec la croyance que le vin est plutôt nuisible qu'utile dans la vie courante. Mais alors il faudrait que les municipalités fissent tous les sacrifices nécessaires pour assurer à tous les citoyens de l'eau potable irréprochable.

Par contre je voudrais voir le *lait* entrer pour une part régulière dans la consommation des enfants et des adolescents, bien entendu dans les régions où on peut s'en procurer de bon à des prix abordables. C'est au premier déjeuner qu'il figure sur le menu de la plupart des établissements scolaires sous la forme de lait pur, de café au lait ou de chocolat. Dans certains établissements on a prévu 25 centilitres, dans d'autres 30 ou 35 centilitres par élève. Mais des plaintes légitimes sont souvent élevées contre la qualité du lait. Il est certain que le lait de bonne qualité est un aliment de premier ordre à introduire dans l'alimentation mixte des organismes en croissance.

Je ne vois pas d'inconvénients à ce qu'il soit additionné d'un peu de café; mais je ne puis approuver certains établissements sur le menu desquels j'ai vu figurer le café noir chaque matin. C'est encore là une erreur qui consiste à confondre l'aliment et le stimulant, erreur qui a été générale de notre temps et a entraîné, j'en suis convaincu, les plus fâcheuses conséquences pour notre race. Si on ne la déracine pas chez les écoliers, elle se perpétuera chez l'adulte. Le premier déjeuner est plus important qu'on ne le juge en général. L'enfant doit fournir depuis son réveil jusqu'à midi, c'est-à-dire, pendant 5 ou 6 heures, à une dépense de forces réelles; il faut qu'il ait pris des aliments réels. Il se peut qu'ayant pris du café avec un peu de pain il n'éprouve pas de besoin alimentaire jusqu'à midi, et présente un entrain cérébral suffisant, mais on n'aura fait que masquer la déperdition de ses forces puisqu'il aura dû dépenser pendant ce laps de temps plus qu'il n'aura reçu. Cet enfant devenu homme continuera la mise en pratique du so-

phisme antiphysiologique, en vertu duquel nous voyons tant de personnes de notre temps faire prédominer de plus en plus l'usage des stimulants (café, vin, alcools et essences) sur celui des aliments réels. Je voudrais donc un premier déjeuner réel, lait pur ou additionné d'un peu de café, pain, beurre ou fromage, avec un temps suffisant pour le consommer. Et il appartient aux maîtres surveillants, s'ils se pénètrent de ces idées, de les faire comprendre aux élèves et d'insister pour qu'ils ne considèrent pas ce premier repas comme sans importance, destiné seulement à flatter leur palais ou à éclaircir leurs idées en dissipant la somnolence du réveil.

VI

Ces quelques critiques mises à part, il faut reconnaître que le temps n'est plus où on pouvait s'insurger contre la mauvaise alimentation des collégiens. D'énormes progrès ont été accomplis à la fin de ce siècle dans notre pays à ce point de vue, grâce à la bonne volonté des directeurs de notre enseignement national et à une heureuse émulation entre lui et l'enseignement libre.

L'enquête que j'ai entreprise m'a conduit à reconnaître que l'alimentation adoptée actuellement dans la plupart des établissements scolaires de notre pays répond sur la plupart des points aux exigences physiologiques des organismes pendant la période de croissance, envisagés d'une façon générale, et il est certain que des enfants bien constitués, robustes, devraient se développer régulièrement avec une telle alimentation, ne pas éprouver de troubles digestifs fréquents ni importants et supporter convenablement le travail intellectuel que réclament leurs études.

En est-il ainsi? — Je ne le crois pas, ai-je dit dans la première partie de ce rapport.

Pourquoi ce désaccord apparent entre les prévisions théoriques et la réalité?

Voici quelle en est, selon moi, l'explication :

En établissant les règles de l'alimentation des collégiens sur les bases de la physiologie générale, on a admis que ces règles devaient s'appliquer à des individus physiologiques, normaux, bien portants au moment où ils entrent dans les collèges. Il me coûte de dire que, s'il en est ainsi pour beaucoup d'enfants, pour la majorité même, il y a une forte, trop forte minorité qui n'appartient déjà plus à la physiologie, mais qui ressortit à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique. Je dois le dire, parce que la vérité est toujours utile à connaître, même pénible à constater, le remède ne pouvant être recherché si le mal n'est pas clairement déterminé.

Cette importante minorité d'enfants, qui entrent dans les collèges déjà mal portants, sont issus de parents très souvent affectés de tares constitutionnelles et plus particulièrement d'affections des voies digestives. J'ai insisté ailleurs sur l'hérédité manifeste des gastropathies, dyspepsies, de la dilatation de l'estomac, notamment. Ces enfants-là, s'ils n'ont pas encore leur dyspepsie réalisée au moment de leur entrée au collège, portent en eux une aptitude certaine à la réaliser dès que les circonstances s'y prêteront. Quelques-uns ont déjà éprouvé pendant la première enfance des gastrites ou entérites imputables à un allaitement ou à un sevrage mal conduits, et seront facilement récidivistes.

Ces circonstances seront la croissance trop rapide, les infections accidentelles, le surmenage nerveux, la claustration relative, etc. Alors leur tube digestif commence à fonctionner moins correctement. Si on saisissait dès le début les premiers indices de ce dérangement fonctionnel et si on modifiait pour eux le régime général, on pourrait dans bon nombre de cas remettre assez promptement les choses en ordre et les y maintenir par une surveillance étroite. Mais, comme les premiers symptômes de ces états dyspeptiques sont souvent légers, fugaces, intermittents, ils demeurent latents; le patient ne les perçoit pas ou n'y attache pas d'importance, en tout cas ne s'en plaint pas jusqu'au jour où ils sont devenus plus manifestes ; ou bien, jusqu'à ce que les conséquences de la dyspepsie latente deviennent apparentes pour l'entourage. Il serait donc souhaitable que les enfants fussent l'objet d'une surveillance étroite au point de vue des fonctions digestives pendant toute la période scolaire.

Sans doute nos confrères attachés aux établissements scolaires accomplissent pleinement leurs devoirs dès qu'un enfant leur est signalé comme malade; mais, comme je l'ai expliqué, la nature même des choses fait qu'on ne leur soumet guère que des cas déjà invétérés ; les familles souvent ne connaissent même pas le médecin du collège; on ne montre à celui-ci un enfant qu'accidentellement et, en dehors de l'indigestion banale au lendemain d'une sortie, ou des cas devenus brusquement graves, comme une appendicite, le médecin du collège ne peut dans l'état actuel des choses prévenir l'évolution d'une dyspepsie latente chez les enfants par une surveillance assez étroite.

Je souhaiterais que, lorsqu'un enfant est placé dans un établissement scolaire, la famille priât son médecin habituel d'entrer en relations avec le médecin du collège et de le mettre au courant du passé de l'enfant et des aptitudes morbides qu'il peut avoir par son hérédité. L'enfant, ainsi examiné une première fois par le médecin du collège à son entrée, serait, même réputé bien portant, réexaminé périodiquement deux fois par an. Si pendant les vacances un incident s'était produit dans santé, la famille ne devrait pas manquer d'en instruire le médecin du collège, afin qu'il jugeât si désormais l'enfant n'a pas besoin d'un régime spécial.

Ce que je dis de la surveillance du tube digestif est vrai d'ailleurs de tout l'organisme; si on appliquait au corps tout entier le système qui réussit si bien pour les dents, on éviterait sans doute des accidents et même des catastrophes; les personnes qui, même sans souffrir des dents, se soumettent périodiquement à l'examen du dentiste, les conservent beaucoup plus longtemps que d'autres et évitent bien des délabrements dentaires. Quelques rares familles ont commencé à agir ainsi pour la santé générale et il m'a paru manifeste, d'après ma pratique, que chez elles les maladies sont moins fréquentes et moins graves.

Comme conclusion de ce rapport je propose au Congrès d'émettre le **vœu** que :

Vu la fréquence croissante des troubles digestifs à notre époque et leur fâcheux retentissement sur l'avenir des individus et celui de la race;

1° Les directeurs des établissements scolaires, universitaires et libres persévèrent dans les louables efforts qu'ils ont déjà faits pour améliorer l'alimentation de leurs élèves des deux sexes, dans le sens qui leur sera indiqué par les médecins :

2° Qu'une surveillance attentive soit exercée, même et surtout préventivement, sur les fonctions digestives des élèves, grâce à la collaboration constante des familles et de leurs médecins avec les directeurs et les médecins des établissements scolaires.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure; interposition entre les deux os du fragment cubital qui gêne la supination; extirpation; bon résultat fonctionnel,

Par M. A. Mouchet,
Ancien interne des hôpitaux,
Aide d'anatomie.

Le 2 juillet 1898, se présentait à la consultation de notre maître, M. le Dr Broca, un jeune homme de 14 ans 1/2, V... Maurice, qui était tombé la veille à 8 heures du soir d'un bec de gaz sur lequel il avait grimpé. La paume de la main gauche avait porté sur le sol, et le jeune homme s'était relevé tout l'avant-bras gauche endolori.

Au moment de son arrivée à l'hôpital, le jeune V... tient de la main droite son poignet gauche placé en demi-pronation et déjeté sur le bord cubital. Le gonflement de la région est considérable; le pli palmaire inférieur du poignet est très creusé; et sur une étendue d'une pièce de 5 francs, on voit se dessiner une coloration ecchymotique très accentuée; la peau est éraflée sur le devant du cubitus.

Sur le côté dorsal du poignet, il existe une déformation typique *en dos de fourchette;* le point le plus saillant est à un pouce au-dessus du niveau du pli palmaire inférieur.



La palpation révèle un mobilité anormale très nette des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure. La fracture du radius semble siéger à un niveau plus élevé que le niveau classique.

La réduction de la fracture est aisée et nous appliquons immédiatement une gouttière plâtrée dans la demi-pronation.

Le 7 juillet, nous enlevons l'appareil et nous faisons radiographier le poignet à la clinique Baudelocque par M. Vaillant, que nous ne saurions trop remercier de son beau cliché. Nous constatons ainsi, comme le montre la reproduction ci-jointe, qu'il existe *une fracture du radius à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde.* La réduction en est très satisfaisante, nous pouvions du reste nous en assurer cliniquement. Mais il existe en outre une *fracture partielle de l'épiphyse inférieure du cubitus;* le fragment est resté *interposé* entre le radius et le cubitus et sa réduction nous paraît impossible. La consolidation n'étant pas complète, nous appliquons une nouvelle gouttière plâtrée palmaire qui est enlevée le 16 juillet. On conseille au jeune homme pendant notre absence le massage et la mobilisation du poignet.

Le 11 août seulement, nous revoyons le malade et nous constatons une bonne attitude de l'avant-bras. Pas de difformité extérieure, mais une supination très incomplète. La main se tient dans une demi-pronation continuelle. Une radiographie nouvelle fournit exactement la même image que la première. Il n'y a pas de doute : le fragment cubital interposé entre les deux os de l'avant-bras est l'obstacle à la supination, et celle-ci doit revenir après l'ablation du fragment.

Une radiographie prise de profil, le poignet reposant sur le bord cubital, aurait pu nous apprendre de quel côté, palmaire ou dorsal, le fragment faisait saillie, mais la chose importait peu; comme nous sentions ce fragment sur la face dorsale du poignet et que c'était là évidemment le lieu d'élection pour intervenir, nous pratiquons le 2 septembre l'opération par une incision dorsale sur le bord externe du cubitus.

Une fois le périoste incisé, nous tombons sur un fragment osseux, irrégulier, soudé solidement au cubitus, interposé entre cet os et le radius qu'il touche. Nous enlevons en plusieurs coups de ciseau ce fragment qui fait saillie également sur la face palmaire, et, après une large ostéotomie, nous constatons que la supination est devenue complète. Un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie; sutures cutanéo-périostiques à la soie. Pansement ouaté dans la supination forcée avec des attelles en zinc sur la face dorsale et sur la face palmaire.

Le drain est enlevé le 5 septembre; les fils le 10. Un fil de soie suppure. Le reste de la plaie est réuni par première intention.

Un pansement humide maintenu sur la région pendant 3 ou 4 jours a vite raison de la petite suppuration superficielle, et, dès le 14, le massage et la mobilisation du poignet sont pratiqués activement chaque jour par nous et par le malade lui-même. Aussi, à l'heure actuelle, la supination est-elle redevenue aussi complète que du côté sain.

Deux particularités intéressantes nous paraissent dignes d'être relevées dans cette observation : d'une part, *la variété même de la fracture;* d'autre part, *l'interposition entre les deux os de l'avant-bras, d'un des fragments,* gênant ainsi la supination et nécessitant une *intervention chirurgicale* suivie de succès.

La fracture isolée de chaque os représente dans notre observation une variété rare. Nous avons consulté tous les livres de « fractures », tous les « Traités de chirurgie », l'ouvrage récent de notre ami Paul Delbet sur *Les fractures de l'extrémité inférieure du radius* (20 observations accompagnées de dessins d'après radiographie) (1), la thèse encore plus récente de Picard (2) sur la *Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius par les rayons Röntgen* (13 observations accompagnées de reproductions radiographiques); partout nous avons trouvé mentionné comme *exceptionnel le siège si élevé* (5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde) *de la fracture à déformation classique de l'extrémité inférieure du radius.* Rare aussi la disjonction épiphysaire inférieure du cubitus. Mais ce que nous n'avons trouvé mentionné nulle part, *c'est la combinaison de ces deux fractures :* fracture du radius à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde avec fracture partielle de l'épiphyse cubitale inférieure. Cela ne doit point étonner, si l'on songe que la radiographie seule peut offrir une pareille précision à la clinique.

En dehors de cette particularité, notons en passant le fait de l'association d'une fracture du cubitus à la fracture de l'extrémité inférieure du radius; cette dernière, par la prédominance de ses signes, aurait pu seule attirer l'attention.

La fréquence de cette association, signalée depuis longtemps par Nélaton, Cameron, Malgaigne, Tillaux, a été confirmée à nouveau par les radiographies de Paul Delbet et de Picard.

Sans insister sur le mécanisme sans cesse discuté des fractures de l'extrémité inférieure du radius, nous ferons remarquer que notre malade est tombé manifestement sur la face palmaire de la main; à défaut de ses renseignements qui sont très précis, l'éraflure de la peau du poignet sur la face palmaire suffirait à le prouver — nous ajouterons que la théorie de l'arrachement, tout au moins pour le radius, vu le siège élevé de son trait de fracture, ne nous semble pas applicable au cas actuel.

Il est enfin une particularité intéressante sur laquelle l'observation détaillée de notre malade nous dispense d'insister : c'est *l'interposition du fragment osseux* entre le radius et le cubitus, avec l'impossibilité de réduction et les troubles fonctionnels qu'elle entraîne à sa suite. D'où la nécessité inéluctable d'une *intervention chirurgicale* qui a été suivie d'un excellent résultat.

1. Paris, 1898.
2. Thèse de Paris, 19 juillet 1898.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Cornil. *Contribution à l'empyème de nécessité chez l'enfant.* N° 661. (Carré et Naud.)

M. Palle. *L'alimentation des tuberculeux.* N° 557. (Carré et Naud.)

M. Debacq. *De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique.* N° 441. (Carré et Naud.)

M. Blanchard. *La danseuse. Considérations sur quelques accidents professionnels de ses tendons et ligaments du pied.* N° 442. (H. Jouve.)

M. Baudot. *Traitement de la myopie très forte par la suppression du cristallin ou l'ablation.* N° 553. (H. Jouve.)

M. Valençon. *De l'emploi du protargol et en général des sels d'argent en thérapeutique oculaire.* N° 555. (Davy.)

M. Fuchs (Alfred). *De la tuberculose du myocarde.* N° 516. (Carré et Naud.)

M. Boyer (Etienne). *Contribution à l'étude de la maladie de Stokes-Adams.* N° 444. (H. Jouve.)

M. Cailleux. *De la longue durée du rétrécissement mitral pur.* N° 525. (Soc. d'éd. scient.)

M. Cornil étudie dans sa thèse l'empyème de nécessité chez l'enfant d'après les faits observés par M. Broca.

Au point de vue de l'étiologie et de la nature même de l'empyème, c'est le plus souvent au pneumocoque qu'il faut attribuer la cause de la pleurésie purulente chez l'enfant, et l'empyème de nécessité consécutif. L'origine tuberculeuse est exceptionnelle.

C'est une complication évitable, et qui ne devrait pas se produire, car on l'observe seulement à la suite des pleurésies méconnues par défaut d'examen.

Etant donné le caractère particulièrement lent, l'évolution latente que revêt souvent la pleurésie purulente chez l'enfant, le diagnostic différentiel de l'empyème de nécessité présente parfois de grandes difficultés, comme la pleurésie elle-même.

Il s'est montré souvent comme le premier symptôme d'une pleurésie méconnue. Dans ces cas, même après qu'une fistule est constituée, il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic de la part du chirurgien qui ne connaît pas les antécédents du malade. Comme évolution, il est tantôt aigu, tantôt le plus souvent chronique.

La guérison spontanée est exceptionnelle; la mort peut survenir même avant l'ouverture de l'empyème de nécessité. La fistule, une fois produite, est pour ainsi dire interminable, et une issue fatale est le plus souvent la conséquence de la suppuration continuelle.

En présence de la gravité de l'empyème de nécessité, et de la bénignité relative de la pleurésie purulente traitée à temps, il importe de diagnostiquer le plus tôt possible la pleurésie pour en éviter la production. Il est donc à souhaiter que le médecin fasse systématiquement, et d'une façon méthodique, l'examen du thorax de tous les enfants confiés à ses soins comme on le fait pour le cœur chez un rhumatisant.

Il y a urgence absolue à traiter chirurgicalement l'empyème de nécessité constitué, par incision et drainage de la plèvre sans lavage, sans s'attarder aux moyens médicaux.

L'empyème de nécessité, à moins qu'il ne soit d'origine tuberculeuse, est une indication absolue de pleurotomie.

D'après M. Palle, dans le traitement de la tuberculose, l'alimentation doit occuper la première place, primant toute théra-

peutique. Pour obtenir de cette alimentation tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, il ne faut pas surmener l'appareil digestif. Aussi, loin d'être intensive, elle sera dans la plupart des cas une alimentation comprenant une ration d'entretien et une ration de guérison strictement nécessaires.

Par un choix judicieux des aliments, aliments azotés, par un régime sévère, par une surveillance scrupuleuse de ce régime, on obtiendra le maximum d'effets avec le minimum de moyens.

Il est des cas où une alimentation spéciale sera indiquée : dans les cas d'anorexie tenace, de vomissements, rebelles par exemple. Chez les arthritiques, pour éviter l'obésité, il faudra surveiller tout particulièrement l'alimentation et la restreindre dans quelques cas. La fièvre, et aussi le pouls, devront guider le médecin dans l'indication du régime.

L'acide picrique a été employé à de nombreux usages thérapeutiques depuis 1876, et particulièrement en ces dernières années au traitement des brûlures superficielles.

D'après M. Debacq qui, dans sa thèse inaugurale, lui a consacré une bonne revue générale, son usage sera toujours indiqué pour les brûlures des 1er et 2e degrés, et pour toutes les lésions des téguments semblables au point de vue anatomique.

Les bons résultats observés permettent de conseiller l'emploi de l'acide picrique pour les brûlures du 3e degré, pour l'eczéma aigu et certaines dermatites non chroniques, pour les ulcères des jambes.

L'acide picrique devra être employé à une solution qui se rapprochera de 10 p. 1000 dans l'eau, et de 10 p. 100 dans l'alcool, la première devant servir à des immersions ou à des pansements, la seconde à des badigeonnages. Le pansement devra sécher le plus rapidement possible, sera renouvelé rarement à moins de douleurs; il ne faudra jamais y associer de corps gras. Les accidents signalés et observés : érythèmes, intoxications, douleurs, seront d'autant plus rares que l'on se rapprochera de ces conditions.

La thèse de M. Blanchard, très originale, traite des accidents professionnels de la danseuse. Chez elle, comme chez tout le monde, la disposition anatomique du pied y prédispose, mais encore plus, dans l'exercice de leur art sont-elles exposées aux accidents de cet organe.

Quelques-uns de ces accidents surviennent lentement, comme les synovites et les kystes; d'autres se produisent brusquement en scène, comme les luxations tendineuses, les ruptures, les entorses.

Tous ces accidents, la plupart du temps, deviennent chroniques ou amènent la faiblesse du membre lésé ou plus ou moins rapidement des récidives gênantes; toutes ces causes entraînent fatalement la perte de la profession.

La danseuse, pour avoir un système nerveux solide, pour que ses pas soient sûrs, doit éviter toutes les fatigues extra-professionnelles et observer une hygiène parfaite.

Par myopies très fortes, il faut entendre celles qui ont un *punctum remotum* rapproché de l'œil au point que le sujet ne puisse voir suffisamment pour satisfaire aux diverses fonctions de la vie sociale; et par myopies progressives, celles qui, comme le mot l'indique déjà, s'accentuent graduellement, menaçant de rentrer bientôt dans la première catégorie et même de conduire le malade à la perte complète de la vision.

Les malades atteints de cette affection ont de tout temps vivement préoccupé les ophtamologues et parmi tous les traitements tentés pour y remédier il en est un qui pendant ces dernières années a fait l'objet d'études suivies et de nombreuses discussions, à cause des résultats qu'il donne : nous voulons parler de la suppression du cristallin transparent.

Pour M. Baudot, qui a étudié les indications et les résultats de cette opération. La suppression du cristallin transparent dans un œil fortement myope, diminue sa réfraction d'un nombre de dioptries d'autant plus élevé que sa myopie est plus forte. Un œil myope de 20 dioptries, devient à peu près emmétrope par la perte de son cristallin.

Cette opération, faite dans des conditions convenables, produit toujours une augmentation notable de l'acuité visuelle.

Après cette opération, on observe un arrêt dans la marche de la myopie et des lésions choroïdiennes, du moins dans la grande majorité des cas.

On n'a jamais établi que le décollement de la rétine fût le résultat de cette opération, bien que cette complication ait été notée plusieurs fois. Car chez les très fort myopes elle se produit fréquemment si on laisse évoluer la myopie.

On ne peut du reste comparer cette variété de décollement avec celle qu'on observe chez les vieillards après l'extraction des cataractes.

Chez les enfants on peut opérer dès l'âge de 12 ans si la myopie dépasse de 1 an l'âge du sujet, et si elle suit une marche rapidement progressive. Chez les adultes il faut être très réservé au-dessous de 15 dioptries, à cause de l'hypermétropie qui en résulte. Au-dessus de 15 dioptries, il y a toujours avantage à opérer si l'acuité visuelle est suffisante et s'il n'y a pas de décollement rétinien.

M. Valençon, dans sa thèse, a exposé les résultats obtenus à la clinique de M. Darier. Les sels d'argent, en général, sont les topiques de choix dans presque toutes les affections sécrétantes de la conjonctive. Le nitrate d'argent le premier a su s'imposer presque comme un spécifique.

L'argentamine, dont le pouvoir de pénétration est cinq fois plus marqué que celui du nitrate d'argent, présente de réels avantages sur ce dernier sel;

Le protargol a toutes les propriétés antiseptiques des deux sels précédents, mais il est moins caustique, aussi paraît-il appelé à prendre le premier rang parmi les topiques applicables à un organe aussi délicat que l'œil. Il se mélange intimement aux sécrétions oculaires, provoque beaucoup plus rarement que le nitrate la formation de pseudo-membranes, d'eschares conjonctivales.

La *conjonctivite à bacilles de Weeks* est guérie radicalement en 3 à 5 jours par le protargol.

La *conjonctivite purulente à gonocoques de Neisser* est très rapidement améliorée puis guérie par les attouchements biquotidiens combinés aux instillations répétées de collyre 5 p. 100. La sécrétion est en général tarie en 8 jours et la guérison est complète en 15 jours, à moins d'irrégularités dans le traitement, En cas de susceptibilités idiosyncrasiques, il faut n'employer que des solutions légères en instillations répétées plusieurs fois par jour.

La *conjonctivite à diplobacilles de Morax* paraît d'abord favorablement influencée par le protargol comme par le nitrate, puis surviennent des rechutes fréquentes que l'on combattra plus sûrement par le sulfate de zinc.

Bon nombre de blépharo-conjonctivites non spécifiques sont très améliorées et même souvent guéries par le protargol.

Les dacryocystites sont très favorablement influencées par les injections de protargol en solution à 5 ou 10 p. 100. Dans la conjonctivite granuleuse, l'argentamine est préférable, en raison de sa plus grande causticité.

La tuberculose du myocarde, étudiée par M. Fuchs, est une affection très rare. Elle peut s'observer à tout âge, bien que les cas paraissent relativement un peu plus fréquents dans l'enfance. Au point de vue anatomique, elle peut se manifester par la présence de tubercules miliaires, de grosses masses caséeuses ou par une infiltration du myocarde. Les masses caséeuses ont été observées le plus fréquemment. Peut-être le bacille de Koch est-il capable de déterminer une myocardite fibreuse; le seul fait qui existe ne permet pas d'être catégorique sur ce point.

Au point de vue clinique, les symptômes observés ne permettent nullement de soupçonner l'existence de lésions cardiaques; souvent même aucun signe n'autorise à penser que le cœur soit malade, et la tuberculose du myocarde constitue une découverte d'autopsie.

Le diagnostic anatomique lui-même est très délicat, et la seule chose qui permette d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions, c'est la présence du bacille de Koch. L'examen bactériologique devra donc toujours être fait. Quant à la pénétration des bacilles de Koch, elle semble se faire dans certains cas, soit par propagation de proche en proche d'une tuberculose du péricarde, soit par la voie sanguine dans le cas de tuberculose miliaire. Mais ces faits sont les moins nombreux, et le plus souvent

l'infection semble s'être effectuée par la voie lymphatique, la tuberculose du myocarde étant secondaire à une tuberculisation des ganglions médiastinaux.

Le syndrome du pouls lent permanent est la manifestation clinique d'une série de lésions disparates siégeant dans la région bulbaire ou comprimant les nerfs pneumogastriques en un point quelconque de leur trajet. Le même syndrome se manifeste dans la sclérose des artères du bulbe, ordinairement associée à la sclérose cardiaque. Dans la sclérose bulbaire ce syndrome prend souvent un aspect particulier dû à l'extension des lésions à l'aorte, à l'orifice aortique, aux artères coronaires, aux reins.

Il importe donc, d'après M. Boyer, de séparer le syndrome du pouls lent permanent de la sclérose cardio-bulbaire, du syndrome qui traduit une lésion différente de la région bulbaire ou des nerfs vagues : processus inflammatoire ou néoplasique, compression osseuse.

Au syndrome de la sclérose cardio-bulbaire seul on doit conserver le nom de maladie de Stokes-Adams (Huchard).

La maladie de Stokes-Adams se manifeste cliniquement sous plusieurs formes.

1° La forme commune, caractérisée par le ralentissement permanent du pouls, les syncopes, les attaques apoplectiformes et épileptiformes;

2° Les formes frustes, caractérisées par l'absence d'un ou de plusieurs symptômes cardinaux (syncopes, attaques), ou plus souvent par le défaut de permanence de la lenteur du pouls (bradycardie paroxystique);

3° Les formes associées, surtout à l'angine de poitrine ou à la néphrite interstitielle qui masquent ou compliquent le syndrome.

Le pronostic est fatal à échéance plus ou moins longue; à moins de complications cardiaques (asystolie) ou urémiques, la terminaison habituelle est la mort subite par syncope.

Le diagnostic est facile dans la forme commune. Il l'est beaucoup moins dans les formes frustes et dans les formes associées à l'angine de poitrine et surtout à l'urémie; il est pourtant possible dans la plupart des cas; le traitement doit être palliatif et a pour effet de prévenir ou de traiter l'anémie bulbaire, les complications cardiaques et l'urémie.

M. Cailleux admet trois variétés de rétrécissement mitral pur : 1° le rétrécissement infantile, de beaucoup le plus fréquent; 2° le rhumatismal, assez rare ; 3° le rétrécissement artériosclèreux, rare; elles sont établies par la clinique et l'anatomie pathologique.

Quant au rétrécissement spasmodique, incomplètement démontré par l'observation clinique, il ne peut pas être admis sans réserves.

Le rétrécissement mitral pur comporte un pronostic variable : peu favorable dans la variété scléreuse, assez favorable dans la variété rhumatismale, relativement bénin dans la variété infantile qui, de toutes les affections du cœur, est la plus compatible avec une longue existence.

Les conditions de la longue survie dans la sténose rhumatismale des jeunes adolescents, et surtout dans la sténose infantile, qui constitue la très grande majorité des cas de rétrécissement mitral pur, sont pour l'auteur d'une part générales, d'autre part locales.

Les conditions générales consistent dans le phénomène de l'adaptation de l'organisme à la lésion, adaptation générale, passive, d'autant plus complète que l'affection débute dans le jeune âge, qui en déterminant une sorte d'infantilisme mitral a pour effet d'annihiler les effets de la lésion par le mécanisme de la diminution fonctionnelle des autres organes, de créer en un mot l'harmonie nécessaire entre le cœur et l'organisme tout entier.

Elles consistent aussi dans l'intégrité fonctionnelle, dans la résistance et l'absence de toute tare antérieure de chaque viscère, du foie et de l'estomac en particulier dont les relations morbides avec le rétrécissement mitral sont si importantes.

Les conditions locales résident dans le degré et la nature de la lésion, dans la valeur du myocarde, dans l'hypertrophie compensatrice de l'oreillette gauche d'abord et du ventricule droit ensuite.

L'hygiène physique et morale d'abord, les moyens mécaniques ensuite doivent constituer pendant très longtemps toute la thérapeutique destinée à reculer la rupture de l'équilibre circulatoire.

La digitale doit être, comme les autres médicaments cardiaques, réservée à la période d'asystolie.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement du sarcome inopérable par le mélange de la toxine de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus (The treatment of inoperable sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus; immediate and final results in one huudred and forty cases), par W. B. Coley (*Medical Record*, 27 août 1898, t. II, p. 295). — Le traitement que préconise le Dr Coley lui a donné de très bons résultats. Un grand nombre de sarcomes inopérables dont le diagnostic était hors de doute ont entièrement disparu par ce traitement. Il n'y a pas eu de récidive pour un temps qui est allé jusqu'à plus de 3 ans et pendant tout ce temps l'état général du malade a été bon sous le rapport de la nature du sarcome; les meilleurs résultats ont été obtenus avec le sarcome fusi-cellulaire. La moitié des cas de cette variété ont guéri.

Le sarcome globo-cellulaire a également été influencé mais d'une manière moins nette. Quant aux cas de sarcome mélanique, on n'a pas noté la moindre amélioration.

L'action des toxines sur le sarcome peut être expliquée en ce qu'elles exercent une nécrobiose rapide et progressive avec dégénérescence graisseuse.

Cette méthode n'est pas exempte de dangers dont les principaux sont le collapsus à la suite de l'injection ou la pyémie.

Réduction sanglante de la luxation iliaque et de la luxation obturatrice du fémur (Ueber die blutige Reposition der Luxation iliaca and obturatoria), par K. Endlich (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 574). — Dans un cas de luxation iliaque avec fracture du col du fémur datant de 3 semaines, chez un garçon de 15 ans, et dans un autre cas de luxation iliaque du fémur datant de 5 semaines chez un garçon de 5 ans, l'auteur a été obligé de recourir à une intervention sanglante. Dans le premier cas on a été obligé de réséquer une partie de la tête et enlever des débris du cotyle qui était également fracturé. Dans le second cas la tête a pu être réduite après désinsertion des muscles qui s'insèrent sur le grand trochanter.

L'auteur est également intervenu dans deux cas de luxation obturatrice datant respectivement de 9 semaines (enfant de 5 ans) et 2 mois (homme de 37 ans.

Dans le premier cas les suites opératoires furent simples et le malade guérit dans d'excellentes conditions. Chez le second, la plaie suppura et il y a eu nécrose de la tête avec élimination des séquestres.

Le malade guérit avec un membre en flexion et en adduction et rotation en dedans.

De la trépanation dans l'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique (Die Trepanation bei der traumatischen Jacksonischen Epilepsie), par Graf (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 59). — Dans 9 cas d'épilepsie traumatique opérés à la clinique de Von Bergmann, aucun n'a été guéri ni même amélioré. Chez aucun, en dehors de la dépression du crâne, on ne trouva de modifications pathologiques du cerveau et de ses enveloppes.

Les résultats furent également nuls dans 3 cas d'épilepsie jacksonienne, où à l'opération on trouva une fois l'absence des pulsations du cerveau, deux fois l'existence d'une dure-mère épaissie.

Cure radicale des hernies inguinales par le procédé de Wölfler (Bericht über 150 Radicaloperationen der

freien Leistenbruches nach Wölfler), par E. Slajmer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 893). — Sur 150 cas de hernies inguinales opérées par le procédé à l'hôpital de Laibach, il n'y a pas eu une seule mort. Dans 129 cas la guérison se fit par première intervention; dans 19 cas la plaie a suppurée; dans 2 cas il y a eu formation d'hématomes.

68 malades avec 76 hernies ont pu être suivis. La récidive s'est produite 6 fois, soit dans 9,2 p. 100 de cas.

MÉDECINE

Ulcérations urémiques de l'intestin (Ueber urämische Darmgeschwüre), par P. Grawitz (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 20, p. 319). — L'auteur attire l'attention sur l'existence des ulcérations au niveau de la muqueuse de l'intestin, chez les individus qui succombent à l'urémie provoquée soit par l'urée, soit par une néphrite, soit par l'anurie calculeuse, ou consécutivement aux opérations.

Dans un cas qu'il a observé récemment, il s'agissait d'un individu mort par urémie et chez lequel l'autopsie montra l'existence d'une néphrite granuleuse, avec hypertrophie considérable du cœur gauche. Le jéjunum et l'iléon étaient couverts d'ulcérations irrégulières, disposées suivant l'axe longitudinal des anses, les unes superficielles, les autres profondes et arrivant, parfois, jusqu'à la séreuse; quelques-unes de ces ulcérations étaient anciennes et presque complètement cicatrisées; d'autres étaient tout à fait récentes; sur d'autres encore, l'eschare était déjà en train de se détacher.

Pour l'auteur, ces ulcérations seraient dues à l'élimination, à la surface de la muqueuse, des sels de l'urine et dépendraient ainsi de l'anurie plus ou moins accusée qui accompagne l'urémie.

Gangrène de la peau (Zur Kenntniss der Gangraena Cutis), par Riecke (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 6, p. 127). — Cette observation est intéressante à noter à un seul titre, c'est que cette gangrène disséminée de la peau, survenant par poussée chez une fille de 22 ans, n'a pu, pendant longtemps, être classée dans aucun cadre, ni mise en rapport avec une affection constitutionnelle. Un jour on a eu l'idée de faire l'examen chimique d'une eschare et du contenu d'une vésicule qui se trouvait à côté. Cet examen montra que la partie solide ainsi que le contenu liquide présentaient la réaction de l'acide nitrique. On comprit alors que cette gangrène était produite artificiellement par la malade qui, de temps en temps, se versait quelques gouttes d'acide nitrique sur la peau. La malade, une ouvrière, n'était pourtant par hystérique, et jamais on n'a su le mobile de cet acte qu'elle n'a pas, du reste, avoué.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Octobre 1898.

Traitement des anévrysmes par la gélatine.

M. Lancereaux présente à l'Académie 2 malades guéris d'anévrysme de la crosse de l'aorte à la suite d'un traitement par les injections sous-cutanées de solution de gélatine.

Le premier malade était atteint d'anévrysme aortique avec poche faisant une saillie considérable à l'extérieur. Cette poche était animée de battements expansifs. A la suite du traitement, cette tumeur est devenue ferme et n'a plus présenté de battements, ni d'expansion. M. Lancereaux a déjà présenté, à ce moment, ce malade à l'Académie. Depuis lors est survenu un nouvel incident; une fissure s'est produite dans la poche donnant naissance entre elle et la peau à la formation d'un anévrysme diffus. Le traitement a été alors repris.

Le second malade était atteint d'anévrysme aortique sans saillie à l'extérieur, mais avec signes de compression (douleurs névralgiques, circulation collatérale). A la suite du traitement, les douleurs ont disparu et la circulation collatérale s'est tellement atténuée qu'elle est actuellement à peine visible.

Avec ces 2 malades, il possède actuellement 5 observations suffisamment démonstratives pour lui permettre d'affirmer l'efficacité de ce traitement; aussi il croit nécessaire d'attirer de nouveau sur lui l'attention.

Il est basé sur le fait constaté expérimentalement par M. Dastre que l'injection intra-veineuse de gélatine augmente considérablement la coagulabilité du sang. Etant donné les dangers possibles d'une injection intra-veineuse coagulante chez l'homme, il a pensé à lui substituer l'injection sous-cutanée. A la suite d'expériences sur les animaux, et de ses premiers essais sur l'homme, il s'est arrêté à la technique suivante :

On fait une solution de 2 gr. de gélatine dans 100 gr. d'eau salée au titre physiologique. On injecte sous la peau de la fesse, dans le tissu cellulaire sous-cutané du malade, 250 centimètres cubes de cette solution. On renouvelle l'injection à intervalles variables (2 à 10 ou 15 jours). 10, 15, 20 injections suffisent généralement pour obtenir une guérison complète.

M. Lancereaux a essayé aussi le même traitement dans 2 cas d'aortite avec dilatation; mais il n'a obtenu aucune amélioration; ses malades étant morts du fait de leur aortite, et il a pu constater qu'il ne s'était pas formé de coagulations au niveau de la dilatation.

M. Huchard tient à apporter son témoignage à l'appui des constatations de M. Lancereaux. A la suite de sa première communication, il a employé sa méthode dans plusieurs cas, en particulier pour un gros anévrysme avec saillie à l'extérieur qui a été complètement guéri au bout de 20 injections. Le seul inconvénient de ces injections est d'être très douloureuses.

Il a eu aussi l'idée, chez un phthisique atteint d'hémoptysies à répétition, dues, comme on sait, aux petits anévrysmes de Rosmussen, d'employer ce même traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées. Le malade a succombé plus tard aux progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Outre la douleur, peut-il y avoir des inconvénients au traitement conseillé par M. Lancereaux? Ne pourrait-on pas craindre des accidents dus à la migration d'un caillot formé dans la poche anévrysmale si on multipliait à trop haute dose les injections?

M. Lancereaux a entendu dire que dans un service hospitalier de Paris, on a constaté une coagulation en masse du sang aortique avec mort subite. Il est donc certain qu'il faut agir avec prudence. Dans sa pratique personnelle, il n'a jamais observé aucun accident de ce genre.

M. Fournier a cru longtemps pouvoir agir sur des anévrysmes aortiques d'origine syphilitique par le traitement spécifique; il avait constaté, en effet, très souvent la diminution de la tumeur et de la matité aortique. Il a vu depuis qu'il existe très souvent des masses gommeuses périaortiques autour d'aortites syphilitiques.

On comprend que, sous l'influence du traitement, ces masses gommeuses disparaissent et qu'il semble ainsi qu'on a amélioré avec une rapidité étonnante des anévrysmes qui, en réalité, n'existaient pas. Le traitement antisyphilitique n'a donc pas sur les anévrysmes syphilitiques son action bienfaisante aussi intense qu'on l'aurait cru tout d'abord.

Sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. Fernet, aux signes bien connus que donnent les classiques comme indices de début de la tuberculose pulmonaire, croit pouvoir ajouter certaines remarques nouvelles.

Il insiste d'abord sur l'importance de l'élévation de la tonalité à la percussion du côté malade, et il faut remarquer que ce signe se rencontre surtout quand on percute la partie la plus externe de la région sous-claviculaire ou de la région sous-épineuse.

M. Grancher considère l'inspiration rude et grave localisée à un sommet et persistante comme le meilleur signe précoce de la tuberculose à la période de germination à un sommet. Au même rang que ce signe, il range ceux fournis par la ples-

simétrie, qui le dépassent parfois en netteté et en évidence; l'auscultation plessimétrique du sommet malade fait entendre un bruit sec et rude, au lieu du bruit moelleux et prolongé habituel.

Il ne faut pas non plus négliger la recherche de la pleurésie sèche localisée du sommet, et surtout de l'adénopathie trachéo-bronchique, bien plus fréquente qu'on ne croit. C'est le compagnon habituel du début de la tuberculose pulmonaire.

Enfin il faut rechercher, comme le recommande M. Grancher, l'existence des phénomènes d'engorgement, de la base du poumon du côté malade. Il avait rattaché cet engorgement à l'existence d'altérations du nerf pneumogastrique par le fait de l'adénopathie trachéo-bronchique du côté malade. Il a renoncé à cette explication, mais il croit néanmoins qu'il existe un rapport entre cet engorgement et l'adénopathie. C'est à une gêne de la circulation lymphatique qu'est dû cet engorgement. S'il n'existe qu'à la base, c'est à cause de l'influence de la pesanteur.

Ces trois phénomènes : induration du sommet, adénopathie trachéo-bronchique, engorgement du sommet, forment une triade symptomatique tout à fait caractéristique du début de la tuberculose pulmonaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des fractures du maxillaire inférieur,

D'après M. le Dr Potelet (1).

Les fractures du corps du maxillaire inférieur peuvent être divisées au point de vue étiologique en trois classes : 1° les fractures par cause directe; 2° les fractures par cause indirecte; 3° les fractures doubles que nous proposons d'appeler mixtes. Chez ces dernières, un des traits de fracture, habituellement antérieur, mais pouvant être postérieur, est lié à l'action d'un traumatisme direct, tandis que l'autre résulte de l'action indirecte du trauma. Cette seconde fracture indirecte se produit selon le mécanisme de la flexion ou de l'extension, soit que la courbure du maxillaire ait été exagérée, soit qu'au contraire elle ait été redressée.

Le déplacement dans les fractures du maxillaire inférieur relève de causes multiples, dont les principales sont : 1° l'action directe du trauma; 2° la direction des traits de fracture et la taille des biseaux des surfaces fragmentaires (Malgaigne); 3° la tonicité musculaire (J.-L. Petit, Boyer); 4° l'influence de la pesanteur.

Accessoirement, le déplacement peut encore être dû, ainsi que l'admettent certains auteurs, à l'épanchement sanguin. Ce dernier est d'ailleurs exceptionnellement abondant.

L'examen radiographique pourra à l'heure actuelle rendre de grands services, non pour permettre le diagnostic de la fracture qui, le plus souvent, s'impose, mais pour préciser la direction des traits de fracture, notion qui peut être importante au point de vue thérapeutique.

Sans parler des accidents infectieux qui peuvent venir compliquer les fractures du maxillaire inférieur, et surtout les fractures ouvertes, accidents sur la nature et la gravité desquels tous les auteurs insistent, M. Patelet nous montre qu'il existe un point spécial intéressant de l'histoire des fractures du maxillaire inférieur chez les sujets jeunes. Il s'agit ici des accidents de l'évolution de la dent de sagesse, qui peuvent être provoqués par la fracture et, une fois produits, peuvent retentir à leur tour d'une façon fâcheuse sur l'évolution de la fracture.

La thérapeutique comporte deux indications : 1° la désinfection buccale; 2° la contention des fragments préalablement réduits.

1. Potelet, Contribution à l'étude des fractures du maxillaire inférieur et en particulier de leur traitement (thèse de Paris, n° 605, Steinheil).

La désinfection buccale ne peut être réalisée d'une façon absolue. Néanmoins l'expérience démontre que les grands lavages antiseptiques répétés ont une action favorable sur la marche de la consolidation, et s'opposent efficacement aux complications infectieuses.

Parmi les nombreux appareils préconisés dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur, quelques-uns méritent d'être conservés, notamment les frondes et les appareils modernes de Cunning, de Martin (de Lyon).

Lorsque le déplacement est nul, ou très peu accentué, la simple fronde suffit.

Si, au contraire, le déplacement est notable, les accidents septiques menaçants, la préférence doit être donnée aux appareils régulièrement appliqués après prise de l'empreinte de l'arcade dentaire. Pour M. Potelet, c'est l'appareil de M. Martin qui paraît présenter les plus grands avantages.

La ligature dentaire ne peut être réservée qu'aux cas simples ne s'accompagnant d'aucun déplacement, ou seulement, d'un déplacement léger. On aurait tort d'y renoncer complètement.

La ligature osseuse trouve ses indications dans les cas de fracture oblique, à trait très incliné, ou dans les fractures à fragments multiples. On peut comparer dans ce cas, l'emploi de la ligature osseuse, au procédé de cerclage de la rotule préconisé par M. Berger. Cependant, même dans ces cas, à cause du milieu septique, dans lequel se trouve exposée la fracture, peut-être vaudrait-il mieux avoir recours encore à l'emploi de l'appareil de Cunning, ou à celui de M. Martin, qui permettent une facile désinfection.

La suture osseuse, étant donné le perfectionnement des appareils précédents, ne trouvera que bien rarement ses indications, d'autant que d'après l'auteur cette méthode est fatalement condamnée et doit être absolument proscrite lorsque la suture ne peut pas être pratiquée en dehors de la cavité buccale la muqueuse gingivo-buccale étant plus ou moins déchirée.

Traitement de la blennorrhagie chez l'homme par le protargol,

D'après M. le Dr Frank (1).

Parmi les nouvelles préparations argentiques récemment introduites en thérapeutique, la dernière venue, le protargol, tend à prendre une place de plus en plus importante. Dans les numéros précédents de la *Gazette*, nous avons parlé de la valeur du protargol en ophthalmologie. Voici que le Dr Frank le préconise tout spécialement dans le traitement de l'uréthrite blennorhagique. D'après cet auteur, en solution de 0,5 à 1 p. 100; le protargol détruit rapidement les gonocoques sans altérer la muqueuse.

Le protargol a sur l'argonine l'avantage de contenir une plus forte quantité d'argent (4,2 au lieu de 3,3 p. 100), de se dissoudre plus facilement et de se mieux conserver. Contrairement à l'argonine, il ne se décompose pas sous l'influence des acides. Ces deux substances ont une action spécifique que traduisent les modifications rapides de la sécrétion uréthrale.

Le protargol est employé en injections 3 fois par jour. L'injection du soir et du matin doit être un peu plus prolongée, 15 minutes environ. Dans la journée on fera encore 1 ou 2 injections plus courtes. En très peu de temps le gonococque disparaît des sécrétions uréthrales.

L'action du protargol est essentiellement antigonococcique. Aussi pour agir plus efficacement sur l'élément catarrhal, il est bon, à la suite de l'injection au protargol, de faire une légère injection de sulfate de zinc en solution à 0,25 p. 100 ou de sous-nitrate de bismuth à 2,5 p. 100.

Pour pratiquer ces injections le Dr Frank recommande soit les lavages sans sonde et sous pression, soit l'usage d'une grosse seringue à contenance de 150 centim. cubes.

1. *Klin.-therap. Woch.*, 1897, p. 518.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

GYNÉCOLOGIE

Traitement des grossesses extra-utérines.

Résumé du rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*

Par M. le Dr Paul Segond,

Chirurgien de la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.
Pinard.

Ces quelques mots résument au mieux la règle générale qui domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques. Quelques-unes de ces grossesses peuvent, toutefois, s'arrêter d'elles-mêmes dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément (Bouilly), mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

Ma tâche se réduit à mettre en valeur les arguments ou les faits sur lesquels on doit se baser pour savoir quand et comment il faut opérer.

Pour mener à bien cette étude, j'étudierai successivement : d'abord les grossesses ectopiques de moins de 5 mois; puis les grossesses ectopiques après le 5e mois, en prenant le soin d'envisager isolément, dans ces deux groupes, les grossesses à développement normal, et celles dont l'évolution est troublée, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

PREMIÈRE PARTIE

Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois.

I. Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois évoluant normalement. — Quand la grossesse ectopique est seule en cause, quand elle est lésion unilatérale, l'ablation totale par laparotomie du kyste fœtal et des annexes intéressées est l'opération de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné quelques succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Mais, lorsque la grossesse ectopique, reconnue ou supposée, s'accompagne de lésions évidentes des annexes de l'autre côté, ou qu'elle coexiste avec un néoplasme utérin (fibrome ou cancer), lui-même justiciable de l'ablation vaginale, il me paraît que l'on ne doit pas priver les femmes des avantages de l'intervention par voie vaginale, à cette condition, toutefois, que la grossesse soit encore assez jeune pour qu'on ne soit pas exposé à laisser dans le ventre les fragments d'un placenta trop volumineux.

La règle que j'adopte se formule donc, à mon avis, de la façon suivante :

En cas de grossesse extra-utérine de moins de 4 mois, quand il existe, en même temps, soit une lésion annexielle de l'autre côté, soit un néoplasme utérin, on doit, sauf exception, considérer l'opération de Péan comme l'opération la plus avantageuse. Passé le 3e et surtout le 4e mois, la laparotomie reprend tous ses droits. Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, séance tenante et par la même voie, procéder à l'ablation nécessaire.

Les grossesses tubo-interstitielles peuvent aussi être enlevées par hystérectomie vaginale, mais comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'extériorisation intra-utérine conseillée par Kelly).

Par contre, le siège intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal est une indication impérative de la laparotomie.

Les seules particularités à noter concernent les difficultés de l'énucléation, l'étendue des décollements et par conséquent l'obligation fréquente du drainage sous-pubien.

Lorsque le kyste fœtal siège dans une corne utérine rudimentaire, c'est encore à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

II. Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois compliquées. — Les complications des grossesses ectopiques de moins de 5 mois forment deux groupes principaux : les complications hémorrhagiques et les complications septiques ou suppuratives.

A. Traitement des complications hémorrhagiques. — Dans la longue série des complications hémorrhagiques qui s'échelonnent depuis l'hémato-salpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limite dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ses termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorrhagiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin, et d'autres par le ventre. Cette opération très conservatrice, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie. A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin, il faut faire la castration utéro-annexielle totale, par le vagin, durant les 4 premiers mois et, passé cette époque, par laparotomie.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorrhagiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent; mais la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorrhagie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale. La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'incision ischio-rectale ou la laparotomie sous-péritonéale. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La laparotomie n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'opération secondaire, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'emblée, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (retour offensif de l'hémorrhagie; grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner) et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. En cas d'hématocèle, la laparotomie conduit souvent à des ablations incomplètes qui nécessitent le drainage sus-pubien combiné ou non au drainage vaginal. Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la castration abdominale totale.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais au moindre retour de l'hémorrhagie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorrhagies profuses (inondation péritonéale).* — A côté des inondations péritonéales toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorrhagies très abondantes susceptibles de s'enkyster et, par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorrhagie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité, et l'intervention 85 p. 100 de guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : en présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorrhagie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible. Il ne saurait être ici question d'intervention par voie vaginale. La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.

B. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS SEPTIQUES ET SUPPURATIVES. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse à enlever ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois.

Dans le traitement des grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic préalable reprend un peu ses droits. La laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf pour certains kystes fœtaux. Enfin, les questions à résoudre pour déterminer les règles opé-

ratoires les plus sûres se confondent, à tout instant, avec celles que soulève la chirurgie courante des grosses tumeurs abdominales. Je me crois donc autorisé, dans cette deuxième partie de mon rapport, à plus de brièveté que dans la première. Adoptant la même division que pour les grossesses plus jeunes, j'envisagerai à part les grossesses se développant sans accidents, jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable, et les grossesses troublées dans leur évolution, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

I. — Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, avec fœtus vivant. — La laparotomie est la seule opération possible, et les divergences ne portent que sur deux points : l'époque de l'intervention et le choix à faire entre l'extériorisation du kyste ou son ablation totale.

Quand faut-il opérer? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais pas encore viable, ou même quand il est viable, mais point à terme, la réponse est plus délicate. Lorsqu'un fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. Lorsqu'on est au contraire plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant à cette condition tout à fait irréductible, que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer? L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac, avec abandon du placenta ; l'extériorisation avec ablation du placenta ; l'ablation totale du kyste fœtal. Les faits le démontrent et la prudence l'exige; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la première concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La deuxième se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La troisième, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorrhagie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'hémorrhagie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. L'extériorisation du kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des interventions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. A son tour, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant au point de vue des complications hémorrhagiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention ; à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. — La même similitude se retrouve dans le traitement. L'élytrotomie doit être repoussée. Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorrhagie par décollement placentaire ; absence du sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'élytrotomie reprend ses droits, et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. L'extirpation partielle du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Quant à la castration utéro-annexielle abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les indications, tout à fait restreintes, se résument de la manière suivante : elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels, une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néo-

plasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident ou suppuré.* — Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son ossuaire et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. Il peut se compliquer de lésions péritonéales suppuratives exigeant la laparotomie d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une extirpation totale, ou par une ablation incomplète avec drainage consécutif. En général, c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum, ou dans la vessie. Dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie.

Pour compléter ce qui précède, peut-être devrais-je donner la technique détaillée des opérations dont j'ai discuté les indications; je ne le crois pas. A m'engager dans cette voie, je risquerais trop d'oublier les limites ou même l'esprit de mon rapport. Et, bien que chirurgien, j'y renonce. S'il était possible qu'il y eût, parmi nous, des adversaires de l'intromission chirurgicale dans le domaine obstétrical, peut-être penseraient-ils qu'en procédant de la sorte, je me laisse aussi guider par ce fait que les grossesses ectopiques de plus de 5 mois vont, comme on l'a dit, plus souvent vers l'accoucheur que vers le chirurgien. Ce serait une erreur. Je sais bien que, dans les écrits consacrant la fusion nécessaire et les très justes noces de l'obstétrique et de la gynécologie, leur ménage à trois avec la chirurgie n'a pas toujours été vu d'un très bon œil; et, fait bien inquiétant pour votre rapporteur, on a même écrit que « si le médecin n'est que l'un ou l'autre (accoucheur ou gynécologue), il ne sera jamais qu'un savant incomplet, un monorchide scientifique ». Cette boutade de mon ami Auvard (1) contient bien sa part de vérité. Le génitologue idéal, ainsi qu'il le nomme, devait être, en effet, accoucheur émérite, médecin consommé et chirurgien merveilleux. Mais, hélas! cette trilogie est peut-être difficile à réaliser par un seul; et, mieux vaut, sûrement, poursuivre le fonctionnement de notre art par la division du travail que de nous soupçonner de monorchidie réciproque. Pardonnez-moi la forme un peu légère de cette digression et n'en voyez que le fond. Dussiez-vous me rappeler à l'ordre, je n'en resterai pas moins heureux d'avoir saisi cette occasion, si naturelle aujourd'hui, de proclamer la valeur des services que nous pouvons nous rendre, et la nécessité formelle de notre parfaite union.

1. Auvard, *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1892, p. 5.

DISCUSSION

M. Laroyenne (Lyon) n'a jamais dit qu'il ne fallait pas intervenir dans les hémorrhagies liées à la grossesse extra-utérine. En réalité, comme il a vu beaucoup d'hématocèles guérir spontanément, il pense qu'on ne doit pas intervenir dans tous les cas. C'est ainsi que, quand la tumeur n'atteint pas l'ombilic, que les accidents sont moyens, on peut, à condition de ne pas quitter la malade, attendre. En revanche, si le ventre grossit, si des phénomènes d'anémie se montrent, il faut intervenir et rapidement. Ce qui est important pour la conduite à tenir, c'est moins la soudaineté que la continuité de l'hémorrhagie.

M. Martin (Rouen) demande à M. Segond quelle est la conduite à tenir quand le sac est trop friable pour être marsupialisé, comme cela est arrivé récemment à M. Martin. L'ablation totale était l'indication théorique, vraie, mais si on l'avait faite, on tuait la malade.

M. Kiriac (Bucarest) laisse les annexes saines, mais depuis qu'il a vu, chez la même malade, se produire deux grossesses extra-utérines, il se demande s'il n'y aurait pas lieu de faire la castration totale.

Il signale le cas d'une malade qui présenta simultanément une grossesse normale et une grossesse extra-utérine. La malade avorta; puis 2 mois après, on enleva du cul-de-sac postérieur un fœtus. Comme la température s'éleva, on enleva par la laparotomie le placenta et l'utérus; la malade guérit.

M. Jonnesco (Bucarest) est laparotomiste à outrance, car cette opération, mieux que toute autre, permet de se rendre compte des lésions, d'explorer le petit bassin, etc.

M. Solowieff (Moscou) demande, étant données les malformations fréquentes des enfants produits dans les grossesses extra-utérines, si M. Segond possède une statistique démontrant l'utilité des efforts faits pour conduire à terme ces fœtus.

M. D. Mangin (Marseille). — Toute grossesse extra-utérine reconnue avant sa rupture, ce qui est fort rare au début, sera opérée si possible par la laparotomie.

Toute grossesse extra-utérine rompue, déterminant une inondation sanguine, sera opérée immédiatement par la laparotomie, après injections de sérum artificiel à hautes doses.

Quand l'hémorrhagie se reproduit par poussées successives, on pratiquera une laparotomie tardive.

Quand l'hématocèle s'enkyste et ne présente pas de tendance à la résorption au bout d'un mois ou un mois et demi au plus, l'intervention se fera de préférence par la voie vaginale, si cette voie est accessible.

Il y a aussi lieu d'intervenir en cas de transformation purulente de l'hématocèle; la voie de choix est encore ici la voie vaginale.

En présence d'une inondation ventriculaire, opérer immédiatement par laparotomie.

Les hématocèles qui n'ont pas de tendance à la résorption au bout d'un mois et demi sont infectées.

M. Pozzi signale certains cas où, après la mort du fœtus, le placenta continue à végéter; c'est ainsi que chez une femme qui avait été opérée pour des grossesses extra-utérines, on crut, 5 mois après la deuxième opération, à une troisième grossesse extra-utérine, alors qu'il s'agissait d'un petit morceau de placenta, greffé très haut, qui avait échappé lors de l'intervention, et qui avait descendu depuis.

REVUE DES CONGRES

CONGRES DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.

SECTION DE PÉDIATRIE

La dyspepsie des collégiens.

M. Le Gendre, rapporteur. — (Voir *Gaz. hebd.*, p. 985.)

M. Guinon demande à M. Legendre s'il n'a pas observé, parmi ses jeunes dyspeptiques, les deux types suivants :

Le premier est caractérisé en quelque sorte par des paroxysmes que séparent des intervalles ne présentant aucun trouble digestif. M. Guinon a vu ce type surtout chez des jeunes pensionnaires; les vomissements duraient depuis 15 à 20 jours et cessaient tout d'un coup, si on retirait les fillettes de la pension. C'étaient des candidates à l'hystérie; elles étaient légèrement dilatées.

Le deuxième type est aussi caractérisé par les vomissements, mais il s'agit surtout d'une forme fruste de la migraine; les vomissements durent 2 ou 3 jours, la langue devient rouge, sèche, la fièvre s'allume; on dirait d'une infection grave, quand tout tourne court. Les parents sont des migraineux, des goutteux, des arthritiques.

M. d'Astros (Marseille) demande à M. Le Gendre s'il n'a pas observé de troubles cardiaques chez ses dyspeptiques.

M. Moussous (de Bordeaux) a constaté le premier type décrit par M. Guinon, et s'est assuré qu'il s'agissait bien, comme il l'a dit, de candidates à l'hystérie, et dont les accidents nerveux débutaient par l'estomac. Du reste, la forme gastrique est le début le plus fréquent de l'hystérie infantile.

M. Le Gendre a vu aussi les types que vient de décrire M. Guinon; et même il s'agit de phénomènes hystériques précoces, peut-être provoqués par le régime scolaire.

Quant aux phénomènes cardiaques au moment des paroxysmes digestifs; il en rarement trouvé mais ce qu'il a rencontré le plus souvent, ce sont des troubles cardiaques en quelque sorte mécaniques, provoqués par la distension de l'estomac chez les enfants qui boivent trop.

Les palpitations se voient surtout chez les adolescents, c'est-à-dire de 15 à 16 ans; il s'agit d'héréditaires, de neurasthéniques précoces; il faut aussi tenir grand compte des abus sexuels qui produisent à cet âge.

Les colites chez l'enfant.

M. Guinon, rapporteur. — (Voir *Gaz. hebd.*, 1898, p. 313.)

M. Le Gendre trouve que M. Guinon a eu raison d'insister sur la coexistence de la colite et de l'appendicite; pour sa part il l'a souvent constatée.

Luton, en préconisant la diète hydrique, la déclarait indispensable au début, mais rien qu'au début; le point capital que l'on se propose dans ce traitement c'est de permettre au tube digestif de se débarrasser des résidus toxiques qu'il renferme; quand ceci est fait, et c'est l'affaire de 24 à 36 heures, on peut reprendre le lait dilué et s'aider d'injections sous-cutanées de sérum, à doses décroissantes au fur et à mesure que l'alimentation augmente. C'est ainsi que doit être comprise la diète hydrique; la prolonger outre mesure est chose dangereuse.

M. Challan de Belval (Marseille) a eu l'occasion de soigner un enfant qui a été atteint d'appendicite au cours d'une entérite muco-membraneuse.

M. Broca (Paris) a personnellement constaté aussi les liens qui unissent l'appendicite à la colite.

De la luxation congénitale.

M. Ducroquet (Paris). — Dans la luxation congénitale, la lésion initiale siège non pas au niveau du cotyle, mais sur la tête fémorale. C'est la malformation de la tête qui est congénitale, mais non pas la luxation. Normalement, chez l'enfant, le col du fémur est formé par le col proprement dit et l'épiphyse, parties séparées l'une de l'autre par le cartilage inter-dia-épiphysaire.

L'épiphyse seule est appelée à former la tête. Dans la luxation congénitale, cette épiphyse est atrophiée et la tête est formée, en grande partie, par la partie interne du col surmonté en haut et en avant d'une saillie arrondie et seule recouverte de cartilage articulaire : c'est l'épiphyse.

Les lésions du cotyle et des muscles sont des lésions secondaires d'adaptation fonctionnelle comme dans le jeune âge, les conditions d'adaptation entre le jeune fémur et le cotyle sont au minimum, la moindre malformation de la tête, comme c'est le cas ici, rendra la luxation imminente et fatale aux premiers essais de la marche, si elle ne s'est pas produite avant.

Dans la réduction orthopédique, c'est cette épiphyse arrondie qui devrait former la tête en entier qui réintègre le cotyle comme la radiographie le prouve.

Le point le plus important du traitement est, non de réduire, mais de maintenir la réduction, et, pour ce faire, il est indispensable de s'aider de la radiographie à la confection de chaque appareil.

L'appareil est fait sans ouate et doit être construit de façon irréprochable. La guérison d'une luxation congénitale est la signature du savoir-faire orthopédique du chirurgien. L'appareil plâtré sera un appareil de contention et non un appareil de force.

Il ne faut pas réduire avant trois ans; après dix ans, il faut en demander réponse à la radiographie.

Le problème du traitement de la scoliose.

M. Hoffa (Würzbourg). — Pour obtenir des résultats dans le traitement de la scoliose, il faut se baser sur l'anatomie pathologique de l'épine dorsale scoliotique; il faut chercher à trouver les différents composants de la difformité de la scoliose pour pouvoir alors corriger chacun de ces composants.

Le point principal du traitement est, tout d'abord, la mobilisation complète de la colonne vertébrale par la gymnastique et le redressement modelant dans les différents appareils construits dans ce but. Le but de ce redressement passif est de rendre le rachis assez mobile pour que les malades apprennent peu à peu à redresser eux-mêmes activement la scoliose. Quand on a atteint, par la gymnastique, la mobilisation du rachis, on doit fixer, dans un appareil approprié, le corps de l'enfant dans une bonne position. Si on emploie systématiquement ce traitement pendant un temps assez long, on obtient de très bons résultats.

Nouveau procédé de redressement des gibbosités pottiques; moyens de contention.

M. Ducroquet (Paris). — Pour redresser une gibbosité, l'enfant est endormi au chloroforme, puis porté dans la suspension de Sayre.

L'enfant est suspendu par la tête seule, il est complètement soulevé de terre. Il ne faut jamais employer les brassières axillaires, elles remontent les épaules et forcent l'opérateur à construire un appareil défectueux.

Pour opérer la réduction on embrasse le bassin avec le bras gauche, qui le porte en arrière, tandis que la main droite presse sur la gibbosité, qu'elle essaie de réduire.

L'enfant ayant l'attitude de la marche, si on lui applique un

---

XIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 25 Octobre 1898.

Séance du 17 Octobre 1898 (soir).

De la néphrotomie.

MM. Guyon et Albarran. — (Voir *Gazette hebd.*, p. 913.)

M. Le Dentu (de Paris). — Il y a des néphrites, même d'ordre médical, totales ou partielles, qui causent des douleurs assez vives, assez tenaces, offrant, avec une ressemblance assez accusée, les caractères des douleurs de la lithiase à grosses concrétions, pour que le diagnostic soit impossible sans l'exploration directe par la main, les yeux et le bistouri.

Cette exploration s'impose lorsque tous les traitements sont restés vains et que les symptômes remontent à plusieurs années; elle est parfois légitime, même après une durée de quelques mois.

Elle doit consister dans une néphrotomie superficielle ou profonde, précédée de piqûres multiples dans toute l'épaisseur du parenchyme. Si la première s'est quelquefois montrée efficace, la seconde est préférable et rend l'exploration beaucoup plus démonstrative.

La section du rein jusqu'au bassinet n'empêche pas la réunion

immédiate. Lorsque celle-ci manque, c'est sans doute à l'infiltration d'un peu d'urine septique entre les surfaces de section qu'il faut l'attribuer.

M. Tédénat (de Montpellier). — J'ai eu à intervenir sur 10 reins calculeux dilatés. Une seule fois j'ai fait la néphrectomie. La malade se porta très bien pendant 1 an, puis mourut d'anurie en 4 jours.

Dans les 9 autres cas, j'ai pratiqué la néphrotomie. Six ont guéri; les fistules ont mis au maximum 3 mois pour guérir. La néphrotomie est l'opération de choix.

J'ai pratiqué 4 néphrolithotomies sur des reins à peu près normaux quant à leur forme et à leurs dimensions. J'ai toujours fait l'incision lombaire oblique, légèrement curviligne, mais le parenchyme revint deux fois sur le calcul, une fois sur la convexité.

Trois de mes malades ont guéri, deux immédiatement, par réunion primitive, l'autre après l'établissement d'une fistule qui a duré 3 ou 4 semaines. Mon 4e cas est remarquable par sa rareté : il s'agissait d'une malade présentant dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur fluctuante que je ponctionnai; j'ai retiré deux verres à bordeaux de pus fétide; je fis alors une incision et la sonde me permit de reconnaître, au fond de la plaie, un calcul. Ne pouvant extirper celui-ci par cette voie, je fis une laparotomie sous-péritonéale et tombai sur un rein ectopié, situé dans le Douglas et renfermant un calcul. J'incisai l'organe sur son bord convexe et pus extraire le calcul, qui avait 10 centimètres de long et était contourné en S. Je drainai; malheureusement, ma malade succomba le 4e jour et je ne pus faire l'autopsie.

M. Léonté (de Bucarest). — Nous avons pratiqué la néphrectomie plus souvent que la néphrotomie; sur 27 cas opérés récemment, nous comptons 20 cas de néphrectomie et 7 seulement de néphrotomie.

Nous avons fait la néphrotomie 2 fois à titre d'opération exploratrice et 5 fois dans un but thérapeutique, faisant alors la néphrostomie.

Nous considérons l'incision du rein comme dépourvue de toute gravité et supérieure à tout autre procédé d'exploration locale du rein. Aussi, nous avons eu recours à la taille du rein, toutes les fois que nous avons eu des doutes sur la nature ou l'étendue des lésions de cet organe. Fidèle à cette pratique, nous n'avons eu recours à la néphrectomie qu'après avoir incisé le rein et constaté *de visu* des lésions dont il était atteint.

La néphrotomie peut être non seulement exploratrice, mais même curative, comme dans le cas suivant :

Hématurie rénale droite persistante, probablement calculeuse. Néphrotomie. Hyronéphrose. L'uretère exploré avec une sonde introduite par la plaie rénale a été trouvée libre.

Le calcul avait été refoulé dans la vessie où il a été trouvé après.

Dans un autre cas, j'ai pratiqué la néphrotomie pour une anurie calculeuse qui datait de 4 jours.

La malade nous fut apportée dans le coma. Antécédents de coliques néphrétiques du côté droit.

Incision du rein droit que nous trouvons très congestionné et trois fois plus volumineux qu'à l'état normal. Aucun calcul engagé dans l'uretère.

A l'autopsie, nous avons constaté que c'était l'uretère gauche qui était obstrué par un calcul, à peu près à sa partie moyenne.

Dans 5 autres cas, après la néphrostomie, nous avons laissé le rein ouvert :

3 fois, pour une pyonéphrose calculeuse.

1 fois, pour une hydronéphrose suppurée.

1 fois, pour une simple hydronéphrose.

Dans tous les cas, l'exploration de l'uretère nous a fait voir que le canal était complètement obstrué; néanmoins comme le parenchyme rénal nous paraissait encore en état de suffire à sa fonction, nous avons eu recours de préférence à la néphrostomie.

A part un cas où la distension portait exclusivement sur le bassinet, ce qui nous a permis d'inciser directement la poche, nous avons l'habitude d'inciser le rein sur le bord convexe et nous drainons soit avec la gaze iodoformée, soit avec des drains.

Nous considérons la néphrostomie comme une opération palliative, car elle ne peut avoir d'autre résultat que de créer une voie d'écoulement aux produits septiques retenus dans le rein.

Ces indications sont justifiées dans trois ordres de faits : lésions limitées, lésions concomitantes de l'autre rein et obstruction de l'uretère, toutes indications qui se rapportent aux calculs et aux suppurations. Mais, si l'autre rein est sain, nous n'hésitons pas à donner préférence à la néphrotomie, qui est alors une opération radicale.

De même, dans la tuberculose primitive du rein, ainsi que dans les pyonéphroses intenses, nous donnons la préférence à la néphrectomie.

Telles sont les indications qui nous ont déterminé à pratiquer la néphrectomie.

De ces 20 cas, trois ont succombé à cause des phénomènes d'infection avancée; tous les autres ont guéri.

Quant à la voie à suivre, nous préférons l'incision lombaire.

M. Reynier. — Lorsqu'il ne s'agit pas de reins calculeux la néphrotomie ne guérit pas les malades; il s'établit une fistule qui est bien moins supportable que ne semblent le dire MM. Guyon et Albarran. J'ai dû faire alors la néphrectomie secondaire et dans de mauvaises conditions. Aussi je pense que la néphrotomie primitive est meilleure.

Aussi c'est à cette dernière opération que je me range, à moins que le second rein ne soit pris lui-même.

J'ai pratiqué la néphrotomie douze fois avec les résultats que voici, et qui sont peu favorables :

Une fois pour hydronéphrose suppurée; ultérieurement, j'ai dû faire la néphrectomie et l'uretérectomie secondaires.

Une fois pour hydronéphrose, j'ai dû faire la néphrectomie secondaire.

Une fois pour hydronéphrose et une fistule persiste.

Une fois pour hydronéphrose suppurée, j'ai fait la néphrectomie secondaire et mon malade est mort d'infection phlébitique.

Une fois pour calcul rénal; mon malade a guéri : c'est le seul.

Une fois pour calcul rénal; une fistule, qui s'est infectée, est survenue.

Une fois pour hématurie; mon malade a guéri opératoirement, mais l'hématurie continue.

Une fois pour tuberculose rénale; mort.

Une fois pour pyonéphrose; mort.

Une fois pour rein polykystique; mort par anurie.

Deux fois pour rein polykystique suppuré; mort.

Je conclus de mes observations que la néphrotomie est une opération grave et incomplète et qu'elle doit céder le pas à la néphrectomie. Pour moi, la néphrotomie n'est qu'une opération d'urgence.

Quant au manuel opératoire, j'insiste seulement sur l'importance des larges incisions qui permettent une bonne exploration.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué 57 néphrotomies dont 3 abdominales après une erreur de diagnostic.

Une fois je me suis trouvé en présence d'une fistule néphro-intestinale, j'ai drainé et ma malade a guéri de sa fistule.

Dans 3 cas de néphrotomie déjà faite, j'ai vu apparaître des abcès dans la substance rénale et j'insiste sur la multiplicité des abcès latents du rein.

J'ai vu encore un cas rare de hernie d'une tumeur du rein : il s'agissait d'un myxome compliquant un abcès du rein.

Dans certains cas d'hématurie par cancer, je suis intervenu avec succès par la néphrotomie : la tumeur a sans doute continué son évolution, mais l'hématurie a cessé.

Dans un cas d'hématurie dont la cause m'échappe, j'ai fait, il y a six ans, la néphrotomie et ma malade est restée guérie deux ans, puis le sang a reparu.

Contre l'anurie, j'estime qu'il faut opérer le plus tôt possible.

Dans les cas d'hydronéphrose la néphrotomie me semble inférieure aux opérations qui ont pour but de redresser le rein.

Enfin, dans les lésions septiques du rein, on a le plus souvent une fistule qui peut être urinaire, uro-purulente ou purulente. Contre la fistule urinaire simple, on suturera, après ablation des bords de la fistule.

Contre la fistule uro-purulente on n'agira que médiocrement. La fistule purulente est un peu plus facile à guérir.

Enfin, dans la tuberculose récente, je préfère la néphrectomie.

M. Doyen (de Paris). — Je suis d'avis que la néphrectomie n'est à recommander que lorsqu'elle est indispensable.

Relativement à l'exploration des uretères par le cathétérisme rétrograde, je pense, comme M. Bazy, que c'est un procédé très dangereux. En 1887, j'avais déjà recommandé le procédé suivant pour faire le diagnostic du fonctionnement de chaque rein; la vessie est lavée soigneusement, puis on comprime à travers la paroi un des deux uretères; pendant ce temps, l'urine coule dans la vessie et, au bout de quelques minutes, on sonde le malade; l'urine obtenue est celle du rein dont l'uretère n'a pas été comprimé. On procède d'une façon analogue pour l'autre rein et l'on a ainsi l'urine des deux reins successivement : on peut les comparer aisément et diagnostiquer le rein malade.

Relativement aux cas rares, je puis citer un cas de pyonéphrose ouvert dans la plèvre que j'ai eu l'occasion d'observer.

Enfin, au point de vue opératoire, j'insiste sur la voie vaginale qui m'a permis, plusieurs fois, d'extraire des calculs très volumineux et qui étaient enclavés dans l'uretère au niveau du petit bassin.

M. Pousson (de Bordeaux). — Sur 15 malades j'ai pratiqué la néphrotomie pour des affections diverses : 2 fois j'ai fait la néphrolithotomie; j'ai fait la néphrotomie 1 fois, pour uro-pyonéphrose; 5 fois pour pyonéphroses dont 4 tuberculoses; 3 fois pour pyonéphrite aiguë; 4 fois pour anurie calculeuse.

J'ai eu 2 morts; c'étaient deux anuriques au 8° et 12° jour.

Au point de vue des résultats, il faut distinguer les cas, suivant que le rein est aseptique ou non. Trois fois, le rein était aseptique; deux de mes malades ont guéri rapidement, et il s'agissait, dans un cas, de calcul enclavé, et dans l'autre, d'anurie calculeuse; le troisième est mort d'infection secondaire trois mois après; c'était un opéré pour anurie.

Neuf de mes malades étaient déjà infectés lors de l'opération, 7 ont eu des fistules; 1 fois, il s'agissait de pyélonéphrite calculeuse, 2 fois de pyélite coli-bacillaire, 4 fois de tuberculose, 5 fois j'ai dû pratiquer une néphrectomie secondaire. Des deux autres, l'un est mort d'une affection intermittente, l'autre est encore en traitement.

Relativement à la pathogénie des fistules, j'insiste beaucoup sur l'anfractuosité des foyers et je recommande les opérations précoces.

Enfin je propose, comme opération nouvelle, la néphrotomie contre les coliques néphrétiques; l'opération aurait le triple avantage de diminuer la tension intra-rénale, de faire cesser le spasme et d'empêcher l'évolution des lésions de l'épithélium rénal.

M. Albarran (de Paris). — Il est nécessaire de distinguer trois variétés de ces fistules : ce sont les fistules urinaires, les purulentes et les uro-purulentes.

A. Pour que la *fistule urinaire* se trouve constituée, il est nécessaire que le bassinet ou les calices soient intéressés par le traumatisme opératoire, ou qu'il se soit produit une ouverture secondaire de ces cavités déterminée par l'infection de la plaie. Lorsque l'opération porte sur un rein non distendu, la fistule est rare en dehors de la tuberculose, même lorsqu'il existe de la pyélonéphrite. Lorsque l'opération est pratiquée sur un rein en état de rétention, la fistule consécutive est d'une extrême fréquence : ces fistules ne sont pas dues à l'altération du tissu rénal qui serait inapte à cicatriser, mais bien à l'obstacle au libre écoulement par l'uretère des produits sécrétés par la poche rénale. Cet obstacle consiste dans le rétrécissement, la coudure ou l'insertion vicieuse de l'uretère dans la poche pyélorénale. Lorsque l'urine s'écoule facilement par l'uretère, la fistule opératoire se ferme spontanément, même lorsque le tissu rénal présente les lésions habituelles de la pyonéphrose. C'est ainsi que j'ai pu, dans un cas de pyonéphrose, éviter la fistule consécutive à la néphrostomie, en plaçant, dès le premier jour, une sonde uretérale à demeure. Dans trois autres cas d'uro-pyonéphrose et de pyonéphrose j'ai vu, le jour même où la sonde uretérale a été mise en place, tout écoulement cesser par la fistule qui s'est spontanément fermée en quelques jours. Parmi les quatre malades que je viens de mentionner, trois ont définitivement guéri par la simple application de la sonde uretérale à demeure, suivant mon procédé, et la guérison se maintient depuis vingt-deux mois dans le premier cas, et depuis quatorze mois et neuf mois dans les deux autres; le quatrième avait une insertion vicieuse de l'uretère et j'ai dû pratiquer l'uretéro-pyélostomie.

Il est classique de dire que lorsqu'il existe une fistule rénale urinaire et que l'uretère est perméable, on doit aviver et suturer le rein; et on cite un succès ainsi obtenu par M. Tuffier. Cette intervention me paraît inutile lorsque l'urine s'écoule bien par l'uretère, puisque dans ce cas la fistule se ferme seule rapidement; lorsque cette condition manque, l'intervention peut être dangereuse en créant une rétention rénale.

En présence d'une fistule urinaire post-opératoire, je commence par déterminer, au moyen du cathétérisme cystoscopique des uretères, la valeur fonctionnelle de la poche rénale. Si l'analyse de l'urine du rein fistuleux me fait penser qu'il y a utilité à le conserver, j'agis différemment suivant que l'uretère est ou non perméable à la sonde.

1° Lorsque l'uretère est perméable et laisse pénétrer une sonde jusque dans le bassinet, je laisse cette sonde à demeure et je la remplace les jours suivants par d'autres sondes plus grosses, en arrivant, si possible, aux numéros 11 ou 12. Lorsque la fistule reste fermée pendant une quinzaine de jours, la sonde, qui a servi aussi à pratiquer des lavages de la poche, est retirée. On vérifie ensuite à différents intervalles si la rétention rénale a complètement disparu. Si après ce traitement on constate, malgré la fermeture de la fistule, qu'il persiste de la rétention rénale, il faudra supposer que l'uretère n'a pu reprendre son calibre, ou encore que son insertion à la poche rénale présente une disposition particulière qui exigera une intervention analogue à celle des malades dont l'uretère est imperméable à la sonde.

2° Lorsque l'uretère ne laisse pas passer une sonde jusque dans le bassinet, il faut se décider à intervenir directement. Dans ces cas, j'introduis avant l'opération une sonde dans l'uretère en la poussant aussi loin qu'elle peut aller : par une incision suffisante j'arrive sur le rein, et trouvant facilement l'uretère, grâce à la sonde préalablement introduite, je puis explorer minutieusement les conditions de l'uretère et agir suivant les circonstances. On pourra, suivant les cas, pratiquer alors l'uretérotomie, l'uretéro-pyélostomie, l'uretéro-pyélonéostomie, ou, comme je l'ai fait dans deux cas, la résection autoplastique du rein ou le capitonnage de la poche pyélorénale. Toutes ces opérations ont pour but de conserver le rein, et on ne se décidera à la néphrectomie que lorsqu'il est reconnu impossible de rétablir le cours normal des urines.

B. Les *fistules purulentes pures* sont particulièrement dues aux lésions de périnéphrite. Lorsque le rein lui-même est en cause, on voit généralement, même si l'organe est réduit à une coque informe, l'urine se mélanger au pus. Dans un grand nombre de ces fistules, le rôle du rein se borne à empêcher par sa présence le bon drainage des anfractuosités de la plaie; pour que le rein lui-même sécrète du pus à l'exclusion d'urine, il faut que sa destruction soit très avancée par la maladie.

Dans les fistules purulentes, il convient encore d'établir un diagnostic précis en ayant recours au cathétérisme uretéral. Si on constate que le rein sécrète de l'urine par la sonde, on bornera l'intervention au nettoyage et à l'ouverture large des foyers périrénaux; le rein lui-même ne sera sacrifié que lorsque ces foyers périrénaux ne peuvent se vider convenablement sans extirper l'organe. Lorsqu'il est au contraire démontré, dans une fistule purulente simple, que le rein ne sécrète plus d'urine, on devra avoir recours à la néphrectomie plus ou moins atypique, suivant les cas. C'est ainsi que j'ai guéri, par une large intervention, une malade qui depuis onze ans portait une fistule purulente maintes fois opérée et entretenue par un petit calcul resté au fond d'un fragment méconnaissable du rein.

C. Dans les *fistules uro-purulentes*, je commence le traitement comme dans les urinaires simples. Si l'urine et le pus sont fournis tous deux par le rein, les conditions sont semblables à celles des fistules urinaires et la guérison s'obtient par les mêmes moyens.

Si le pus provient en totalité ou en partie des lésions périrénales, il peut être nécessaire d'agir directement sur celles-ci. C'est ainsi que, chez un malade porteur d'une fistule uro-purulente consécutive à la néphrostomie, je pratiquai le cathétérisme uretéral avec la sonde à demeure; l'urine ne passa plus par la plaie lombaire, mais celle-ci continua à donner du pus et je dus faire le curage de la fosse lombaire, sans toucher au rein, pour guérir ce malade.

Je termine par une remarque générale au sujet de toutes les interventions qui visent à rétablir le cours normal des urines par l'uretère, lorsqu'il existe des lésions inflammatoires de ce conduit. Dans ces cas, très fréquents, on ne doit pas, je pense, essayer de faire des opérations plastiques en même temps que la néphrostomie; même si l'état général du malade permet une longue opération, les conditions locales peuvent la faire échouer. Je crois utile, aussi dans ces cas, de ne pas trop se hâter pour guérir la fistule post-opératoire; si on attend quelque temps on verra souvent les lésions d'uretérite rétroceder et on se trouvera dans de bien meilleures conditions de réussite.

Sur ces 24 néphrotomies, j'ai eu 4 morts, qui ne peuvent être légitimement imputées à l'acte opératoire : un anurique opéré en plein coma urémique et mort au bout de 48 heures; un second anurique enlevé par des accidents cholériformes trois semaines après mon intervention; 2 malades atteints de pyélonéphrites compliquée de septicémie, chez lesquels la néphrotomie n'empêcha pas la terminaison fatale survenue un mois après l'opération dans un cas, trois mois dans l'autre. Quatre fois j'ai assisté, en opérant des reins profondément fixés, à des hémorrhagies rénales considérables qui faillirent emporter le malade sur la table d'opération. Sur les 20 néphrotomies suivies de guérison, j'ai obtenu 5 fois la réunion primitive du rein par la néphrorrhaphie immédiate, deux fois notamment chez des anuriques opérés au troisième jour de leur anurie; 4 fois j'ai noté des fistules rénales post-opératoires, dont 2 urinaires qui commandèrent la néphrectomie (hydronéphroses fixes et fermées) et 2 purulentes non opérées; une fois enfin, au cours d'une néphrotomie droite pratiquée sur un rein gros et abaissé, le péritoine fut involontairement ouvert et immédiatement suturé sans aucune suite fâcheuse.

M. F. Legueu (de Paris). — Je n'ai eu recours qu'une fois à la néphrotomie exploratrice, chez une jeune femme de 18 ans qui souffrait du rein gauche d'une façon persistante. Le rein fut fendu suivant son bord convexe; il n'y avait pas de calcul. Aucune lésion appréciable à l'œil n'expliquait cette douleur, mais malgré cela la néphrotomie exploratrice eut pour résultat de faire cesser ces douleurs. Il est vrai que des crises nerveuses apparurent alors, et vinrent confirmer le diagnostic que j'avais porté de névralgie rénale.

Cette incision du bord convexe est la seule à laquelle j'aie eu recours, pour la recherche et l'exploration des calculs. Le saignement qui en résulte est facilement arrêté par la compression du pédicule ou par le tamponnement. Dans un cas cependant j'ai eu une hémorrhagie secondaire mortelle, survenue au huitième jour : c'était chez un malade calculeux des deux reins, et à qui j'avais ouvert le rein gauche bourré de gros calculs. Le rein trop altéré ne pouvait être suturé; et cependant la tranche était très épaisse et très vasculaire. Je tamponnai à la gaze, il se produisit une hémorrhagie abondante, intermittente qui finit par faire succomber le malade, déjà très anémié, il est vrai, par des pertes antérieures et très abondantes. Déjà avant l'opération ce malade saignait d'une façon continue et profuse, et je me suis toujours demandé s'il n'y avait pas ici une hémophilie pour expliquer ces hémorrhagies.

Dans l'anurie calculeuse, je suis partisan de la néphrotomie contre l'uretérotomie, et j'y ai eu recours quatre fois dans ces circonstances.

La néphrotomie est toujours suffisante pour remplir les deux indications qui en posent : la recherche du calcul ou la création d'une fistule. La création d'une fistule n'est qu'un pis-aller, auquel on doit, il est vrai, se soumettre dans le plus grand nombre des cas. Mais quand avec le cathétérisme rétrograde de l'uretère, on s'est assuré que les voies sont perméables, on peut fermer le rein. Sur quatre malades, trois fois j'ai trouvé le rein trop malade pour être fermé; une autre fois j'aurais volontiers obturé la voie rénale, si je n'avais constaté une légère fissure au bassinet. Au contraire, dans un cas où le rein me paraissait sain et où j'étais sûr de la perméabilité de l'uretère, j'ai pu fermer complètement le rein. Le soir même, le malade urinait par la vessie, et la réunion par première intention est survenue sans incident. Tout en considérant que la fistule lombaire sera souvent le résultat final de l'opération chez un malade affaibli, intoxiqué et dans des circonstances difficiles, je ne crois pas qu'on doive systématiquement s'en tenir à l'ouverture du rein : la recherche du calcul oblitérant, son extraction, me semblent les compléments indispensables, quoique souvent infructueux de l'opération.

Dans les infections rénales, j'ai eu recours exclusivement à la néphrotomie pour les pyélonéphrites avec ou sans distension.

Dans les pyonéphroses, j'ai noté la bénignité relative et la sécurité de la néphrotomie. La fistule temporaire est la condition de la guérison, car la désinfection du rein ne se réalise que par un drainage prolongé. Mais les lésions de l'uretère entrent pour une large part dans les causes qui entretiennent sa persistance : quand les lésions de l'uretère sont réduites au minimum, dans les pyonéphroses calculeuses, par exemple, j'ai vu la fistule se fermer très rapidement en quelques semaines, après l'ablation du calcul obturateur.

Dans les pyélonéphrites sans distension, j'ai tenté trois fois la néphrotomie, en désespoir de cause, et en présence de l'inefficacité avérée des moyens médicaux. J'ai eu une mort rapide chez un malade opéré *in extremis*, une survie de 3 mois chez un malade dont la santé était également très compromise, et enfin une amélioration notable avec cessation de la fièvre et diminution de l'infection.

Dans tous ces cas, la néphrotomie doit ouvrir tous ces foyers rénaux : j'ai vu deux fistules lombaires entretenues exclusivement par des foyers mal drainés, et qui ont cessé après l'évacuation de ces derniers. Dans l'ouverture des périnéphrites suppurées secondaires, il est nécessaire de procéder à la recherche et à l'ouverture immédiate du rein.

M. Loumeau (de Bordeaux). — J'ai pratiqué 24 fois la néphrotomie lombaire dans les conditions suivantes : congestion rénale prise pour une pyonéphrose, 1 cas suivi de réunion immédiate; calculs primitifs du rein, 2 cas également guéris par la suture rénale; anurie calculeuse, 8 cas avec 6 guérisons, dont 2 obtenues par réunion primitive; hydronéphrose fixe et fermée, 2 cas dans lesquels la néphrotomie dut être ultérieurement complétée par la néphrectomie secondaire, suivie de guérison; pyélonéphrite avec rétention, 2 cas guéris sans fistule; pyélonéphrite secondairement calculeuse, 6 cas, dont un opéré en pleine septicémie et terminé par la mort au bout de 3 mois, et les 5 autres suivis de guérison, dont 2 avec fistule péri-rénale; pyélonéphrite avec périnéphrite suppurée et accidents septicémiques, 1 cas terminé par la mort 1 mois plus tard; hématurie rénale grave de cause inconnue, 1 cas dans lequel la néphrotomie, n'ayant pas révélé de lésions appréciables du rein incisé, fut suivie du tamponnement de la glande et guérit par seconde intention, entraînant la cessation des hématuries, qui n'ont pas reparu depuis 4 mois.

Séance du 18 Octobre 1898 (soir).

Torticolis spasmodique; résection du spinal.

M. Coudray donne les conclusions suivantes :

A. Dans l'état actuel de nos connaissances sur ce point, on doit admettre, comme plusieurs chirurgiens français l'ont montré, que la résection de la branche externe du spinal est le traitement de choix du torticolis spasmodique.

B. Nous préférons cette opération aux sections multiples et successives des muscles du cou préconisées par Kocher, parce que :

1° Il n'est pas démontré par les observations que ces opérations multiples soient plus efficaces que la simple résection du spinal.

2° L'intervention, quelle qu'elle soit, ne peut amener toujours, il s'en faut, la guérison complète de la contracture, attendu que celle-ci est ordinairement sous la dépendance de lésions cérébrales plus ou moins bien déterminées et que les sujets qui en sont porteurs sont des nerveux et quelquefois plus. Il faut donc recourir, pour cette catégorie de malades, au minimum opératoire.

C. Toutefois, la résection du spinal est généralement suivie d'une amélioration très grande dans l'état des malades qui peuvent reprendre leurs occupations et qui, somme toute, retirent de l'intervention un bénéfice qui la justifie complètement.

Encéphalocèle. Lipome congénital.

M. Reboul (de Nîmes). — *Encéphalocèle occipitale.* Un

enfant d'un an m'est amené pour une encéphalocèle occipitale qui depuis quelque temps croît progressivement.

Opération (procédé de Periet et Boyer, modifié). Suites immédiates normales. Mort de convulsions le 10e jour. L'intérêt de ce cas est surtout dans l'examen histologique qui a été fait par le Dr Gombault (de Pau) et qui conclut à une hernie du cerveau ayant subi des altérations de développement. Je discuterai le manuel opératoire et surtout les caractères histologiques de cette tumeur comparés aux cas semblables.

Lipome congénital occipital. Un jeune homme de 26 ans présentait depuis sa naissance une tumeur de la région occipitale gauche, d'abord petite, elle augmentait progressivement de volume et devenait une véritable gêne. Pas de signes d'encéphalocèle ou de méningocèle, je pense à un lipome ou à un kyste congénital. Il s'agissait d'un lipome lobulé, qui s'était creusé une cavité dans l'occipital gauche. Pas de communication intracrânienne.

J'insisterai sur le diagnostic de ces tumeurs occipitales et sur la rareté de ce fait.

Sur l'extirpation des néoplasmes de la base de la langue.

M. Rémy. — Dans tous les cas ligatures des linguales à la grande corne de l'hyoïde. Premier cas : section unilatérale des muscles insérés à l'os hyoïde et, s'il est nécessaire, agrandissement de l'incision par la ligne médiane. Ainsi est créée une large ouverture.

Dans un autre procédé, comme le néoplasme est presque toujours unilatéral : incision comme pour la résection d'une des branches de la mâchoire, deux traits de scie à chaîne pour mobiliser une portion de maxillaire qui reste adhérente aux muscles du plancher, et la bouche est largement ouverte.

Technique des tailles laryngées.

M. Castex (Paris) donne les conclusions suivantes :

1° La trachéotomie préalable est nécessaire et doit être pratiquée de préférence le même jour que la laryngotomie.

2° La chloroformisation offre ici des difficultés et des dangers spéciaux.

3° La taille du larynx peut se faire verticalement ou horizontalement.

4° En cas de tumeur maligne toute la moitié correspondante des parties molles sera enlevée.

5° La cavité laryngienne ne reçoit pas de pansement intérieur.

6° L'insufflation violente à travers la canule rend des services en cas d'hémorrhagie retardante.

7° La taille verticale est favorable pour l'ablation des sténoses sous-glottiques.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale.

M. J.-L. Faure (de Paris). — Au début de cette année, j'ai proposé, avec mon ami le Dr Furet, et personnellement mis en pratique une opération qui a pour but de traiter chirurgicalement la paralysie due à la section ou à la destruction du nerf facial dans l'intérieur du rocher. C'est l'anastomose du bout périphérique de ce nerf facial avec le bout central du nerf spinal, et plus particulièrement de la branche trapézienne de ce nerf sectionné en un point convenable.

L'état de mon malade opéré, il y a 9 mois, et dont le facial avait été sectionné 18 mois auparavant, est resté stationnaire.

C'est donc un insuccès, prévu d'ailleurs à cause de l'ancienneté de la lésion, mais ce n'est qu'un insuccès, et il ne s'ensuit nullement qu'on ne puisse obtenir de bons résultats, lorsqu'on opérera dans des conditions favorables, car la possibilité du rétablissement des fonctions par anastomose entre le bout central et le bout périphérique de deux nerfs différents, mais de même nature, est un fait hors de doute.

Voici les divers temps de cette opération :

Incision de 12 centimètres environ sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et remontant le plus haut possible, jusque dans le pli rétro-auriculaire; dénudation de la face antérieure de l'apophyse mastoïde. Recherche du tronc du facial qu'on trouve au point où il croise horizontalement la base de l'apophyse styloïde, à 12 ou 15 millimètres de profondeur; section de ce tronc nerveux au niveau même de la base de l'apophyse styloïde, en un point où il n'est pas encore entré dans la parotide qu'on récline en avant; recherche de la branche externe du nerf spinal au point où elle pénètre dans le sterno-mastoïdien, en respectant les rameaux nerveux qui vont à ce muscle. Section de sa branche trapézienne au point où elle disparaît dans le sterno-mastoïdien. Anastomose des deux troncs nerveux par une suture au catgut ou à la soie fine.

Cette opération est délicate mais inoffensive, et s'il est téméraire d'affirmer qu'elle donnera des succès fréquents, il n'est pas défendu d'espérer qu'elle pourra, dans quelques cas, permettre de guérir une affection considérée jusqu'à ce jour comme absolument incurable.

L'opération du strabisme.

M. E. Landolt (Paris). — Le strabisme guérit rarement sans opération; l'opération seule ne suffit pas non plus à sa cure.

Afin d'obtenir de l'intervention chirurgicale le meilleur résultat possible, il faut la baser d'une part sur *l'étiologie du strabisme*, d'autre part sur l'*anatomie* et la *physiologie des yeux strabiques*.

L'étiologie a été indiquée déjà par Donders.

M. Landolt a fait, depuis plus de 20 ans, du strabisme et de son traitement, de son traitement chirurgical surtout, une étude approfondie, mesurant avec précision l'angle du strabisme, les excursions des yeux, l'amplitude de convergence, la vision monoculaire et binoculaire, etc.

Son procédé opératoire a suivi une évolution complète et diffère de celui ordinairement en pratique.

S'il résulte des recherches de Donders que le strabisme est une affection qui concerne toujours des deux yeux, l'auteur a démontré (*Congrès de Washington*, 1887), qu'une strabotomie influe toujours sur les deux yeux, si bien qu'il a pu l'appeler une *opération binoculaire*.

Il a mis en évidence (*Arch. d'ophthalm.*, 1881) que, même au cas où un seul œil, et toujours le même, est dévié, les altérations secondaires se manifestent toujours aux muscles des deux yeux. Ces altérations consistent essentiellement dans *l'affaiblissement* des muscles *abducteurs* dans le strabisme *convergent*, des muscles *adducteurs* dans le strabisme *divergent*.

L'auteur a montré de plus que la ténotomie, agissant par reculement du muscle, diminue considérablement l'action de ce muscle sans augmenter celle de l'antagoniste. Cette opération détruit souvent une des fonctions essentielles de la vision binoculaire : la convergence, et peut changer un strabisme convergant modéré en un strabisme divergent extrême.

Au lieu de chercher la correction du strabisme en réduisant la force des muscles oculaires au-dessous de celle de leurs antagonistes affaiblis, comme on le fait par le reculement, Landolt préconise, depuis de longues années, l'avancement des muscles affaiblis.

Cette opération doit se faire logiquement aux deux yeux. Ce n'est que dans le cas d'insuffisance ou de strabisme latent, que l'avancement monoculaire suffit. L'opération consiste dans le détachement du muscle et dans son attachement, par deux points de suture, près de la cornée. Dans le strabisme de degré élevé, on combine avec l'avancement la *résection* de l'extrémité tendineuse du muscle.

La résection d'une partie du corps du muscle suivie du rattachement, sans avancement, à son tendon, pratiquée par M. Landolt dès 1884, ne donne pas d'aussi puissants effets que la *résection associée à l'avancement*.

Le manuel opératoire est des plus simples et ne réclame pas d'instruments particuliers. Ce qu'il faut, c'est un crochet musculaire un peu aplati, des ciseaux à bec-de-corbeau, des aiguilles courbes, tous ces instruments plus fins et plus délicats que ceux encore employés en ophthalmologie. La *pince à griffes obliques* que M. Landolt a indiquée pour saisir le muscle à avancer, s'est montrée très utile aussi pour d'autres opérations.

L'auteur n'entend pas proscrire entièrement la ténotomie de la chirurgie oculaire; mais son indication est rare, et elle devra

être exécutée avec beaucoup plus de discernement que jusqu'à ce jour.

Les exercices orthoptiques, qui, seuls, ne suffisent pas pour la guérison du strabisme, sont cependant indispensables pour compléter l'œuvre de la chirurgie.

Ce n'est qu'en rétablissant, par leur intermédiaire, la vision binoculaire et en harmonisant les mouvements des deux yeux, ce que l'avancement musculaire rend possible, qu'on obtient des résultats parfaits et durables des cures du strabisme.

Atrophie glaucomateuse.

M. Galezowski (Paris). — 1° Le glaucome est la conséquence de l'*oblitération des voies lymphatiques* de l'œil et non point *une choroïdite séreuse* comme le prétend l'école allemande.

2° Cette opinion, il l'a basée sur les remarquables travaux du professeur Ranvier concernant les voies lymphatiques de l'œil.

3° L'oblitération des voies lymphatiques de l'œil peut être générale ou partielle, lente ou rapide. De là, différentes formes et variétés de glaucome.

4° Laissant de côté les formes de glaucome déjà connues, il parle aujourd'hui de la nouvelle forme, qu'il croit avoir découverte, et à laquelle il a donné le nom d'*atrophie glaucomateuse* de la papille.

Ainsi dénommée parce que, étant privée de l'excavation symptomatique habituelle, elle se rapproche d'une manière frappante de l'*atrophie ataxique*, avec laquelle on la confond souvent.

5° Le traitement généralement usité dans le glaucome est l'iridectomie. L'expérience a prouvé au contraire, que dans l'*atrophie glaucomateuse* ainsi que dans le *glaucome simple*, l'effet de l'iridectomie est nul, tandis qu'il obtient des résultats très satisfaisants par l'application de sa méthode de sclérotomies antérieures répétées.

6° Il joint à l'appui de son assertion la *statistique* comparative des glaucomes en général et des *atrophies glaucomateuses* opérées par lui dans ces dix dernières années.

Goître exophthalmique. Résection bilatérale des ganglions cervicaux. Résultat négatif.

M. Témoin (Bourges). — Le malade qui fait l'objet de cette communication présentait tous les signes classiques du goître exophthalmique. Saillie très prononcée des globes oculaires, palpitations rendant tout repos impossible. Gonflement énorme des veines du cou, souffles veineux intenses, pouls impossible à compter, d'une arhythmie absolue, goître intermittent tantôt très accentué, tantôt disparu comme au moment de l'opération, œdèmes des jambes variables, etc. Ces accidents duraient depuis 1895 et le malade réclamait un soulagement.

L'opération faite en février 1898 fut des plus faciles, les ganglions mis à nu au-devant de la colonne vertébrale furent réséqués aussi loin que possible avec les filets afférents et efférents du ganglion moyen et du ganglion inférieur. Il n'y eut aucune suite fâcheuse opératoire. Pendant 8 jours, il sembla qu'il y eût un amendement dans les symptômes : le pouls était plus régulier, le malade se plaignait moins de ses palpitations, mais l'exophthalmie ne fut pas modifiée.

Après 15 jours, les accidents devinrent au contraire plus marqués, l'exophthalmie augmenta, le teint du malade devint terreux, l'œdème s'accentua au point de devenir extraordinaire et le malade mit 3 mois à mourir d'accidents cardiaques.

L'examen histologique d'un ganglion fait par notre ami Pilliet n'avait rien démontré de précis.

Cette observation ne prouve certainement pas que la résection des ganglions cervicaux par la méthode de Jaboulay soit inutile, mais ce n'est que par la publication des divers résultats qu'on pourra apprécier cette méthode.

Il s'agissait, nous l'avons dit, d'un cas type de goître exophthalmique examiné par beaucoup de confrères et même par des neuropathologistes : le résultat fut négatif et nous dirions volontiers que l'opération hâta le dénouement de la maladie.

Je rapprocherai de cette observation deux autres observations de goitres exophthalmiques traités par la thyroïdectomie partielle et suivis d'une complète guérison. Il s'agit : 1° d'une femme de 40 ans, M. L..., demeurant à Bourges, atteinte de palpitations depuis 6 ou 7 ans, de bourdonnements, de tremblements qui l'empêchaient de travailler. Elle porte un goître manifeste, elle a une exophthalmie prononcée. Sa voix est changée, le pouls bat à plus de 150. Je l'ai opérée en 1894 par la méthode de mon maître le professeur Tillaux, décortication et résection du lobe droit et du lobe médian hypertrophiés. La guérison a été complète, et, depuis cette époque, la malade, qui habite toujours Bourges, se porte très bien, l'exophthalmie a disparu, elle n'a plus ni tremblement, ni palpitation.

Dans une 2° observation, il s'agit d'une religieuse, sœur M. Teophane du Loiret, qui, depuis plusieurs années, est sujette à des palpitations qui l'obligent à interrompre ses classes. La nuit, elle ne peut dormir, l'exophthalmie est assez prononcée et son goître a le volume d'une grosse orange, formé surtout au dépens du lobe droit et du lobe moyen. Je l'opérai en 1894 par la thyroïdectomie partielle et depuis cette époque, elle se porte très bien.

M. Tuffier, en 1895, a publié deux observations identiques suivies, elle aussi, de guérison.

Nous serions portés à penser que toutes les fois que la thyroïdectomie partielle sera possible, il faudra d'abord la pratiquer, à moins que des observations nombreuses de résection du sympathique ne viennent démontrer que les succès obtenus par cette méthode sont presque constants et durables.

De la section du sympathique cervical. Indications thérapeutiques.

M. Ch. Abadie (Paris). — L'excitation permanente des nerfs vaso-dilatateurs qui se rendent à certains organes y provoquent à la longue des troubles de nutrition.

Des maladies variées peuvent résulter de ces perturbations vasculaires.

Un type très net nous est offert par le glaucome. La vaso-dilatation oculaire a pour conséquences l'hypersécution des milieux, l'augmentation de la tension et finalement l'atrophie des nerfs optiques par compression prolongée.

L'excitation des vaso-dilatateurs thyroïdiens entraine l'hypertrophie de la thyroïde, sa suractivité fonctionnelle avec toutes les complications secondaires bien connues de la maladie de Basedow.

Rien d'étonnant dès lors que des maladies si disparates en apparence : glaucome, goître exophthalmique, etc., soient guéries par le même moyen : la section du sympathique cervical.

D'autres maladies seront peut-être encore justiciables du même traitement.

En outre, il y a lieu de diriger son attention sur les phénomènes morbides que les vaso-dilatateurs du sympathique thoracique et abdominal peuvent déterminer dans les viscères de ces régions.

Il est un caractère commun et important à la plupart des maladies qui relèvent de l'excitation des vaso-dilatateurs de la tête et du cou ; c'est l'état de la pupille. Elle est généralement plus dilatée que dans les conditions normales, *et elle ne se rétrécit pas après la section du sympathique*. Cette manière d'être de la pupille, qui est une indication symptomatique précieuse, tient probablement à ce que l'excitation des nerfs dilatateurs de la pupille est généralement associée à l'excitation des nerfs dilatateurs vasculaires.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 Octobre 1898.

Sort de la toxine tétanique chez la grenouille.

MM. Courmont et Doyon. — On a voulu expliquer la disposition de la toxine tétanique de l'organisme des mammifères, pendant l'incubation, en invoquant l'expérience de Wasser-

mann. La toxine existerait bien dans les centres nerveux, mais l'injection de ceux-ci ne pourrait produire le tétanos, la toxine étant *fixée*. Nous avons déjà montré que le système nerveux de la grenouille ne neutralise pas la toxine tétanique; l'objection tombe donc d'elle-même si on utilise la grenouille. Or, nous apportons un très grand nombre de faits montrant que *la grenouille peut devenir tétanique sans que la toxine tétanique se retrouve jamais dans les centres nerveux*. La toxine reste dans le sang et en disparaît dès le début du tétanos. *La grenouille en plein tétanos ne contient plus de toxine*. La grenouille réfractaire par son séjour au froid conserve au contraire sa toxine intacte pendant des mois.

Action du foie sur les microbes.

M. Roger. — J'ai montré précédemment que le foie est capable d'arrêter et de détruire diverses microbes. Notamment le bacille charbonneux et le staphylocoque doré. Il m'a semblé intéressant de rechercher quelle modification peut subir l'action protectrice du foie.

Ayant soumis des animaux au jeûne, j'ai constaté que l'action sur les microbes diminue, mais légèrement. Même après trois jours d'inanition, bien que fortement amoindrie, elle est encore manifeste.

Dans une deuxième série d'expériences, j'ai étudié l'influence des associations microbiennes. On sait qu'un microbe favorise le développement d'un autre microbe, grâce aux produits solubles qu'il sécrète. Or, la culture stérilisée du B. prodigiosus a le pouvoir de diminuer et même, si la dose est suffisante, d'abolir complètement l'action du foie. Ce résultat explique peut-être, au moins en partie, le mécanisme encore si obscur des associations microbiennes.

En faisant ingérer de la glycose, j'ai constaté que des doses élevées diminuent l'action du foie, des doses faibles l'augmentant.

C'est avec l'éther qu'on obtient les effets les plus marqués. Si on injecte dans la veine porte 5 gouttes d'éther pur, ou si on en fait avaler 2 cent. cubes, le rôle du foie est complètement annihilé. Si on emploie de petites quantités, par exemple si l'on fait ingérer 2 ou 3 centim. cubes d'une solution dans l'eau alcoolisée, on stimule la fonction hépatique et on voit survivre les animaux qui ont reçu des doses de staphylocoque supérieures à celles qui sont mortelles pour les témoins; même quand l'inoculation est faite dans les veines, l'ingestion de la solution éthérée exerce des effets thérapeutiques très marqués. Il s'agit bien, dans tous ces cas, d'une action sur le foie, car l'injection sous-cutanée n'a pas les mêmes effets. Ces résultats expérimentaux expliquent l'influence favorable des potions éthérées dans les infections et montrent, d'ailleurs, à quel point on peut faire varier l'action du foie sur les microbes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 Octobre 1898.

Augmentation du poids du corps et transformation de la graisse en glycogène.

M. Ch. Bouchard. — Au cours d'observations sur les variations du poids du corps dans les périodes de temps où l'économie n'a reçu d'autres ingesta que des gaz atmosphériques et où elle n'a rendu d'autres excreta que les matières de la perspiration cutanée et de l'exhalation pulmonaire, les autres excreta étant retenus dans la vessie et dans l'intestin, l'auteur est arrivé à constater, contrairement à la règle, des augmentations de poids. Des recherches très précises ont confirmé cette augmentation de poids qui a été de 10 grammes, 20 grammes, 40 grammes en 1 heure chez un homme pesant 86 kilos. Jamais l'augmentation de poids n'a duré plus d'une heure.

Si, au lieu de peser l'homme à l'air libre, on le place dans un espace clos où l'air inspiré est privé de vapeur d'eau et l'air expiré dépouillé, à sa sortie, de vapeur d'eau et d'acide carbonique, l'ensemble du système présente une augmentation de poids qui répond exactement au poids de l'oxygène consommé.

Mais l'homme lui-même a perdu de son poids. Cette diminution est la règle : on voit que cette règle a ses exceptions.

Quand l'homme est à l'air libre sur le plateau d'une balance, il perd constamment par la peau et les poumons de l'acide carbonique. Si cependant son poids augmente ce ne peut être que parce qu'il reçoit pendant ce temps, par la respiration, de la matière qu'il fixe par son corps et qui ne peut être que de la vapeur d'eau, de l'acide carbonique, de l'azote ou de l'oxygène. L'eau de l'air atmosphérique ne peut se fixer dans le corps par la raison que l'air inspiré n'est jamais saturé, tandis que l'air saturé l'est toujours. De ce fait, il ne pourrait se produire qu'un déficit. La quantité d'acide carbonique qui traverse les poumons est trop faible pour rendre compte d'une pareille augmentation de poids.

On ne peut non plus invoquer l'assimilation de l'azote : c'est donc à l'oxygène qu'il faut attribuer l'augmentation de poids.

Le procédé d'action de l'oxygène ne peut être ni celui de la dissolution ni celui de la combinaison avec l'hémoglobine, puisqu'il suffirait dans le premier cas de 12 centigrammes d'oxygène pour saturer le corps tout entier et dans le second de 2 grammes pour réduire toute l'hémoglobine.

L'oxygène ne peut donc se fixer que par un processus d'oxydation des albumines, des hydrates de carbone ou des graisses.

Les albumines se détruisant par hydratation, sans oxydation, sauf dans la phase ultime répondant à la combustion du sucre glycogénique qui en dérive, les métaplasies de la glycose donnant d'autre part des diminutions de poids, la quantité de graisse brûlée, nécessaire à la production de l'augmentation de poids constaté, étant enfin trop considérable, il faut avoir recours à une autre explication.

Selon l'auteur, dont l'opinion est contraire à celle généralement admise par les chimistes et les physiologistes, la graisse se transformerait en glycogène par le procédé suivant : la graisse incomplètement oxydée donne un produit qui ne peut pas être du sucre attendu que : ou bien ce sucre se brûlerait ou se transformerait, ce qui amènerait une diminution de poids, ou bien ce sucre s'accumulerait et déterminerait une glycosurie qu'on n'a jamais pu déceler; il faut donc admettre que le produit de l'oxydation incomplète de la graisse est le glycogène, substance qui peut s'accumuler dans beaucoup de tissus et de cellules, dans les leucocytes, dans les muscles et dans le foie; dans ces conditions, un gramme de graisse oxydée incomplètement donnerait une variation de poids de + 0,758.

Pour vérifier expérimentalement cette théorie, l'auteur a pensé que si, par le jeûne, on provoquait un grand besoin de formation de glycogène, que si l'on rompait ce jeûne par l'ingestion d'une grande quantité de graisse, que, si l'on réduisait au minimum le besoin d'oxydation ou de destruction du sucre et, par conséquent, de transformation de glycogène, on aurait le plus de chances de transformer et de conserver du glycogène dérivé de la graisse et de constater enfin des augmentations de poids.

Trois expériences ont établi la réalité de cette supposition qui accrédite l'opinion d'après laquelle la graisse, comme les hydrates de carbone et l'albumine peut, dans certaines conditions, donner naissance au sucre.

L'amputation interscapulo-thoracique, amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc, dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Paul Berger. — L'amputation interscapulo-thoracique, qui consiste à enlever, en même temps que le membre supérieur, la totalité de l'omoplate et la plus grande partie de la clavicule, préconisée autrefois par l'auteur, a été, depuis lors, pratiquée 46 fois.

Dans 2 cas personnels, l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate a été suivie d'une guérison durable.

L'amputation interscapulo-thoracique est l'intervention de choix dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Octobre 1898.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. Poirier communique l'observation d'un homme de soixante-trois ans auquel il a fait l'extirpation du ganglion de Gasser et qui est mort un quart d'heure après l'opération, sans qu'il y ait eu aucune manœuvre exceptionnelle au cours de l'intervention. Cet homme était extrêmement affaibli et n'a été opéré que sur ses instances. Le ganglion, examiné par M. Gombault, ne présentait aucune altération.

M. Schwartz a fait l'ablation du ganglion de Gasser chez un homme de soixante-deux ans, souffrant de douleurs névralgiques intolérables depuis un an, et après lui avoir pratiqué, sans succès, la résection de tout le nerf orbitaire. L'opération fut difficile, se compliqua d'une hémorrhagie veineuse abondante et d'un écoulement du liquide céphalo-rachidien. Le succès thérapeutique n'a pas couronné l'intervention. En outre, après avoir présenté un peu de kératite, l'œil correspondant a été successivement pris d'opacité de la cornée, de chémosis, de diminution de l'acuité visuelle et, enfin, de cécité absolue; il existe, en outre, de l'exophthalmie, et un oculiste a pensé à l'existence d'un néoplasme rétro-orbitaire.

M. Reclus a pratiqué deux fois l'opération de Jarre; la première fois, chez une vieille femme, qui en retira un bénéfice durant quatre mois et qui recommença ensuite à souffrir; la seconde fois, chez un homme qui fut guéri aussitôt après; on ne l'a pas revu. L'opération de Jarre est si simple et si bénigne, qu'étant donné la gravité des autres, il semble qu'on doit toujours commencer par elle.

Contusion de l'abdomen.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de **M. Dubujadoux** ayant trait à une contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, compliquée de perforations intestinales et de péritonite et guérie par la laparotomie faite trois jours après l'accident. Il existait déjà de la péritonite.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est l'absence presque totale de signes de péritonite chez ce malade.

M. Hartmann a observé, dans tous les cas de contusion de l'abdomen compliqués de lésions internes, la contracture de la paroi abdominale.

M. Michaux a déjà insisté sur l'importance de la contracture, mais ce n'est pas un signe absolu de lésions internes. Il y a des malades qui se remettent rapidement après l'avoir présenté.

M. Reclus a récemment vu dans son service un homme qui, après un coup de pied dans l'abdomen, n'avait aucun symptôme; le ventre était souple et nullement contracturé. Or il mourait le lendemain et l'autopsie montrait l'existence de huit perforations.

M. Guinard. — Relativement aux perforations intestinales produites par les coups de pied de cheval. M. Moty a émis cette théorie, que les perforations, qui sont au nombre de trois, seraient produites, les deux qui sont à l'extrémité de l'anse lésée, par la pression des extrémités du fer du cheval, la troisième, qui est au centre, par l'écrasement de l'anse intestinale dans laquelle les gaz seraient refoulés, l'anse était aplatie à ses deux extrémités par le choc.

M. Guinard croit cette explication très théorique : sur le cadavre, il a essayé de produire par contusion, avec un marteau, ces lésions intestinales, sans pouvoir y arriver. Il pense plutôt que l'anse intestinale est prise entre le fer et le sacrum contre lequel elle vient s'écraser; ainsi s'expliqueraient les deux perforations du milieu; quant à la troisième, il ne la comprend pas.

M. Schwartz a vu un malade guérir sans intervention après avoir présenté le ventre en bateau.

M. Loison présente un malade qu'il a opéré avec succès pour une rupture de la rate.

M. Morestin présente un malade auquel il a extirpé trois balles situées, l'une sous le cuir chevelu, la seconde sur la dure-mère et la troisième dans l'épaisseur de l'encéphale.

M. Quenu présente une trompe atteinte d'une inflammation d'origine appendiculaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Octobre 1898.

Méningite curable et poliomyélite.

M. Dalché communique l'observation d'une femme de 45 ans qui fut atteinte, après quelques jours de phénomènes infectieux, d'un ictus; une hémiplégie gauche s'ensuivit. A la suite d'un examen approfondi, plusieurs médecins portèrent le diagnostic de méningite. Deux mois après, une myélite infectieuse se déclara chez la fille de cette malade. Y a-t-il une simple coïncidence entre la méningite de la mère et la myélite de la fille? Cela n'est pas probable. Il est plus vraisemblable de penser que le même agent infectieux se localisa chez la mère au niveau des méninges crâniennes et porta son action principale sur les cellules médullaires de la fille. Si on admet cette explication, on pourra, de plus, comprendre la grande fréquence des myélites pendant ces derniers mois.

M. Netter croit que l'explication de M. Dalché est très plausible. Schultze publia dernièrement un fait de paralysie des membres supérieurs; aucun symptôme de méningite n'existait; cependant, une ponction lombaire exploratrice fit découvrir la présence du méningocoque; était-ce d'une véritable méningite spinale qu'il s'agissait? Schultze ne le croit pas, il pense plutôt que le cas relevait d'une myélite, que les lésions méningées étaient peu marquées.

M. Rendu fait remarquer la durée anormale de l'incubation dans le fait de M. Dalché (2 mois). Dans les épidémies antérieures, l'incubation ne durait que quelques jours.

M. Chauffard estime que, dans les observations de M. Dalché, il ne s'agissait pas réellement de contagion, mais bien d'une contamination de milieu.

M. Netter est du même avis et fait remarquer que c'est suivant ce dernier mode que se propage la méningite cérébro-spinale. Témoin l'épidémie de Bayonne où les cas se déclarèrent successivement, à long intervalle, dans la même caserne. La dissémination paraît se faire par l'expectoration, car les microbes semblent cantonnés dans les fosses nasales. Ce fait est important à connaître, surtout à l'heure actuelle où l'épidémie de méningite cérébro-spinale est en voie de reprise.

Lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré.

M. Fernet rapporte un nouveau cas de lymphadénome du cou, du médiastin, évoluant chez une jeune femme de 22 ans. Après 13 injections intra-glandulaires de naphtol camphré, une amélioration notable se déclarait, quand la malade fut emportée par un érysipèle de la face, contracté d'une voisine de lit. L'autopsie, l'examen histologique et bactériologique faits par M. Papillon confirmèrent le diagnostic. Mais le fait important est le suivant : comment se fait le processus de guérison dans les tumeurs ganglionnaires traitées par le naphtol camphré?

Les résultats de l'autopsie démontrèrent qu'il se faisait une nécrose en masse du tissu ganglionnaire. Ce tissu nécrosé peut se résorber, ou bien s'éliminer, comme dans un cas observé par M. Fernet.

Ce traitement donnerait de bons résultats s'il était appliqué dès le début, alors que quelques ganglions du cou sont seuls atteints.

M. Rendu a observé les mêmes bons résultats dans les adénopathies tuberculeuses du cou.

M. Hallopeau a obtenue la guérison d'une maladie atteinte de nombreuses tumeurs cutanées et sous-cutanées par des injections arsenicales.

M. Claisse observe, en ce moment, un malade au début de son infection ganglionnaire, sur lequel il se propose d'instituer le traitement préconisé par M. Fernet.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Les paralysies du voile du palais et le nerf facial,

D'après le Dr L. Rousseau (1).

Avec la plupart des classiques, on admet depuis Longet que le nerf facial préside à la contraction de la plupart des muscles du voile du palais; que cette action motrice s'exerce principalement sur les muscles palato-staphylin et péristaphylin interne par l'intermédiaire du nerf grand pétreux superficiel; que par suite, en cas de paralysie faciale, on doit observer une hémiplégie palatine caractérisée par la déviation de la luette du côté opposé, et le non-relèvement de la moitié correspondante du voile, lorsque la cause de la paralysie est une lésion du tronc nerveux en un point sis au-dessus du ganglion géniculé. M. Lermoyez (2) s'est récemment élevé contre cette opinion, se basant sur nombre d'arguments, tant physiologiques que cliniques, que M. Rousseau vient de reprendre dans sa thèse dont nous allons exposer ci-dessous les principaux éléments.

C'est qu'en effet cette opinion classique, dont les conséquences cliniques ont une réelle importance, est loin d'être démontrée par les expériences physiologiques et appuyée par les faits cliniques; mais avant de la discuter, il est nécessaire de l'exposer un peu plus nettement. Depuis Longet (3), on admet donc que le nerf facial préside à la contraction de tous les muscles du voile palatin à l'exception du péristaphylin externe; celui-ci, en effet, cela est bien prouvé depuis Meckel, reçoit ses filets moteurs de la 5e paire, la branche masticatrice du trijumeau l'innervant soit directement, soit par l'intermédiaire du ganglion otique; le péristaphylin interne élévateur du voile, le palatostaphylin redresseur de la luette reçoivent un rameau du facial venu du sommet du ganglion géniculé en cheminant à travers le grand nerf pétreux superficiel et le ganglion spléno-palatin; le glosso-staphylin et le pharyngo-staphylin, adducteurs des piliers antérieur et postérieur sont directement innervés par le rameau lingual du facial. Le pneumogastrique et le spinal n'ont qu'une action accessoire ou nulle d'après la plupart des auteurs, admettant fidèlement la doctrine de Longet; pourtant il y a longtemps déjà que Béclard (1) la contredisait en rappelant « que la galvanisation du nerf facial dans le crâne ne fait point contracter ces muscles, tandis que la galvanisation du glosso-pharyngien et celle du pneumogastrique les font entrer manifestement en contradiction ». Son opinion ne prévalut pas d'ailleurs sur celle de Longet qui, à de rares exceptions près, malgré les expériences plus récentes et si nettes de Vulpian, est actuellement donnée comme classique dans la plupart des traités.

Plus que l'anatomie incapable de suivre jusqu'à leur terminaison les filets nerveux issus des 5e, 7e, 9e, 10e et 11e paires crâniennes, à cause de leurs nombreuses anastomoses, la physiologie apporte pourtant les faits les plus nets contre la doctrine de Longet. Les expériences, en effet, ont consisté à exciter, chez l'animal, le tronc du facial dans le crâne, en observant en même temps ce qui se passe du côté du voile du palais; puis à exciter comparativement le pneumogastrique, le spinal, le glosso-pharyngien.

I. — 1° *Excitation du facial.* — La plupart des expériences depuis celles déjà anciennes de Reid, de Volkmann, de Debrou (2), à celles plus récentes de Chauveau (sur le cheval), de Vulpian (sur le chien) (3), tendent à prouver que le facial n'a aucune action motrice sur le voile. Celles de Vulpian surtout, pratiquées sur 5 chiens, sont des plus nettes; l'électrisation du nerf facial ne produit rien; pour lui, « aucune des fibres des nerfs moteurs du voile ne vient du nerf facial ». Les mêmes résultats sont obtenus par Beevor et Horsley (4) chez le chien, l'âne, le chat, le singe; même alors que les muscles de la face entrent en contraction violente, ces expérimentateurs ne constatent aucun mouvement du côté du voile du palais. Plus récemment, Rethi (5) arrive à des conclusions analogues et explique les causes d'erreur possible (courant trop fort se diffusant aux nerfs voisins, soulèvement passif du voile pris pour une contraction des muscles vélo-palatins). C'est à ces causes que sont dues sans doute les conclusions opposées des recherches déjà anciennes de Davaine sur les animaux, de Nühn sur un décapité, qui tous deux auraient observé des mouvements du voile. Longet lui-même, malgré ses conclusions théoriques opposées, avait eu des résultats négatifs dans ses expériences.

2° *Excitation du trijumeau.* — Chauveau, Vulpian, d'autres expérimentateurs obtinrent des résultats négatifs par l'excitation du trijumeau; mais Hein (6), par un procédé spécial consistant à décortiquer la muqueuse du voile pour observer directement les contractions des fibres musculaires constata à diverses reprises que l'excitation du trijumeau fait mouvoir seulement les fibres du péristaphylin externe, les autres muscles du voile restant au repos. Rethi obtint les mêmes résultats qui confirment

1. Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais (th. de Paris, n° 503, H. Jouve.)
2. Lermoyez, *Presse médicale*, 7 mai 1898, n° 39, p. 241.
3. Longet, *Traité de physiologie*, 3e édition, 1866, t. I, p. 796.

1. Béclard, *Traité de physiologie*, 5e édition, p. 1010, 1866.
2. Debrou, Des muscles qui concourent aux mouvements du voile du palais (th. de Paris, 1842).
3. Vulpian, Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien (*Acad. des sciences*, 18 octobre 1886).
4. Beevor et Horsley, Note on some of the motor functions of certain cranial nerves etc. (*Proceed. of the roy. Soc.*, t. XLIV, 16 mai 1888).
5. Rethi, *Wiener medic. Presse*, 1893, n° 50.
6. Hein, *Arch. f. anat. und Physiol.*, von J. Muller, 1844, p. 296.

les résultats anatomiques de Meckel attribuant l'innervation du péristaphylin externe à la branche motrice du trijumeau.

3° *Excitation du glosso-pharyngien.* — Debrou avait eu des résultats positifs mais peu nets. Vulpian dans 1 cas sur 5 avait constaté des mouvements nets quoique légers du voile du palais. Beevor et Horsley reprenant ces expériences ont montré que l'excitation du glosso-pharyngien n'était positive que faite au cou au-dessous de l'anastomose avec le pneumogastrique; si le nerf agit sur le voile, c'est par ses filets empruntés au pneumogastrique.

4° *Excitation du pneumogastrique et du spinal.* — En excitant la 10ᵉ et la 11ᵉ paire on obtient des mouvements énergiques du voile, c'est ce que prouvent les expériences de Chauveau sur le cheval, celles de Vulpian sur le chien. Pour celui-ci l'excitation des filets radiculaires inférieurs du pneumogastrique amène des mouvements énergiques du voile, de même que l'excitation des filets radiculaires supérieurs du spinal; les filets supérieurs du pneumogastrique, les inférieurs du spinal ne produisent aucun mouvement. Mais, à propos des contradictions entre les expérimentateurs les uns admettant le rôle exclusif du spinal, les autres celui du pneumogastrique, M. Rousseau, avec M. Lermoyez et Grabower (1), propose de rattacher les racines bulbaires du spinal au pneumogastrique dont elles sont si rapprochées, ne laissant au spinal que ses racines médullaires, reprenant ainsi l'ancienne conception de Willis. Dès lors, si l'on groupe ainsi les racines bulbaires du spinal devenues racines inférieures du vague, tous les expérimentateurs de Vulpian et à Rethi sont d'accord pour reconnaître que le voile du palais reçoit presque toute son innervation motrice du pneumogastrique.

En résumé la branche motrice du trijumeau innerve seule le péristaphylin externe, le facial n'envoie aucun rameau au voile, le glosso-pharyngien semble rester également étranger à ses mouvements; seul le pneumogastrique donne l'innervation à tous les muscles du voile (à l'exception du péristaphylin externe), le spinal réduit avec Willis à ses racines médullaires ne se rend pas au voile du palais. Les fibres nerveuses du voile s'y rendent par la branche interne du spinal, le ganglion plexiforme du pneumogastrique, le nerf pharyngien, le plexus pharynhien (Rethi).

Reste maintenant à mettre d'accord ces expériences physiologiques avec les faits cliniques; pour cela deux questions sont à discuter : les lésions du vago-spinal amènent-elles la paralysie du voile? Les lésions du facial la déterminent-elles?

1° *Lésions du vago-spinal et paralysie du voile du palais.* — Les faits cliniques sont nombreux qui montrent des paralysies du voile par lésions du vago-spinal.

1° On peut rencontrer des cas où à *l'hémiplégie du voile* est associée une *paralysie récurrentielle du côté correspondant.* C'est là le syndrome décrit par Avellis (2) qui sur 150 cas de paralysies récurrentielles note 10 cas où il y avait paralysie du voile du palais du côté correspondant, sans paralysie faciale; il n'y eut pas d'autopsie. Gerhardt, Mac-Bride, Home, Spicer, Lake, Schnell (3) notent également cette coïncidence. Ces faits, bien que purement cliniques viennent à l'appui des résultats physiologiques et il semble difficile d'admettre une lésion du facial qui ne toucherait que les filets innervant les muscles du voile et laisserait intacts ceux se rendant aux muscles de la face. M. Escat a adressé à M. Rousseau une observation où il constatait également une paralysie vélopatine unilatérale avec hémiplégie laryngée du même côté.

2° Dans un autre groupe de faits la *paralysie simultanée des muscles du voile du palais et du larynx* s'accompagne de *paralysie des muscles trapèze et sterno-mastoïdien,* sans trace de paralysie faciale. Schlodtmann rapporte en effet une observation où une fracture de la base du crâne intéressa le spinal et produisit du même côté la paralysie du sternocléido-mastoïdien, du trapèze, du voile du palais et du larynx, dans ce cas il n'y avait pas trace de paralysie faciale. M. Rousseau a observé dans le service de M. Lermoyez le cas d'un jeune homme atteint de paralysie type des dilatateurs de la glotte et de paralysie unilatérale du péristaphylin interne sans trace de paralysie faciale; la paralysie laryngée était bilatérale mais on est en droit de se demander si elle ne fut pas primitivement unilatérale.

3° Aux symptômes précédents peut venir s'ajouter *l'hémiplégie de la langue* signalée par H. Jackson (d'où le nom de syndrome de Jackson) par Traumann, par Stephen Mackensie (1), ce groupement de paralysies peut résulter soit d'une lésion périphérique blessant les 11ᵉ et 12ᵉ paires, soit d'une lésion bulbaire envahissant les noyaux du vago-spinal et de l'hypoglosse. Geronzi a publié un cas où les mêmes symptômes s'observaient, et où cependant il y avait paralysie faciale du même côté, mais celle-ci était antérieure et nettement d'origine otitique, la paralysie vélo-palatine n'est apparue qu'avec la paralysie laryngée indiquant l'atteinte secondaire de la 11ᵉ paire.

4° Dans tous les cas précédents, si la clinique tend à démontrer que le facial n'est pas intéressé, l'absence d'autopsie empêche d'être complètement affirmatif. M. Lermoyez a pu observer un cas démonstratif (2) qui peut être ainsi résumée : cancer pharyngo-laryngé; adénopathie angulo-maxillaire comprimant les 10ᵉ et 12ᵉ paires gauches. Hémiplégie gauche du voile du palais et de la langue sans aucun signe de paralysie faciale; l'examen laryngoscopique est impossible; à l'autopsie intégrité absolue du nerf facial dans tout son trajet jusqu'à sa sortie du trou stylo-mastoïdien; malgré l'absence d'examen des noyaux bulbaires du facial, on peut affirmer du fait de l'intégrité absolue des fibres du nerf facial qu'il n'existait pas de lésion nucléaire. Cette observation constitue donc avec les faits cliniques précités un ensemble puissant d'arguments contre la doctrine qui enseigne que le facial est le nerf moteur du voile du palais.

II. — *Lésions du nerf facial et intégrité du voile du palais.* — S'il est prouvé par ce qui vient d'être exposé qu'une lésion du vago-spinal peut, en l'absence de toute lésion du facial, amener une paralysie du voile du palais, il ne s'ensuit pas qu'une lésion inverse ne soit pas possible. Or les cliniciens disent avoir observé un grand nombre de paralysies faciales, compliquées de paralysie du voile du palais. Certains pourtant considèrent ces lésions comme rares. C'est ainsi que Hallion (3), s'il admet que parfois l'on observe un affaissement du voile du palais du côté atteint et une déviation de la luette, note la rareté des troubles fonctionnels, et rappelle que le voile du palais n'est pas toujours symétrique, même chez les sujets normaux. Jackson n'a jamais observé cette coïnci-

1. Grabower, *Archiv. für Laryngologie,* 1894, t. 2, n° 2, p 143.
2. Avellis, *Berliner Klinik,* octobre 1891.
3. Schnell, Paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice (*Congrès de l'Associat. française pour l'avancement des sciences,* Marseille, 1891).

1. St. Mackenzie, *British. med. Journ.,* 3 mars 1883.
2. Lermoyez, *Presse médicale, loc. cit.*
3. Hallion, *Traité de médecine* Charcot-Bouchard t. III, p. 861.

dence. Gowers (1) l'a systématiquement recherchée et sur 100 cas ne l'a trouvée qu'une fois et encore du côté opposé à la paralysie faciale. Quant aux faits de paralysie du voile avec paralysie faciale relatés par divers auteurs, ils soulèvent plusieurs objections. Il importe en effet de ne pas confondre une paralysie incomplète du voile avec l'immobilité relative de celui-ci, observée fréquemment avec certains troubles du naso-pharynx. La brièveté congénitale du voile palatin peut aussi en imposer pour une paralysie, par les troubles fonctionnels qu'elle provoque (Lermoyez). Le voile peut être asymétrique et offrir le même aspect que dans les paralysies unilatérales. De plus il existe si peu de luettes correctement conformées, qu'il peut être difficile de conclure d'une simple asymétrie de cet organe (luette bifide, luette déviée à gauche avec ou sans asymétrie des piliers). Les hypertrophies amygdaliennes, les amygdales sessiles peuvent également modifier l'aspect du voile, ainsi que les adhérences anormales du voile et des piliers. De plus, alors même que l'examen minutieux du pharynx a été fait, que l'on a constaté qu'à mesure que la paralysie faciale s'atténuait, la luette reprenait progressivement sa position normale, les observations publiées comme celles de Bérard, de Diday, de Davaine, etc., sont-elles à l'abri de toute critique? Nullement, puisque, malgré les observations précises de Gellé montrant le rôle des otites dans l'apparition de la paralysie faciale, l'examen de l'oreille n'a généralement pas été pratiqué, et que l'examen du larynx est également négligé, alors qu'il aurait peut-être permis de constater le syndrome d'Avellis, c'est-à-dire la coïncidence de la paralysie vélo-palatine et de l'hémiplégie du voile du même côté et d'admettre une lésion simultanée du facial et du vago-spinal, comme dans les cas de Gowers, de Stephen Mackenzie, etc.

Ces arguments physiologiques et cliniques permettent donc d'admettre, jusqu'à l'apparition de nouveaux faits où les territoires des 10e et 11e paires aient été examinés rigoureusement pendant la vie, où l'examen anatomique post-moteur des nerfs crâniens incriminés ait été fait, que le nerf facial n'est pas le nerf moteur du voile du palais, dont le nerf moteur principal est le nerf vago-spinal. D'ailleurs, conclut, avec M. Lermoyez, M. Rousseau, n'est-il pas plus logique d'admettre que le larynx et le pharynx (l'anche et le résonnateur) qui ne sont en somme que les deux parties d'un même organe vocal, doivent obéir à un même nerf? et ne comprendrait-on pas mal que le larynx et le voile du palais, destinés à vivre d'accord, reçussent leurs ordres de deux nerfs aussi étrangers l'un à l'autre que le facial et le vago-spinal?

P. L.

REVUE GÉNÉRALE

Hernies abdominales congénitales.

Résumé du rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie.*

Par M. le Dr Delanglade,

Professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille.

Est congénitale toute hernie qui existe à la naissance en fait ou en puissance, c'est-à-dire où sont réalisées à l'avance en ce qui concerne la paroi toutes les conditions de la hernie, que les viscères s'y soient ou non engagés. Voici, par réunion incomplète de ses parties constituantes, un trou dans le diaphragme. Voilà un canal vagino-péritonéal anormalement perméable. Quel que soit l'âge où l'intestin pénétrera dans l'un ou dans l'autre, la hernie méritera le nom de congénitale. C'est ce qu'a traduit M. Broca, en proposant l'expression de hernies à canal ouvert.

Ces malformations correspondent à la persistance anormale d'un état transitoire normal dans la vie embryonnaire ou dans la vie fœtale. D'où la division en *hernies embryonnaires et hernies fœtales.* D'autres hernies congénitales sont liées à un développement anormal, telles, parmi les hernies embryonnaires, les hernies lombaires congénitales, par malformations musculaires et osseuses, telles parmi les hernies fœtales, celles qui sont sous la dépendance d'une insertion vicieuse du gubernaculum.

Nous nous limiterons aux trois formes les plus fréquentes : hernies diaphragmatique, ombilicale et inguinale.

Hernie diaphragmatique.

Sa forme la plus commune est la fissure. Elle est marginale ou centrale.

Dans le premier cas, beaucoup plus fréquent, elle occupe avec prédilection la région du ligament cintré (trou de Bochdaleck). Lorsque les feuillets séreux manquent, c'est la *hernie en croissant* de Duguet. Cet orifice peut s'élargir en avant par non-formation d'une ou plusieurs insertions costales, ce qui équivaut à l'*absence d'une moitié du diaphragme* des auteurs.

La fissure centrale n'est pas moins variable comme dimensions et l'est beaucoup plus comme siège. Comme la formation précédente, elle existe plus fréquemment à gauche. Elle peut affecter le centre aponévrotique ou de préférence la partie musculaire ou chevaucher sur l'un et l'autre. Son contour est plus ou moins ovalaire, d'où le nom de *hernie en boutonnière.*

D'ordinaire, il n'y a pas de sac, et la communication s'établit librement entre la plèvre et le péritoine sur toute la circonférence de l'anneau : mais il peut y en avoir un et dans ce cas il est constitué par les deux séreuses, plèvre et péritoine intimement accolées.

Tous les viscères abdominaux sont susceptibles, si l'ouverture est suffisamment large, de passer ainsi dans la cavité thoracique.

Il va sans dire que de pareilles hernies donnent lieu parfois dès la naissance à des accidents asphyxiques foudroyants (Gautier).

Lorsque l'enfant échappe à ces accidents initiaux si redoutables, il reste sous le coup de leur répétition.

Aussi la gravité de pareille malformation excuserait toute audace opératoire. On n'est pourtant intervenu que pour l'étranglement. Deux fois Naumann s'est efforcé de le lever, la laparotomie une fois faite par des tractions sur l'intestin et le débridement de l'anneau. Il ne put y parvenir et les deux malades succombèrent le soir même. Naumann, par la même technique, put réduire le côlon transverse, un demi-mètre d'intestin distendu et l'épiploon. On s'accorde, encouragé par les succès de Postempski, Manara, Ricolfi, Nécoli, dans les perforations traumatiques, à préférer l'abord de la hernie par la voie thoracique, grâce à une large résection en U de la paroi postéro-latérale dont Permann, Schwartz et Rochard ont taxé les règles. On ferait en même temps une vraie cure radicale indispensable pour éviter le retour des accidents. Si l'orifice était trop large, Horoch, cité par MM. Blum et Ombrédanne, a proposé, pour le fermer, de suturer l'estomac à toute sa circonférence. Ce ne serait qu'un pis aller. Nous ne sachons pas d'ailleurs qu'aucune de ces interventions ait été exécutée.

Hernie ombilicale.

Hernie embryonnaire. — Sac à parois embryonnaires — tel est le caractère fondamental de la hernie ombilicale embryonnaire. Il se compose de deux lames séparées par une couche mince, mais constante, de gélatine de Warthon, l'une externe, continue d'une part, et sans changement avec l'enveloppe du cordon, d'autre part avec la peau qui forme à son union avec elle un bourrelet uni ou dentelé; l'autre interne, enveloppe immédiate des viscères, qui prolonge le péritoine mais s'en distingue absolument par sa structure. En raison de l'absence

1. Gowers, *Diseases of the brain*, p. 218.

de vaisseaux, leur mortification peut se produire et entraîner l'ouverture de la cavité abdominale et l'appel à une péritonite mortelle.

Ainsi constitué — le sac mince, transparent au point de laisser voir les organes sous-jacents, est très fragile. Il peut se rompre après la naisssance, pendant le travail, voire même dans la vie intra-utérine. Il manque quelquefois.

Très variables sont les dimensions de la perte de substance et avec elles le pronostic et le traitement. On peut à ce point de vue distinguer 3 types : 1° éventration embryonnaire; 2° hernie viscérale du cordon ; 3° hernie diverticulaire.

Dans *l'éventration* il y a deux facteurs : arrêt de développement des parois abdominales; défaut de soudure sur la ligne médiane, celui-ci prépondérant.

La fissure occupe généralement la région sus-ombilicale. Elle peut s'étendre de l'appendice xiphoïde au pubis, se prolonger même sur le sternum avec ectopie cardiaque (Chadwick), ou vers la symphyse pubienne avec exstrophie vésicale (A. Broca).

La *hernie viscérale du cordon* présente souvent, elle aussi, des dimensions considérables. Mais elle se distingue par la présence d'un rétrécissement à sa réunion avec l'abdomen, donnant l'aspect pédiculé.

Les viscères herniés sont une partie plus ou moins grande de l'intestin et fréquemment le foie.

Parmi les anses intestinales, ce sont d'ordinaire celles du grêle, principalement au niveau de sa terminaison, l'angle iléocœcal et le côlon ascendant. Mais la masse tout entière peut faire issue, duodénum compris, ce qui est rare. Parfois, mais non constamment, se voit le diverticule de Meckel.

La *hernie diverticulaire* est celle qui ne contient que lui accompagné ou non de l'anse sur laquelle il s'insère, l'anse vitelline. Ses particularités essentielles sont : 1° adhérence du diverticule au cordon; 2° réflexion du péritoine soit sur son trajet, bride prédisposant à l'étranglement, soit au niveau de sa base, d'où résulte irréductibilité.

L'éventration est presque fatalement mortelle, parce qu'elle est le plus souvent accompagnée d'autres vices de conformation et que l'étendue de la perte de substance favorise la perforation traumatique ou spontanée et rend fort difficile toute tentative de cure opératoire.

La hernie viscérale du cordon est très grave. Le danger est ici surtout local et purement fonction de la perforation. Il peut aussi y avoir étranglement, mais la guérison spontanée s'observe dans bon nombre de cas.

La hernie diverticulaire n'entraîne pas de danger immédiat par elle-même, si ce n'est par la présence de la bride courte ou longue qu'elle crée dans l'abdomen, entre l'intestin et la paroi. Elle expose par contre à des fautes sérieuses si on ne la perçoit pas ou si on ne la prévoit pas.

Traitement. — A cette triple évolution appartiennent des indications thérapeutiques diverses.

La ligature éloignée de la base du cordon met sûrement à l'abri du danger d'étreindre l'ouraque ou le diverticule.

La fistule constituée, on temporise si l'écoulement est muqueux, on intervient s'il y a dérivation abondante des matières et surtout prolapsus, car le pronostic, bénin dans le premier cas, est fort grave dans le second. Réséquer l'ombilic, attirer en dehors le diverticule, le sectionner au niveau de sa base, suturer l'intestin, suturer la paroi, telle est l'opération exécutée avec succès par Shepherd et par A. Broca. Elle n'est pas sans danger (Alsberg).

Lorsqu'il y a prolapsus intestinal, le danger est plus grand encore que dans le prolapsus diverticulaire. Barth, dans son cas, déchira l'appendice au cours de la réduction, les anses firent issue et il y eut mort par péritonite, malgré l'ablation de l'appendice et la suture de l'intestin. Il conseille de commencer par la laparotomie, de réduire par tractions l'intestin et de procéder ensuite à la résection du diverticule. Karewski ayant suivi cette technique perdit son opéré; il cite un cas de guérison appartenant à Kehr (opération faite à 28 ans). Il se propose pour l'avenir de débrider l'anneau ombilical, et si cela ne permet pas la réduction, d'établir promptement un anus contre nature.

Pour les hernies viscérales du cordon l'abstention fut longtemps la règle. Les premières interventions commandées par des circonstances impérieuses : rupture des enveloppes, début de péritonite, rarement occlusion, furent souvent heureuses, et entraînèrent dans nombre de cas l'opération préventive dont le succès fut plus grand encore. Depuis 1882, où paraît un tableau de Lindfors, plus tard complété par Berger, jusqu'à nos jours, nous avons pu réunir 64 cas sur lesquels nous nous appuyons pour peser les indications, tout en ne nous dissimulant pas les causes d'erreur qu'il y a à réunir des faits disparates traités par 56 chirurgiens différents!

Dix abstentions donnent 6 morts (nous ne parlons bien entendu que des sujets viables), soit une mortalité de 60 p. 100, et 54 interventions, 12 morts, soit une mortalité de 26 p. 100 si l'on ne tient pas compte des deux résultats restés inconnus, d'environ 29 p. 100 si l'on considère que ces deux sujets ont succombé. Malgré les causes d'erreur possibles, il y a un tel écart entre ces deux chiffres que l'avantage est évidemment à l'intervention. Celle-ci comprend trois méthodes.

La *ligature percutanée* consiste à réduire la hernie, à étreindre dans les mors d'un clamp son pédicule cutané, à ouvrir le sac pour s'assurer qu'il n'y reste pas d'organes adhérents, à les réduire, bien entendu, s'il y en a, à passer ensuite au-dessus du clamp une ligature en chaîne. Pour être réalisable, cette opération demande donc : 1° la réductibilité entière de la hernie ; 2° de grandes dimensions à la paroi abdominale, deux conditions peu fréquentes. Nous ne la voyons exécutée que 5 fois sur lesquelles 2 morts, Dans un cas l'appendice avait été pris dans la ligature, dans l'autre la mort survint inopinément au 15° jour, par nutrition insuffisante de l'enfant, dit l'auteur, la plaie abdominale étant bien fermée. La mortalité brute de 40 p. 100 est donc sans doute exagérée. C'est une opération qui peut rendre des services dans des cas donnés et lorsque les défectuosités du milieu et de l'outillage empêchent de mieux faire.

La laparotomie extra-péritonéale ou méthode d'Ohlshausen, a donné 6 guérisons sur 7 cas (1 résultat inconnu). Le principe repose sur l'utilisation du plan de clivage qui existe entre les deux feuillets de la paroi herniaire. On abrase délicatement le plus superficiel, on lie les vaisseaux ombilicaux, on avive la peau et on la réunit. Il est clair qu'en procédant ainsi on n'ouvre pas le péritoine et que les risques opératoires sont singulièrement amoindris, mais il est certain aussi que l'opération est incomplète, qu'elle ne pare qu'aux accidents immédiats qui résulteraient de la rupture des enveloppes et qu'elle laisse subsister la hernie; les viscères conservent en effet leur situation anormale, leurs adhérences avec la poche ou avec l'anneau. Le plan surajouté étant exclusivement cutané, n'est pas de taille à résister à leur poussée. Presque toujours, malgré la présence d'un pansement compressif, il se laisse forcer immédiatement, et une éventration primitive se produit.

La *cure radicale* a des prétentions plus élevées. Elle se propose la *restitutio ad integrum* de la paroi malformée. Ouvrir la hernie, réduire les viscères, réséquer la totalité de la poche, restaurer la paroi abdominale par une suture à étages comme après toute laparotomie, tels sont les temps qu'elle comporte.

La réalisation n'en est pas toujours aisée; les adhérences des organes à la paroi rendent souvent difficile la réduction. On s'accorde dans ces cas à leur abandonner, après en avoir découpé le contour, les petits segments du sac auxquels ils adhèrent, selon les habitudes actuelles en chirurgie abdominale. On sectionne les brides anormales, les adhérences épiploïques, on peut être même contraint à réséquer un ligament normal et à débrider l'anneau. Les difficultés provenant du sac une fois levées, restent celles qui dépendent de la cavité abdominale. On a grand'peine parfois, étant donné ses dimensions restreintes, à y faire rentrer les viscères(Trèves a dû ponctionner l'intestin), ou bien cette réintégration est suivie de phénomènes asphyxiques par obstacle à la contraction du diaphragme (Breus), asphyxie qui d'ailleurs ne persiste généralement pas (25 minutes dans le cas de Dunlap). Pour lier les sutures, Hinkson dut exercer sur les bords des tractions progressives avec des pinces jusqu'à ce que l'affrontement fût obtenu.

Résultats immédiats sur 42 cas, 10 morts et un résultat inconnu, soit une mortalité de 26 p. 100. Dans 26 cas où l'on a opéré sans autre indication que l'existence de la hernie, il y a eu 5 morts, soit 19 p. 100. Lorsque le chirurgien est intervenu en présence de phénomènes d'occlusion avec ou sans péritonite, il y a eu 3 morts sur 6 opérations; de péritonite au début,

2 morts sur 5; de déchirure des membranes, 1 mort sur 3.

Ces chiffres démontrent : 1° que l'on peut intervenir, avec quelques chances de succès même après l'apparition d'accidents graves; 2° que l'on est, en intervenant en dehors de tous accidents, dans des conditions infiniment meilleures, et le corollaire est que cette intervention doit être aussi précoce que possible.

Si nous comparons les résultats de la ligature, de la cure extrapéritonéale et de la laparotomie, nous trouvons que cette dernière opération, plus sérieuse que la précédente, moins grave que la première, peut seule prétendre à réaliser dans quelques cas la guérison radicale, que seule elle peut s'adresser aux complications, qu'elle est donc au total la méthode générale de traitement, les autres étant réservées à des cas particuliers.

Faut-il toujours intervenir? M. Berger répond : « Lorsque la hernie est petite et facilement réductible, qu'elle paraît pourvue d'un sac péritonéal propre, présentant une certaine épaisseur et une vitalité suffisante, il est permis d'abandonner la guérison à la nature, ou tout au moins de faire de l'expectation. Mais dans tous les cas où les enveloppes sont minces et transparentes, où elles menacent de se rompre, dans ceux surtout où le contenu de la hernie est irréductible, il n'y a nulle hésitation à intervenir de très bonne heure. »

Or la difficulté est grande de reconnaître exactement l'épaisseur, la résistance et la vitalité du sac. Nous serions portés à considérer comme justiciable de la cure sanglante toute hernie de cordon : volumineuse elle mérite ce traitement, car elle est grave; petite elle est moins grave, mais le danger opératoire est réduit au minimum. Nous n'excepterions de cette loi que les nouveau-nés : 1° manifestement trop chétifs pour supporter une intervention quelconque ou nés trop avant terme, et encore M. Berger a-t-il guéri un enfant qui joignait à ces mauvaises conditions un début de péritonite; 2° atteints de malformations évidemment incompatibles avec l'existence. Mais comme telles faut-il bien compter une fistule stercorale (Auvard, Perriol), l'absence du gros intestin, le grêle s'abouchant à l'anus (Robertson), l'imperforation anale, et même la présence du cœur au milieu des anses d'intestin grêle? La notion classique est de « songer d'abord à la malformation grave à brève échéance et attendre, pour mettre ordre à la hernie du cordon, que la première opération ait donné un résultat. »

Ces indications opératoires s'étendent même aux éventrations. Si dans certains cas, tels que ceux de Breuss et de Benedikt, qui ont guéri, on ne peut affronter toute l'épaisseur de la paroi, on se contente d'affronter la peau après l'avoir disséquée sur une plus ou moins grande étendue. Si cela même ne suffit pas, on peut, à l'exemple de ce qu'a fait M. Lannelongue pour l'ectopie cardiaque, libérer les téguments latéralement par deux incisions verticales et rapprocher plus facilement sur la ligne médiane les bords internes des lambeaux. M. Condamin a proposé de faire porter ce débridement sur les muscles eux-mêmes. Enfin, M. Roché de Saint-Sauveur a publié une observation de hernie plus grosse qu'une grenade dans laquelle l'ouverture, longue de 10 centim., fut seulement rétrécie par suture de ses extrémités supérieure et inférieure, les 4 centim. du milieu ne purent être recouverts, la guérison survint cependant.

Le principe de l'intervention admis, il nous paraît qu'elle doit être aussi hâtive que possible. L'étude des observations où est indiquée la date de la naissance est significative. 2 opérations dans la 1re heure, 2 guérisons; 3 opérations entre 2 et 4 heures, 3 guérisons; 6 opérations entre 6 et 10 heures, 5 guérisons, 1 résultat inconnu; 7 opérations dans les 24 heures, 6 guérisons, 1 mort; 3 opérations quelques heures après la naissance, 2 guérisons, 1 mort. Soit 14 p. 100 de mortalité si l'opéré douteux de Péan a succombé, 10 p. 100 si l'on ne tient pas compte de cette observation incomplète. Statistique d'autant plus belle que dans deux de ces cas il y avait perforation des membranes (Laraberie, Manotti). Au regard, sur 15 opérations faites au-delà des 24 premières heures, nous comptons 5 décès, soit 30 p. 100.

Nous remarquons en effet que dès le 2° jour on trouve parfois de la péritonite commençant ou des phénomènes d'occlusion. C'est que les membranes commencent immédiatement à se flétrir et peut-être à devenir perméables aux agents infectieux. Elles tendent certainement de plus en plus à en recéler dans leurs plis et deviennent d'autant plus difficiles à désinfecter au moment de l'opération que, friables, elles ne supporteraient pas, sans se déchirer, une friction énergique.

La temporisation est donc dangereuse au point de vue de la péritonite spontanée et de la septicité opératoire.

L'opération doit être rapide. La chloroformisation l'abrège, en permet l'exécution régulière, sans poussée intestinale excessive, et est bien supportée, même dès la première heure. Tout refroidissement pouvant être mortel doit être prévenu pendant et après l'intervention.

Hernies fœtales. — Sous ce titre, Nicaise décrit les hernies du cordon présentant un pédicule. Nous les avons placées dans la première variété à laquelle le plus grand nombre d'entre elles appartient manifestement. Aucun signe ne permet de distinguer pendant la vie une hernie fœtale d'une hernie embryonnaire. Dans le doute, il nous paraît chirurgicalement plus prudent de maintenir tous ces faits dans le cadre des hernies embryonnaires. Les considérer comme fœtales a pour corollaire, en effet, l'abstention systématique et l'attente de la guérison spontanée, pratique que condamnent les statistiques.

Sont au contraire fœtales deux sortes de hernies : 1° celles qui accompagnent la hernie diverticulaire vue déjà et sur laquelle nous ne revenons pas; 2° les hernies supérieures obliques. Attribuée par Richet au glissement du péritoine dans le canal ombilical, tel qu'il l'a décrit, cette forme nous semble nettement congénitale. Nous avons pu trois fois, grâce à M. Queirel, la voir avant la chute du cordon, nous en avons recueilli plusieurs cas dans la première et la deuxième enfance.

Elle se caractérise cliniquement par la présence d'une tumeur qui non seulement distend l'ombilic mais se prolonge au-dessus de lui.

Comme les hernies directes qui sont postérieures à la naissance et qui nous paraissent plutôt des hernies de faiblesse (anneau ombilical non encore fermé ou pathologiquement relâché), la hernie oblique tend à guérir spontanément, dans l'immense majorité des cas (premières années), mais peut devenir justiciable de la cure radicale.

Hernies inguinales.

Pendant la descente du testicule, achevée au cours du 9° mois les parois du canal inguinal sont constituées par un même tissu conjonctif tapissé intérieurement par l'épithélium péritonéal. Ultérieurement elles se distinguent en deux plans, l'un externe, fibreuse commune qui se continue avec le *fascia propria* et forme la gaine définitive du cordon; l'autre, interne séreux, prolongement du péritoine, est le *canal vagino-péritonéal*, dont l'oblitération se fait en général vers l'âge de 10 à 20 jours. Lorsque ce canal persiste en totalité, il se présente avec les caractères suivants (Ramonède) : sur la face péritonéale de la paroi abdominale antérieure on voit dans la fosse iliaque même, à un centimètre en arrière de l'arcade crurale, un pli péritonéal mince, tranchant, résistant, disposé transversalement, c'est le pli rétro-inguinal. Continu en haut avec le péritoine pariétal, il présente un bord inférieur libre, concave; sous son extrémité interne s'engage le canal déférent, sous l'externe, les vaisseaux spermatiques. Le repli tendu forme avec la paroi un infundibulum oblique en haut et en dehors dont le sommet correspond à l'orifice interne du canal inguinal, orifice constitué par une perforation du *fascia transversalis*. Cette poche propéritonéale est la première portion du canal vagino-péritonéal.

La seconde est comprise dans le canal inguinal, séparée souvent de la première par une plicature de la séreuse en forme de diaphragme d'opticien, elle change absolument de direction et se porte en avant, en dedans et en bas. Un stylet engagé dans la première partie ne peut donc pénétrer dans la deuxième qu'après avoir décrit autour de l'orifice de communication un angle obtus ouvert en dedans et en bas. Cette deuxième portion insufflée paraît ovoïde, parfois même sphérique. Elle se continue au niveau de l'orifice externe avec la troisième par un nouveau rétrécissement, rarement valvulaire, et un nouveau coude (angle obtus ouvert en bas et en dedans).

Le troisième segment, vertical, présente fréquemment plusieurs rétrécissements qui lui donnent, lorsqu'il est distendu, l'aspect moniliforme. L'un, presque constant, serré ou à peine

ébauché, fréquemment en diaphragme, correspond à la limite supérieure de la vaginale.

Dans sa première portion — intra-pariétale — le canal vagino-péritonéal est directement au-dessus du canal déférent situé en dedans, des vaisseaux spermatiques situés en dehors. Dans la deuxième, il est couché sur l'arcade crurale, recouvert par le bord inférieur des petits oblique et transverse, il est engainé par la tunique fibreuse qu'entoure bientôt un revêtement musculaire, le cremaster. Les éléments du cordon qui l'y accompagnent sont au-dessous et en arrière de lui. Dans la troisième — extra-pariétale — il est en avant et en dehors.

A ces trois segments correspondent trois degrés de malformation, l'oblitération pouvant se faire à des hauteurs différentes. Les parties oblitérées peuvent être représentées par un mince cordon fibreux — ligament de Cloquet — unissant à la vaginale le fond du diverticule pritonéal. L'opinion de Hunter, que l'oblitération du canal commence au niveau de la jonction avec le péritoine est par là démentie, et il est plus naturel d'admettre qu'elle commence au niveau de l'anneau externe (Féré), au milieu du canal (Jarjavay), que souvent aussi les centres de soudure sont multiples (A. Broca).

Les rétrécissements valvulaires constituent, à n'en pas douter, une ébauche de l'oblitération. Lorsqu'on examine avec attention des pièces de kyste du cordon, on trouve fréquemment la cavité du canal vagino-péritonéal cloisonnée en tous sens par des plicatures séreuses, les unes transversales, les autres obliques, d'autres enfin longitudinales. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société anatomique une douzaine de pièces de ce genre, recueillies opératoirement par M. Broca. Dans tous ces cas, de même que dans tous ceux qu'il a opérés depuis, à l'oblitération incomplète du trajet, qui était l'origine du kyste, se joignait une perméabilité absolue de l'orifice péritonéal, autrement dit, tout kyste du cordon était surmonté d'une hernie.

Chez l'homme. — 1° *Testicule en position normale.* — Suivant qu'il y a anomalie au 1er, 2e ou 3e degré, les viscères en s'engageant dans le sac préformé constituent une hernie propéritonéale, funiculaire, testiculaire.

Le sac propéritonéal se combine d'ordinaire à un sac extra-pariétal dont il constitue un diverticule généralement situé dans la fosse iliaque, plus rarement médian entre la vessie et le pubis, plus rarement encore pelvien au niveau de la surface quadrilatère.

La hernie funiculaire est dite interstitielle lorsqu'elle s'arrête à l'orifice externe, extra-pariétale quand elle le dépasse.

Les caractères anatomiques à l'aide desquels on peut distinguer une hernie congénitale d'une hernie acquise (ce qui ne présente de difficultés que pour la variété funiculaire), sont : présence de valvules ou diaphragme à son intérieur et particulièrement aux points d'élection; continuité avec la vaginale par un cordon fibreux; adhérence aux parties voisines contrastant avec la laxité du sac acquis constatée par Scarpa; adhérence forte, notamment avec le canal déférent, qui fait parfois saillie dans sa cavité comme une colonne charnue dans le cœur; enveloppement par la tunique fibreuse et le crémaster seulement, alors que la hernie acquise oblique externe, qui présente seule les mêmes rapports, possède en outre une gaîne fournie par le *fascia transversalis*.

A l'aide de ces éléments on constate la fréquence considérable des hernies congénitales. Il est difficile de donner pour l'adulte des chiffres exacts. Chez l'enfant ils en constituent la presque totalité, 2 seulement n'avaient pas cette origine sur 900 cas opérés par A. Broca, ce qui équivaut presque à ce qu'a dit Kocher : « Avant 15 ans jamais de hernie directe ou interne », et ce qui dépasse singulièrement la proportion de Demme attribuant aux hernies acquises le 1/10 des cas de cet âge.

2° *Testicule en ectopie arrêté sur sa route normale.* — La hernie congénitale y est à peu près constante.

Le testicule en *ectopie cruro-scrotale* c'est-à-dire ayant franchi l'anneau externe, mais non descendu au fond des bourses, est accompagné d'une hernie tantôt funiculaire, tantôt testiculaire qui reste au-dessus de lui, l'atteint ou le dépasse, présentant à son niveau un point rétréci, exceptionnellement capable de causer un étranglement.

Lorsqu'il il y a *ectopie inguinale* le sac, presque toujours testiculaire, passe sur la face antérieure du testicule et traverse l'anneau du grand oblique donnant passage à l'intestin. Parfois il présente un rétrécissement le séparant incomplètement en deux loges, inférieure pour le testicule, supérieure pour les viscères. Rarement le sac se développe sur place entre le *fascia transversalis* et l'aponévrose du grand oblique constituant la hernie interstitielle type décrite par M. Tillaux.

Le testicule en *ectopie abdominale* peut présenter une loge rudimentaire, susceptible de causer un étranglement interne; il est ordinairement (Championnière) accompagné d'une hernie où son extrémité antérieure tend à s'engager, ce qui provoque de vives douleurs. Longtemps considérée comme acquise, cette hernie a sa congénitalité (reconnue déjà par Malgaigne, Hulke), expliquée par la préformation de la vaginale.

En résumé, la hernie qui accompagne le testicule en ectopie peut demeurer en deçà et rester méconnue — disposition sur laquelle insiste M. Championnière — généralement elle l'atteint et même le dépasse beaucoup.

Presque toujours, lorsqu'il il y a ectopie d'un côté il y a hernie de l'autre, même si le testicule est en place normale.

3° *Testicule en migration anormale.* — Quelque soit le trajet anormal suivi par le testicule, il peut y avoir coexistence d'un sac herniaire. Tous ces faits rares s'accompagnent d'une insection vicieuse du gubernaculum (Berger).

Dans le sexe féminin, le canal vagino-péritonéal est exactement représenté par le canal de Nück, dont la perméabilité est moins fréquente. Le ligament rond lui adhère intimement. Un certain nombre des hernies auxquelles il donne passage, semble de même que chez l'homme, lié à une anomalie dans la migration des organes génitaux, sous l'influence du ligament rond, analogue chez la femme au gubernaculum. (Deneux, A. Broca.)

Contenu. — Le sac préformé d'une hernie inguinale congénitale peut recevoir tout organe normalement ou anormalement flottant dans l'abdomen.

Chez l'enfant l'épiplocèle est rare, mais moins qu'on ne le dit, puisque Broca l'a rencontré 90 fois dans 900 cures radicales. Chez l'adulte sa fréquence augmente.

L'intestin grêle est l'hôte le plus habituel des sacs congénitaux, sa dernière anse principalement. C'est elle — bien plus souvent que des adhérences testiculaires possibles mais rares — qui entraînerait, d'après Broca, le cæcum et l'appendice. La fréquence de ces organes dans le sac est plus grande que dans les hernies acquises. La plupart des observations, en effet, se rapportent à l'enfance (16 sur 22, Mérigot de Treigny) et Broca en a même disséqué un cas sur un fœtus de 7 mois.

L'S iliaque y est beaucoup plus rare malgré son long méso. Quant au reste du côlon il ne peut pénétrer dans le sac que par glissement des parties voisines du péritoine. Ainsi s'expliqueraient toutes les adhérences charnues naturelles dans les hernies congénitales, notamment celles du côlon dans les hernies cæcales compliquées de Tuffier.

Une hernie congénitale réductible se distingue d'une hernie acquise en ce qu'elle frappe seule des sujets vigoureux et jeunes et qu'elle atteint d'emblée un notable développement. La présence du testicule noyé au milieu des anses intestinales ou son ectopie sont sa signature. Les formes en bissac, à étranglements étagés, lui appartiennent. On est en droit encore de croire à la congénitalité s'il y a concomitance de kyste du cordon, antécédent d'hydrocèle communicante ou de hernie de l'enfance crue guérie par le bandage.

La hernie congénitale est plus mal tolérée que l'acquise. Elle est beaucoup plus douloureuse, ce qui est parfois sous la dépendance du testicule mais tient plus généralement aux rétrécissements du sac. La même condition la prédispose à l'étranglement, modifie les conditions et augmente les dangers de cet accident, fréquent surtout dans les premiers mois et d'autant plus grave que la hernie a été jusqu'à lors plus facile à contenir.

Pour ce double motif, douleur, étranglement, par les troubles testiculaires qui peuvent être sous sa dépendance, la hernie congénitale est plus grave que l'acquise. Elle vaut mieux au point de vue de la prise qu'elle donne au traitement.

Traitement. — Nombre de hernies congénitales pourraient être évitées par l'observation exacte des lois de l'hygiène infantile dans l'allaitement et à partir du sevrage et en soustrayant l'enfant aux efforts de défécation causés par la constipation, à

ceux de la miction dus à un phimosis ou à un calcul vésical par la taille hypogastrique.

La hernie constituée, trois ordres de moyens restent en présence : le bandage, la méthode sclérogène, la cure radicale.

Le *bandage* en caoutchouc, indiqué chez le nourrisson, est bientôt insuffisant. On le remplace alors — et le moment où ce changement doit se faire ne peut être réglé qu'en suivant individuellement chaque enfant — par le bandage à ressort, seul applicable d'ailleurs à partir de 18 mois, deux ans au plus. L'un et l'autre exigent une attention soutenue, car ils se déplacent facilement, des soins de propreté rigoureux, sinon ils irritent et excorient les téguments. Ils doivent être portés nuit et jour.

Quelle est leur efficacité? L'opinion autrefois classique était : guérison presque assurée jusqu'à 15 ans, action purement palliative chez l'adulte.

La première de ces propositions est actuellement contestée. MM. Berger et Kirmisson estiment que « jusque vers cinq ans le bandage peut parfaitement encore conduire à la guérison ». Tous deux reconnaissent que c'est surtout dans la première année que cet heureux résultat peut être obtenu, qu'il a d'autant moins de chances de se produire et nécessite un traitement d'autant plus long, que la hernie est apparue plus longtemps après la naissance. M. Broca est moins optimiste encore. Il a vu chez des nourrissons, malgré une application constante et correcte de l'appareil, des hernies persister et même s'accroître, il a opéré des adultes qui n'avaient depuis leur première enfance cessé d'y être soumis, il insiste sur la fréquence des récidives survenant plusieurs années après guérison apparente. Il a constaté plusieurs fois une cause d'échec, l'adhérence au sac d'une frange épiploïque trop mince pour être perçue cliniquement et laissant croire à la réduction de la hernie.

En résumé la règle pour le bandage est la suivante : on doit l'appliquer chez le nourrisson, on le peut dans la deuxième enfance, il faut y renoncer à partir de l'adolescence. Lorsqu'il a été porté avec persévérance pendant un ou deux ans, si la hernie sort dès qu'il est retiré, il est bon, quel que soit l'âge de proposer l'opération. On le fait d'emblée généralement s'il y a ectopie testiculaire. Nul, en effet, n'applique plus de bandage lorsque le testicule est intra-pariétal et, lors même qu'il a franchi l'anneau externe, la plupart des chirurgiens renoncent, avec Broca, à l'ancien bandage en fourche impuissant pour la hernie, offensif pour le testicule.

Comme le bandage, la *méthode sclérogène* du professeur Lannelongue s'adresse aux hernies réductibles avec testicule en position normale. De nombreuses expériences sur les animaux lui ayant démontré que des injections de chlorure de zinc faites en dehors du péritoine produisaient, en même temps que la formation dans cette zone d'infimes inflammations évoluant bientôt dans le sens fibreux, une prolifération des éléments de la surface interne de la séreuse et des adhérences. M. Lannelongue appliqua ces injections autour du sac pour provoquer son oblitération par un mécanisme semblable à celui de son oblitération normale, la base herniaire étant d'autre part comblée par une large cicatrice.

Le malade étant endormi et l'orifice profond du canal comprimé par un aide, une série d'injections de chlorure de zinc au 1/10 est faite sur le squelette même de la région en dedans et en dehors du cordon soigneusement récliné du côté opposé à la piqûre, la dose étant de 30 à 40 gouttes en 4 à 5 injections chez les enfants de moins de 5 ans, de 40 à 60 gouttes entre 5 et 15 ans, de 80 gouttes au-dessus de cet âge. Une séance suffit, en général. La région est recouverte ensuite d'un pansement compressif. Pendant 1 jour ou 2, il peut y avoir quelque douleur et même une notable élévation thermique. Les jours suivants, on constate un gonflement inflammatoire assez intense non seulement dans le tissu cellulaire, mais dans les couches ostéo-périostiques. Il cède bientôt à mesure que s'organise une cicatrice puissante dure et dense qui bouche le canal.

Vers le 10e jour, le sujet peut se lever.

Les résultats immédiats présentés par l'auteur sont les suivants : 44 interventions sur des sujets de moins de 20 ans, 41 succès, 3 échecs. M. Demars a la statistique suivante : 66 interventions, 6 succès. M. Nimier, 10 opérations, 10 succès.

« Quant aux résultats définitifs, il convient d'attendre, dit M. Berger, que les succès aient pu être suivis et leur caractère définitif constaté au bout d'un certain nombre d'années. »

La cure radicale. — Dans la hernie congénitale, « il s'agit moins de sujets dont la paroi s'effondre que de sujets ayant un trou ou un canal dans une bonne paroi », dit M. Championnière. Aussi quelques chirurgiens se bornent-ils à disséquer, lier et réséquer le sac, à ne faire ensuite que la suture des piliers et ont-ils enregistré de nombreux succès (dont l'un a pu être vérifié anatomiquement), succès qu'une méthode semblable n'aurait su leur donner dans la hernie acquise (2 récidives sur 100 interventions).

La majorité des chirurgiens, avec MM. Championnière, Broca et Berger, conserve ici la technique habituelle, visant, outre la destruction de tout diverticule séreux complet ou ébauché, la réfection de la paroi. La condition la plus favorable à ce double but est d'agir sur le segment intra-pariétal du cordon après section de l'aponévrose du grand oblique à partir de l'orifice externe dans le sens du canal. Entre ses lèvres repérées et écartées, chacune par une pince, le cordon apparaît. Deux traits de bistouri donnés suivant son axe fendent le crémaster d'abord, la fibreuse commune ensuite et conduisent sur le sac. Une boutonnière y est faite. L'indicateur gauche y est introduit, la pulpe du droit agissant sur sa face externe le décolle de la fibreuse qui l'entoure et des éléments du cordon ; cette séparation est ici beaucoup plus facile que dans les segments sous-jacents et en particulier qu'au voisinage du testicule ; elle est poussée jusqu'à son ampoule terminale si le sac est funiculaire, suivie, le clivage circonférenciel achevé, d'une section transversale si le sac es, testiculaire. Dans l'un et l'autre cas, de fortes tractions sont ensuite exercées sur son insertion péritonéale de façon à détruire toute trace d'infundibulum, ce qui n'est obtenu qu'après avoir amené dans la plaie et séparé de la séreuse vaisseaux épigastriques et graisse jaune sous-péritonéale. Le sac est lié aussi haut que possible puis réséqué.

Pour reconstituer la paroi, nombreux sont les procédés proposés, tous sont bons à une condition, c'est que, soigneusement exécutés, ils laissent immédiatement et pour toujours au doigt explorateur l'impression que non seulement sur l'ancien foyer de la hernie il n'y a aucun point faible, mais encore que c'est la partie la plus forte de la paroi. Il faut qu'il y ait sur le trajet, qu'on nous passe l'expression, un cal musculo-tendineux volumineux, vivace et résistant. C'est ce qu'obtiennent les procédés de MM. Championnière et A. Broca qui, pour ce motif, nous semblent supérieurs. Peu importe d'ailleurs l'agent utilisé, métal, soie ou catgut, pourvu qu'il soit stérile. Par contre les procédés sans fils perdus — quelque ingénieusement qu'ils aient été conçus — ne nous semblent pas présenter les mêmes garanties de solidité ; ils n'ont pas encore la sanction du temps, jusqu'à plus ample informé nous ne sommes donc pas tentés de leur sacrifier des moyens éprouvés.

Lorsqu'il y a ectopie, le même procédé reste applicable. Ce n'est qu'après la libération totale et très exactement exécutée du sac que l'on peut s'adresser aux adhérences propres du testicule et du cordon, les détruire et abaisser la glande ou dans des cas extrêmement rares (impossibilité absolue de l'abaissement en raison de la brièveté des vaisseaux même après déroulement du canal déférent et de l'épididyme) se décider à l'enlever. Avant de consentir à ce sacrifice on pourrait recourir au procédé décrit l'an dernier par MM. Nélaton et Ombredanne. Ils incisent et repèrent parois antérieure et postérieure du canal, dégagent le cordon, le font sortir du bassin par un orifice taillé dans le pubis. Les deux parois sont reconstituées sur toute leur longueur sans que l'une ou l'autre présente d'orifice et par conséquent de point faible. Quant au cordon il doit à son émergence plus bas située et plus interne ainsi qu'à sa position sous-péritonéale dans son trajet pelvien la possibilité de se redresser et de permettre ainsi au testicule de descendre plus bas vers les bourses.

La bénignité et l'efficacité de la cure radicale en général ne sont plus à démontrer. Pour la hernie congénitale, elles sont plus éclatantes encore. La statistique intégrale de M. Broca, nous le montre : 150 cas au-dessous de 2 ans, 3 morts (une athrepsie, deux broncho-pneumonies) ; 900 cas au-dessus de cet âge, une mort (péritonite). La différence entre la gravité chez le nourrisson et l'enfant tient à la façon très médiocre dont le premier supporte l'hospitalisation avec son corollaire fréquem-

ment obligé (sevrage ou biberon). Aussi, tant pour ce motif qu'en raison de la curabilité par le bandage, tend-on à différer la date de l'opération. M. Championnière la porte à 6, 7 ans, MM. Berger et Kirmisson à 5 ans, M. Broca, à 2 ans. On n'intervient plus tôt que lorsque, malgré le bandage, la hernie continue à croître (Frœhlich), est impossible à contenir, entraîne dans l'alimentation des désordres graves, pouvant aboutir à une véritable cachexie herniaire (Broca), et bien entendu, enfin, s'il y a étranglement.

L'efficacité n'est pas moins démontrée par cette statistique. Les enfants étant fréquemment revus après l'opération, pendant 1 an au moins, elle ne relève de récidive que dans 1 p. 100 des cas. Celle-ci survenant, en général, à l'angle supérieur de la plaie, est d'ailleurs curable par une nouvelle intervention. Or, tous les enfants ou adultes qui ont subi la cure radicale, reprennent après leurs trois semaines de lit — et ce sans bandage — leur jeux ou travaux. Nombre d'entre eux sont restés guéris après broncho-pneumonie ou coqueluche. Une vérification anatomique, faite 3 mois après l'intervention chez un enfant mort de broncho-pneumonie, a permis de constater l'absence de toute dépression péritonéale.

Hernie congénitale étranglée. — Ramonède la déclare toujours justiciable de la cure opératoire, car le taxis est, dit-il, inefficace et dangereux : inefficace, car l'agent de la constriction est hors de portée par sa profondeur et trop serré pour qu'on puisse lutter contre lui; dangereux, car il peut achever la destruction de l'intestin, refouler le sac en masse ou seulement les parties herniées avec l'anneau qui les enserre. Bien que la première proposition soit contestable (la plupart des hernies étranglées de l'enfance, toutes congénitales, sont réductibles sous chloroforme), on s'accorde généralement de plus en plus, à cause de la seconde, à pratiquer d'emblée, comme le conseille Ramonède, l'opération sanglante, d'autant plus bénigne qu'elle est plus hâtive. Plus que pour toute hernie, l'ouverture doit être large afin qu'aucun rétrécissement ne soit négligé, que les parties herniées soient intégralement exposées, que la réduction soit réelle. Toujours on la fait suivre de la cure radicale qui, ne prolongeant guère et n'aggravant pas l'opération, met définitivement le malade à l'abri des inconvénients et des dangers de son infirmité.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Mazaud (Marc). *Recherches expérimentales sur les variations de la toxicité des urines au cours de la scarlatine*. N° 409. (H. Jouve.)

M. Constantin (Albert). *Des hyperglobulies*. N° 611. (H. Jouve.)

M. Michel-Dansac (A.). *De l'érythrocytose dans ses rapports avec l'insuffisance hématopoiétique*. N° 58. (Carré et C. Naud.)

M. Martin (Eugène). *Action protectrice du ganglion lymphatique dans diverses affections. Rôle de sa sécrétion bactéricide*. N° 597. (H. Jouve.)

M. Heyman (Jacques). *L'adénomégalie dans la cirrhose biliaire hypertrophique*. N° 657. (H. Jouve.)

M. Noisette (Georges). *Recherches sur le champignon du muguet*. N° 310. (Carré et Naud.)

M. Jolly (Justin). *Recherches sur la valeur morphologique et a signification des différents types de globules blancs*. N° 625. (Masson.)

M. Labbé (Marcel). *Étude du ganglion lymphatique dans les infections aiguës*. N° 383. (Carré et Naud.)

Pour la plupart des maladies infectieuses, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, la variole, le paludisme, dans la période fébrile, la toxicité urinaire est au-dessous de la normale, rarement au-dessus.

Au contraire, d'après les recherches de M. Mazaud, dans la scarlatine, le contraire est la règle, la toxicité est voisine de la normale, mais plus souvent au-dessus qu'au-dessous. Ce fait est à rapprocher de la fréquence avec laquelle le rein est lésé dans la scarlatine. Au moment de la guérison pour toutes ces infections y compris la scarlatine, il se produit une crise urotoxique qui suit l'abaissement de la température et ne la précède pas. Dans la convalescence, les urines ont une toxicité au-dessous de la normale dans la scarlatine, voisine de la normale pour les autres infections.

M. Albert Constantin, élève de Gilbert, établit l'existence des deux grandes classes d'hyperglobulies : hyperglobulies vraies et hyperglobulies relatives; il fait une large part aux hyperglobulies vraies qu'il a observées plusieurs fois à l'état isolé et qui compliquent presque toujours les hyperglobulies relatives. Il insiste notamment sur l'influence de la dyspnée sur l'augmentation du nombre des globules rouges.

Il a vu des hyperglobulies relatives dans presque tous les cas d'exagération des fonctions éliminatrices ou dans les cas de sécrétions anormales, sauf cependant lorsque cette exagération n'est que l'indice d'une hypersécrétion séreuse intense dans l'organisme : cette hypersécrétion peut fournir alors à de l'hypoglobulie relative et à ces éliminations exagérées. C'est ce que l'auteur trouve dans ce qu'il appelle la deuxième phase de reconstitution des ascites ponctionnées. C'est ce qu'il a observé aussi à propos de la débâcle urinaire des maladies fébriles arrivées à défervescence.

Il n'y a jamais observé nettement que des hyperglobulies vraies. L'hyperglobulie se manifeste bien avant que la débâcle urinaire ne commence et les deux courbes urinaire et globulaire ne concordent pas en vue d'une possibilité d'hyperglobulie relative.

Enfin il insiste sur l'inanité, au point de vue de la détermination d'une hyperglobulie générale, des numérations faites sur du sang pris au niveau de membres œdématiés. L'œdème comprime les vaisseaux périphérique et détermine des hyperglobulies locales, à moins qu'il n'y ait travail de résorption.

M. Michel Dansac a conclu, de nombreux examens cliniques associés à des recherches anatomo-pathologiques microscopiques et à des examens hématologiques, à l'existence d'une affection particulière due à une perturbation hématopoiétique et caractérisée par la persistance ou la réapparition du processus hématopoïétique embryonnaire c'est-à-dire de la cellule rouge fœtale et du globule rouge à noyau; cette affection qu'il nomme *érythrocytose* (un érythrocyte étant un globule rouge à noyau) et qu'il met en regard de la leucocythémie, peut comme celle-ci avoir des formes locales où la prolifération des érythrocytes se fait non dans le sang circulant mais dans les organes hématopoiétiques, les glandes vasculaires sanguines ou les ganglions lymphatiques. Cette érythrocytose essentielle que l'auteur distingue des érythrocytoses symptomatiques dans lesquelles la présence des érythrocytes n'existe qu'à l'état accessoire ou secondaire a des symptômes nombreux tirés tant de l'aspect extérieur que de l'état des différentes fonctions, mais les signes cardinaux sont : 1° l'hypertrophie d'un ou de plusieurs organes lymphoïdes, notamment de l'anneau de Waldeyer (amygdales palatines, bucco-pharyngées et linguales) des ganglions du médiastin, de la rate et des ganglions mésentériquet; 2° la présence d'érythrocytes dans le domaine vasculaire de l'organe lymphoïde hypertrophié et dans le torrent circulatoire; 3° l'absence complète de leucocytes quelle que soit la forme de la maladie. Les formes atténuées ou locales de la maladie sont de beaucoup les plus fréquentes et consistent dans la localisation du processus érythrocytique d'un ou plusieurs organes lymphoïdes dont le développement seul des cellules rouges est la lésion caractéristique. Suivant une marche régulièrement progressive depuis la seconde enfance où apparaissent les stigmates lymphoïdes jusqu'à la puberté où l'on voit survenir soit l'aggravation, soit la disparition des symptômes érythrocytiques, l'érythrocytose, outre les formes hématologiques, peut revêtir suivant les prédominances anatomiques des formes rhino-pharyngées-amygdaliennes, adéno-pulmonaires, intestinales et spléniques, osseuses. La marche est tantôt pyrétique avec poussées aiguës et subaiguës,

tantôt et plus souvent apyrétique, chronique et progressive. Pour l'auteur il faut penser à cette maladie en présence de tout sujet présentant des symptômes d'anémie profonde, une dénutrition ou une hyponutrition caractérisée des engorgements ganglionnaires, des troubles rhino-laryngo-pharyngés. C'est l'examen du sang qui fera le diagnostic; de même que pour les érythrocytoses symptomatiques qui se distinguent de l'érythrose essentielle tant par les symptômes fonctionnels observés que par les résultats différents de l'examen du sang, notamment de l'examen spectroscopique. Le facteur pathogénique de l'érythrocytose pour M. Michel-Dansac résiderait essentiellement dans la constitution moléculaire imparfaite des albumines du sang liée, ou cause, ou résultat, avec le défaut d'alcalinité du sang et du milieu intestinal. Le traitement est basé sur l'emploi des alcalins, des sels de fer, des toniques, et sur l'aclation des amygdales et des végétations adénoïdes, quand il y a lieu; ultérieurement on doit employer un régime fortifiant et tonique et y joindre l'hydrothérapie.

Se basant sur deux observations communiquées par M. le Dr Haan (du Havre), M. Eugène Martin montre le rôle considérable du ganglion lymphatique dans la syphilis, qui, pour lui, joue un rôle dans les infections où les ganglions ont un très grand rôle, ceux-ci disposent d'une sécrétion interne bactéricide; et rappelant les importants travaux de MM. Bezançon et Labbé, l'auteur conclut de son court travail que le ganglion, au point de vue physiologique pur, peut être considéré comme un organe d'arrêt chargé de retenir au passage les bactéries qui ont échappé à la destruction au point d'inoculation. Il constitue un second centre pour la phagocytose qui vient doubler l'action produite au point d'inoculation per les leucocytes d'apport.

L'action du ganglion se parachève dans une fonction d'atténuation de la virulence.

Le ganglion joue un rôle extrêmement actif de protection à la fois contre les microbes et leurs toxines, dans l'infection locale, comme dans l'infection générale.

Avec Gilbert et Fournier, M. Heyman montre que dans un nombre assez considérable de cas (16 cas), les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés au cours de la maladie de Hanot. L'hypertrophie atteint surtout les ganglions dont sont tributaires les lymphatiques du foie, et principalement les ganglions du hile. Les ganglions hypertrophiés sont mous, presque diffluents; ils sont incapables d'exercer une compression effective sur les organes qu'ils avoisinent.

L'adénomégalie s'explique facilement si l'on considère la maladie de Hanot comme le résultat d'une infection chronique des voies biliaires, d'une angiocholite chronique; l'infection locale, biliaire, retentissant par les microbes ou leurs toxines sur les ganglions dont sont tributaires les lymphatiques du foie, amène l'hypertrophie de ces ganglions; pour ce qui est de l'adénomégalie des ganglions éloignés, elle s'explique par l'existence de poussées aiguës qui marquent le cours de la maladie de Hanot et qui correspondent au passage dans la circulation de microbes ou de toxines.

Le champignon du muguet affecte deux formes distinctes : tantôt il est constitué par des levures, tantôt par des filaments mycéliens. C'est ce qui l'a fait considérer comme un type de transition entre les blastomycètes et les mycomycètes; pour cette raison aussi, on lui a donné le nom de myco-levure. Contrairement à l'opinion classique, M. Noisette a constaté que, dans les plaques de muguet buccal, le champignon peut se présenter sous trois aspects différents : on voit le plus souvent des filaments mycéliens mélangés à des levures, parfois des levures sans traces de mycélium, exceptionnellement du mycélium sans levures. En cultivant comparativement plusieurs échantillons de muguet buccal, on voit que tous présentent une somme de caractères généraux, suffisamment constants pour permettre de les considérer comme appartenant à une seule espèce, mais l'espèce saccharomyces albicans comprend un grand nombre de variétés, plus ou moins bien fixées et plus ou moins faciles à ramener au type fondamental.

Le saccharomyces retiré des plaques de muguet s'est toujours montré pathogène, tandis que celui qui provient des angines est généralement dépourvu de virulence. Injectées dans les veines, les cultures des variétés virulentes entraînent la mort en quelques jours; il faut généralement introduire 1 à 2 centimètres cubes. Mais par des passages successifs à travers les animaux, on peut exalter la virulence au point de tuer avec 1/10 de centimètre cube. Les lésions varient quelque peu suivant l'échantillon employé. Les reins sont toujours atteints. Les centres nerveux, l'intestin, le foie, les poumons, sont envahis avec une fréquence qui varie suivant la virulence des levures, la quantité introduite et surtout la variété étudiée.

Dans certains cas, une variété très virulente introduite dans les veines peut tuer rapidement par une sorte de septicémie; à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion. Par des inoculations à doses progressivement croissantes, on peut arriver à conférer aux animaux une immunité notable.

L'injection sous-cutanée ou intrapéritonéale ne produit le plus souvent qu'une lésion locale. Dans certains cas cependant, quand l'échantillon est très virulent, la mort survient, parfois précédée de manifestations nerveuses. L'autopsie ne révèle aucune lésion viscérale et les cultures restent stériles. La mort doit donc être attribuée à une intoxication. M. Noisette conclut que dans l'oïdomycose, comme dans les maladies bactériennes, l'intoxication joue un rôle capital. Le saccharomyces albicans, comme les bactéries, agit surtout par ses sécrétions. Dans les 2 cas, les toxines provoquent des réactions cellulaires, qui aboutissent à des modifications humorales et, dans certaines conditions, confèrent à l'animal une immunité artificielle.

Le sérum se modifie, en effet, profondément chez les animaux infectés ou vaccinés. Il entrave le développement du parasite et provoque l'agglutinement; il agit différemment suivant la variété étudiée. L'emploi du sérum des animaux infectés ou vaccinés peut servir à différencier les variétés du saccharomyces albicans. L'oïdomycose qu'on peut provoquer expérimentalement et parfois observer spontanément chez l'homme est donc une véritable maladie infectieuse.

Etudiant la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs, M. Jolly montre que dans le sang des mammifères, de l'homme en particulier, on ne trouve pas toutes les formes intermédiaires nettes qui permettraient de relier les uns aux autres les leucocytes à noyau arrondi, les leucocytes à noyau polymorphe et les leucocytes à granulations réfringentes éosinophiles : on trouve au contraire toutes les formes intermédiaires entre la plupart des mononucléaires. Dans certains cas de leucémie, on peut rencontrer dans le sang toutes les formes intermédiaires entre les plus petits mononucléaires et les leucocytes à noyau polymorphe. Ces formes existent dans le sang normal, mais y sont rares.

Les leucocytes éosinophiles du sang normal de l'homme ont d'une façon presque constante un noyau remarquable par ses caractères spéciaux, le plus souvent double, quelquefois triple ou plus rarement découpé, jamais, en tous cas, grand et arrondi (comme dans certains cas de leucémie). Il n'y a pas dans le sang normal de l'homme d'intermédiaires véritables entre les fines granulations du protoplasma des leucocytes à noyau polymorphe et les granulations réfringentes éosinophiles.

Les cellules éosinophiles du sang normal de l'homme, du sang de certaines maladies où elles sont en plus grand nombre, possèdent des mouvements amiboïdes véritables. On peut dans la leucémie observer des mouvements partiels au niveau de cellules qui semblent correspondre aux grandes cellules à grand noyau unique et arrondi.

Les petites cellules mononucléaires qui, dans le sang normal de l'homme et dans le sang de certaines leucémies ganglionnaires où elles sont nombreuses, ne paraissent pas en général posséder de mouvements, sont cependant capables de pousser des pseudopodes, si on s'en rapporte aux résultats que donne l'observation de la lymphe des batraciens.

Le noyau bourgeonnant des globules blancs du sang paraît appartenir aux formes les plus actives; la forme bourgeonnante du noyau semble donc, jusqu'à un certain point, révéler l'activité du protoplasma de la cellule, mais ne correspond pas nécessairement à un état préliminaire à la division de celle-ci.

De ces résultats et de ceux que lui a fourni l'étude de la lymphe des batraciens, l'auteur conclut que la distinction des

différents types de globules blancs est justifiée, quand on se place au simple point de vue morphologique et qu'on envisage les formes les plus nettement différenciées. Néanmoins ces éléments font partie de la même famille, car, malgré des différences, l'activité amiboïde, propriété physiologique fondamentale, est commune à tous. Il est très possible qu'une forme unique leur donne naissance.

La différenciation de ces types dépend vraisemblablement de plusieurs facteurs. Parmi eux, il faut distinguer le développement normal et progressif d'une forme jeune, qui explique, en les rapportant à des étapes diverses de leur évolution, certaines formes dissemblables. La diversité des conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent placés les globules blancs pendant leur existence est une autre cause de cette différenciation et certains de ces types ne sont peut-être pas absolument fixes et définitifs.

Dans le sang normal de l'homme et des mammifères, on peut observer entre certains de ces types toutes les formes intermédiaires. D'autres leucocytes apparaissent comme formant des groupes plus distincts. Par conséquent, ce n'est pas seulement dans le sang des voies circulatoires générales, mais aussi dans les organes hémato-poiétiques et ailleurs, qu'il faut rechercher ces formes intermédiaires permettant de réunir les unes aux autres les différentes formes de globules blancs, et qu'il faut aller étudier les conditions qui président aux transformations de ces types morphologiques.

Dans un important mémoire, M. Labbé étudie le ganglion lymphatique dans les infections aiguës. Organe d'origine mésodermique, le ganglion lymphatique est essentiellement constitué par une trame réticulée qui renferme dans ses mailles des cellules lymphatiques. Il est, en même temps qu'un centre de formation de leucocytes, un lieu d'arrêt et de destruction pour certaines substances en circulation dans la lymphe : débris leucocytaires, débris d'hématies, pigment, charbon, etc. Si les ganglions sont altérés dans toutes les maladies infectieuses, c'est surtout dans les infections locales que la réaction ganglionnaire se fait sentir; cliniquement la réaction du ganglion se traduit par l'hypertrophie avec douleur spontanée ou provoquée. A l'autopsie des sujets morts d'une maladie infectieuse aiguë on trouve toujours dans les ganglions des lésions importantes qui portent et sur les systèmes folliculaires et sur les voies lymphatiques; elles sont en général plus marquées dans ces derniers. Les lésions des systèmes folliculaires consistent en processus nécrotiques d'aspect et d'intensité variables, les leucocytes présentent deux sortes d'altérations principales, tantôt il semble que la chromatine des noyaux soit augmentée, tantôt au contraire les cellules altérées sont pauvres en chromatine.

Les lésions des voies lymphatiques portent sur les leucocytes mononucléaires et sur les grosses cellules endothéliales qui, jointes aux leucocytes altérés peuvent obstruer complètement les voies lymphatiques. La nécrose peut aussi frapper en bloc tout le ganglion, la suppuration de l'organe peut enfin être le processus terminal. A côté de ces lésions on trouve aussi des phénomènes de congestion plus ou moins accentués; suivant le microbe en cause on verra prédominer telle ou telle des lésions précitées. Les microorganismes sont rares dans les ganglions et il faut recourir aux cultures pour déceler leur présence.

Pour étudier le mode de réaction du ganglion il faut recourir à la méthode expérimentale. La congestion avec diapédèse de leucocytes polynucléaires est le premier phénomène observé. Le système folliculaire réagit aussi de façon précoce, le réticulum des voies lymphatiques entre très vite en réaction, les toxines microbiennes provoquent une réaction analogue; pendant toute la période de réaction le ganglion offre un mauvais terrain de culture aux microbes. Ceux-ci sont rapidement détruits dans les voies lymphatiques, à moins qu'ils ne franchissent l'obstacle opposé par le ganglion, et passent dans la circulation générale. Le ganglion joue donc un rôle complexe dans l'économie, cependant il présente deux fonctions principales. Par son système folliculaire à l'état normal il concourt à fabriquer des leucocytes et cette fonction s'exagère au début de l'infection. Par son système des voies lymphatiques, à l'état normal, le ganglion fait comme la police de la circulation lymphatique et cette fonction prend une activité extraordinaire dans les infections.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Prostatite glandulaire d'origine gonorrhéique (Casuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis gonorrhoica glandularis), par E. Finger (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1898, vol. XLIII, p. 209). — En s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles, l'auteur montre dans ce travail que la prostatite glandulaire chronique d'origine gonorrhéique a une marche insidieuse et évolue très souvent d'une façon latente. Pour la diagnostiquer, il faut faire l'examen microscopique des sécrétions prostatiques qu'on obtient en exerçant sur la prostate une pression avec le doigt introduit dans le rectum. Le liquide renferme des cellules épithéliales, des corpuscules, du pus et souvent des gonocoques.

Cette prostatite est fréquemment la cause de la récidive de l'uréthrite gonococcique parfaitement guérie. Elle peut aussi être le point de départ d'une infection ascendante et amener des épididymites et de l'hémospermie.

De l'immunité et de la réinfection dans la gonorrhée chronique (Ueber Immunität und Superinfection bei chronischer Gonorrhoe), par J. Jadassohn (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1898, vol. XLIII, p. 319). — Ce travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Une muqueuse atteinte de gonorrhée chronique peut réagir par l'exagération de l'inflammation quand il y a multiplication des gonocoques qu'elle héberge aussi bien que lorsqu'il y a introduction de nouveaux gonocoques.

2° Une muqueuse atteinte de gonorrhée chronique peut ne plus réagir en cas de multiplication de ses propres gonocoques, mais répondre par une recrudescence de l'inflammation à l'introduction de nouveaux gonocoques.

3° Une muqueuse atteinte de gonorrhée chronique peut ne plus réagir contre la multiplication de ses propres gonocoques ni contre l'introduction de nouveaux gonocoques; elle jouit alors, dans ce sens, d'une sorte d'immunité contre la gonorrhée aiguë.

De la symptomatologie de l'uréthrite totale (Ueber Symptome der Urethritis totalis), par S. Rona (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1898, vol. XLIN, p. 141). — Conclusions :

1° Sur 160 malades atteints d'uréthrites aiguës, examinés par l'auteur, 26 avaient des uréthrites antérieures, 22 des uréthrites postérieures et 112 des uréthrites totales.

2° Le ténesme vésical avec mictions fréquentes a été noté 6 fois sur les 26 cas.

3° Sur les 22 cas d'uréthrite postérieure on a noté 7 fois du ténesme vésical avec mictions fréquentes, 10 fois des pollutions fréquentes.

4° Dans l'uréthrite totale, même dans celle qui a été compliquée de prostatite, de vésiculite ou d'épididymite, on n'a jamais noté de ténesme vésical, ni de pollutions, ni de douleurs dans l'urèthre postérieur. 13 fois sur les 112 cas de ce groupe il y avait un peu de sang à la fin des mictions.

5° L'hématurie terminale doit faire admettre que l'orifice interne de la vessie est profondément atteint par le processus inflammatoire qui, dans ces cas, occupe le repli de l'orifice vésico-uréthral.

Pathogénie des corps étrangers ostéo-cartilagineux des articulations (Die Entstehung und das Wachstum der freien Gelenkkörper), par A. Barth (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 507). — Les expériences faites par l'auteur sur des chiens ont consisté à faire sauter avec le ciseau des parcelles des surfaces articulaires et à fermer ensuite l'articulation. Dans ces conditions, le cartilage détaché, avec ou sans tissu osseux, arrive à former des corps articulaires. Ceux-ci conservent ordinairement toute leur vitalité et finissent le plus souvent par se souder aux parois de l'articulation. Le tissu osseux qui se trouve parfois à leur surface se résorbe ordinairement et est remplacé par du tissu conjonctif jeune. Au bout de 6 semaines on trouve dans ces corps articulaires des phénomènes de dégénérescence.

Les mêmes phénomènes s'observent dans les corps articulaires

chez l'homme. Il résulte en effet de l'examen de nombreuses pièces, fait par l'auteur, que le cartilage conserve toute sa vitalité, que le tissu osseux emporté est résorbé et remplacé par un tissu ostéoïde ou cartilagineux et entouré d'une membrane conjonctive. Les corps articulaires de l'homme ont une tendance manifeste à la calcification et à la pétrification.

MÉDECINE

Les amygdales considérées comme portes d'entrée des infections générales (Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen), par Jessen (*Münchener med. Woch.*, 1898, n° 23, p. 709). — Après avoir fait l'historique assez incomplet de la question, l'auteur apporte quelques cas d'infection générale ayant débuté par des angines, et où la localisation tonsillaire ne fut que la première étape d'une invasion de l'organisme.

Le premier cas est celui d'une angine gangréneuse suivie de rhumatisme articulaire.

Le second est relatif à une femme de 78 ans morte de pyémie à la suite d'angine.

Le troisième se rapporte à une jeune fille de 17 ans qui, 12 jours après une angine à streptocoque, fut prise de pneumonie compliquée de pleurésie et de péricardite. Dans les crachats on retrouva du streptocoque sans pneumocoques, ni bacilles de Pfeiffer.

Le quatrième cas est celui d'une jeune femme de 24 ans qui à la suite d'angine à staphylocoques pyogenes aureus eut une pneumonie double avec staphylocoques, et mourut de septicémie. A l'autopsie on retrouva le même microbe dans tous les organes.

S'appuyant sur tous ces faits et sur les rapports du développement exagéré des amygdales avec la scrofulose, le Dr Jessen pense que la scrofule n'est autre encore qu'une infection générale atténuée à point de départ tonsillaire.

Recherches expérimentales sur les fines altérations du système nerveux dans l'anémie chronique (Ricerche sperimentali sulle fine alterazioni del sistema nervoso nell' anemia cronica), par Gino Lasio et Antonino Amenta (*La Clinica chirurgica*; 1898, p. 305). — D'après les recherches des auteurs, l'anémie chronique amène dans les éléments nerveux des altérations progressives profondes, qui consistent en un processus d'atrophie variqueuse portant d'abord sur les prolongements dendritiques puis sur le corps cellulaire.

La destruction de la partie chromatique marche dans la majorité des cas de la périphérie au centre et arrive finalement à être totale.

La dégénérescence des prolongements protoplasmiques progresse de même de leur extrémité vers le corps cellulaire et l'absorption variqueuse est déjà très avancée que le corps cellulaire et son cylindre-axe restent intacts; ceci prouve qu'il y a entre les prolongements dendritiques et protoplasmiques une différence physiologique et que ces derniers sont une action nutritive.

Thérapeutique du tétanos par les injections d'acide phénique (méthode Bacelli) (Sulla attuale terapia del tetano specialmente con le iniezioni sollocutanee di acido fenico) (metodo Bacelli), par Vittorio Ascoli (*Bullettino della R. Accad. Med. di Roma*, 1897-98, fasc. IV). — Dans un très long travail où il étudie comparativement la valeur des différents traitements du tétanos, le Dr Ascoli conclut que d'après les statistiques la sérothérapie donne de moins beaux résultats que l'acide phénique en injections sous-cutanées (méthode Bacelli).

L'acide phénique doit être employé à hautes doses; son efficacité est d'autant plus certaine. Le prof. Bacelli fait une solution d'huile phéniquée stérilisée à 10 p. 100 et, injecte 2 à 3 cent. cubes en une seule fois, 4 fois par jour, le mode d'administration commode, rapide et économique amène la sédation rapide des contractures et diminue les spasmes d'une façon sensible. L'acide phénique dans le tétanos agit spécialement comme antiseptique et comme modérateur du pouvoir réflexe des centres nerveux.

La désinfection locale énergique et plus encore le relèvement des forces sont les meilleurs remèdes du tétanos. La sérothérapie est utile comme moyen préventif.

Intermittence du signe d'Argyll-Robertson dans le tabès (Einige Bermerkungen über intermittirende Pupillenstarre bei Tabes dorsalis), par H. Eichorst (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 23, p. 357). — L'auteur communique, dans ce travail, deux observations de tabès confirmé, dans lesquelles le signe d'Argyll Robertson (absence du réflexe pupillaire pour la lumière) existait d'une façon intermittente, c'est-à-dire que tantôt il existait, tantôt il disparaissait pour longtemps. Les causes de cette variabilité n'ont pu être déterminées.

Ce fait a paru à l'auteur d'autant plus intéressant que, généralement, on considère le signe d'Argyll Robertson comme un symptôme définitif, immuable, une fois qu'il existe, du tabès.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Octobre 1898.

Actinomycose de l'ombilic par inoculation directe.

M. Reboul (de Nîmes) relate l'observation d'un homme de 21 ans, occupé aux travaux de la moisson, qui, au mois d'août dernier, vit apparaître au niveau et au-dessous de l'ombilic une tumeur ovalaire, située sous la peau.

A l'entrée du malade à l'hôpital on constata que l'ombilic était rempli de bourgeons papillomateux, durs, saignant un peu au contact : entre ces bourgeons on aperçut deux brindilles d'épi de blé.

On diagnostiqua une actinomycose de l'ombilic et on pratiqua l'ablation de la tumeur et du canal ombilical auquel elle adhérait.

Les suites opératoires furent des plus simples : la plaie se réunit par première intention, et il ne se produisit pas d'éventration consécutive.

La coupe de la tumeur montra la présence de petits grains jaunes disséminés.

Un examen microscopique de ces granulations fit voir qu'il s'agissait bien de grains d'actinomyces.

On découvrit, en outre, au centre de plusieurs bourgeons de la tumeur, de petites cavités purulentes contenant chacune une glumelle de blé entourée de nombreux grains d'actinomyces.

Enfin, des cultures faites sur pommes de terre ont donné des résultats positifs et produit de belles colonies.

Ce cas d'actinomycose de l'ombilic est un exemple rare d'inoculation directe de l'homme par des glumelles de blé chargées d'actinomyces. De là s'impose une mesure prophylactique : les moissonneurs doivent être prévenus qu'il y a danger pour eux à contracter l'actinomycose quand ils travaillent le corps découvert et ne prennent pas de soins de propreté suffisants pour se débarrasser des poussières auxquelles il sont exposés pendant leur travail.

Tumeurs du gros intestin traitées par la résection intestinale.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — Les résections du gros intestin, faites de propos délibéré dans les cas de tumeurs de cet organe, sont loin d'être des opérations courantes; cela tient d'abord à ce que les tumeurs du gros intestin sont souvent méconnues, parce que les symptômes qu'elles engendrent sont assez vagues; en second lieu, à ce que l'affection, lorsqu'on l'a reconnue, a généralement pris une extension telle que l'opération est jugée impraticable. La seule ressource pour prolonger la vie du malade consiste alors à faire un anus artificiel; cette opération, purement palliative, peut être indiquée d'urgence en cas d'occlusion intestinale menaçant la vie à brève échéance.

Le rôle du médecin consistera donc à reconnaître la maladie

le plus tôt possible, afin que le chirurgien puisse agir en temps utile et d'une façon efficace, quoique sans garantie durable pour l'avenir lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes.

J'ai opéré trois femmes de quarante, quarante-trois et quarante-sept ans. La première était atteinte d'une tumeur tuberculeuse du cæcum, les deux autres d'un carcinome du côlon descendant et ascendant. Chez l'une d'elles, j'ai fait avec succès la résection d'une notable portion du côlon descendant dans le voisinage de la courbure splénique, puis je suturai bout à bout les deux tronçons d'intestin divisé; au vingtième jour, la guérison était complète.

Chez les deux autres, je réséquai le cæcum et une portion du côlon ascendant et de l'iléon, bien au delà des limites du mal; j'établis une communication entre l'intestin grêle et le gros intestin, grâce à l'implantation latérale du premier sur le second (iléocolostomie par implantation).

La première de ces opérées guérit au bout de dix jours et put reprendre ses fonctions au bout de six semaines; la guérison s'est maintenue depuis. La seconde mourut au sixième jour; elle avait évidemment été opérée trop tard, car le cancer avait déterminé des métastases dans le foie, le péritoine et les ganglions rétro-péritonéaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Nature et traitement de la migraine,

Par M. le Dr Frieser (de Vienne) (1).

La plupart des auteurs donnent à la migraine presque la valeur d'une entité morbide. En général on est tenté d'y voir simplement une névralgie de siège spécial, et la thérapeutique est avant tout symptomatique, visant à combattre l'élément douleur. M. le Dr Frieser, de Vienne, qui a étudié attentivement une série de 29 cas de migraine, a été frappé de l'échec presque régulièrement obtenu par les analgésiques ordinaires et l'étude de ces cas l'a amené à cette conclusion que toujours la migraine n'est qu'un symptôme pouvant relever de causes diverses. Il est des cas où la migraine dépend exclusivement de troubles utérins, de déplacements en particulier. Parfois une otite moyenne, un catarrhe de la trompe d'Eustache entretiennent l'hémicranie. Mais de toutes les causes de la migraine, il n'en est pas de plus de plus importantes que les troubles digestifs. La constipation chronique, la dilatation de l'estomac, les dyspepsies chroniques sont causes habituelles de migraine. Souvent on ne trouve pas d'autre cause qu'une insuffisante digestion des amylacées. Dans tous ces cas ce n'est qu'en combattant la cause du mal, qu'on pourra l'atteindre. C'est pourquoi dans le traitement de la migraine lorsqu'on a pu établir par exclusion son origine dyspeptique, le premier soin du médecin doit être d'instituer le régime.

Autant que possible, on n'introduira dans l'estomac que des aliments de digestion complète et facile; le thé, le café, les fruits acides seront proscrits et le régime tout entier surveillé exactement. Lorsque le lait est mal supporté, le koumys peut être utile et de cette façon on peut arriver à éloigner les attaques ou même à les faire disparaître.

Au moment de l'accès, le médicament qui, d'après M. le Dr Frieser, donne les meilleurs résultats est le menthol, sous forme de valérianate de menthol suivant la formule.

Valérianate de menthol	5 gr.
Eau distillée.	25 gr.
Sirop de capillaire	30 gr.

15 gouttes, 2 fois en une heure.

Chez les anémiques les préparations ferrugineuses sont utiles.

Quant aux analgésiques habituellement recommandés, l'antipyrine, la phénacétine, l'antifébrine et plus récemment le salophène, le salol, la lactophénine, M. le Dr Frieser n'en a jamais vu de bien bons résultats. Par contre il s'est bien trouvé de la benzacétine et de la tréphinine. L'une et l'autre s'administrent en cachet de 0 gr. 50.

Dans certains cas, ceux en particulier qui s'accompagnent d'un rétrécissement marqué de la pupille, la caféine rend de très grands services.

On peut employer la formule ci-dessous :

Citrate de caféine	} ãã	0 gr. 50
Menthol	}	
Quinine		1 gr.

En 10 paquets 1 toutes les 2 heures.

D'après le Dr Frieser le menthol n'en reste pas moins un des meilleurs analgésiques et l'expérience lui a montré que ce médicament donnait plus que tout autre de bons résultats dans le traitement de la migraine.

1. *Münchener med. Woch.*, 1898, p. 1121.

Traitement des empoisonnements par les champignons avec l'atropine,

D'après M. Le Dantec (1).

M. Le Dantec a constaté que la presque totalité des empoisonnements par les champignons étaient produits par la fausse oronge (*Amanita muscaria*).

En faisant macérer de fausses oronges hachées dans une solution de sel marin à 3 p. 100 pendant vingt-quatre heures, il a obtenu d'un côté une solution très toxique, et de l'autre une pulpe des champignons tout à fait inoffensive. La solution saline, soumise à une ébullition prolongée, reste très toxique, ce qui prouve que le principe actif n'est pas une toxalbumine, mais un alcaloïde. Il a fait ses expériences avec une teinture alcoolique de champignons finement concassés, mis en contact avec l'alcool pendant vingt-quatre heures : après quatre ou cinq déplacements, on traite une dernière fois par l'eau distillée, et on réduit au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait mou. Cet extrait, injecté ou ingéré, détermine chez l'homme et les animaux les mêmes accidents que la fausse oronge et la musarine; la mort a lieu par affaiblissement et arrêt du cœur.

M. Le Dantec a eu l'idée d'essayer l'emploi de l'atropine pour combattre l'empoisonnement par la fausse oronge, en opérant sur le cobaye, qui est sensible à la muscarine et plus ou moins réfractaire à l'atropine; il a en outre opéré sur la grenouille qui, comme l'homme, est sensible aux deux poisons. Le résultat des nombreuses expériences est que l'atropine jouit de propriétés immunisantes, antitoxiques et thérapeutiques très nettes vis-à-vis de l'empoisonnement par l'*Amanita muscaria;* l'action de l'atropine est ici comparable à celle des sérums immunisants contre la morsure des serpents, employés par M. Calmette.

M. Le Dantec formule les mesures suivantes à prendre en cas d'empoisonnements multiples dans une même famille, par suite de l'ingestion de champignons vénéneux :

1° Immuniser les personnes en période d'incubation, c'est-à-dire celles qui ne présentent encore aucun phénomène toxique, en leur injectant sous la peau un demi-milligramme pour les enfants, un milligramme pour les adultes, de sulfate neutre d'atropine.

2° Traiter les malades en période d'intoxication en injectant sous la peau un milligramme du même sel; renouveler l'injection si les accidents persistent.

M. Le Dantec recommande, en outre, d'injecter dans une veine du bras du malade 300 grammes d'une solution salée à 7 p. 1000 filtrée et bouillie.

Il est bon d'ajouter que la toxicité du sulfate d'atropine est, comme on sait, redoutable. Le traitement prophylactique et curatif ne peut donc être fait que par un médecin, avec des doses encore plus faibles que ci-dessus répétées d'heure en heure et en agissant toujours avec la plus extrême prudence.

1. *Journ. de pharm. et de chimie*, 1898, t. II, p. 138.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Note sur deux cas d'hystérie consécutifs à un traumatisme,

Par le Dr E. Vidal (de Périgueux).

Nous avons pu observer en quelques semaines deux cas d'hystérie qui nous paraissent présenter quelque intérêt, vu les circonstances très particulières dans lesquelles s'est manifestée pour la première fois la névrose. Tous deux sont survenus chez des sujets indemnes jusqu'alors de toute tare hystérique *apparente*, comme l'ont montré l'examen clinique d'une part, une enquête minutieuse faite dans l'entourage de ces malades, d'autre part.

La première observation concerne une opérée. En voici le résumé :

Observation I. — M..., 23 ans, est opérée par nous d'un kyste de l'ovaire gauche, que, vu l'état très précaire de la malade et l'étendue des adhérences, nous nous bornons à marsupialiser. Suites opératoires excellentes. — 8 jours après, au cours d'un pansement, nous introduisons avec la plus grande douceur dans la poche kystique, déjà notablement rétrécie, un tampon d'ouate monté sur une pince. Aussitôt, la malade est prise de contractions violentes des masséters (tout en disant ne pas souffrir), d'une sensation d'étouffement, puis d'une véritable crise convulsive, avec raideur des membres et du tronc; quelques secousses cloniques, *grognements* répétés, et perte absolue de la connaissance. La crise dure 4 minutes environ; la raideur des membres disparaît, la connaissance revient ensuite et la malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé !

Le pansement suivant est marqué par les mêmes incidents; la crise est seulement un peu plus brève. Pareil fait se renouvelle encore pendant la nuit en notre absence, à la suite d'un brusque mouvement de la malade pour se tourner sur le côté. Depuis, 8 semaines après l'opération, aucune manifestation convulsive ne s'est montrée de nouveau.

Préoccupé par la question des psychoses post-opératoires, en ce moment à l'ordre du jour, nous avions tout particulièrement recherché chez cette femme, avant l'opération, les signes classiques de l'hystérie. Sauf une assez grande impressionnabilité, nous n'avions pu en rencontrer aucun. A la suite de la première crise, il a existé un rétrécissement manifeste du champ visuel, qui subsistait encore lors de la seconde. Il y en a encore quelques restes aujourd'hui. Jamais, dans son enfance, le sujet n'avait été atteint de convulsion. Sa mère et sa sœur ne présentent aucun stigmate de névrose.

La seconde observation est relative à un homme :

Obs. II. — Ch... Joseph, 46 ans, carrier, très robuste, nous fait appeler pour un « tour de reins », à la suite d'un violent effort pour soulever un bloc de pierre. Nous ne constatons rien de particulier, en dehors des points douloureux classiques et d'un léger empâtement de la région lombaire. Il est traité par les massages et les bains chauds. 8 jours après, malgré une amélioration considérable, Ch..., qui ressent encore quelque douleur, applique de son propre chef, un large vésicatoire au-dessus de la grande échancrure sciatique gauche.

Dans la nuit, il est brusquement réveillé par une vive douleur dans la cuisse gauche ; il la compare à un « coup de pistolet ». Aussitôt, il est pris d'un tremblement convulsif des mains à rhythme assez lent (d'après la description de l'entourage), avec raideur des membres inférieurs, et pousse de véritables vociférations, jusqu'au moment où la perte de connaissance devient absolue; cet état dure *20 minutes environ*. Il déclare ensuite ne se rien rappeler et n'avoir pas souffert depuis le « coup de pistolet » initial. Il ne ressent, lors de notre visite, qu'une douleur très supportable dans la sphère du sciatique gauche, avec les points douloureux classiques de l'affection de ce nom. Nous le soumettons aux injections profondes de gaïacol chloroformé à l'émergence du sciatique, et son état s'améliore rapidement. Toutefois, nous sommes témoin d'une nouvelle crise, mais de plus courte durée. Elle est aussi précédée du « coup de pistolet » initial. Nous ne pouvons que constater l'exactitude de la description de l'entourage, et confirmer notre premier diagnostic : hystérie. Deux nouvelles crises se produisent la nuit de la même manière. Un traitement bromuré est institué pendant 8 jours. aujourd'hui, 4 semaines après la première crise, les phénomènes convulsifs n'ont pas reparu. Aucune tare hystérique *nette* chez le sujet, chez qui la pression du testicule est cependant plus douloureuse et plus énervante que de raison. Pas d'alcoolisme, ni d'hérédité nerveuse.

Le diagnostic dans les deux cas relatés ne nous paraît guère douteux. Bien que les phénomènes morbides apparaissent après un traumatisme (opératoire et accidentel), la manifestation initiale de la névrose ne se produit en réalité qu'à la suite d'un épiphénomène : frictions à l'intérieur d'une poche de kyste ovarien; application d'un large vésicatoire, suivi de névrite sciatique légère.

Il ne s'agirait donc ici que d'une variété d'hystéro-traumatisme, *à échéance différée*, et ne devant se manifester que sous l'influence d'une cause adjuvante. Quelle part revient à cet agent secondaire dans l'éclosion de la névrose, c'est chose impossible à déterminer. Les circonstances curieuses de son apparition nous ont toutefois paru mériter d'être relatées.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du pied bot paralytique.

D'après le rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*

Par M. Zani Métaxas (de Marseille).

Pied bot paralytique est presque synonyme de pied bot de la paralysie spinale infantile. Sans doute cette malformation peut être consécutive à des paralysies dues à d'autres lésions nerveuses, centrales ou périphériques, mais les quatre cinquièmes environ des pieds bots acquis (Adams) sont dus à la poliomyélite antérieure. Les autres variétés sont si rares, particulièrement chez les enfants, qu'on ne les voit presque jamais.

Traitement préventif. — Si la localisation de la paralysie aux muscles de la jambe fait craindre l'apparition d'un pied bot, il est évident qu'il faudra instituer rapidement un traitement préventif. En dehors des reconstituants, de l'hygiène, etc., c'est surtout aux moyens locaux qu'il faut avoir recours, les bains chauds salés ou sulfureux, les bains de sable, la chaleur sèche, les frictions excitantes, les massages, la gymnastique locale et surtout l'électrothérapie sous forme de courants continus sur le trajet des nerfs des muscles malades et le long de la moelle, plus tard des courants induits faibles sur les muscles. Enfin, par des attelles, de petits appareils appropriés, appliqués surtout pendant la nuit, on tâchera d'empêcher l'établissement de la difformité.

Quand la paralysie reste complète encore un an après son début, elle peut être considérée comme irrémédiable, d'après Karewski et Defontaine, et alors seulement on pourrait entreprendre l'arthrodèse. D'après Erb, les muscles qui auraient perdu toute excitabilité électrique depuis 2 mois peuvent être considérés comme perdus. Cependant Sayre indique plusieurs cas de pieds bots paralytiques anciens, où il a pu faire revivre des muscles paralysés depuis beaucoup plus longtemps, grâce à l'emploi régulier de l'électricité, du massage et de petits appareils à traction élastique. Après certains redressements, sanglants ou non, on a vu des muscles se trouvant désormais dans de meilleures conditions s'améliorer notablement.

Traitement palliatif. — Dans les *pieds bots non invétérés* souvent on obtiendra par les moyens palliatifs une guérison définitive ou au moins une amélioration telle qu'une opération ultérieure devient inutile. Aussi, c'est d'abord à eux qu'on s'adressera si on voit le malade de bonne heure. Le traitement médical indiqué ci-dessus doit être appliqué d'une manière rigoureuse.

On pourra quelquefois tirer profit de certains appareils, mais on ne doit, en général, les considérer que comme un moyen provisoire dont il faudra se débarrasser le plus tôt possible. En présence d'une déviation bien établie, et surtout chez un malade chez lequel il faudra agir vite, si une simple ténotomie doit amener le redressement, il faut la faire le plus tôt possible. Elle peut être sous-cutanée, pour le tendon d'Achille, de préférence à ciel ouvert, surtout pour les autres tendons, l'aponévrose plantaire.

Le pied doit être redressé immédiatement et maintenu à angle droit dans un appareil plâtré. Par la suite, le traitement médical doit être continué autant que possible, et même, pendant quelque temps, l'emploi d'un appareil orthopédique peut maintenir le résultat obtenu et le rendre définitif.

Dans ces cas aussi, si la ténonomie doit amener un grand écartement entre les deux bouts, on peut essayer l'allongement plastique du tendon d'Achille.

Dans le talus enfin, le raccourcissement tendineux, par la ténorraphie ou la ténectomie, pratiquée sur le même tendon, mettant le triceps dans de meilleures conditions de fonctionnement, peuvent empêcher l'aggravation de la difformité. Dans d'autres cas, si on voit, par exemple, un varus équin s'établir, il faudra le réduire rapidement sous le chloroforme, par le redressement modelant, aidé de la ténotomie au besoin, ou même par une opération de Phelps, qui pourrait être efficace, les malformations osseuses n'existant pas encore.

Après toutes ces interventions, le traitement médical dirigé contre la paralysie doit toujours être continué. De même l'application d'appareils aussi simples que possible est souvent nécessaire.

Pieds bots paralytiques invétérés. — Le malade n'a jamais été traité, ou bien le traitement précédent, bien ou mal appliqué, a été insuffisant. La déviation s'est reproduite. L'atrophie musculaire est irrémédiable, les rétractions s'aggravent, les malformations osseuses se produisent, le pied bot devient invétéré, ballant ou fixe.

Traitement curatif. — 1° *Pied paralytique ballant.* — Le pied ballant qui ne nécessite aucun redressement préalable est très rare. Habituellement, comme il est secondairement fixé, quelques ténotomies ou même l'ablation de quelques parcelles osseuses seront nécessaires pour bien le placer à angle droit sur la jambe et le fixer par l'opération qui s'impose dans ces cas : l'arthrodèse. La principale articulation à ankyloser c'est la tibio-tarsienne, mais on doit en même temps faire l'arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne. Il est inutile d'enlever la synoviale, comme l'ont proposé quelques auteurs.

Malgré toutes ces précautions prises, les consolidations osseuses sont rares dans l'arthrodèse tibio-tarsienne. Mais les ankyloses fibreuses très serrées qu'on obtient souvent, sont très utiles et peuvent s'opposer à toute récidive. On a constaté souvent qu'après l'arthrodèse le fonctionnement devenant plus actif et plus régulier, la musculature, et en général, la nutrition du membre s'améliorent.

Si le genou est ballant, l'arthrodèse du pied ne servira qu'à faciliter l'application d'un appareil. Pour compléter le résultat et rendre tout moyen prothétique inutile, il faut faire l'arthrodèse du genou. Cette pratique a donné souvent de très bons résultats, mais il faut pour cela que les muscles moteurs de l'articulation de la hanche, ou quelques-uns d'entre eux, soient conservés, que le malade puisse rester debout et qu'il imprime quelques mouvements à cette articulation.

2° *Pied bot paralytique fixé.* — Il faut d'abord redresser le pied. Les ténotomies peuvent souffrir dans certains cas. Dans d'autres, le redressement forcé modelant, employé surtout dans le varus équin, mais aussi dans d'autres variétés, doit être essayé. Si des rétractions fibreuses et des malformations osseuses très prononcées opposent un grand obstacle, on doit préférer une opération sanglante appropriée au cas particulier, une tarsectomie assez large pour que le redressement soit définitif.

Il est incontestable que le redressement, aidé ensuite par les moyens médicaux et, pendant quelque temps au moins, par les moyens prothétiques, peut amener une amélioration des muscles telle qu'une intervention plus radicale devient inutile. On peut obtenir un tel résultat seulement dans les cas où l'amyotrophie n'est pas très étendue. Mais, en général, l'arthrodèse sera un complément nécessaire à la tarsectomie,

Etant donné les résultats si encourageants obtenus par la transplantation musculo-tendineuse, on peut compléter le résultat du redressement par cette opération très rationnelle, se mettre ainsi mieux à l'abri de la récidive et rendre inutile tout appareil prothétique. Cette opération peut être faite assez tôt afin d'arrêter le progrès de la déviation et prévenir des déformations plus graves.

Malgré les résultats obtenus quelquefois par des transplantations très compliquées, c'est en général dans les cas où l'amyotrophie n'est pas très étendue que l'opération est indiquée. Il faut, autant que possible, transplanter des muscles homologues et voisins et éviter de supprimer l'action de muscles très importants.

Le traitement post-opératoire par le massage et l'électricité est indispensable. L'opération ne présente aucun danger.

Mais si l'amyotrophie est très étendue, la malformation du pied très prononcée, et même avec moins que cela, si les conditions du malade sont telles qu'un résultat utile, pratique et rapide s'impose sans qu'on puisse songer à des traitements post-opératoires et d'autres interventions, l'arthrodèse tibio- et médio-tarsienne est la seule opération rationnelle. Elle complétera très heureusement le redressement obtenu par la tarsectomie.

C'est aussi une arthrodèse astragalo-scaphoïdienne avec résection osseuse qui sera faite si le pied plat constitue un élément important du pied paralytique.

L'expérience clinique, l'examen approfondi des muscles et du

squelette, les conditions dans lesquelles se trouve le malade nous guideront dans le choix à faire parmi les moyens employés dans les diverses formes du pied bot, de façon que, combinant quelques-uns entre eux, on obtienne un bon résultat.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 25 Octobre 1898.

Séance du 19 Octobre 1898 (soir).

Fin de la discussion sur la néphrotomie.

M. Bazy (de Paris) — Je ne m'occuperai pas des indications de la néphrotomie dans les différentes affections du rein où elle est indiquée, indications qui sont posées depuis longtemps, et je ne traiterai que les points suivants :

1° *Manuel opératoire de la néphrotomie lombaire.* — L'incision part de l'angle costo-musculaire et aboutit à un ou deux travers de doigt de la partie la plus élevée de la crête iliaque.

La fixation des bords de l'incision rénale à la peau est inutile ou impossible.

Après la néphrotomie, je mets, dans l'uretère, par le bassinet, une bougie destinée à déboucher l'uretère, à s'assurer de sa perméabilité et de son degré de perméabilité, et à empêcher cet uretère d'être obstrué, dans les jours qui suivent l'opération, par des caillots ou des bouchons de pus. Cette manœuvre peut être facilitée par un instrument spécial (cathéter pyélo-uretéral).

. Certaines pyonéphroses sont, en partie ou en totalité, sous-costales ; il faut insister sur ce fait pour mettre en garde contre l'oubli de l'ouverture de ces poches.

2° *Le pronostic de la néphrotomie* dépend de beaucoup de conditions, et, en particulier, de l'état du rein opposé. Celui-ci ne peut guère s'apprécier par l'analyse de l'urine. Le cathétérisme de l'uretère est inutile et dangereux ; le bleu de méthylène paraît être le meilleur moyen de s'assurer de la perméabilité.

3° *Néphrotomie précoce.* — La néphrotomie précoce, dans les suppurations, est l'opération vraiment conservatrice ; elle intervient avant qu'il ne se soit produit des altérations irrémédiables.

4° L'étude comparative de la sécrétion urinaire montre que, dans des reins hydro- ou pyonéphrotiques par obstacle à l'excrétion, la quantité d'urine excrétée par le rein malade peut être et est souvent supérieure à celle du rein sain ; elle peut être double ou triple.

La quantité totale d'urée est inférieure, quelquefois égale ou même supérieure ; les chlorures diminués ou quelquefois égaux, l'acide urique diminué, quelquefois égal ; l'acide phosphorique tantôt augmenté, tantôt diminué.

Quand la quantité, en même temps que la qualité, est notablement diminuée, on peut faire la néphrotomie secondaire si, du reste, elle est indiquée.

Les résultats éloignés sont, en général, bons. Sur plus de 50 néphrotomies, j'ai dû refaire 2 fois la néphrotomie, 3 fois faire la néphrotomie, dont 1 fois, il y a six ans, par morceaux, sans qu'on soit autorisé à faire de ce moyen une méthode.

Quelques malades peuvent conserver, sans inconvénient, une fistule pendant des mois et des années.

M. Phocas (de Lille) a pratiqué quatre fois la néphrotomie sur quatre femmes, une fois pour rein tuberculeux, une autre fois pour rein calculeux suppuré, les deux dernières observations se rapportent à des pyonéphroses ascendantes simples, à streptocoques et staphylocoques. Dans tous les cas, on a opéré par la méthode extra-péritonéale, par incision lombaire. Le rein a été ouvert au bistouri sur son bord externe. Le résultat immédiat de ces quatre néphrotomies a été excellent. Les urines sont redevenues normales en qualité et en quantité, l'état général s'est relevé, le rein a diminué de volume. Au point de vue des résultats consécutifs et éloignés, trois de ces malades vivent et sont assez améliorées pour vaquer à leurs occupations. Une est morte, 12 mois après l'opération, d'une tuberculose aiguë. Toutes ont conservé des fistules. Dans un cas, la fistule est insignifiante et n'empêche pas la malade de vaquer à toutes ses occupations, de remplir ses devoirs mondains et même de danser. Les deux autres conservent des fistules plus gênantes.

De ces observations, M. Phocas conclut que la néphrotomie est une opération bénigne et facile. Son efficacité doit être diversement appréciée, selon le but qu'on se propose et la variété de la pyonéphrose.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest) a pratiqué trois néphrotomies et néphrolithotomies lombaires pour des affections aseptiques du rein, et quatre néphrectomies, dont deux lombaires et deux transpéritonéales pour des pyonéphroses calculeuses ou tuberculeuses, avec une mort. Dans ce cas, il s'agissait d'une énorme pyonéphrose calculeuse occupant la moitié droite d'un rein en fer à cheval dont l'autre moitié était absolument saine. Par la néphrectomie transpéritonéale, on a amputé la moitié malade du rein, suturé la tranche saine de la moitié restée : le malade a succombé par anurie permanente et absolue de nature réflexe, la portion restante du rein ayant été trouvée absolument saine et l'uretère parfaitement perméable.

Les 6 cas de guérison se décomposent ainsi : une néphrotomie exploratrice suivie de néphropexie indiquée par des douleurs rénales ayant supposé l'existence de calculs et par la mobilité du rein ; deux néphrolithotomies avec extraction de calcul unique situé dans le bassinet, près de l'entrée de l'uretère. Dans les 3 cas, la suture immédiate du rein au catgut a arrêté l'hémorrhagie, et la réunion de la plaie lombaire s'est faite par première intention, dans les 2 cas où le drainage n'a pas été fait ; une petite fistulette a suivi le drainage de la loge rénale dans un cas, mais elle a disparu bien vite. Deux néphrectomies pour pyonéphrose calculeuse : une par la voie transpéritonéale pour une énorme tumeur ayant transformé la totalité du rein en un grand nombre de poches anfractueuses à parois épaisses et sclérosées et bourrées de calculs ; l'autre par la voie lombaire, la tumeur plus petite ayant permis d'extraire le rein par cette voie. Dans ce cas aussi, l'état du rein était tel que toute opération conservatrice paraissait impossible et même nuisible. Dans un cas de pyonéphrose tuberculeuse, le rein, semé de foyers caséeux et ramollis, a été extrait par la voie lombaire.

Dans un seul cas, le drainage lombaire a été pratiqué ; un petit trajet fistuleux a duré quelque temps pour se fermer assez vite. Dans les autres, le drainage, jugé inutile, a permis la réunion par première intention sans aucun inconvénient.

M. Jonnesco croit que la bénignité absolue et l'efficacité incontestable de la néphrotomie et la néphrolithotomie, suivie d'extraction de calculs et suture immédiate du rein, doivent décider le chirurgien à des interventions précoces dans les affections calculeuses du rein, pour enrayer à temps la marche de l'affection et éviter la pyonéphrose de se produire. L'opération de choix, dans ces cas, est la néphrotomie, les sections du rein permettant une exploration complète des calices et du bassinet et évitant la fistulisation qui fait suite si souvent à la pyélotomie préconisée dans ces cas.

L'opération de choix dans la pyélonéphrose calculeuse ou tuberculeuse, est la néphrectomie, translombaire si possible, transpéritonéale si le volume de la tumeur empêche son extraction par les lombes. La néphrostomie n'est qu'une opération de nécessité commandée par l'état des lésions : adhérences trop intimes de la tumeur ne pouvant permettre son extraction, la certitude sur la bilatéralité des lésions ou l'incertitude sur l'état du rein opposé, enfin l'état général trop mauvais du malade, qui ne fera le plus souvent que remettre à plus tard la néphrectomie qui sera secondairement pratiquée.

M. Chibret (d'Aurillac). — Il s'agit, dans ce cas, d'un homme vigoureux de 55 ans, bien portant habituellement, n'ayant dans ses antécédents qu'une crise de colique néphrétique, il y a 15 ans. Le 1er janvier 1897, seconde crise de colique néphrétique, à droite. Depuis ce moment, anurie absolue, totale. Le 7 janvier, néphrotomie droite ; on ne trouve ni gravier ni calculs ; débâcle urinaire très abondante immédiatement après, guérison très rapide.

Cette observation nous a paru très intéressante à cause de

l'état du rein. Le rein était presque doublé de volume, violacé, très congestionné et tellement friable que, lorsque je voulus l'attirer dans la plaie, mes doigts pénétrèrent dans son intérieur comme dans un corps mou, si bien que c'est avec le doigt que je dilacérai l'organe le long de son bord convexe et que je pus pénétrer très facilement jusqu'au bassinet. Cet état très spécial du rein ne me paraît jamais avoir été signalé.

En outre, je tiens à faire remarquer que j'ai opéré dans les conditions d'installation les plus défectueuses, et que, malgré cela, j'ai pu guérir mon malade. La néphrotomie pour anurie doit être rangée dans le cadre des opérations d'urgence, telles que la kélotomie et la trachéotomie.

Nouvelle méthode de castration pour tumeurs malignes du testicule.

M. Pantaloni. — Dans toutes les opérations pour cancer, la règle est d'enlever les ganglions dont les lymphatiques de l'organe atteint sont tributaires.

Or, tandis qu'on se conforme à cette règle pour la langue, le sein et même l'utérus, il n'est venu à l'idée de personne d'en faire autant pour le testicule.

Nous avons procédé deux fois à cette opération complète. Voici comment.

Le malade est placé sur plan incliné.

Une incision est menée depuis les bourses jusqu'à l'ombilic en passant par le bord externe du muscle grand droit et parallèlement à ce bord. La tumeur est enlevée.

Le ventre ouvert et les intestins bien réclinés et maintenus, on recherche le cordon et pendant que l'aide tire fortement sur lui pour le rendre saillant on le sectionne aussi bas que possible dans le pelvis.

L'aide continuant à tirer sur tous les éléments du cordon, on peut, grâce à la saillie qu'ils font sous le péritoine, suivre les artères et veines jusqu'à leur origine et les couper après ligature. Le trajet de ces vaisseaux indique la région où il faut aller avec le doigt explorer les ganglions et les enlever le long de la colonne lombaire et sur l'aorte en ménageant les vaisseaux mésentériques, lorsqu'on ouvre le péritoine pariétal postérieur.

Cela fait, on ferme le ventre comme à l'ordinaire.

Flexion de la main sur l'avant-bras consécutive à une brûlure étendue. Redressement sanglant.

M. A. Moulonguet (d'Amiens). — Une jeune fille de 19 ans avait sa main fléchie à angle aigu sur l'avant-bras par rétraction cicatricielle consécutive à une brûlure étendue de l'enfance. Après ablation du tissu cicatriciel la main ne put être étendue sur l'avant-bras car les tendons fléchisseurs étaient trop courts. J'ai alors réséqué tous les os du carpe et l'extrémité inférieure du cubitus et du radius. Une large greffe prise sur l'abdomen a été appliquée sur l'avant-bras et la paume de la main.

Des indications de l'amputation dans les ostéomyélites chroniques et compliqués de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Mauclaire. — La complication observée dans notre cas était une atrophie de tout le membre inférieur, l'affection datant de 10 ans, et une déviation complexe telle que les jambes étaient en ciseaux et le genou du côté malade en *genu valgum* très prononcé.

L'opération qui pouvait être mise en parallèle, c'est-à-dire la résection, était impossible étant donné la hauteur de l'os malade.

La cause de la déviation était sans aucun doute, la marche avec un membre atrophié et plus court.

Les hémorrhagies de la jambière ou de la poplitée ne nécessitent pas fatalement l'amputation.

De l'endothéliome des os.

M. Poncet (de Lyon). — Il existe une variété de tumeurs des os, développées aux dépens de l'endothélium des vaisseaux. Ces tumeurs ont été cliniquement englobées, jusqu'à ces dernières années dans la grande classe des ostéo-sarcomes. Décrites d'abord par Billroth, puis par Waldeyer sous le nom d'angiosarcomes, elles doivent être séparées d'autres néoplasmes malins.

A propos d'une observation personnelle, la première que nous connaissions en France, nous donnons une description complète de ce genre de néoplasme et nous montrons que les tumeurs connues sous le nom d'*anévrysmes*, de *tumeurs érectiles des os*, etc. ne sont autres que des endothéliomes.

L'hystérectomie abdominale totale par section médiane.

M. J.-L. Faure (de Paris). — J'ai publié il y a un an, dans *la Presse médicale* du 19 octobre 1897, la description d'un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. Ce procédé consiste dans la *section médiane de l'utérus, du haut en bas, du fond vers le col.*

Lorsqu'on est parvenu dans le vagin, et on y est fatalement conduit si l'on a soin de suivre la cavité utérine, l'utérus se trouve séparé en deux moitiés, à chacune desquelles sont fixées les annexes correspondantes. Chacune de ces moitiés est enlevée séparément, en même temps que ses annexes. Pour y parvenir, attirant en haut avec une pince le col hémisectionné, on coupe ses insertions vaginales, en se tenant aussi près que possible du tissu utérin. Il ne reste plus qu'à attirer vers le haut la moitié utérine ainsi séparée du vagin. Elle se décolle avec la plus grande facilité, et se renverse, entraînant avec elle les annexes qu'on sépare avec précaution des organes auxquels elles peuvent adhérer.

Ce procédé, qui n'est applicable que lorsque le volume de l'utérus n'est pas trop considérable, trouve ses indications principales dans le cancer de l'utérus et surtout dans les suppurations annexielles.

Dans le cancer, où je l'ai employé trois fois, il présente le grand avantage de conduire facilement et sûrement dans le vagin, en général difficile à ouvrir par tous les autres procédés: Mais, par suite de la friabilité du col, il peut y avoir, dans l'isolement des parties malades et la dissection des uretères, des difficultés qui se retrouvent d'ailleurs, à un degré au moins égal, dans tous les autres procédés.

Dans les suppurations annexielles, c'est un procédé excellent, et qui me paraît supérieur à tous les procédés actuellement connus.

Je ne l'ai employé que dans huit cas, mais sur ces huit cas, il en est au moins quatre qui étaient extrêmement compliqués. Or la section médiane m'a permis de terminer si aisément des opérations qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles, que je ne puis me défendre de considérer cette manœuvre comme un perfectionnement de grande importance.

Ces huit cas ont d'ailleurs tous été suivis de guérison.

Voici les raisons principales qui rendent ce procédé si facile :

Et d'abord, il supprime, pour ainsi dire, les difficultés que l'on rencontre d'ordinaire dans la recherche et l'ouverture du vagin, lorsque les culs-de-sacs péritonéaux sont obstrués par les annexes et par des adhérences, qu'il faut d'abord détacher, au risque de déchirer des poches purulentes.

La section médiane conduit au contraire dans le vagin par une voie toujours libre, à travers l'utérus lui-même. En suivant la cavité utérine, on arrive en effet nécessairement et pour ainsi dire fatalement dans le vagin ; on ne peut pas arriver ailleurs.

Dès que le vagin est ouvert, il est facile, en attirant vers le haut le col hémisectionné, de couper la portion du vagin qui s'insère sur lui, en l'attaquant par sa face muqueuse, au ras même de l'utérus, sans risquer de s'égarer loin du tissu utérin, vers l'uretère. On attaque en un mot les insertions vaginales de dedans en dehors, tandis que dans les autres procédés on est obligé, au moins sur une certaine étendue, d'attaquer ces insertions de dehors en dedans, ce qui ne permet pas d'une façon aussi certaine de localiser l'action des ciseaux à la tranche vaginale seule.

Enfin, après la désinsertion vaginale, il est très facile de renverser vers le haut la moitié utérine ainsi libérée de ses attaches inférieures. Si les annexes correspondantes adhèrent peu aux organes voisins, elles sont emportées avec cette moitié

utérine sans aucune difficulté, en quelques secondes à peine, ne tenant plus aux parois du bassin que par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Si les adhérences des annexes malades aux parties voisines sont au contraire très intimes, la désinsertion vaginale et le renversement de l'utérus rendent leur extirpation beaucoup plus facile que dans les autres procédés, parce qu'on peut attaquer les annexes par-dessous, de bas en haut, grâce à l'espace laissé libre par le renversement de l'utérus et qui permet de plonger la main dans le fond du petit bassin.

En résumé, ce procédé présente sur tous les autres des avantages marqués dans tous les temps de l'opération : recherche et ouverture du vagin; section des insertions vaginales du col; libération et extirpation des annexes.

Il est d'ailleurs un fait qui, mieux que tous les raisonnements montre les avantages de mon procédé, c'est que, pour peu qu'on se trouve en présence de suppurations annexielles un peu compliquées, il est beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules.

J'insiste encore, en terminant, sur la surprenante facilité de ce procédé. Il m'est arrivé dans des cas très compliqués, et qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles à mener à bien, de pouvoir, une fois le fond de l'utérus reconnu, enlever l'utérus et les annexes en quelques minutes à peine. Dans un cas où d'ailleurs l'utérus n'était pas malade, mais où j'ai été obligé de pratiquer l'hystérectomie pour drainer un petit bassin rempli de kystes hydatiques, il m'est même arrivé d'enlever l'utérus et les annexes en une minute et demie. Je ne crois pas que jamais hystérectomie abdominale totale ait été faite aussi rapidement. Je sais bien que quelques minutes de plus ou de moins n'ont aucune importance, et si je cite ce chiffre extraordinaire c'est parce qu'il permet d'affirmer qu'un procédé par lequel on peut enlever un utérus avec cette rapidité est un bon procédé.

Suppurations otitiques de la loge cérébrelleuse.

MM. Lucien Picqué et **Mauclaire** (de Paris). — Nous nous sommes appliqués, dans des recherches cadavériques, à déterminer un procédé opératoire qui convienne à ce cas.

Il faut tout d'abord distinguer, dans les collections suppurées de la loge cérébrelleuse, les variétés suivantes : 1° collections ostéo-duremériennes; 2° collections intra-durales péri-cérébelleuses; 3° collections en bissac ou en étages intra-cérébelleuses.

Pour ce qui est des collections ostéo-duremériennes, les variétés antérieures, les plus fréquentes, peuvent être évacuées par la voie mastoïdienne ou voie en Y, de Wheeler, que l'un de nous avait proposée dans son mémoire de 1892; mais il est évident que les variétés postérieures ne sont plus justiciables de ces procédés et qu'il convient de les aborder par la voie occipitale.

Nos recherches cadavériques sur les zones décollables de la dure-mère cérébelleuse nous ont montré que celle-ci peut être détachée de toute la fosse occipitale facilement, et assez difficilement sur la moitié externe du rocher, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Sur la moitié interne du rocher, elle est indécollable, sans fragmentation, mais, par le fait de l'inflammation du rocher, elle peut devenir décollable.

Les suppurations intradurales para-cérébelleuses sont tantôt circonscrites, ce sont alors des abcès en kyste des méninges, tantôt diffuses.

Les collections intra-cérébelleuses sont corticales ou médullaires, circonscrites ou diffuses (cérébellites diffuses, phelgmon du cervelet). Leur étiologie, leur anatomie pathologique ont été étudiées récemment, très complètement, par Paul Koch, dans un travail basé sur 122 observations; depuis, 10 cas nouveaux ont été publiés; ce n'est pas parce que cette complication des otites infectieuses est plus fréquente, c'est l'intervention qui est moins rare.

Au point de vue pathogénique, il faut admettre tantôt la théorie urémique de l'infection par simple contiguïté, tantôt la théorie de l'infection à distance, c'est-à-dire la propagation microbienne par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

De tous les symptômes observés, et ils sont nombreux, les plus fréquents sont : l'ataxie cérébelleuse, les vertiges, les vomissements, la lenteur du pouls, la douleur occipitale, la rigidité de la nuque. Mais le diagnostic est souvent incertain, étant donnée la gravité du pronostic, l'intervention sera souvent exploratrice et précoce.

Les voies suivies pour aborder les collections péri-cérébelleuses et cérébelleuses d'origine otitiques sont nombreuses.

La voie mastoïdienne partielle, voie en Y de Wheeler, ou voie appelée sus-attico-antrale, permet d'aborder les collections ostéo-duremériennes antérieures et les collections intradurales, para-cérébelleuses et les intra-cérébelleuses antéro-internes.

La voie mastoïdienne totale, procédé transmastoïdien facile de Mignon, permet d'aborder les collections soit antéro-internes, soit antéro-externes; mais il nous a paru insuffisant pour évacuer et bien drainer les abcès postéro-internes.

Les voies complexes temporale et temporo-occipitale passant à travers la tente du cervelet, sont à rejeter.

La simple trépanation de la fosse occipitale est insuffisante : nous proposons, pour la remplacer, un large lambeau ostéoplastique mastoïdo-occipital, rétro- et sous-sinusien; cette voie mastoïdo-occipitale, ainsi qu'il résulte de nos recherches cadavériques donne, en effet, beaucoup de jour et permet d'explorer toute la loge cérébelleuse. Cela est important, étant donné l'incertitude fréquente du diagnostic et de la collection et de la variété de collection contenue dans la loge cérébelleuse.

Il faut songer à la possibilité des collections en bissac et même toujours les rechercher en explorant avec soin la face externe de la dure-mère. C'est par une intervention exploratrice large et précoce que l'on diminuera la gravité du pronostic opératoire.

La mortalité après l'intervention est encore de 52 p. 100, mais il est évident que tous les cas de morts ne sont pas imputables au chirurgien, bien des malades ayant été opérés en plein coma.

Étiologie clinique, anatomie pathologique au point de vue du traitement des varices.

M. Rémy. — L'étiologie comprend plusieurs causes :

a) Congénitale, arrêt de développement des valvules et des muscles.

b) Accidentelles, fatigues, les plus fréquentes; traumatiques infectieuses, plus rares.

c) Vaso-motrices se rattachant à un trouble congénital ou héréditaire, au spasme nerveux.

Il est bien évident qu'on peut remédier aux accidents dus à la fatigue, au traumatisme, etc., mais qu'on ne peut et ne doit rien faire pour les varices par afflux nerveux.

Il existe 3 formes cliniques.

1° Varices des grosses veines circonscrites, sus- et sous-aponévrotiques; beaucoup de succès opératoires.

2° Varices généralisées à toutes les petites veines. Cyanose variqueuse. Récidives constantes.

Varices à reflux cardiaque, nécessité d'opérer et de refaire des valvules; bons résultats temporaires.

Enfin l'anatomie pathologique démontre que certaines varices ne sont pas seulement scléreuses et ectasiques mais s'accompagnent d'une *endo-méso-péri-phlébite* proliférante, affaiblissant les parois, qui se propage en suivant les capillaires dilatés.

Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin.

M. Phocas (de Lille). — J'ai eu à traiter une fillette de 17 mois d'une exstrophie vésicale. Forcé par les parents, il a fallu opérer immédiatement. L'opération que j'ai exécutée dans ce cas je ne l'ai trouvée signalée nulle part, aussi je crois intéressant de la faire connaître.

Ma petite malade avait un prolapsus du rectum; c'était une raison pour rejeter la méthode de dérivation du cours des urines. Le procédé de Segond m'a paru difficile à appliquer sur une exstrophie peu volumineuse et j'ai rejeté aussi l'opération de Trendelenburg à cause du jeune âge de ma malade.

Je me suis donc mis à la recherche d'une opération autoplastique propre à cacher l'exstrophie vésicale et à créer un orifice capable d'être adapté à un urinal. J'ai réalisé l'autoplastie de la manière suivante : les grandes lèvres en apparence faisaient

défaut; en réalité elles se confondaient avec le mont de Vénus, divisé en deux par l'exstrophie vésicale.

De chaque côté de l'exstrophie il existait deux bourrelets cutanés obliquement dirigés en haut et en dehors. Ces bourrelets pouvaient être rapprochés avec les doigts et recouvrir l'exstrophie de la vessie dans ses deux tiers inférieurs. Après avoir rapproché ces deux bourrelets il restait en haut un espace à travers lequel la surface de la vessie exstrophiée faisait saillie. L'opération a été faite à l'hôpital Saint-Sauveur (1898). Après avoir fait rapprocher ces deux bourrelets cutanés devant la vessie j'ai taillé à leurs dépens deux lambeaux que j'ai laissés adhérents par leurs bords supérieurs.

Les surfaces avivées ont été suturées au fil d'argent; de la sorte, les deux tiers inférieurs de l'exstrophie étaient recouverts d'une portion de peau.

Les deux lambeaux qui m'ont servi pour faire l'avivement ont été retournés en haut à la manière de deux lambeaux à le Mirault et ont recouvert la portion restante de la vessie exstrophiée. Deux sondes uretérales ont été préalablement placées dans l'orifice de deux uretères. Le résultat a été assez bon, et sauf un sphacèle superficiel des lambeaux supérieurs la suture a tenu et l'exstrophie vésicale est guérie autant qu'elle peut l'être par la méthode autoplastique.

L'avantage de la méthode est de faire une autoplastie sans sacrifier aucune portion de peau et avec le minimum de dégâts.

Des figures accompagnent les démonstrations de ce procédé.

Sur la désarticulation interilio-abdominale.

M. Ch. Girard (Berne). — Lors du Congrès de chirurgie de 1895, j'ai communiqué une observation de désarticulation interilio-abdominale que j'avais exécutée avec succès le 25 mars de la même année.

C'était le premier cas de guérison obtenue après cette opération, qui, du reste — je l'appris plus tard — avait été pratiquée 3 fois auparavant, d'abord par Billroth en 1891 ou 1892, mais dont l'observation ne paraît pas avoir été publiée, puis en 1894 par Jaboulay et peu de mois après ce dernier par Caccio-poli, de Naples.

Depuis lors, j'ai eu l'occasion de faire cette même opération sur 2 autres malades. Une fois, le 16 novembre 1895, pour une coxalgie réséquée sans succès; le malade, très cachectique, mourut de choc opératoire 50 minutes après l'opération. Le second cas fut opéré avec succès le 5 mars 1897 pour un sarcome du fémur chevauchant jusque dans le bassin.

Sur 3 opérations, j'ai donc obtenu 2 succès et chez ces 2 malades, la mutilation énorme ne produisit pas plus de troubles fonctionnels que la simple désarticulation coxo-fémorale.

En ajoutant à ces 6 opérations un second cas de Jaboulay et celui de Bardenheuer, de Cologne, j'arrive au chiffre total de 8 cas de désarticulation interilio-abdominale publiés ou connus jusqu'à présent : Billroth (1 cas de sarcome, 1 insuccès), Jaboulay (2 cas de sarcome, 2 insuccès), Cacciopoli (1 cas de sarcome, 1 insuccès), Bardenheuer (1 cas de coxalgie, 1 succès), Girard (2 cas de sarcome, 1 cas de coxalgie, 2 succès sur 3 opérations).

Ces 3 guérisons sur 8 opérations prouvent que le pronostic de la désarticulation interilio-abdominale est suffisamment favorable pour la faire entrer dans la catégorie des opérations classiques au même titre que la désarticulation coxo-fémorale, et que cette intervention est indiquée dans les cas de sarcomes atteignant à la fois le fémur et le bassin ainsi que pour les coxalgies incurables par d'autres moyens.

Quant au procédé opératoire, je suis resté fidèle à celui que j'ai décrit en détail dans ma communication au Congrès de 1895.

Le procédé de Jaboulay en diffère surtout en ce qu'après une sorte d'amputation circulaire des parties molles dans le tiers supérieur de la cuisse, au lieu de deux lambeaux, tout l'os iliaque est désarticulé sans conservation de la tubérosité du pubis; de plus l'artère iliaque primitive est liée dès le début de l'opération.

Bardenheuer pratique d'abord la désarticulation coxo-fémorale après ligature préalable des vaisseaux iliaques externes et achève l'opération en réséquant, en quelque sorte, l'os iliaque par la plaie, à peu près comme dans mon procédé.

Je considère le manuel opératoire dont je me suis servi comme préférable aux deux autres.

Celui de Bardenheuer se compose, en réalité, de 2 opérations successives qui doivent exiger un peu plus de temps; de plus, on perd le bras de levier constitué par la cuisse, utile pour écarter avec force le bassin après la section pubienne.

Le procédé de Jaboulay, en sacrifiant la tubérosité pubienne, détache l'insertion inférieure du grand droit, ce qui, ultérieurement, n'est pas indifférent pour le soutien des viscères abdominaux, déjà affaiblis du côté désarticulé. Au reste, la conservation de la tubérosité du pubis permet d'éviter sûrement la lésion possible de la vessie. Enfin, la ligature de l'artère iliaque primitive entrave la nutrition d'une grande partie des parties molles formant les parois de la vaste plaie, sans diminuer très sensiblement l'hémorrhagie au cours de l'opération, ni faciliter beaucoup l'hémostase.

Luxations bilatérales et traumatiques de la hanche.

MM. Mauclaire (Paris) et **Prévot** (de Chauny). — Un marinier voyant venir un bateau contre le sien, se cala les reins et essaya avec les genoux de repousser le bateau tamponneur. Le choc fut très violent, et le sujet fut rejeté en arrière. A l'examen on constata l'existence d'une luxation bilatérale et symétrique des deux hanches. La réduction fut faite des deux côtés par tractions directes.

Les cas analogues sont rares dans la littérature chirurgicale, ils sont au nombre d'une dizaine au plus. Il y a des luxations divergentes c'est-à-dire postérieures d'un côté et antérieures de l'autre. Il semble que de mécanisme de ces luxations soit toujours par cause directe car les tractions directes ont toujours suffi pour réduire la luxation.

Anomalie des organes génitaux.

M. P. Delagénière (de Tours). — Il s'agit d'un homme, *marié comme femme*, dont il a l'habitus extérieur. On trouve une dépression vaginale de 5 centimètres et une vulve bien conformée. Enfin, il y a 2 pointes de hernie inguinale bilatérales et douloureuses.

Laparotomie. Aucun organe génital interne de la femme, mais en revanche *deux testicules* (comme il résulte de l'examen microscopique annexé) et situés dans les anneaux inguinaux, en ectopie inguinale.

Métatarsalgie (névralgie de Morton).

MM. Péraire et **Mally** font une histoire complète de la métatarsalgie et résument en peu de mots toutes les observations parues sur ce sujet.

Grâce à la radiographie, ils ont pu se rendre compte que cette affection, qui ne répondait jusqu'à présent à aucune lésion matérielle connue, était caractérisée par une subluxation très nette des têtes métatarsiennes déformées et qu'enfin, grâce aux pièces enlevées et examinées avec soin par M. A. Pilliet, on avait généralement affaire à de l'ostéite condensante.

Les auteurs passent ensuite en revue leurs observations personnelles et font une étude très détaillée de la meilleure thérapeutique à employer en pareil cas. Ils concluent en donnant la préférence à la résection de toutes les têtes métatarsiennes douloureuses.

Luxation post-typhique de la hanche.

M. Jourdan (de Marseille) relate l'histoire d'un garçon de 10 ans, de Sousse (Tunisie), qui eut la fièvre typhoïde en février-mars 1898. Fin mars 1898 survint arthrite du genou droit. En avril, douleurs dans le genou droit et, 15 jours après, dans la hanche gauche. En mai, on s'aperçoit que le membre inférieur gauche est en position vicieuse : adduction, rotation en dedans et raccourcissement.

Le 27 juin, le malade est amené à Marseille, où l'auteur constate une luxation du fémur en haut et en arrière, avec 6 centimètre de raccourcissement.

Le 29 juin, essai de réduction sous le chloroforme. La réduction est obtenue.

Les jours suivants, gonflement et ecchymose considérable de la région, avec élévation de la température. L'enfant est remis à l'extension continue dans une gouttière de Bonnet. Depuis, amélioration progressive.

Sur les lésions des nerfs dans les fractures des membres.

M. Reboul a observé trois cas de lésions des nerfs dans les fractures de l'humérus :

1° Une femme se fait une fracture du bras gauche au 1/3 moyen. Un appareil silicalé est appliqué. Un an après, je vois la malade. Elle présente une paralysie totale du cubital avec main en griffe. L'opération montra que le nerf était comprimé par le cal et le fragment supérieur. Libération du nerf. Guérison.

Une jeune fille se fait dans une chute une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Immobilisation du membre dans un appareil. Quatre mois après l'accident, je vois la malade; il y a ankylose du coude et paralysie du nerf cubital. Résection partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus; restauration des fonctions du nerf.

3° Un homme de 25 ans, dans une chute de cheval, se fait une fracture de l'humérus gauche au 1/3 moyen. Paralysie immédiate du nerf radial, malgré la réduction de la fracture. Opération : le nerf était comprimé et étalé par une saillie du fragment supérieur. Restauration des fonctions.

Après avoir passé en revue les cas semblables, M. Reboul discute l'indication de l'intervention dans les fractures des membres lorsqu'il y a des douleurs persistantes ou paralysie et conclut à leur nécessité.

Cholécystogastrostomie.

M. Masse (Bordeaux). — Cette opération réussit très bien sur les animaux, et le laboratoire de médecine opératoire de Bordeaux possède un assez grand nombre de chiens qui gardent depuis plus d'un an cet abouchement anormal de la vésicule biliaire dans l'estomac. Les fonctions digestives restent normales, malgré la présence de la bile dans l'estomac.

La plupart de nos animaux avaient subi en même temps la ligature du canal cholénoque dans sa partie moyenne. M. le Dr Cannac, ancien aide d'anatomie, ancien élève de mon laboratoire, a pratiqué cette double opération sur un assez grand nombre d'animaux, en octobre 1897; il a soutenu à Bordeaux une excellente thèse sur la cholécystogastrostomie.

Un certain nombre d'animaux opérés en octobre ont été soumis à l'autopsie en juin et juillet.

L'occlusion du cholédoque a été trouvé complète et la fistule entre la vésicule biliaire et l'estomac bien perméable.

Le résultat obtenu chez les chiens rend cette opération parfaitement acceptable dans la chirurgie humaine dans les cas d'obstruction absolue du canal cholédoque. Il y a eu quelques opérations suivies de succès.

La tolérance de l'estomac pour la bile paraît démontrer l'inutilité de toutes les opérations pratiquées avec la *gastro-entérostomie* pour empêcher le réflux possible de la bile dans l'estomac après cette opération.

Le grand nombre de succès de la gastro-entérostomie simple démontre que cette opération peut très bien réussir sans opérations complémentaires. La bile ne reflue qu'assez rarement vers l'estomac après la jéjuno-gastrostomie et si elle y refluait par hasard, il n'y aurait pas un aussi grand mal qu'on a bien voulu le dire.

Du débridement vaginal des collections pelviennes.

M. Goullioud (Lyon). — Nous avons fait une communication sur ce sujet au Congrès français de chirurgie de 1889, et depuis nous sommes resté fidèles à cette méthode dans les suppurations pelviennes, tout en faisant un très large et presque égal emploi des autres méthodes, l'hystérectomie et la laparotomie.

Tous les cas graves, les cas aigus, les poches bien nettes, accessibles par le vagin, ressortissent pour nous particulièrement à l'incision vaginale, et les interventions à froid à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale.

Nous pouvons présenter des observations anciennes de guérison, dans des cas bien nets de double pyosalpinx, ou de pyosalpinx compliqués d'épanchements péritonéaux de sérosité. Nous sommes assuré de la persistance et de la perfection de la guérison, quand nous avons pu nettement reconnaître une dilatation tubaire et la débrider. Nous avions mis ce point en relief (Congrès de Bruxelles), et les faits de M. Monod sont venus l'établir de nouveau.

Nous avons eu des succès dans des cas de communication avec le rectum, et dans un cas d'ouverture antérieure dans la vessie.

Pour éviter les récidives, nous croyons aussi à la nécessité d'un traitement prolongé, d'un drainage minutieux, s'opposant à la rétraction hâtive de l'orifice vaginal de débridement. A ce point de vue l'incision large, dans les limites des adhérences de la poche, nous paraît la méthode de choix. Nous sommes restés fidèles en général à la manière de faire de M. Laroyenne, n'en ayant jamais éprouvé le moindre mécompte; mais nous avons aussi recours, dans quelques cas, aux ciseaux et aux dilatateurs. Le contrôle du palper et du toucher vagino-rectal nous semble particulièrement sûr.

Il ne faut pas se hâter de recourir à une opération secondaire; certaines indurations inflammatoires pouvant persister quelque temps dans des cas qui seront de réels et durables succès, couronnés même exceptionnellement par l'évolution heureuse d'une grossesse.

Nombreuses opérations de cure radicale de hernie sans ablation du sac, même chez les vieillards.

M. Poullet (Lyon). — Le précepte classique qu'il faut enlever le sac herniaire qui deviendrait une amorce pour la récidive n'est plus absolument vrai; tout dépend de la façon dont on obture le trajet herniaire que franchit ce sac.

Je ne fais, le plus souvent, ni réduction, ni même dissection du sac, il reste vide et obturé dans le trajet inguinal. Toute l'opération n'a pour but que de rendre ce trajet, réduit de dimension, inextensible et infranchissable dans l'avenir. On obtient ce résultat en faisant un arrangement particulier du tissu fibreux de la région : tendon et périoste (la description ne peut entrer dans un résumé).

L'opération, ainsi comprise et pratiquée, n'a plus aucune gravité, même en cas de faute d'asepsie entraînant la suppuration; ce n'est plus une opération dans la cavité péritonéale, elle n'intéresse que les parois abdominales.

Ainsi disparaît la contre-indication de l'âge avancé des sujets; j'opère tous les vieillards qui le désirent, même, et je puis dire surtout, ceux qui toussent et souffrent le plus de leur hernie.

Mes opérés ne restent au lit que 3 ou 4 jours et jamais plus de 6 ou 8.

Il m'arrive d'opérer des malades qui, le jour même de l'opération rentrent en voiture de ma clinique à leur domicile; ils ne compromettent pas la réussite de l'opération en montant à pied plusieurs étages.

Ces propositions, déjà appuyées par un nombre considérable de cas, méritent d'être admises par tous les médecins. Elles contribueront alors à multiplier considérablement le nombre des hernieux qui accepteront de remplacer le port du bandage par une opération sans aucune gravité.

Volumineuse hernie épigastrique.

M. Villar (de Bordeaux). — Les hernies épigastrique, i faut bien le reconnaître, ont tardé à bénéficier des avantages de la cure radicale, intervention longtemps considérée comme grave pour ces hernies alors qu'elle était appliquée aux hernies inguinales. On voit aujourd'hui que les craintes des chirurgiens n'étaient pas bien fondées. L'intervention doit être d'autant plus hâtive que les hernies épigastriques ont de la tendance à augmenter de volume et à contracter des adhérences.

Dans le cas qui fait le sujet de cette communication le résultat fut parfait; la gêne et les troubles digestifs disparurent après l'opération.

Hernie inguinale étranglée gangrenée chez une femme de 64 ans. Entérectomie. Entérorraphie. Guérison.

M. Guillemain. — Cette opération est intéressante par le succès obtenu malgré l'âge de la malade. La santé est aujourd'hui, après plus d'un an, parfaite. L'entérorraphie a été faite avec de la soie fine et une aiguille de couturière elle a consisté en 3 surjets superposés. Tous les 3 ou 4 points le surjet était fixé par un nœud. C'est là, je crois, un procédé très rapide et par suite plus susceptible de succès que les procédés lents avec aiguille de Reverdin.

Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin.

M. Delaunay conclut de ses observations que, d'une façon générale, tout kyste ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte et appréciable par le vagin peut être enlevé par cette voie et cela sans qu'il soit nécessaire de faire l'hystérectomie.

On doit ouvrir soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le kyste fait saillie ou en avant ou en arrière ou latéralement. Il y a des réserves à faire sur les cas où le diagnostic d'adhérence serait porté et sur ceux où l'étroitesse du vagin serait un obstacle.

Hernie ombilicale.

M. Delaunay. — Circonscrire la tumeur en deux incisions elliptiques (ceci a déjà été fait), puis arriver à l'anneau ombilical en suivant l'aponévrose des droits. Lorsque l'anneau est bien isolé, on se trouve en présence d'une tumeur plus ou moins grosse, suivant le volume de la hernie, tumeur dont le pédicule est l'anneau ombilical lui-même. Ouvrir le sac à petits coups de ciseaux sur tout le pourtour de l'anneau.

A ce moment, et là est le point principal, agrandir d'un coup de ciseaux l'ouverture du sac et retourner celui-ci en doigt de gant, de façon à montrer toutes les adhérences, ensuite faire la cure radicale ordinaire. Rapidité et sûreté de l'opération.

De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée.

M. Moure (de Bordeaux) décrit un procédé destiné à abréger la durée de la cicatrisation et à éviter les malformations cicatricielles qui en résultent. Une fois les cavités parfaitement nettoyées il réunit par première intention le pavillon de l'oreille, sans laisser ni drain ni mèche; à cet effet, le boudin cartilagineux du conduit est sectionné parallèlement à son axe jusqu'au niveau de la conque; puis, suivant que la brèche osseuse est plus ou moins considérable, les deux lambeaux ainsi obtenus sont simplement écartés et suturés aux parties molles, où l'un d'eux, le supérieur en général, est sectionné au ras de la conque, l'inférieur seul étant conservé pour aider à la cutanisation de la cavité créée par l'opération. Les pansements ultérieurs sont faits par le conduit. Ce procédé permet de supprimer le pansement externe dix à douze jours après l'intervention, de raccourcir la durée de la guérison de plusieurs mois et d'éviter les cicatrices extérieures.

M. Malherbe (de Paris) emploie depuis 1894 un procédé très analogue à celui qui vient d'être décrit. La cicatrisation du pavillon, qu'il s'agisse de suppuration ou de sclérose, est toujours complète au bout de huit jours. Les pansements, quand il s'agit d'une suppuration, consistent à changer les mèches qui, par le conduit auditif, pénètrent dans l'antre, l'aditus et la caisse.

Contrairement à ce qui a lieu dans les autres procédés, la déformation est absolument nulle. Du côté du conduit auditif, il est impossible de rien voir, même en regardant au niveau du méat. Cela tient à ce que M. Malherbe se contente de fendre la paroi postérieure du conduit membraneux sur une longueur de 1 centimètre environ et de réséquer d'un double coup de ciseaux les deux angles de la section. On évite ainsi toute atrésie et on n'a pas à craindre de déformation apparente à la vue, comme cela arrive si on résèque le conduit membraneux dans toute sa longueur.

De la craniectomie temporaire.

M. Jonnesco a pratiqué 16 craniectomies temporaires se décomposant ainsi : 14 hémicraniectomies et 2 craniectomies partielles, fronto-pariétales. Dans 11 cas, l'opération a été simplement décompressive et évacuatrice de l'œdème cérébral; dans 4 cas, elle a été suivie de résection étendue de l'écorce cérébrale; et une fois on a réséqué un segment de la dure-mère épaissie et adhérente. M. Jonnesco a perdu 1 opéré par hémorrhagie cérébrale secondaire, après une résection étendue et profonde de l'écorce; 2 autres opérés, épileptiques et maniaques, ont succombé tardivement, un mois et six semaines après, l'un dans l'état de mal, l'autre par gangrène pulmonaire, mais non des suites de l'opération.

Comme résultats thérapeutiques, on a obtenu 6 guérisons (2 épilepsies traumatiques anciennes, 1 épilepsie jacksonienne sans lésions, 2 hystéries avec prostration et idiotisme, 1 manie aiguë chez un épileptique), 2 améliorations (1 épileptique hémiplégique et aphasique, 1 microcéphale idiot) et 6 insuccès (2 épileptiques avec manie aiguë et 4 idiots).

Extirpation d'un gros polype nasopharyngien par la méthode de Doyen.

M. Chibret. — Le cas a trait à un homme de 22 ans, atteint depuis une dizaine d'années d'un volumineux polype nasopharyngien, déjà deux fois opéré partiellement par l'anse galvanique. Malgré ces interventions, la tumeur continua à augmenter de volume, et quand M. Chibret vit le malade, il y a quatre mois, il constata l'existence d'un polype remplissant le pharynx nasal, avec prolongements dans la fosse nasale droite et dans l'orbite du même côté. L'œil droit était refoulé en haut et en dehors, et la tumeur formait une saillie visible au-dessous du grand angle de l'œil. Les hémorrhagies étaient assez fréquentes.

M. Chibret a pratiqué l'extirpation par la méthode de Doyen, avec rugination du pédicule et arrachement de la masse principale de la tumeur par les voies naturelles. Une incision au niveau de la paupière inférieure droite m'a permis d'extraire le prolongement orbitaire. L'opération lui a été facile, malgré une hémorrhagie très abondante, qui a d'ailleurs cessé, une fois la tumeur enlevée. Le malade est parti guéri au bout de quinze jours. Actuellement son état est parfait.

Nouveau procédé opératoire pour la constriction cicatricielle des mâchoires.

M. Ceci (de Pise). — Ce procédé comprend les différents temps suivants : on taille deux lambeaux géno-massétérins au moyen d'incisions bilatérales qui, partant de la commissure buccale ou du sillon labio-mentonnier, rejoignent le milieu de la région massétérine; on dissèque et on renverse ces lambeaux; puis on extirpe les adhérences et les masses cicatricielles existant au niveau du bord alvéolaire des arcades dentaires, et on pratique l'écartement forcé de la mâchoire inférieure. A l'aide de deux lambeaux musculo-cutanés comprenant chacun la moitié du front, avec pédicules temporaux, on réalise une autoplastie bilatérale en fixant ces lambeaux frontaux dans les régions alvéolaires supérieure et inférieure; on rehausse ensuite les lambeaux géno-massétérins et on suture les incisions de la face. Les pertes de substance frontale sont comblées avec des lambeaux épidermiques. Au bout de dix à quinze jours, on procède à l'incision secondaire des pédicules temporaux.

La guérison des adénites cervicales sans cicatrice.

M. Calot (de Berk-sur-Mer). — L'évolution spontanée des adénites cervicales les conduit plus ou moins rapidement soit à

la résolution, soit au ramollissement. Or, celui-ci peut aboutir à la guérison sans cicatrice aucune, grâce à une thérapeutique appropriée. En effet, si l'on traite immédiatement, avant que la peau ne soit altérée, ce petit abcès froid par des ponctions pratiquées avec une très fine aiguille et par des injections modificatrices, 99 fois sur 100 peut-être on obtiendra la guérison parfaite sans cicatrice.

Cependant, dans quelques cas, l'adénite n'évolue ni vers la guérison spontanée ni vers le ramollissement : elle reste stationnaire. Ce sont les faits les plus défavorables mais heureusement les plus rares. En pareille occurence, il faut attendre et essayer par tous les moyens de provoquer l'évolution dans un sens ou dans l'autre.

La résolution est favorisée par un bon traitement général et la toilette antiseptique de tous les territoires tributaires de ces ganglions. Le traitement marin fait évoluer les ganglions tantôt vers la résolution, tantôt, surtout s'il est intensif, vers le ramollissement; mais des deux manières ce sera la guérison sans cicatrice, pourvu que le malade soit traité à temps dans le cas de ramollissement.

Lorsque, malgré un séjour de 6 mois, 1 an, 2 ans au bord de la mer, le ganglion induré ne se modifie pas, on doit provoquer par une action directe sur la masse ganglionnaire cette résolution ou ce ramollissement désiré.

Dans ce but on injecte dans les ganglions, à l'aide de la seringue de Pravaz, des liquides très variés : teinture d'iode, eau salée, naphtol camphré, éther iodoformé, cultures de staphylocoques ou de streptocoques préalablement stérilisée, chlorure de zinc, essence de térébenthine. De tous ces liquides celui qui réussit le mieux c'est la solution de chlorure de zinc au 1/50; l'injection répétée 3 ou 4 fois, à 2 jours d'intervalle, de 2 à 3 grammes de cette solution amène presque constamment un commencement de ramollissement; on continue et on termine le traitement par des ponctions et des injections de naphtol camphré.

Ainsi donc, M. Calot ne fait jamais d'opération sanglante lorsqu'il peut s'en passer. Il la réserve exclusivement pour les cas où le malade se présente avec une peau déjà ulcérée ou largement détruite; dans ces cas non seulement il n'y a rien à perdre, mais encore il y a même quelque chose à gagner au point de vue esthétique en recourant à une intervention sanglante.

M. Guinard (de Paris) fait remarquer qu'après les injections on a eu de petites eschares, qui laissent des cicatrices. Or si, après les ablations de ganglions, on fait la suture indradermique de Pozzi, on obtient une cicatrice en réalité presque invisible.

M. Calot. — La suture intradermique donne un très bon résultat immédiat, mais ne met pas à l'abri de la transformation chéloïdienne.

De l'œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'œsophage thoracique.

M. Forgue (de Montpellier). — Au mois de juin 1897, j'ai tenté d'aborder l'œsophage dans sa portion thoracique : il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui avait avalé un gros sou, 3 mois auparavant. Un de nos confrères avait vainement tenté l'extraction du corps étranger avec le panier de De Græfe, et on avait jugé prudent de ne point renouveler les tentatives d'extraction.

Quand je vis l'enfant, les troubles multiples qu'il accusait dénotaient que le sou était resté fixé dans un point de l'œsophage.

Les radiographies montraient le sou enclavé au niveau du 4e espace intercostal, franchement à droite de la silhouette des corps vertébraux. Cette indication topographique nous décida, malgré le précepte de MM. Quénu et Hartmann qui conseillent d'aborder l'œsophage par le côté gauche, à pénétrer dans le médiastin par une thoracotomie droite.

L'intervention fut simple et rapide dans les premiers temps : je fis une incision verticale de 14 centimètres, sur l'angle des côtes, entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate, le milieu répondant à un travers de pouce au-dessous de l'épine scapulaire. En trois coups, l'incision fut, à travers les masses musculaires, conduite jusqu'à la surface des côtes. Les 5e, 6e et 4e côtes furent, à la rugine, dénudées, de part et d'autre de l'ongle, sur une étendue de 5 centimètres, et réséquées. Le thorax était ainsi ouvert par une brèche qui me permit d'introduire les doigts sous le bord interne de la fenêtre thoracique et de commencer le décollement de la plèvre pariétale.

J'arrivai de la sorte sur le flanc droit des vertèbres dorsales et, à un moment, je sentis très nettement la saillie mince du bord droit du sou enclavé. Je voulus poursuivre le dégagement de l'œsophage, mais je ne réussis qu'à prolonger le décollement en avant des corps vertébraux, dans cette nappe de tissu cellulo-graisseux qui se continue avec l'espace cervical, rétro-viscéral, de Henke. Le résultat fut que l'œsophage devint mobile en avant, refoulé avec le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre; il me fut impossible, à partir de ce moment, de percevoir par la palpation le rebord du sou, impossible aussi de retrouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre. Mes tentatives durent cesser, parce que l'enfant présentait des troubles d'asphyxie chloroformique. Je me contentai de tamponner le médiastin d'après le procédé de Mikulicz.

Douze jours plus tard, je décidai une nouvelle intervention. Mais je voulus préalablement essayer l'extraction par les voies naturelles : la thoracotomie, dont la brèche avait été maintenue par le tamponnement, me paraissait une garantie rassurante de drainage, s'il arrivait que l'extraction forcée fut suivie d'une perforation œsophagienne; d'autre part, je comptais, dans le cas où le chargement du corps eût présenté des difficultés, l'aider et le contrôler par l'introduction des doigts dans la brèche. Je n'eus pas besoin de ce dernier secours : j'arrivai à charger le sou sur le panier de De Græfe et à l'amener au dehors par une traction forte.

En raison de l'étranglement bronchique du conduit, le point d'enclavement habituel des corps étrangers répond à la portion moyenne de l'œsophage thoracique, de la 5e à la 7e vertèbre dorsale. Il est important de préciser ce point, pour discuter anatomiquement cette question de technique opératoire : doit-on pénétrer dans le médiastin par le côté droit ou par le côté gauche?

Rehn et Potarca conseillent d'attaquer le thorax par la droite. Au contraire, Quénu et Hartmann déclarent qu'il est beaucoup plus facile d'aborder le médiastin postérieur par le côté gauche que par le côté droit, et cela en dépit de la présence de l'aorte. Notre intervention et les renseignements complémentaires que nous avons puisés dans des recherches cadavériques nous font nous rallier à l'opinion de MM. Quénu et Hartmann.

Il faut savoir que la découverte de l'œsophage s'opère, sur le vivant, non point sous l'œil, mais à bout de doigts, à une profondeur de 7 à 9 centimètres, malgré des résections osseuses même très rapprochées des têtes costales. Le doigt suit la plèvre, se laisse conduire par les surfaces décollables, par les espaces de clivage.

Or, les plèvres médiastines gauche et droite ont avec l'œsophage des rapports très différents, que MM. Quénu et Hartmann ont mis en lumière et que l'on peut mettre en évidence par des coupes transversales de la poitrine ou par l'ouverture postérieure du thorax en faisant sauter le plastron vertébro-costal. Tandis que la plèvre gauche, après un très léger coude entre la colonne vertébrale et l'aorte, passe en avant sur le flanc externe de l'aorte, pour se continuer directement sur le médiastin postérieur, la plèvre droite s'invagine entre le plan vertébral et l'œsophage et, se repliant sur elle-même, constitue un cul-de-sac rétro-œsophagien d'une profondeur qui croît de la 6e à la 10e dorsale et finit en bas par dépasser l'œsophage, en se rapprochant de la plèvre gauche. Du côté gauche, le décollement pleural mène directement à l'œsophage, en raison du trajet même de la plèvre médiastine; et le côtoiement de l'aorte, appliquée contre les corps vertébraux, n'offre point une difficulté aussi grande qu'on pourrait le croire. A droite, au contraire, le doigt n'opère point avec commodité le dégagement du repli rétro-œsophagien, véritable séreuse de glissement insinuée à la face postérieure du conduit et y adhérant par son feuillet viscéral : grâce à la présence du ligament de Morosoff, lame cellulaire et élastique tendue entre les deux plèvres, le doigt, suivant l'espace décollable, file en arrière de l'œsophage et de son cul-de-sac séreux, vers la face antérieure des corps vertébraux et vers l'aorte.

Autoplastie par glissement du sein.

M. Legueu. — L'observation que je vais relater concerne une femme que j'avais opérée une première fois pour un cancer du sein; malgré l'extension du néoplasme et l'ablation très large que j'avais pratiquée, en exerçant une traction suffisante sur la peau, il m'avait été possible d'obtenir une réunion par première intention. La récidive se produisit trois mois plus tard, et cette fois, les parties malades enlevées, je me trouvai en présence d'une énorme perte de substance qui s'étendait de la ligne axillaire au sternum et qu'il était impossible de combler par rapprochement des lèvres de la plaie cutanée. Pour recouvrir cette surface, je fis la transplantation de l'autre sein, en taillant un grand lambeau, qui comprenait la glande tout entière, et auquel je laissai seulement un pédicule axillaire d'une largeur suffisante pour assurer sa vitalité. La plaie se trouva ainsi complètement recouverte et il y eut réunion par première intention. Ce résultat fut d'autant plus heureux que la récidive fut rapide, et que, sans cette réunion primitive, ma malade n'aurait tiré aucun bénéfice de mon intervention.

De l'importance de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale.

M. Redard (de Paris). — Les épreuves radiographiques que M. Larat et moi avons prises montrent qu'on peut obtenir avec une très grande précision de détails l'image du rachis, la configuration et la position des vertèbres.

Nous insisterons plus particulièrement sur les services que rend la radiographie pour le diagnostic et le traitement du mal de Pott et des scolioses.

Les lésions tuberculeuses initiales des vertèbres sont décelées par la radiographie, et, dans plusieurs de nos observations, nous avons pu ainsi établir le diagnostic du mal de Pott à sa première période, alors que les symptômes subjectifs et objectifs ne nous renseignaient qu'insuffisamment.

A une période avancée du mal de Pott, les clichés radiographiques indiquent l'étendue des lésions, l'importance des pertes de substance, l'existence de séquestres et de cavernes tuberculeuses, le degré et les causes d'inflexion du rachis.

Les radiographies prises à diverses périodes du traitement montrent la marche envahissante ou la tendance régressive du processus tuberculeux. Au point de vue de l'indication du traitement par le redressement des gibbosités, la radiographie, en nous renseignant d'une façon précise sur l'état du rachis, sur l'existence d'abcès froids, de pertes de substance vertébrale plus ou moins étendues, donne de très utiles notions. Elle indique, enfin, les résultats obtenus par le traitement, les nouvelles conditions statiques du rachis après le redressement des gibbosités. C'est ainsi que, dans plusieurs de nos radiographies de gibbosités pottiques redressées, on note que le rachis s'est consolidé en bonne position.

Dans les scolioses, la radiographie a une très grande valeur pour l'appréciation sur le vivant de la configuration et du degré d'affaissement des vertèbres. Grâce aux clichés radiographiques, on obtient la plupart des renseignements que l'on demande habituellement aux recherches anatomo-pathologiques.

Le degré de l'inflexion latérale du rachis, la diminution de l'espace du côté concave, l'augmentation du côté convexe sont figurés dans nos épreuves radiographiques. On peut, par ce moyen d'investigation, évaluer le degré de la déviation des corps vertébraux en le comparant à celui toujours moindre des apophyses épineuses. Plusieurs radiographies, prises à diverses périodes du traitement, indiquent les résultats thérapeutiques obtenus.

Le mal de Pott chez le nourrisson.

M. Frœlich (de Nancy). — J'ai pu étudier dans 26 cas personnels le mal de Pott du nourrisson.

La lésion, 22 fois sur 26, siégeait au niveau de la première et de la deuxième vertèbres lombaires; au point de vue anatomo-pathologique, la forme de tuberculose enkystée est la règle. Les abcès par congestion sont exceptionnels (4 cas sur 26).

Les symptômes sont, en premier lieu, la paraplégie des membres inférieurs, puis la gibbosité lombaire non angulaire, mais large, précédée par un stade de simple rigidité de la colonne lombaire.

Le pronostic est moins grave que chez l'enfant plus âgé; j'ai observé 4 décès sur 26 cas; les troubles fonctionnels persistants sont très rares, la gibbosité peu apparente. La durée de l'affection est de 1 à 2 ans.

Le diagnostic est difficile au début. Quant la paraplégie ouvre la scène, on peut confondre la lésion avec la paralysie infantile; toutefois, dans le mal de Pott la paralysie est localisée aux deux membres, elle n'est jamais absolue, il n'y a pas de réaction de dégénérescence; enfin, dès ce moment, des signes de rigidité de la colonne lombaire apparaissent. On confond aussi le mal lombaire avec le rachitisme; mais ici l'enfant ne remue pas les jambes parce qu'il souffre et la pression des os qui est douloureuse dans le rachitisme, permet le diagnostic.

Lorsque la gibbosité est le premier symptôme on peut hésiter entre le mal de Pott et la cyphose lombaire rachitique, ou une attitude vicieuse transitoire des nourrissons. Dans ces deux affections la colonne lombaire reste souple, et quand elle s'immobilise dans le rachitisme, d'autres signes de cette lésion existent et, de plus, il n'y a pas de gibbosité lombaire, mais une cyphose dorso-lombaire.

Le traitement doit immobiliser et redresser la colonne et remédier aux lésions nerveuses. Pour immobiliser l'enfant de moins d'un an, je me sers d'une planchette capitonnée sur laquelle, au moyen de ceintures et de bretelles, je fixe le nourrisson tout habillé en forte lordose. Pour les enfants qui ont plus d'un an, j'emploie le corset plâtré amovible et fortifié par six attelles en feutre plastique.

Sur mes 26 malades, 4 sont morts, 10 se trouvent encore en traitement, 12 sont guéris.

Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables.

M. Tuffier avait, en juin 1896, pratiqué la ligature des vaisseaux utérins et utéro-ovariens chez une femme qui n'a succombé à la généralisation qu'en août 1898.

Chez 6 autres malades, l'évolution du néoplasme n'a pas été sensiblement arrêtée ni modifiée; cependant, les pertes très abondantes, les écoulements ichoreux ont diminué dans des proportions très notables.

Il ne faut donc pas attendre de ces ligatures le moindre effet curatif, mais on peut en retirer un certain bénéfice, au point de vue palliatif.

M. Tuffier n'a traité que 3 fibromes par cette méthode, en liant seulement les artères utérines. Dans les 3 cas, qui, il est vrai, ne datent pas d'une année, les pertes se sont arrêtées, mais la tumeur ne semble pas avoir rétrocédé.

M. Le Dentu a essayé plusieurs fois la ligature des deux linguales dans les cas de cancer de la langue, et n'a jamais observé qu'une amélioration passagère.

M. Roux (de Lausanne) a pratiqué parfois la ligature des deux hypogastriques pour des cancers utérins inopérables, et l'amélioration consécutive n'a duré que quelques semaines.

Anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine et équine.

M. Dor (de Lyon). — La petite tumeur cutanée que nous avons décrite l'année dernière, M. Poncet et moi, sous le nom de botryomycose humaine, présente des caractères histologiques parfaitement définis qui lui donnent une individualité propre.

Cette tumeur est constituée selon le type des fibro-adénomes et son origine est nettement sudoripare, mais pour la distinguer, d'une part, des hydradénomes vrais, décrits par MM. Jacquet et Darier, et dont elle diffère complètement, et pour rappeler, d'autre part, qu'il s'agit d'une néoplasie inflammatoire et non d'une tumeur vraie, je propose de créer pour cette lésion le néologisme de fibroadénose ou d'adénofibrose.

Le champignon de castration du cheval constitue aussi une fibroadénose développée aux dépens de l'épididyme.

L'individualité et l'unité du parasite, bien que très probables,

ne sont pas encore aussi certaines que l'individualité de la néoplasie et il est possible que plusieurs microbes soient capables de donner naissance à ces tumeurs à la condition d'être introduits dans une glande sudoripare ou dans l'épididyme.

Efficacité et innocuité du pansement picriqué dans le traitement des brûlures.

M. Thiéry (de Paris). — L'acide picrique appliqué suivant les indications que j'ai établies ne peut donner lieu, en aucun cas, à une intoxication générale.

Les cas d'intoxication signalés sont dus à l'ingestion accidentelle d'acide picrique. Les accidents qui ont été observés en dehors de cette condition doivent être rapportés aux brûlures qui, par elles-mêmes, déterminent tous les effets attribués à tort à l'acide picrique.

Le pansement ne doit pas être douloureux et, en cas de douleur vive, il faut abaisser le titre de la solution. Loin de produire des phénomènes éruptifs, le pansement picriqué est, au contraire, le pansement de choix applicable aux éruptions médicamenteuses locales (iodoforme, salol, sublimé, etc.).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 Octobre 1898.

Sérothérapie tuberculeuse naturelle.

M. Péron. — Le sérum extrait après coagulation spontanée des liquides pleuraux épanchés au cours de la pleurésie tuberculeuse évoluant vers la guérison (pleurésie dite franche, aiguë) possède certaines propriétés thérapeutiques à l'égard des infections expérimentales par le bacille de Koch.

Si l'on injecte dans le péritoine d'un chien, de 10 kilogrammes environ, 500 grammes de sérum; si le même jour on inocule ce chien et un chien témoin du même poids avec la même quantité d'une même culture des bacilles tuberculeux humains, le chien témoin meurt avant le chien qui a reçu le sérum pleural. Ceci s'observe si le bacille injecté est très virulent.

Si le bacille est moins virulent, la tuberculose évolue chez le témoin, elle avorte chez le chien préparé avec le sérum pleural.

Ces propriétés des sérums pleuraux expliquent les résultats variables obtenus par les auteurs qui ont injecté les liquides de ponction au cobaye dans le but de déterminer la nature tuberculeuse des épanchements séro-fibrineux primitifs. Elles montrent ainsi qu'il n'est pas indifférent de ponctionner d'une façon systématique tous les pleurétiques.

Histologie du testicule ectopique chez les enfants.

M. Branca a eu l'occasion d'examiner 14 testicules provenant d'enfants âgés de quatre à quatorze ans. Cette étude lui a montré que si les épithéliums du testicule ectopique ne diffèrent point des épithéliums du testicule descendu dans les bourses, on n'en saurait dire autant du tissu conjonctif. Dans un certain nombre de faits, ce tissu semble constituer, à lui seul, tout l'organe et c'est pour caractériser de tels faits que M. Branca propose de distinguer les atrophies primitives de l'enfance et les atrophies secondaires, propres à la puberté.

Constitution de la période.

M. Gellé. — Au moyen des graphiques du phonographe, qui donnent les phénomènes vibratoires grossis, l'auteur étudie la composition de la période, groupe de vibrations moléculaires associées par le synchronisme. Il constate sa formation par des éléments multiples, différents suivant les sons inscrits, variés de forme, de rapports de groupement suivant l'intensité, le son et le timbre. Ces éléments graphiques sont vus modifiés soit isolément, soit par groupes, tantôt par l'adjonction de vibrations nouvelles, soit par leur multiplication, soit par des dissociations qui changent absolument la figure type de la période des sons voyelles. La consonne, l'explosive surtout, agit de même, change l'élément et son groupement. La succession de deux voyelles, AI, AE, AO, si elle est rapide, montre d'abord le tracé de A type, et à la fois celui des autres voyelles; mais, au point de fusion, la période offre les vibrations élémentaires caractéristiques de A, dans sa première phase, et, dans la seconde, celles de I, ou de E, de O suivant le cas : l'importance et le rôle des éléments composant la période est alors bien évidente. L'examen des tracés des instruments de musique, celui du hautbois surtout, qui rappelle ceux de la parole, sont très démonstratifs par leurs changements de forme, de nombre et d'association des éléments composant la période, suivant le timbre des instruments. L'importance des vibrations élémentaires est aussi évidente : les tracés montrent la formation de la période.

Absence du ferment uropoïétique dans le foie des oiseaux.

MM. Chassevant et **Ch. Richet** communiquent leurs expériences qui démontrent que le foie de canard ne transforme pas l'acide urique en urée, tandis que le foie de chien contient un ferment capable de faire cette transformation. On pouvait prévoir ce fait *a priori*, puisque les oiseaux excrètent leur azote sous forme d'acide urique. Ces expériences montrent d'une part l'absence du ferment uropoïétique dans le foie des oiseaux et en même temps sont une nouvelle preuve de l'existence de ce ferment dans le foie des mammifères.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Octobre 1898.

Du réflexe du tendon d'Achille dans le tabès.

M. J. Babinski. — Il y a 2 ans j'ai attiré l'attention de la Société médicale sur l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique et j'ai soutenu que ce signe, attestant l'existence d'une affection organique du nerf, permettait de distinguer la véritable sciatique; cette opinion a été confirmée depuis par plusieurs auteurs.

Il est logique d'admettre *a priori* que ce signe est susceptible d'apparaître dans toutes les variétés de névrite, quelle qu'en soit la cause, que la lésion se trouve située à la périphérie du nerf ou à son origine, et aussi dans le tabès, quand cette affection atteint les racines du sciatique, mais l'observation seule peut fournir à cet égard des notions exactes.

Je dois dire tout d'abord qu'à l'état normal ce réflexe me paraît faire défaut aussi rarement que le réflexe rotulien, si l'on a soin de le rechercher, le sujet étant placé à genoux sur un siège.

Envisageant spécialement dans le tabès le réflexe du tendon d'Achille et ses relations avec le réflexe rotulien, je diviserai les tabétiques que j'ai observés en plusieurs catégories. A la première, la plus nombreuse, appartiennent les tabétiques chez lesquels les deux réflexes sont abolis des deux côtés.

Je range dans la deuxième catégorie les cas dans lesquels, de part et d'autre, il y a trouble, mais non abolition complète du réflexe; ces cas sont, du reste, variés; dans l'un les deux réflexes seront abolis d'un côté et conservés du côté opposé, dans un autre le trouble sera croisé.

De la troisième catégorie font partie les malades dont le réflaxe rotulien est aboli ou troublé et le réflexe du tendon d'Achille normal.

Enfin la quatrième catégorie se compose des cas où, le réflexe rotulien étant normal, le réflexe du tendon d'Achille est aboli ou troublé.

Mes observations me conduisent à cette opinion que l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une

aussi grande importance pour le diagnostic du tabès que le signe de Westphal. Chez la plupart des tabétiques il y a une perturbation dans les deux réflexes; dans les cas assez rares où un seul des réflexes est atteint, il s'agit aussi souvent d'une perturbation dans le réflexe du tendon d'Achille que dans le réflexe rotulien.

Il est vraisemblable que ce signe aurait été constaté, s'il avait été recherché, au moins dans quelques-uns des cas de tabès avec conservation du réflexe rotulien qui ont été publiés jusqu'à présent.

De ce qui précède il résulte qu'il y a intérêt en neurologie à rechercher systématiquement le réflexe du tendon d'Achille.

Déformation du thorax dans la paralysie du muscle grand dentelé.

M. Souques présente deux malades, atteints de paralysie unilatérale du muscle grand dentelé, qui offrent une déformation particulière du thorax. Cette déformation n'apparaît du côté paralysé — et exclusivement de ce côté — que dans l'élévation volontaire du bras correspondant.

Elle est essentiellement caractérisée par une asymétrie portant sur la région axillaire et sur la paroi thoracique proprement dite.

Le creux de l'aisselle est diminué de profondeur; sa paroi postérieure a, pour ainsi dire, disparu et se confond avec la paroi interne qu'elle prolonge en arrière. Cette difformité résulte du *scapulum alatum.*

La moitié du thorax, du côté de la paralysie, présente les troubles suivants : élargissement de la paroi antérieure, plus marqué dans l'élévation du bras en avant que dans son élévation en dehors; modification de la ligne latérale, qui prend la forme d'un S à boucles très ouvertes; rétrécissement de la paroi postérieure; dilatation générale de la cage thoracique, surtout latéralement, avec voussure à convexité externe; enfin, élévation modérée de la moitié homologue du thorax.

Les facteurs de cette difformité de la paroi thoracique sont : d'une part, l'existence de l'omoplate ailée et, d'autre part, l'état paralytique du muscle grand dentelé et l'action vicariante exagérée des muscles inspirateurs accessoires.

Perforation tuberculeuse du voile du palais.

M. Du Castel montre les pièces anatomiques d'une perforation tuberculeuse du voile du palais observée chez un homme de 42 ans, dans les derniers temps de sa vie et d'une tuberculose pulmonaire. A première vue, et avant l'examen méthodique du malade, on crut à une perforation syphilitique typique, mais ce diagnostic dût être écarté.

La nature tuberculeuse de la perforation fut confirmée non seulement par les signes cavitaires de tuberculose pulmonaire, et par la présence de granulations tuberculeuses autour de la perforation, mais encore par l'examen bactériologique. Il n'y avait, du reste, aucun stigmate de syphilis et le malade affirmait n'avoir jamais eu la vérole.

On sait que les perforations tuberculeuses du voile du palais sont excessivement rares. Peut-être même n'en existe-t-il pas une seule observation bien authentique dans la science, un fait rapporté par M. Talamon, il y a quelques semaines, prêtant au doute. Il s'agissait, en effet, d'une femme bien portante, qui ne put être suivie; la guérison de l'ulcération avait été rapide (8 jours); il n'y avait pas eu d'examen bactériologique.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 11 Octobre 1898.

Chancre mou de la conjonctivite.

M. Vignes a eu l'occasion d'observer, au mois de mars de cette année, une ulcération de la conjonctive qu'il croit pouvoir considérer comme un fait de chancre mou. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, ancien syphilitique, qui vint avec une violente suppuration conjonctivale avec chémosis et œdème palpébral de l'œil gauche. On pensa tout d'abord à une conjonctivite blennorrhagique, mais le traitement (instillations de nitrate d'argent et lavages au permanganate) ne produisant aucune modification favorable, et l'examen microscopique n'ayant pas fait constater de gonocoque, l'examen plus attentif montra dans le cul-de-sac supérieur une ulcération à fond jaunâtre, à bords taillés à pic, non indurée, et de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Il existait en outre de l'adénite douloureuse des ganglions pré-auriculaires et cervicaux. Ce qui permit d'élucider le diagnostic c'est qu'en même temps on apprit que le fils de ce malade était atteint de chancrelle avec bubon suppuré et que le malade faisait chaque soir les pansements de son fils et touchait les linges souillés. On considéra dès lors cette ulcération comme un chancre mou et on se contenta d'insufflations de poudre de calomel. Aussitôt la suppuration diminue, l'ulcère se déterge et la réparation se fit très rapidement. La durée totale de l'affection n'a pas dépassé 15 à 20 jours.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Octobre 1898.

La coroniline.

M. Bardet analyse un travail de M. Luigi Maramaldi (Naples) sur le principe actif de la coroniline.

La coroniline est un poison énergique du cœur, chez les animaux à température fixe, elle détermine, dans une première période, une élévation considérable de la pression artérielle, avec augmentation concomitante de l'amplitude des systoles, et ralentissement du cœur; dans une deuxième période, on observe un abaissement graduel de la pression et une augmentation de fréquence des contractions cardiaques. Dans les deux périodes, mais surtout dans la deuxième, elle peut provoquer des oscillations de la pression avec arhythmie. Finalement, elle arrête le cœur en diastole tandis qu'elle arrête le cœur des animaux à sang froid en systole. Elle modifie aussi la respiration; dans une première période, elle diminue le nombre des actes respiratoires qu'elle rend plus amples et plus profonds; dans une deuxième période, elle augmente la fréquence des respirations qui deviennent superficielles et désordonnées.

Chez les animaux sains, elle diminue légèrement le taux des urines.

Administrée par la voie gastrique chez le chien, même à dose massive, elle reste sans effets, car elle est décomposée rapidement au contact du suc gastrique.

Elle s'élimine rapidement par les urines et par la muqueuse gastro-intestinale; au bout de 4 ou 5 heures l'élimination est complète.

Administrée par voie hypodermique ou intra-veineuse, elle provoque, au bout d'une heure environ, un vomissement énergique; de plus, elle a une action locale très irritante et même suppurative.

La dose toxique mortelle pour le chien est de 0,0005 par kilog d'animal.

En résumé, il s'agit d'un médicament qui exerce, comme la digitale, une action cardiotonique et qui a, de plus, l'avantage de ne pas s'accumuler dans l'organisme.

M. G. Pouchet fait observer que les recherches de M. Maramaldi ne font que confirmer les conclusions auxquelles étaient arrivés MM. Schlagdenhauffen et Reeb (Nancy) dans un travail publié en 1884. L'opinion de M. Maramaldi, que la coroniline arrêterait le cœur en diastole chez les animaux à sang chaud, en systole chez les animaux à sang froid, ne saurait être admise; il y a ici, comme pour la digitaline, une interprétation erronée, ainsi que l'a démontré François Frank pour la digitaline : la coroniline, de même que la digitale, tue le myocarde en tétanos, qu'il s'agisse d'un batracien ou d'un mammifère; si le cœur du mammifère paraît mourir en diastole, c'est que les ventricules de ces animaux ne peuvent se maintenir en tétanos prolongé, tandis que le cœur des batraciens reste indéfiniment en contracture; aussi, chez les mammifères, la tétanisation ventriculaire ne tarde pas à faire place à du relâchement; il n'en est pas moins vrai que le cœur a été tué en systole.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la tuberculose intestinale et de son traitement chirurgical

(Étude expérimentale et clinique),

D'après M. le Dr O. Margarucci (1).

La première description de la tuberculose du tube digestif remonte à Laënnec, mais les premières interventions chirurgicales sont de date toute récente : c'est tout au plus si elles datent de 10 ans. C'est à Bouilly (1886) qu'est due la première résection de l'intestin pour tuberculose. Les premières communications *ex professo* furent faites par Czerny (1889) puis par le professeur Durante et Billroth.

Il faut noter que vraisemblablement beaucoup de cas de tumeurs cancéreuses, en particulier du tractus iléo-cæcal, où le diagnostic microscopique ne vint pas confirmer l'examen macroscopique et où l'acte opératoire fut suivi d'amélioration durable, n'étaient autres que des cas de tuberculose localisée. Billroth a montré que l'examen macroscopique ne permettait pas de juger si on se trouvait en présence d'un processus néoplasique ou inflammatoire et que seul l'examen histo-bactériologique assurait le diagnostic.

Depuis que Laënnec a démontré que la tuberculose se développait souvent dans le tube intestinal, les études de Louis et de Cruveilhier en complétèrent les caractères cliniques et anatomiques. C'est à Cornil que nous devons les premiers examens histologiques; enfin Chauveau fit les premières constatations expérimentales et Koch établit définitivement son étiologie en retrouvant dans les tubercules de l'intestin le bacille qui porte son nom.

La tuberculose de l'intestin est *primitive* ou *secondaire*. La forme primitive est rare par rapport à la forme secondaire, mais elle existe indubitablement ainsi que le démontrent les faits cliniques et les recherches expérimentales.

Que le processus soit primitif ou secondaire, les germes pénètrent et s'installent dans l'épaisseur des parois intestinales, par la voie sanguine ou en traversant directement la muqueuse. En réalité, ainsi que l'ont démontré Schoull et Arnaud, il existe toujours des bacilles tuberculeux en grand nombre dans la cavité buccale d'individus atteints de tuberculose pulmonaire. Ces bacilles, transportés avec les aliments jusque dans l'intestin, peuvent parfois trouver des conditions favorables à leur implantation.

Le suc gastrique n'est pas toujours capable d'atténuer leur virulence ou de les détruire (Strauss, Wurtz, Lormain, Baumgarten) même lorsque l'estomac est sain, à plus forte raison chez les individus épuisés où la digestion est plus ou moins laborieuse, le suc gastrique plus ou moins altéré.

Ces faits se vérifient encore pour d'autres germes qui, introduits par la bouche, s'arrêtent dans l'intestin pour passer de là dans la circulation générale. Il en est ainsi pour le bacille typhique. D'après Renault (1851) il en serait de même pour le bacille de la morve, d'après Renaux et Pasteur pour le bacille du charbon et autres microbes pathogènes (voir Butel, Des voies d'introduction du bacille tuberculeux, *Congrès de la tuberculose*, 1889, p. 291). Il résulte de tout cela que le suc gastrique ne constitue pas une sauvegarde absolue.

Etant donné que chez l'enfant et plus encore chez l'adolescent son acidité est très inférieure à celle de l'adulte et qu'à cet âge les muqueuses sont moins résistantes aux agents pathogènes ou paraissent douées d'une plus grande réceptivité, on pourrait s'attendre à trouver que la tuberculose intestinale consécutive à la localisation pulmonaire est plus fréquente que chez l'adulte. Ce point cependant n'est pas confirmé par les statistiques qui donnent 30 à 40 p. 100 d'ulcérations intestinales chez les enfants tuberculeux contre 60 à 70 p. 100 chez l'adulte. Cependant la contradiction n'est qu'apparente, car chez l'enfant les cavernes sont beaucoup plus rares que chez l'adulte et l'expectoration est moins abondante et moins riche en bacilles.

Lorsque la tuberculose intestinale est primitive, comment le bacille se localise-t-il dans l'intestin?

Le bacille arrive vraisemblablement sur la muqueuse intestinale par le moyen des aliments ou par l'ingestion de salive contenant des germes accidentellement apportés du dehors.

La possibilité de la contagion par les aliments ne peut s'admettre qu'après avoir démontré l'identité de la tuberculose humaine et animale.

Les travaux classiques de Chauveau ont complètement établi en 1888 l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine. Mais en admettant cette identité, une autre question se pose : la chair infectée et le lait de vache peuvent-ils représenter pour l'homme un véhicule certain du bacille tuberculeux? Les auteurs sont divisés à cet égard. D'une part, Nocard, Perroncito, Galtier, soutiennent que l'usage de la chair d'animaux tuberculeux, à l'exception des ganglions et des organes malades, est sans danger. Baillet ajoute (Tuberculisation par les voies digestives, *Congrès de la tuberculose*, p. 90) que l'identité prétendue des effets de l'inoculation de produits de tuberculose humaine aux animaux avec l'in-

(1) *Il Policlinico*, février-mars, 1898.

gestion, par l'homme, de viande contaminée, est des plus contestables.

Par contre, d'autres auteurs sont d'avis absolument opposés et, d'après leurs expériences, il ne faut pas se fier à l'emploi de viande tuberculisée. Toussaint a pu reproduire la tuberculose chez les animaux par l'ingestion de suc de viande appartenant à d'autres animaux atteints de tuberculose organique. De même, Chauveau, Arloing, Nocard, ont pu affirmer expérimentalement la virulence de la viande tuberculeuse, surtout de la viande peu cuite, encore saignante, tenue à la température de 65° à 70°. Guinard admet que la tuberculose peut être transmise par le sang frais d'animaux tuberculeux, et Galtier, en faisant boire du vin clarifié avec du sang contaminé (*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1889, p. 146, 147).

En ce qui concerne la contagion par le lait, elle n'est pas douteuse. Différents auteurs ont constaté la présence du bacille de Koch dans le lait de vache tuberculeuse (Bang, Czoker, Gerlach, Martin, Ollivier, Duclaux) et l'on a également pu noter la présence de lésions tuberculeuses dans l'intestin à la suite de son emploi prolongé (Baumgarten, Fischer, Ernst). En fait, une bonne partie des nouveau-nés nourris artificiellement avec du lait de vache, succombent de tuberculose et spécialement de tuberculose du tube digestif,

Ainsi donc, le lait et la chair des animaux tuberculeux représentent les principaux véhicules de l'infection tuberculeuse.

D'autres auteurs ont attiré l'attention sur un certain nombre de facteurs étiologiques d'importance moindre. C'est ainsi que Schoull (*Congrès de la tuberculose*, 1891) dit avoir observé dans la pratique et put démontrer expérimentalement que les animaux domestiques soumis à une alimentation constituée par des restants de nourriture de phthisique présentent au bout de quelque temps des ulcérations tuberculeuses des plaques de Peyer. Chez l'homme, on peut observer des conditions semblables. Cela est surtout vrai dans les familles pauvres, où l'on utilise pour les personnes saines les aliments reconstituants qui n'ont pas été complètement pris par le malade tuberculeux : c'est là certainement un bon mode de contagion.

Noulé (1) a indiqué le danger qui peut résulter de l'usage de la viande des volailles, surtout des gallinacées, car, d'après Nocard, Cagny, Henry, Bollinger, ces animaux pourraient s'infecter par les crachats de phthisiques ou par tout autres produits de tuberculose humaine. En réalité, ce mode d'infection est rare.

Tout en admettant que les germes puissent être apportés à la muqueuse intestinale, cela ne suffit pas pour créer la localisation et il faut encore faire intervenir une cause prédisposante.

Pour Girode, la tuberculose intestinale se développerait de préférence chez les individus prédisposés par des lésions locales antérieures (constipation ou diarrhée). C'est également l'opinion de Birch-Hirschfeld, Cruveilhier, qui admettent que la hernie d'une anse intestinale peut constituer un *locus minoris resistentiæ*. En ce qui concerne le développement de la tuberculose dans les autres organes, il est certain que les maladies infectieuses précédentes peuvent favoriser la localisation du bacille (la coqueluche, la grippe, le paludisme ou le typhus exanthématique sont des causes d'appel de la tuberculose pulmonaire), mais cela n'est pas aussi certain pour la tuberculose intestinale. L'action d'une cause prédisposante n'est ici pas toujours nécessaire.

Quels sont les sièges de prédilection de la tuberculose? Par ordre de fréquence, on peut donner l'extrémité de l'iléon, le cæcum, et la première portion du côlon ascendant. La raison de ces localisations réside soit dans la fonction, soit dans les conditions topographiques des régions atteintes.

Que les germes tuberculeux puissent s'installer dans l'épaisseur des parois intestinales, alors que l'épithélium est sain, et sans conditions prédisposantes, c'est ce qui résulte clairement des expériences de Cornil et Dobroklonscky.

Cornil, dans une communication faite au Congrès de la tuberculose en 1889, a affirmé que les bacilles de Koch peuvent pénétrer à la suite d'un simple contact avec la muqueuse. Ces faits avaient déjà été vus dans les expériences de Chauveau, Parrot, Saint-Cyr, Zurn, Gerlach et Bollinger, mais Cornil les a confirmés d'une façon définitive en faisant ingérer des cultures pures de bacilles tuberculeux sans que la diarrhée ait apparu ou tout autre signe attestant la localisation de la maladie. Vers le 15e jour de l'ingestion, des bacilles tuberculeux se voyaient nettement sur l'intestin alors que l'épithélium était encore intact. L'infection devait donc dater du jour, où la production des bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques était évidente, c'est-à-dire vers le 4e ou le 7e jour, et à cette époque, à plus forte raison, l'épithélium de l'intestin était resté sain.

Dobroklonscky est parvenu à des résultats analogues, et il a vu la migration des bacilles au travers des cellules épithéliales de l'intestin intactes.

Les germes peuvent également gagner l'intestin par voie sanguine. Chez les individus où le processus pulmonaire prend une marche rapide, aiguë, diffuse, le bacille peut s'attacher aux parois sanguines et constituer des embolies bacillaires qui, en obstruant les capillaires des tuniques de l'intestin, peuvent à la longue produire des tubercules et consécutivement le processus ne tarde pas à s'étendre par voie lymphatique.

Tchistowich, dans ses recherches anatomopathologiques sur la tuberculose de l'intestin humain, a trouvé que les signes l'extension des lésions ne sont pas toujours les mêmes, et que les cas qu'il a examinés peuvent se ranger en trois catégories :

a) Ceux où les lésions tuberculeuses prédominent dans les parties situées en dehors de la couche musculaire (couche sous-séreuse ou séreuse).

b) Ceux où les lésions sont plus prononcées en dedans de la couche musculaire (sous-muqueuse ou muqueuse).

c) Ceux où les lésions sont également développées des deux côtés.

Pour cet auteur, la couche musculaire est comme une espèce de filtre s'opposant jusqu'à un certain point à la diffusion du bacille tuberculeux. Il semble pourtant que pour expliquer cette différence de siège, on puisse avec raison songer à un double mode de pénétration des germes dans l'épaisseur des tuniques intestinales tout au moins pour la majorité des cas. Lorsque les bacilles pénètrent directement à travers l'épithélium et arrivent dans les lacunes lymphatiques de la sous-muqueuse, les lésions initiales dominent dans la muqueuse ou dans la sous-muqueuse. Lorsque les germes pénètrent par voie sanguine, les lésions initiales prédominent dans la couche musculaire.

En admettant qu'un certain nombre de germes puissent être transportés par voie sanguine, en un point du

1. Noulé, Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et des viscères de volailles tuberculeuses.

tube intestinal, il est facile de concevoir la formation d'un follicule tuberculeux circonscrit en ce point et de comprendre, en particulier, l'aspect qu'il présente. Les tissus réagissent en produisant une zone de néoformation conjonctive qui, peu à peu, arrive à circonscrire et séquestrer la masse tuberculeuse. Ces produits néoplasiques ne tardent pas à altérer la constitution normale des parois de l'intestin et, lorsque les ulcérations produites se cicatrisent, il en résulte une diminution de calibre de l'intestin.

Dans la plupart des cas de tuberculose du tube digestif qui furent soumis à l'intervention chirurgicale, le plus souvent non seulement les lésions étaient limitées, mais la caractéristique anatomique ne consistait pas en ulcérations : on avait une accumulation de produits inflammatoires donnant au processus morbide l'aspect d'un véritable néoplasme.

En somme, la tuberculose intestinale se présente au point de vue anatomique sous deux formes : l'une caractéristique de la production des follicules multiples aboutissant en définitive à des ulcérations et siégeant dans toute la largeur de l'iléon et sur une bonne partie du côlon descendant; l'autre consistant en une production de tissus inflammatoires, néoplasiques, formant une masse volumineuse en un point donné de l'intestin. L'expérimentation montre que la première forme correspond à l'ingestion de bacilles en même temps que les aliments et à leur pénétration directe à travers la muqueuse; on trouve alors une multitude de foyers tuberculeux disséminés. Si, au contraire, on injecte par un rameau de l'artère mésentérique une culture pure de bacilles tuberculeux, on obtient une masse constituée en partie de fongosités tuberculeuses et de tissu cicatriciel englobant à la fois la terminaison du mésentère et les parois de l'intestin. Les expériences de Cadéac ont bien établi ces faits.

La forme circonscrite de tuberculose intestinale chronique est seule susceptible d'un traitement chirurgical, permettant d'espérer la guérison radicale.

Il n'en est pas de même de la forme diffuse ulcéreuse :

Parmi les symptômes de la tuberculose de l'intestin, il en est qui sont communs à d'autres maladies de l'intestin, alors que d'autres mieux caractérisés permettent un diagnostic plus exact.

Le sexe féminin est plus souvent atteint. En fait, sur 8 cas personnels, le Dr Margarucci n'a eu que 2 cas concernant des hommes.

C'est avant tout une maladie de l'âge adulte de 32 à 47 ans; dans les cas de l'auteur, 2 fois cependant les malades avaient l'un 56 ans, l'autre 65 ans.

La notion de l'hérédité n'a pas grande importance au point de vue diagnostic : presque toujours pourtant, on note une certaine débilité constitutionnelle. Le début de la maladie est marqué par la douleur. Tantôt cette douleur est localisée en un point de l'abdomen, tantôt elle est diffuse. En général, c'est une douleur sourde, continue, gravative. Parfois elle se manifeste sous forme de véritables coliques.

Ordinairement, les douleurs ont un siège correspondant au point lésé, mais elles peuvent aussi s'irradier à distance; c'est ainsi que quand le processus morbide siège dans le cæcum, le foyer douloureux est surtout marqué du côté de la fosse iliaque droite, mais on a aussi des irradiations dans la fosse iliaque gauche ou vers l'épigastre. Ces douleurs sont susceptibles de rémissions et d'exacerbations.

Aux douleurs, s'associe généralement le vomissement. Ce sont habituellement des vomissements muqueux ou bilieux.

Lorsque les douleurs sont localisées, on arrive à percevoir à la palpation une tuméfaction, généralement peu étendue, susceptible de se modifier pendant les accès douloureux. L'augmentation de volume rapide de la tumeur lors d'une crise douloureuse est due à la diminution de calibre de l'intestin amenant un arrêt momentané des matières fécales en un point restreint, et la congestion que détermine au voisinage cette stase. On a même parfois des signes vrais d'obstruction intestinale, en particulier un météorisme localisé s'accompagnant de mouvements péristaltiques exagérés.

Lorsque sous l'influence des violentes contractions des parois intestinales épaissies, les matières fécales arrivent à franchir le rétrécissement, on a un bruit caractéristique de gargouillement dû à ce fait qu'en même temps que les matières liquides, les gaz font issue de la tumeur intestinale. Le bruit se trouve renforcé par la présence des anses intestinales voisines et dans quelques cas prend un caractère musical.

La fin de l'accès douloureux est marqué par l'évacuation de selles abondantes liquides ou pultacées, semblables à de la purée de pois, striées de sang et accompagnées de l'émission de gaz, quelquefois aussi de renvois. La tumeur, qui avait augmenté rapidement, reprend les dimensions qu'elle avait avant l'accès et après quelques heures de repos un nouvel accès reparaît.

Il faut ajouter que toutes les matières qui ont passé le rétrécissement n'ont pas été complètement expulsées. Il en résulte que dans l'intervalle des accès, on peut avoir des selles moulées demi-solides dont les caractères ne doivent pas faire dévier le diagnostic de sténose.

A un degré plus avancé, les coliques deviennent plus fréquentes et plus violentes : la pression sur le ventre, l'ingestion des boissons surtout froides peuvent provoquer l'apparition d'un accès.

Sous l'influence d'un traitement approprié, on peut avoir pendant quelques mois une période de trêve; mais la cause la plus légère peut faire réapparaître les troubles, parfois avec une plus grande intensité.

En même temps, l'état général est profondément altéré. La reconstitution du sang est incomplète, l'appétit se perd, et l'anorexie complète survient. L'insuffisance de la nutrition se manifeste par une maigreur considérable qui, se joignant à la pâleur des traits, traduit la souffrance de l'organisme tout entier.

En résumé, les douleurs du début, les selles diarrhéiques, les hémorrhagies accidentelles de l'intestin, prouvent l'existence de graves lésions intestinales. Les accès de colique, l'exagération du péristaltisme, le météorisme, surtout lorsqu'il est localisé, indiquent la diminution de calibre de l'intestin. Lorsque le processus débute par la muqueuse, les accès de coliques sont ordinairement précédés par une longue période de troubles où prédominent la diarrhée, avec élévation fréquente de température. Quand les lésions se développent lentement et en débutant par la couche séreuse ou sous-muqueuse avec réaction intense des parties avoisinantes, les coliques constituent la première manifestation de la maladie.

Dans la tuberculose intestinale à début muqueux, la sténose est due à la cicatrisation d'ulcérations superficielles multiples, tandis que dans la tuberculose à début profond, séreux ou sous-muqueux, les phénomènes sont dus à l'occlusion qu'entraîne la tuméfaction considérable des parois, aboutissant à la déformation de la lumière intestinale.

Lorsqu'on examine le malade, l'attention est d'abord attirée par les douleurs de ventre et la palpation révèle la présence d'une tumeur à siège variable; ordinairement, on la trouve dans la région cæcale, mais d'autres points de l'intestin peuvent être pris. La recherche de la tumeur est d'ailleurs difficile en raison de la tuméfaction et du météorisme : toutefois, par le repos et l'usage des laxatifs, on arrive facilement à vaincre la difficulté.

Généralement, la tumeur est de forme oblongue, à dimensions variables, de consistance dure et fibreuse, nodulée. Quand elle se développe dans le cæcum, elle est peu mobile. Sur le côlon ascendant, elle se dispose parfois transversalement; sur la seconde partie du côlon ou sur une anse de l'intestin grêle, elle présente toujours une grande mobilité. La tumeur est douloureuse à la pression qui peut parfois déterminer une véritable crise de douleurs avec mouvements péristaltiques énergiques.

Ordinairement, la paroi abdominale ne présente aucun trouble de circulation, si ce n'est un œdème profond comme dans la péritonite chronique tuberculeuse diffuse. La cavité péritonéale ne contient que peu de liquide et l'examen objectif ne permet généralement pas de le trouver.

A la palpation aussi bien qu'à la percussion, on retrouve souvent une sensation de gargouillement. Pour faciliter le diagnostic de sténose intestinale, Rhen (de Francfort) conseille d'injecter de l'air dans l'intestin et de faire en même temps l'auscultation de l'abdomen.

Ce moyen de diagnostic, également préconisé par Körte, n'est pas d'un grand secours.

Le diagnostic des lésions tuberculeuses, indépendamment des signes objectifs et des troubles fonctionnels, est basé essentiellement sur la marche de la maladie et sur l'état général. Il n'est pas toujours possible de constater sur un autre point de l'organisme un second foyer tuberculeux, ce qui alors est d'un grand secours.

Les maladies qui peuvent donner lieu à des symptômes analogues sont variées : la cicatrisation d'ulcérations intestinales typhiques, dysentériques, syphilitiques; le cancer, le myxome, les fibromes, les lipomes, les myomes, l'invagination chronique, peuvent rentrer dans la catégorie des affections à symptômes analogue.

La marche de la tuberculose est essentiellement chronique et peut évoluer en 10 ou 15 ans, ce qui permet d'exclure l'idée d'une tumeur maligne.

Le cancer de l'intestin dans les cas les plus favorables ne dépasse pas 2 ou 3 ans au maximum. Pendant ce temps, le dépérissement est précoce et très accentué; l'existence de métastases, la cachexie ne laissent aucun doute sur la nature du mal; enfin l'âge, le sexe, le siège et la fréquence ont une certaine importance.

Au point de vue de l'âge, le cancer est avant tout une maladie de la seconde moitié de la vie : il se développe plus tard que la tuberculose, c'est-à-dire entre 40 et 50 ans. Les cas de cancer de l'intestin avant 30 ans sont discutables et après 50 ou 60 ans, ils sont rares.

Le cancer montre une égale prédilection pour les deux sexes : la tuberculose est surtout propre au sexe féminin, dans la proportion de 75 p. 100.

La tuberculose peut se développer en n'importe quel point de l'intestin. Le siège le plus fréquent est le cæcum, la première partie du côlon ascendant, puis la dernière portion de l'iléon, et enfin le reste de l'intestin grêle et du gros intestin. Le cancer se localise de préférence aux angles du côlon ou vers le cæcum, mais il peut aussi atteindre l'S iliaque ou un point quelconque de l'intestin grêle.

La tuberculose a un début insidieux, elle se développe lentement au milieu de troubles digestifs avec des alternatives de mieux. Lorsque la maladie dure depuis des années, les malades sont pâles, anémiés; ils n'ont jamais la teinte caractéristique des cancéreux.

La marche du cancer est uniforme et fatalement progressive; il n'y a pas de périodes de repos. La sténose intestinale est à peine reconnue qu'apparaît la cachexie.

Les sténoses d'origine dysentérique ou typhique sont beaucoup plus rares. Les amnésiques ont ici une grande importance pour le diagnostic. En général, il faut retenir que les rétrécissements d'origine typhique siègent surtout dans la dernière portion de l'iléon et que jamais les symptômes ne sont aussi marqués que dans les sténoses tuberculeuses ou cancéreuses. L'ulcération dans ces cas est régulière, latérale, rarement circulaire.

Ashurt (*Encycl. de chirurgie*, t. VI, p. 577) affirme que l'on peut avoir un rétrécissement syphilitique de l'intestin grêle; en pareil cas, le diagnostic différentiel est surtout basé sur les antécédents et sur l'absence de signes permettant d'affirmer la tuberculose. D'après Durante, on rencontrerait également de ces sténoses syphilitiques près du pylore.

C'est encore sur l'état général et sur les antécédents que se fera le diagnostic différentiel de l'invagination chronique. Elle est surtout fréquente dans la région iléo-cæcale et suivant Trèves se rencontre dans 60 p. 100 des cas, dans 44 p. 100 suivant Leichtenstern. Elle est surtout fréquente dans l'enfance ou au début de l'âge mûr. Les troubles de défécation ne sont pas aussi fréquents dans la tuberculose, et le météorisme manque presque toujours.

Etablir avec exactitude le diagnostic est toujours utile pour trouver les indications d'une intervention chirurgicale et pour formuler le pronostic.

Quand le processus reste localisé à l'intestin, a tendance naturelle à la guérison, on peut réussir à rétablir d'une façon permanente la canalisation de l'intestin.

Lorsque le diagnostic a permis d'établir l'existence d'un foyer tuberculeux circonscrit, la seule voie de salut est la résection de l'anse malade.

La première résection intestinale pour la tuberculose remonte à 10 ans. Bouilly, en décembre 1886, pratiqua la résection du cæcum pour tuberculose localisée. Quatre ans après, le malade était encore en bonne voie. En 1887, Schier (*in* Senn, *Principles of surgery*, 1897) enleva une tumeur tuberculeuse du cæcum par laparotomie latérale. Il enleva en même temps 12 ganglions lymphatiques caséeux et pratiqua l'entérorrhaphie circulaire. Czerny à son tour a pratiqué 3 fois la même opération avec 2 guérisons et 1 mort, enfin Durante, au Congrès de la Société italienne de chirurgie, le 16 avril 1889, a présenté un cas analogue. Dans les 2 cas de Czerny qui guérirent, les lésions portaient sur l'intestin grêle. Les malades conservèrent une fistule intestinale, contre laquelle une seconde intervention fut nécessaire.

En 1890, Durante a rapporté un nouveau cas au VIIe Congrès italien (31 mars 1890) et König a communiqué une série de 12 laparotomies pour rétrécissement de l'intestin où il pratiqua la résection et dans un cas la sténose était d'origine tuberculeuse.

Des cas semblables ont été successivement rapportés par Hofmokl (1890), Billroth, Hochenegg, Le Dentu, Frank, Delorme, Terrier, Schwartz (*Congrès français*, mars-avril 1892), Hartmann et Pilliet, Polaillon, et par

Ch. Wochts (*Annals of surgery*, 1893), Smith (*Lancet*, 1894), Körte, Becker, Boiffin (de Nantes) (1895), Salomoni, Hofmeister (1896) et Tricomi.

Au point de vue des indications et de la technique opératoire, il faut pratiquement distinguer suivant que le processus morbide a envahi le tractus iléo-cæcal ou les autres points de l'abdomen. Mais, d'une manière générale, l'intervention consiste dans la laparotomie médiane ou latérale suivant le siège de la tuméfaction, dans la résection de l'anse malade, suivie d'entéro-anostomose avec réunion *per primam* de la plaie.

Lorsque l'état général est mauvais, le traitement consiste dans la création d'un anus artificiel sur le trajet de l'intestin, dont on procède ultérieurement à la réparation. Saint-Cène.

DERMATOLOGIE

Des purpuras de l'enfance,

D'après le rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*

Par M. le Dr L. Perrin (de Marseille).

Le purpura ne représente pas une maladie, il ne sert qu'à désigner une lésion élémentaire de la peau, la tache purpurique. C'est un symptôme commun à des affections très diverses, c'est le fait d'une maladie générale interne qui affecte une modalité éruptive. Comme les érythèmes, les purpuras sont dépourvus d'une existence propre et individuelle. Le purpura est l'expression cutanée d'un état infectieux qui est la cause des accidents que l'on observe (éruption, hémorrhagies, arthropathies, fièvre, phénomènes généraux, etc.). Ce sont des états infectieux avec purpura, comportant des degrés divers d'intensité et de gravité, suivant les conditions individuelles, les infections secondaires.

Types cliniques. — Le *purpura rhumatoïde* (péliose rhumatismale de Schœnlein, purpura myélopathique primitif de Faisans, purpura exanthématique d'Apert) est la forme commune du purpura; on l'observe aussi bien dans les purpuras dits primitifs que dans les purpuras secondaires; il est fréquent au printemps, et s'observe surtout chez les enfants de 4 à 10 ou 12 ans. Il est caractérisé par la triade symptomatique de Schœnlein : un exanthème purpurique, des manifestations rhumatoïdes et des phénomènes gastro-intestinaux.

L'affection débute soit par un état gastrique pouvant aller du simple enduit saburral aux vomissements bilieux et à la diarrhée, soit par des douleurs articulaires et musculaires et souvent par un léger mouvement fébrile.

Le plus souvent, on constate comme prodrome une sensation de lassitude, de courbature, de lourdeur, de tension dans les parties où l'éruption va se montrer. Celle-ci est constituée surtout par de petites taches hémorrhagiques, par des pétéchies, mais parfois aussi on voit des ecchymoses un peu plus larges.

Les arthropathies peuvent être légères, ou présenter une intensité plus marquée. Elles sont comparables à celles qui existent au début de la grippe et identiques à celles que ressentent les inoculés qui commencent une éruption de sérum (Apert).

Les troubles gastro-intestinaux peuvent dominer la scène. Ils sont caractérisés par une diarrhée qui persiste pendant plusieurs jours et qui est parfois sanglante, par des vomissements alimentaires ou bilieux apparaissant brusquement sans nausées, sans grand malaise; il y a des coliques intenses, l'épigastre est douloureux à la pression.

Le purpura rhumatoïde est une maladie à rechutes.

Des hémorrhagies muqueuses et même viscérales ont été observées. Les plus fréquentes sont des épistaxis et des entérorrhagies plus ou moins abondantes; il peut y avoir aussi des hémorrhagies conjonctivales, de la stomatorrhagie et les gencives deviennent parfois fongueuses.

Purpuras à forme suraiguë. — Ce sont les symptômes nerveux qui ouvrent la marche, convulsions, vomissements, dyspnée de forme spéciale. Plus tard, la gêne de la respiration s'accentue, le malade tombe dans l'abattement ou le coma. Au bout de quelques heures se montrent les taches purpuriques, symétriquement sur la face antéro-interne des cuisses, puis l'éruption envahit le tronc et la face; d'autres fois le début se fait par des épistaxis ou bien ce sont des prodromes analogues à ceux des typhus et des fièvres éruptives. Il survient du malaise, de la courbature, de la céphalalgie, des convulsions, des frissons plus ou moins répétés. Le malade éprouve une sensation profonde de brisement et d'anéantissement, avec état saburral de la langue, diarrhée et parfois vomissements. La fièvre peut manquer ou, au contraire, s'élever progressivement, mais d'une manière irrégulière. La tendance aux hémorrhagie se traduit souvent, dès le début, par des poussées de pétéchies, par l'apparition de véritables ecchymoses siégeant non seulement sur les membres inférieurs, mais encore sur le tronc et la face par groupes disséminés çà et là. Des hémorrhagies se font par diverses voies : épistaxis, entérorrhagies, hématuries, etc. L'état adynamique s'aggrave rapidement; il y a du délire, les traits sont profondément altérés, la rate est grosse, les ganglions axillaires et inguinaux volumineux, la peau est brûlante, les sueurs nulles, les urines rares, parfois albumineuses. La mort est la règle; elle survient plus ou moins vite, en 3 jours (Ollivier), 4 jours (Hérard), 5 jours dans quelques cas.

Forme typhoïde du purpura. — C'est une atténuation à la forme précédente, dans laquelle dominent les phénomènes d'aspect typhoïde. Ce qui imprime un cachet spécial à cette forme de purpura, c'est l'intensité de l'abattement, la prostration physique du malade avec conservation de l'intelligence et une température en général élevée, atteignant au moins 39°; cette hyperthermie n'est pas régulière; elle subit, comme tous les symptômes, une recrudescence à certains moments. Les hémorrhagies intestinales peuvent être ou non suivies d'un abaissement de la température, mais elles sont habituellement accompagnées de fièvre. L'albuminurie se rencontre assez fréquemment en dehors de l'hématurie; cette albuminurie n'est pas constante. Le purpura à forme typhoïde est grave, mais quoique la mort soit fréquente, elle n'est pas fatale. La durée de l'affection est variable; elle peut être de 3 à 4 semaines, elle est souvent plus courte; la mort survient par suite de l'aggravation de l'adynamie; parfois le malade succombe dans le coma. C'est principalement dans cette forme que l'on a signalé la gangrène développée au niveau de la tache purpurique ou ecchymotique. Toutefois, lors même d'un sphacèle considérable, la mort n'est pas fatale et la survie peut avoir lieu.

Maladie de Werlhof. — Avec la maladie de Werlhof, on se rapproche des types cliniques bénins. Elle est caractérisée par des hémorrhagies cutanées et muqueuses apparaissant brusquement, en pleine santé, sans fièvre primitivement, tout au moins au début; la guérison surviendrait au bout de quelques jours.

Des hémorrhagies muqueuses accompagnent l'éruption. Les plus fréquentes sont les épistaxis, la stomatorrhagie; les gencives peuvent donner lieu à un écoulement abondant, fréquemment, aussi il se produit sur les bords de la langue, en différents points de la muqueuse buccale, des bulles sanguines qui se rompent bientôt et laissent une surface excoriée, noirâtre, qui peut devenir le point de départ d'une copieuse hémorrhagie. Les hématémèses, les hématuries sont plus rares.

L'absence de fièvre serait la règle; la durée de la maladie est d'ordinaire courte, 8 à 15 jours; cependant Marfan a observé un cas dans lequel la maladie a duré 6 mois, Apert et Rabé en ont publié dans le *Bulletin médical* un autre d'un an de durée.

Discussion de chacune des variétés de purpuras. — Qu'il s'agisse du purpura rhumatoïde, du purpura infectieux primitif, de la maladie de Werlhof, les caractères différentiels de chacune de ces formes sont rarement assez tranchés pendant toute la durée de l'affection, pour en constituer des entités morbides.

Si on compare les cas bénins de purpura aux cas graves, on ne trouve pas entre eux de différence essentielle, on passe insensiblement des uns aux autres : le processus est le même, ce sont des états infectieux avec purpura, modifiés par les tempéraments ou par des infections secondaires. Qu'il s'agisse d'une variété ou d'une autre, ce sont des infections, quoique à des

degrés divers; le nombre des cas où l'origine toxi-infectieuse ne peut être affirmée de façon catégorique, diminue d'ailleurs chaque jour.

Étiologie et pathogénie. — Les causes que l'on a signalées comme pouvant déterminer l'apparition du purpura ne sont, en général, que des causes banales : ce sont les émotions, le froid, les traumatismes, la misère, le surmenage.

L'influence de l'âge peut être invoquée avec plus de raison; les purpuras sont plus fréquents dans le jeune âge; c'est de 4 à 10 ans que l'on observe surtout le purpura. Mais les hémorrhagies cutanées ne sont pas l'apanage de la seconde enfance. Le purpura peut même s'observer chez le fœtus ou après la naissance.

Le petit hérédo-syphilitique est exposé plus que tout autre enfant aux hémorrhagies; on a même pu décrire comme forme spéciale « la syphilis hémorrhagique des nouveau-nés ». En dehors de la syphilis, les hémorrhagies cutanées qui s'observent chez les nouveau-nés peuvent reconnaître une origine mécanique et être dues aux frottements, aux contusions dont le tronc fœtal peut être le siège même dans l'accouchement régulier et quand aucune manœuvre n'a été employée. On voit quelquefois aussi, quoique rarement, des ecchymoses se produire dans les cas de sclérème. Mais les faits les plus curieux sont ceux qu'on a décrits sous le nom de maladie hémorrhagique des nouveau-nés; M. Bar en a publié 2 cas, un avec ecchymoses cutanées, hémorrhagies par des piqûres vaccinales, par la plaie ombilicales, dans lequel l'examen du sang après la mort montra des colonies de streptocoques. L'autre cas concerne un enfant âgé de 6 jours, qui présenta une hémorrhagie abondante au niveau d'une exulcération cutanée, de la stomatorrhagie et des ecchymoses; mort rapide; l'examen du sang donna des cultures de staphylocoques. Ces hémorrhagies sont considérées aujourd'hui comme étant de nature infectieuse; autrefois on les mettait sur le compte de l'hémophilie dont le cadre se rétrécit de jour en jour.

Le purpura peut donc, chez les nouveau-nés, se rencontrer au même titre que les autres hémorrhagies qui se font par l'ombilic, par les voies digestives, que les hématuries, les épistaxis, etc.; l'infection puerpérale, la vaccine anormale, toutes les septicémies peuvent être incriminées. Il est d'un pronostic fatal, car on observe presque toujours les formes foudroyantes décrites par Henoch sous le nom de purpura fulminans; comme le melæna, avec lequel il coïncide souvent, il peut tuer les enfants en 24 ou 48 heures.

Les hémorrhagies cutanées, aussi bien chez le nourrisson que chez l'enfant, se rencontrent à titre de complications dans le cours des maladies infectieuses (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, choléra, méningite cérébro-spinale, diphthérie, endocardite, etc.). On les observe dans les affections de l'appareil respiratoire (infections bronchiques, pleurésies, pneumonies), dans les affections du tube digestif (angines, les diverses formes de septicémie gastro-intestinale). De nombreuses observations montrent que l'amygdale est très souvent la porte d'entrée de l'infection. On a encore signalé le purpura à la suite des suppurations cutanées (furoncles, ecthyma), dans le cours de l'ostéomyélite. On a relevé également l'existence du purpura dans les intoxications hétérogènes (antipyrine, iodoforme, chloroforme, etc.), ou à la suite de causes pouvant amener une auto-intoxication soit en augmentant la quantité de toxines formées dans un organisme, soit en en ralentissant l'élimination (fatigues, excès, froids, émotions). Le purpura peut enfin s'observer dans la plupart des états cachectiques, tuberculose, leucémie, cancer, mal de Bright, rachitisme (maladie de Barlow).

La nature infectieuse de tous les purpuras secondaires est aujourd'hui universellement admise; celle des purpuras dits primitifs (P. rhumatoïde, P. infectueux primitif, maladie de Werlhof), a été élucidée en grande partie ces dernières années par les travaux de MM. Hutinel, Sortais, Apert, Claisse, etc.

L'infection peut, par des moyens très nombreux, engendrer l'hémorrhagie cutanée; le plus souvent, elle agit sur les capillaires par ses toxines, soit directement, soit indirectement, par l'entremise du système nerveux : il faut, de plus, tenir compte de la prédisposition individuelle, du rôle des altérations du sang et des organes, foie et reins en particulier.

Les cas de purpura considérés autrefois comme des purpuras rhumatoïdes ou myélopathiques relèvent de l'action des microbes ou de leurs produits solubles : ce sont des purpuras infectieux. L'éruption cutanée n'est que la détermination de l'infection, et suivant la susceptibilité du sujet, suivant l'intensité de la réaction nerveuse, l'aspect de la lésion sera variable, on aura un érythème ou un purpura.

DISCUSSION

M. Guinon (Paris) trouve que dans la pathogénie du purpura, on fait trop souvent intervenir l'élément infectieux, encore que les défenseurs de cette étiologie disent que l'infection a pu passer inaperçue. Dans la clinique courante, le purpura n'a pas les allures d'une maladie infectieuse. Il n'y a pas de fièvre; 4 ou 5 jours au lit amènent la guérison, mais les taches reparaissent dès que le malade se lève. L'affection se montre surtout dans la classe pauvre; elle est très rare en clientèle. On ne la constate surtout que chez des enfants de concierge, vivant par conséquent dans des locaux mal éclairés et mal aérés.

Quelle est l'influence de l'auto-infection? M. Hayem prétend qu'il y a toujours dans ces cas un chimisme stomacal anormal.

Le purpura des nourrissons, en mettant de côté les cas qui relèvent de la syphilis, est toujours lié à des infections des voies digestives, et ne s'observe que chez des enfants nourris artificiellement,

Quant au type maladie de Werlhof, il est toujours apyrétique. Le type de maladie de Werlhof chronique existe.

M. Moussous (Bordeaux) constate aussi qu'à Bordeaux, comme à Paris, le purpura est exceptionnel dans la classe aisée, et relativement fréquent dans la clientèle hospitalière. Il croit, en outre, qu'il y a lieu de faire, au point de vue pathologique, des rapprochements entre le purpura et certains troubles cutanés, comme l'urticaire, l'érythème noueux, etc. Il y aurait là une prédisposition individuelle qui ferait que, sous l'influence de causes occasionnelles variées : émotion, fatigue, choc, etc., les uns feraient du purpura comme les autres font de l'érythème noueux, de l'urticaire. On peut alors concevoir les purpuras comme formant une sorte de gamme; au début il s'agit de phénomènes purement nerveux, puis viennent les cas où s'ajoute un peu d'infection, enfin les cas à grosse intoxication.

M. Challan de Belval (Marseille) a été frappé en Algérie par la rareté du purpura chez les enfants indigènes, tous élevés au grand air et en pleine lumière. Cette constatation est, en quelque sorte, la contre-partie de ce qu'a observé M. Guinon.

M. Le Gendre (Paris) pense que le groupe purpura est appelé à disparaître de la nosologie, car il n'est pas plus logique de rapprocher entre elles les différentes formes cliniques de purpura que de rapprocher la céphalalgie du neurasthénique de celle de la méningite.

Il a vu un purpura ayant duré 3 ans, malgré tous les traitements; le malade était un enfant névropathe, fils de personnes riches; il était gros mangeur de viande et avait, par suite, des troubles digestifs et même du purpura intestinal; la suppression de la viande n'eut aucune action sur le purpura, qui ne céda qu'à un traitement calmant : repos absolu, bains de tilleul prolongés, etc.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Bougon (Ernest). *Des signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique en particulier, des altérations de la transsonance pulmonaire.* N° 465. (Carré et Naud.)

M. Astié (André). *Contribution à l'étude de la névrite amyotrophique des tuberculeux.*

M. Fontaine (Adolphe). *Contribution à l'étude des dangers présentés par l'usage des produits tuberculeux ou objets tuberculifères.* N° 498. (H. Jouve.)

M. Maisonneuve (César). *De la dilatation du cœur droit dans la tuberculose pulmonaire.* N° 591. (H. Jouve.)

M. Robert (Jean). *Contribution à l'étude des manifestations pleurales au cours des maladies du cœur et de l'aorte.* N° 106. (Steinheil.)

M. Giraud (Paul). *D'une application nouvelle des scarifications linéaires dans les œdèmes chroniques scrofuleux.* N° 624. (Bordier et Michalon.)

M. d'Acheux (Ernest). *La phlébite blennorrhagique.* N° 479. (Maloine.)

M. Steimberg (J.). *Du pseudo-rhumatisme syphilitique.* N° 564. (Carré et Naud.)

M. Barrault (Charles). *Syphilis paternelle. Essai de prophylaxie « ab ovo » de l'hérédo-syphilis.* N° 453. (H. Jouve.)

M. Dupouy (Pierre). *De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac.* N° 451. (H. Jouve.)

M. Küss (Georges). *De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine.* N° 210. (Asselin et Houzeau.)

Il est nécessaire de faire un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique avant toute expectoration bacillifère. La guérison sera beaucoup plus assurée et la prophylaxie sera plus efficace si la tuberculose est reconnue dès le début et reste fermée.

Les signes classiques, expiration prolongée, respiration puérile, respiration soufflante, craquements secs, matité, etc., sont des signes d'induration, des signes déjà tardifs. Les injections de tuberculine, de sérum artificiel, qui peuvent permettre de faire le diagnostic à la période de germination, sont des procédés infidèles et dangereux. La radioscopie n'a encore fait ses preuves.

M. Grancher veut que l'on fasse le diagnostic de probabilité de tuberculose « alors qu'avec la chute des forces, et l'amaigrissement on constate une altération permanente et fixe du murmure vésiculaire à l'un des sommets. »

M. Bougon, élève de M. Fernet, insiste avec lui sur l'importance des altérations de la transsonance pulmonaire.

Lorsqu'on percute légèrement le tiers interne de la clavicule, qu'on ausculte dans la fosse sus-épineuse, ou dans l'espace interscapulaire du même côté on entend un bruit particulier, grave, lointain, musical, métallique et vibrant.

Ce bruit transsonant se compose d'un son initial osseux et d'un son pulmonaire prédominant né dans le poumon faisant office de résonnateur.

Que la masse gazeuse pulmonaire soit modifiée, même légèrement, par la présence des granulations tuberculeuses en particulier, la transsonance pulmonaire est altérée, le son osseux prédomine, le son transsonant devient de plus en plus aigu, bref, sec et mat.

M. Astié réunit 17 observations de névrites périphériques au cours de la tuberculose pulmonaire des névrites périphériques. Ces névrites revêtent deux types principaux : un type sensitif et un type sensitivo-moteur ou amyotrophique.

Au point de vue clinique, le type amyotrophique peut affecter une marche rapide, mortelle; une marche lente; une forme localisée susceptible de guérison.

La forme aiguë devra devra être distinguée de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte; la forme lente, de l'amyotrophie cachectique que présentent souvent les tuberculeux.

Il est souvent difficile de distinguer la polynévrite alcoolique de la névrite multiple tuberculeuse.

L'expérimentation a prouvé l'existence de la polynévrite tuberculeuse et des recherches de Carrière semble résulter que les lésions étaient causées par l'action sur les terminaisons nerveuses non du bacille de Koch lui-même, mais des toxines sécrétées au niveau des lésions tuberculeuses.

On peut, par la méthode de Nissl, trouver dans les cellules motrices des cornes antérieures qui correspondent aux nerfs lésés des lésions analogues à celles décrites sous le nom de phénomènes de la chromatolyse.

M. Fontaine conclut que, d'une façon générale, le lait de tous les animaux tuberculeux étant dangereux doit être stérilisé, mais que même stérilisé il peut être dangereux par des toxines provenant de la tuberculisation de l'animal; dans ce cas, le lait sera rejeté de l'alimentation.

La virulence du bacille tuberculeux peut se conserver des mois et même des années dans les fromages secs ou salés, dans le petit-lait et dans les beurres. On ne doit donc utiliser pour la fabrication de ces produits que des laits irréprochables. L'industrie de ces mêmes produits doit être placée sous la surveillance des conseils d'hygiène et des échantillons des laits employés régulièrement prélevés pour être examinés dans les laboratoires municipaux.

Etant donnée la virulence des viandes d'animaux tuberculeux la saisie totale est utile, alors que l'animal ne présenterait que des lésions partielles. Les volailles et oiseaux frappés de tuberculose doivent être également rejetés de l'alimentation.

Les batraciens et les poissons peuvent aussi être les véhicules de la tuberculose.

Le sang des animaux tuberculeux étant virulent, la saisie de celui-ci s'impose, conjointement à la viande des animaux dont il vient. Il est dangereux d'employer ce sang à clarifier les vins.

La dessiccation n'altère pas la virulence des produits tuberculeux. Sous cette forme ils peuvent garder leur virulence plusieurs mois. La salaison n'a également qu'une action illusoire sur la virulence des produits tuberculeux. Ceux-ci employés après salaison en charcuterie sont dangereux pour l'homme. Le rôle de la congélation est le même. Les débris cadavériques et les cadavres de tuberculeux conservent leur virulence dans le sol jusque près de 5 mois, d'où les dangers pour le voisinage.

Une température de 100° maintenue pendant une demi-heure est nécessaire pour neutraliser le virus tuberculeux; il est important que tous les points du produit à stériliser atteignent cette température pendant le même temps.

L'application externe de produits tuberculeux ou d'objets tuberculeux ou d'objets tuberculisés détermine facilement une tuberculose cutanée qui peut parfois engendrer une tuberculose généralisée. La salive des tuberculeux, les objets qui leur servent, les blessures, morsures, coups d'ongle, des sujets tuberculeux, les planchers souillés, tous les corps traumatisants recouverts de virus pourront être le point de dépaat d'une tuberculose. La vaccine enfin pouvant servir de véhicule au bacille de Koch, comme l'a prouvé l'observation de Besnier, toute vaccination de bras à bras doit être interdite. On n'emploiera pour la vaccination que le produit direct de la pustule de cowpox de veaux reconnus sains. Le vaccin ne sera livré au public qu'après le sacrifice du veau et la constatation que l'animal était en parfait état de santé.

D'après M. M. Maisonneuve la dilatatation du cœur droit sans insuffisance tricuspidienne est une complication assez fréquente de la tuberculose pulmonaire.

Elle paraît sans influence notable sur la marche de la maladie et s'opposerait même quelquefois aux hémoptysies; elle est due non seulement à l'augmentation de pression dans l'artère pulmonaire, due à la diminution du champ de l'hématose, mais surtout à la dégénérescence granulo-graisseuse du muscle cardiaque.

La dilatation du cœur droit serait facilitée et aggravée par les efforts, la toux qui, suivis d'une inspiration profonde, augmentent dans un premier temps la pression dans et autour des vaisseaux et du cœur, et pendant l'inspiration abaissent la pression extérieure permettant au cœur de se dilater en aspirant avec force le sang contenu dans les veines.

La dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspidienne est rare; elle est due à la propagation de la distension du ventricule droit à l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté. Elle assombrit considérablement le pronostic.

Dans son intéressante thèse M. Robert, élève de Huchard, montre qu'il existe un rapport réel entre les affections du cœur et de l'aorte et les affections pleurales indépendamment de toute tuberculose et de toute maladie rénale.

Les affections aiguës du cœur déterminent en effet assez fréquemment des complications du côté de la plèvre sous forme d'épanchements séreux, hémorrhagiques, purulents ou gangréneux.

Dans les cardiopathies valvulaires chroniques, les manifestations pleurales sont fréquentes, souvent même la règle, et se manifestent soit sous forme de symphyse, soit sous forme d'épanchement. C'est surtout le rétrécissement mitral qui donne le plus souvent lieu à cette dernière complication. Ces manifestations pleurales sont indépendantes de toute asystolie et reconnaissent le plus souvent comme cause des embolies sous-pleurales.

Dans un certain groupe de faits, les cardiopathies valvulaires déterminent une sorte de cachexie cardiaque, un peu spéciale, pouvant, comme toutes les cachexies, s'accompagner de thromboses lointaines, et ces thromboses à leur tour peuvent donner naissance à des embolies sous-pleurales et à des complications du côté de cet organe. La maladie cardiaque agit alors d'une façon secondaire et indirectement sur la plèvre.

Dans les cardiopathies artérielles, on observe des complications pleurales sous forme de symphyse ou sous forme d'épanchement, siégeant le plus fréquemment à droite, pouvant présenter une marche clinique particulière et entraîner des erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement préjudiciables aux malades.

Ces épanchements pleuraux peuvent aussi exister dans les cardiopathies nerveuses, indépendamment de tout état asystolique. Dans les aortites, et spécialement dans les aortites chroniques, dans les dilatations de la crosse de l'aorte, et dans les anévrysmes aortiques, il existe dans certains cas des épanchements pleuraux dont l'importance est extrêmment grande en thérapeutique, car une intervention maladroite pourrait déterminer la mort subite du malade.

Pour M. Giraud l'usage des scarifications linéaires peut être étendu, dans la plus large mesure, au traitement des œdèmes chroniques et particulièrement de l'œdème scrofuleux de la lèvre supérieure. Son emploi permet de modifier, d'une façon rapide et souvent complète, des affections locales qui résistent, trop souvent, aux ressources ordinaires de la thérapeutique. Cette méthode est d'une application facile et d'une innocuité absolue.

La phlébite blennorrhagique, que M. d'Acheux étudie dans sa thèse, est une complication rare de la blennorrhagie; il en rappelle les principaux caractères, montre qu'elle accompagne presque toujours les manifestations articulaires et que c'est une affection bénigne dont les signes et le traitement n'offrent rien de spécial.

A propos de trois observations recueillies dans le service de M. Galliard, M. Steimberg admet l'existence d'un pseudo-rhumatisme syphilitique au cours de la période secondaire de la syphilis. Il se distingue du rhumatisme vulgaire, par des caractères bien tranchés : *a*) Apparition, chez des sujets indemnes, de toute tare arthritique, héréditaire ou personnelle. *b*) Coexistence habituelle des manifestations secondaires de la syphilis. *c*) Moindre intensité des phénomènes inflammatoires. *d*) Fixité plus grande des déterminations articulaires. *e*) Exacerbations nocturnes des phénomènes douloureux.

Il cède rapidement au traitement spécifique.

L'influence paternelle seule se retrouve très fréquemment dans l'étiologie de l'hérédo-syphilis.

Comme l'hérédo-syphilis est une cause de dépopulation, il importe de l'empêcher de se manifester.

Pour M. Barrault on ne devra donc permettre le mariage à un homme syphilitique que si sa syphilis date d'au moins trois ans, ne se manifeste plus par aucun accident, a été convenablement soignée. Pour éviter des manifestations hérédo-syphilitiques chez les enfants, on instituera le traitement prophylactique suivant : Traitement du père pendant 6 mois avant la fécondation. Traitement de la mère pendant toute la durée de la grossesse.

Pour lui le meilleur mode de traitement est l'emploi de *l'iohydrargyrate d'iodure de potassium* recommandé par Pinard, qui est le mieux supporté par la femme enceinte et qui donne d'excellents résultats.

Parmi les nombreuses causes qui peuvent amener de la périgastrite adhésive, il en est une que l'on rencontre relativement assez souvent, c'est l'ulcère simple de l'estomac.

Pour M. Dupouy la périgastrite adhésive par ulcère, comme toute pésigastrite est constituée par des adhérences de forme, de consistance et de siège variables, qui fixent l'estomac aux organes voisins, gênent sa locomotion et quelquefois emprisonnent des filets nerveux.

Elle se traduit par des douleurs surtout provoquées ou exagérées par l'ingestion des aliments et la station debout, souvent aussi par des vomissements qui coïncident avec la dilatation de l'estomac, quelquefois par une induration ligneuse de la région épigastrique.

Il arrive souvent que l'on ne peut poser le diagnostic ferme de périgastrite par ulcère, on ne peut que la soupçonner. Cependant le diagnostic est facilité par la constatation antérieure des symptômes d'un ulcère simple de l'estomac.

Le pronostic, favorable dans les cas légers, peut être grave quand les douleurs et les vomissements, empêchant l'alimentation, entraînent la cachexie.

Toutefois, si l'ulcère persiste et tend à perforer l'estomac, les adhérences constituent une barrière salutaire qui prévient la péritonite généralisée.

Le traitement médical est absolument sans effet dans la périgastrite adhésive. Le traitement chirurgical, qui consiste, suivant les cas, à faire une simple section des adhérences ou une résection de l'ulcère et des néoformations inflammatoires contiguës est le seul rationnel.

Dans le travail extrêmement important qu'il a consacré à l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine, M. Küss a réuni tous les faits publiés, exposé toutes les théories, groupé tous les arguments qui ont été donnés pour ou contre cette hérédité parasitaire ; son travail, si riche en documents de toute nature, en faits personnels probants se basant sur la connaissance précise et complète des cas publiés de tuberculose congénitale et placentaire, les données certaines fournies sur la marche de la tuberculose dans l'organisme, les recherches sur la manière d'être de la tuberculose infantile, aboutit à cette conclusion première que l'hypothèse de l'hérédité parasitaire conceptionnelle de la tuberculose ne repose sur aucun argument capable d'entraîner la conviction. L'hérédo-contagion n'est contestée par personne, mais l'étude directe de la question ne permet pas de savoir quelle est sa fréquence. La théorie de la latence du germe défendue par Baumgarten n'est pas complètement exacte ; si beaucoup de tuberculoses de la jeunesse et de l'âge adulte reconnaissent pour cause une auto-infection aux dépens de foyers latents peut-être très précoces, rien ne prouve formellement que l'on doive rattacher ces foyers latents à la vie fœtale, ils n'existent pas au-dessous de trois mois, sont rares avant un an, puis augmentent progressivement ; il faudrait en effet admettre une soi-disant résistance des tissus jeunes vis-à-vis de l'infection bacillaire, et on ne peut l'accepter pour la période initiale de l'existence extra-utérine. Pourtant il pourrait se faire que les germes arrivés au fœtus peu de temps après l'accouchement ou au moment même de la naissance n'arrivent à constituer des foyers macroscopiquement appréciables qu'au bout de plusieurs mois. La partie la plus importante du travail de M. Küss est consacrée à prouver que l'étude directe de la tuberculose infantile permet de rattacher l'évolution de la maladie à l'existence antérieure d'une tuberculose larvée ou latente qui, dans la majorité des cas, relève de l'inhalation. Cette tuberculose d'inhalation, forme spéciale de la tuberculose, est dans sa forme type absolument superposable à la tuberculose d'inoculation sous-cutanée du cobaye, elle est représentée par un nodule pulmonaire minuscule généralement isolé, commandant à une adénopathie interbronchique, puis médiastine, considérablement développée par suite de l'intensité des réactions ganglionnaires chez le jeune enfant. L'âge réciproque indique une infection simultanée du parenchyme et du médiastin, et leur topographie élimine l'hypothèse d'une infection rétrograde. La tuberculose thoracique ainsi formée constitue la première étape de l'infection de l'organisme ; dans beaucoup de cas elle ne dépasse jamais ce stade initial et tend vers la guérison ; souvent aussi elle reste un danger d'infection et donne naissance tôt ou tard à une forme clinique de tuberculose. La tuberculose d'ingestion, infiniment

plus rare que la tuberculose d'inhalation, revêt également une forme anatomique qu'il est peu logique de rattacher à l'hérédité. Donc l'immense majorité des tuberculoses infantiles sont des tuberculoses acquises et la contagion joue le rôle essentiel dans la propagation de la maladie dans le jeune âge, l'influence directe de l'hérédité étant secondaire. Dès lors, et c'est là la conclusion pratique importante de la thèse de M. Küss, la protection contre l'invasion bacillaire s'impose comme un devoir, et en mettant les fils de tuberculeux dès leur naissance dans un milieu exempt de tout bacille on arrive à les préserver d'une manière à peu près certaine; sans doute l'apport bacillaire pourra survenir dans la suite, mais la contagion n'aura plus la même gravité, le sujet étant plus résistant, et la contagion tardive pouvant se borner à créer une tuberculose latente peu redoutable, tandis que la contagion précoce détermine presque toujours la formation d'une tuberculose larvée, grave dans le présent, redoutable pour l'avenir.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

De la formation du cartilage dans les cals (Zur Frage der knorpeligen Callusbildung), par G. Kapsammer (*Virchow's Arch.*, 1898, vol. CLII, p. 157). — L'auteur, qui a examiné 40 fractures expérimentales chez des lapins et des chiens 2 à 21 jours après leur production, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'apparition du cartilage pendant la cicatrisation d'une fracture n'est pas un phénomène constant et dépend de certaines conditions.

2° Les fractures complètes dans lesquelles les extrémités des deux fragments sont mises et maintenues en contact parfait guérissent sans qu'il y ait production de formations cartilagineuses. Il en est de même des fractures incomplètes où il existe naturellement peu d'écartement entre les fragments.

3° Si les extrémités des fragments ne sont pas maintenues au contact, il y a formation de cartilage au niveau des extrémités des deux fragments et cette formation est d'autant plus considérable que l'écartement entre les fragments est plus grande.

4° L'apparition du cartilage indique dans tous les cas un retard dans la formation du cal.

5° La formation d'un cal avec ou sans îlots cartilagineux dépend donc de la façon dont la fracture est réduite et maintenue.

Chirurgie du rein (Beitrag zur Nierenchirurgie), par F. Pinner (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 447). — L'auteur rapporte dans son travail une série d'observations isolées touchant à divers points de la chirurgie du rein.

Dans deux cas de tuberculose rénale, l'auteur a pu constater à l'autopsie que le rein supposé sain était plus malade que celui dont l'état a permis d'établir le diagnostic de tuberculose du rein. Un de ces malades, auquel on avait enlevé le rein tuberculeux gauche, a succombé au bout de 5 jours d'anurie, et à l'autopsie le rein droit était transformé en un sac rempli de pus. Le second malade n'a pas été opéré; à l'autopsie on trouva le rein gauche atteint de pyonéphrose tuberculeuse, et le rein droit, supposé sain, transformé en une masse fibreuse remplie de cavernes purulentes.

Deux autres observations ont trait à la néphrolithiase. Dans les deux cas, après la néphrolithotomie unilatérale, les symptômes de lithiase rénale se sont manifestés quelque temps après l'opération du côté du rein non opéré.

La cinquième observation est la relation d'un cas d'hémophilie rénale chez une fille de 12 ans. La néphrotomie simple du rein droit n'ayant pas fait cesser les hémorrhagies, on en pratiqua l'extirpation.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait de néphrite chronique. La malade succomba avec des symptômes d'urémie 15 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva que le second rein était également atteint de néphrite.

Viennent ensuite trois observations d'hydronéphrose. Dans un cas le malade resta, après la néphrotomie, 10 jours sans uriner; il guérit néanmoins. Dans le second cas, comme on avait des doutes sur la nature de la tumeur, on fit toute la laparotomie, et, le diagnostic une fois établi, on ferma le ventre pour finir l'opération par une néphrotomie lombaire. Guérison. Dans le troisième cas où il s'agissait d'une hydronéphrose intermittente, la néphrotomie ayant donné lieu à une hémorrhagie qu'il n'a pas été possible d'arrêter, on fit la néphrectomie. Guérison.

La dernière observation a trait à un cas de périthéliome (Hildebrand) du rein opéré par la néphrectomie.

MÉDECINE

Un cas de diabète mellitus aigu (Ein Fall von acutem Diabetes mellitus), par le Dr Böhm (*Münchener med. Woch.*, 1898, p. 1147). — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans se plaignant depuis quelque temps d'être fatigué et abattu. Il a de temps à autre de la céphalée et du vertige. Il y a à la fois pollakiurie et polydipsie. Comme antécédents, le malade a toujours été bien portant; quant aux parents le père est mort hydropique à 43 ans à la suite d'un cancer du foie, sa mère et deux frères sont bien portants.

A l'examen du malade, le 13 janvier 1898, on constate l'aspect fatigué des traits; les muqueuses sont pâles, le cœur est normal; rien aux poumons; pas d'appétit, soif vive; température 38°9. Les urines sont claires, 5 l. 500 par jour avec 4,9 p. 100 d'urée. Diagnostic : diabète sucré.

Les jours suivants les mêmes phénomènes persistent; deux jours après son entrée à l'hôpital, le 16 janvier dans la nuit, le malade est pris de coma brusque et malgré tous les soins meurt en quelques heures.

A l'autopsie on trouva une néphrite subaiguë déjà ancienne et une atrophie marquée du pancréas.

Un cas d'empoisonnement mortel par l'essence de vinaigre (Ein Fall von tödtlicher Vergiftung durch Essigessenz), par Stumpf (*München. med. Woch.*, 1898, p. 690, nr 22). — Le 9 septembre 1897, l'auteur fut appelé près d'un homme de 32 ans qui la veille ayant bu 3 verres de bière et mangé un peu de saucisse fut pris à minuit de coliques, de vomissements et de diarrhée. Le cœur était très faible, le pouls imperceptible, la peau froide, les yeux profondément excavés et le malade était incapable de fournir quelques renseignements. On apprit cependant le lendemain qu'il avait mangé de la pomme de terre bouillie arrosée d'une cuillerée d'essence de vinaigre et d'une cuillerée seulement d'eau.

Malgré les soins qui lui furent donnés et l'emploi de l'opium, les douleurs épigastriques devinrent très vives, puis peu à peu le malade tomba dans le coma et mourut. A l'autopsie on trouva la muqueuse fortement colorée, parsemée d'ecchymoses sous-épithéliales surtout au niveau du pylore.

Les signes de cette intoxication sont analogues à ceux produits par la liqueur de Villatte. L'essence de vinaigre du commerce est de l'acide acétique pur auquel on ajoute généralement du caramel pour le colorer en brun. C'est un liquide extrêmement caustique; une goutte d'acide acétique produit sur la peau une brûlure très vive que n'effacent pas rapidement des lavages répétés à l'eau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 Octobre 1898.

A propos du traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections de sérum gélatiné.

M. Huchard. — A l'avant-dernière séance, à propos de la communication de MM. Lancereaux et Paulesco sur le trai-

tement des tumeurs anévrysmales de l'aorte par les injections de sérum gélatiné, j'ai cru devoir faire quelques réserves sur l'innocuité de cette méthode.

A l'appui de cette opinion je rappellerai que M. Boinet (de Marseille) a publié l'observation d'un malade, chez lequel les injections de sérum gélatiné ont déterminé un rétrécissement de l'artère pulmonaire, suivi bientôt d'une tuberculose secondaire des deux poumons.

D'autre part, M. Barth a vu une de ses malades mourir presque subitement dans le collapsus à la suite de l'emploi des mêmes injections.

Bien que ces deux faits soient confirmatifs de la grande puissance coagulante du sérum gélatiné, ils doivent nous mettre en garde contre certains dangers auxquels ces injections peuvent exposer les malades.

En premier lieu, je crois que l'on devra s'abstenir à l'avenir de l'emploi de solutions gélatineuses trop concentrées; on devra s'en tenir à la solution à 1 p. 100.

D'autre part, il faut éviter de provoquer, comme cela est arrivé à M. Barth, une coagulation en masse au niveau de l'origine des gros troncs artériels et d'amener ainsi une ischémie rapide de l'encéphale. Dans ce but, on aura soin de ne pratiquer les injections qu'à des intervalles assez éloignés et d'exiger des malades un repos absolu pendant toute la durée du traitement.

Vingt-trois splénectomies.

M. Th. Jonnesco (Bucarest). — Depuis 1896 j'ai pratiqué 23 fois l'extirpation de la rate, une fois pour un énorme kyste hydatique et 22 fois pour hypertrophie malarique. La rate était mobile dans 3 cas, fixée et adhérente dans les autres. L'état général était bon dans 4 cas, dans les autres il y avait une anémie accentuée et chez 5 il existait une cachexie profonde avec œdème des membres, ascite et diminution très marquée du nombre des globules rouges du sang. Les rates enlevées pesaient entre 850 et 5750 grammes.

Un seul opéré a succombé du fait de l'opération, par hémorrhagie; 7 autres ont succombé soit à une cause de l'état général trop mauvais (purpura, leucémie), soit à des complications tardives et indépendantes de l'enlèvement de la rate.

L'opération a toujours eu un effet curatif excellent : disparition de la cachexie commençante ou établie, relèvement rapide du taux des globules rouges du sang, disparition des signes de l'intoxication palustre. La toxicité urinaire a toujours diminué après l'opération, sauf si une complication passagère et fébrile (congestion pulmonaire) a empêché momentanément l'hypotoxicité urinaire post-opératoire de se produire.

Les excellents résultats curatifs obtenus par l'enlèvement de la rate chez les paludiques me confirment dans l'opinion que j'avais émise et qui se trouve d'accord avec celle de M. Laveran, à savoir que la rate, au lieu de constituer un organe protecteur contre l'impaludisme, est le réceptacle de l'hématozaire, d'où celui-ci est jeté dans le torrent sanguin. Enlever la rate c'est donc supprimer le foyer principal, sinon unique de l'infection palustre, et guérir cette dernière. Aussi faut-il pratiquer la splénectomie précoce chez les paludiques pour éviter la production des adhérences profondes et les progrès de la cachexie qui rendent l'intervention tardive plus grave. La leucémie constitue la seule contre-indication absolue de la splénectomie.

La greffe anastomotique musculo-tendineuse dans le traitement des pieds bots paralytiques (paralysie infantile).

MM. Péraire et **Mally**. — La première période du traitement doit être l'expectation, armée des agents physiques (massage, électricité statique) et les traitements d'ordre général (alimentation, balnéation salée, etc.). Au moyen de l'exploration électrique on analysera soigneusement l'état fonctionnel et l'on pourra définir, parmi les muscles atrophiés, ceux qui sont irrémédiablement perdus par suite de myélite, et ceux qui ne sont frappés que d'arrêt de développement.

Aussitôt que la chose est possible, on cherche, en anastomosant les tendons des muscles paralysés à ceux des muscles restés sains, convenablement choisis, à restaurer en partie l'équilibre fonctionnel du pied.

Dans six cas nous avons pu anastomoser par un procédé simple d'avivement et de suture le tendon du jambier antérieur à celui de l'extenseur propre du gros orteil (3 fois), les tendons péroniers au tendon d'Achille (2 fois), le jambier antérieur au tendon d'Achille (1 fois), avec un succès satisfaisant. La marche est très améliorée, et les enfants peuvent marcher sans le secours d'appareils orthopédiques. L'opération a été réalisée quatre fois avec l'anesthésie locale à la cocaïne et deux fois au chloroforme.

(En raison de la fête de la Toussaint la prochaine séance de l'Académie aura lieu *lundi* 31 courant.)

MÉDECINE PRATIQUE

La journée des tuberculeux.

Le Dr Chuquet (de Cannes) vient de publier, sous l'inspiration et avec les conseils du Dr Daremberg, un livre des plus intéressants sur l'hygiène des tuberculeux (1). Le praticien y trouvera les renseignements les plus complets concernant la prophylaxie et le traitement hygiénique de la phthisie pulmonaire. Il lira avec fruit l'introduction du Dr Daremberg dont nous détachons aujourd'hui les quelques pages que l'auteur a consacrées à « préciser les bases du genre de vie que les divers tuberculeux doivent mener s'ils veulent guérir...

« Aucune formule hygiénique, ajoute-t-il, ne peut être appliquée à tous les phthisiques indifféremment. Chaque groupe doit être strictement différencié. » Il est à peine besoin de faire ressortir l'importance de ce précepte qui est malheureusement trop souvent méconnu par les médecins.

Le Dr Daremberg distingue cinq catégories : le tuberculeux apyrétique au début de la maladie, le tuberculeux convalescent d'une poussée aiguë, mais qui n'a plus de fièvre, le tuberculeux à fièvre légère, le tuberculeux à fièvre élevée, le tuberculeux guéri. Voici les conseils qui se rapportent à chacun de ces groupes.

1° Journée du tuberculeux sans fièvre, au début de la maladie.

Cesser toute occupation fixe.

Habiter selon ses préférences ou commodités : pendant l'hiver le Midi ou les altitudes; pendant l'été la montagne et une plage peu ventilée.

Se lever entre 8 h. 1/2 et 9 heures du matin; déjeuner avec un œuf ou un peu de viande froide, du café au lait, du chocolat ou du thé avec du pain et du beurre.

Se promener en flânant de 10 heures à 11 h. 1/2. Se reposer dehors pendant une demi-heure avant le déjeuner. Pendant le repos, être étendu sur une chaise longue ou assis sur un bon fauteuil et être plus couvert que pendant la marche.

Au déjeuner de midi absorber un repas ordinaire auquel on joindra 100 à 200 grammes de viande crue, ou deux ou trois cuillerées de poudre de viande.

De 1 heure à 4 h. 1/2 rester étendu à l'air sous un abri ou dans une chambre dont la fenêtre est ouverte. Pendant ce temps on peut lire. A 4 h. 1/2 absorber un ou deux œufs ou du lait.

De 5 à 6 heures, faire une petite promenade en voiture ou à pied. Pendant l'hiver, lecture ou jeux de 5 à 7 heures.

Pendant l'été, repos à l'air jusqu'à 7 h. 1/2.

Prendre la température buccale tous les jours entre 4 h. 1/2 et 6 heures, et si elle dépasse 37°3 ne pas marcher pendant 24 heures. Cette règle sera applicable au cas suivant.

Dîner ordinaire et se coucher à 9 heures.

Pendant la nuit, on peut absorber une tasse de lait.

1. A. Chuquet, *L'hygiène des tuberculeux.* Introduction par G. Daremberg (*Bibliothèque d'hygiène thérapeutique,* dirigée par le professeur Proust). Paris, Masson et Cie.

2° Journée du tuberculeux qui est convalescent d'une poussée aiguë, mais n'a plus de fièvre.

Mêmes résidences que dans le cas précédent.

Se lever vers 9 h. 1/2 du matin.

Déjeuner à 8 h. 1/2 avec café au lait, thé ou potage, un œuf ou bien du pain et du beurre selon ses préférences.

De 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, petite promenade à pied ou en voiture, ou bien s'étendre dans un jardin de 10 h. 1/2 à midi.

Au déjeuner de midi : 2 œufs, 200 grammes de viande crue, légumes et dessert selon les goûts, pas de café, pas de liqueurs, pas de vin pur. Vin avec eau, bière légère ou cidre non mousseux.

Repos de 1 heure à 4 h. 1/2, comme dans le cas précédent, et mêmes occupations jusqu'à 7 h. 1/2.

Au dîner, volaille, poisson ou jambon ; 2 œufs ou des légumes. Pas de dessert, mêmes boissons qu'au déjeuner.

Le coucher à 8 h. 1/2. Boire une tasse de lait pendant la nuit.

3° Journée du tuberculeuux qui a une fièvre légère d'une durée quotidienne plus ou moins longue, donnant un écart de plus d'un degré entre le maximum et le minimum, soit 36°,2-37°,5.

Mêmes résidences que dans les deux premiers cas.

A 8 h. 1/2, déjeuner avec du lait, ou du chocolat, avec du pain sans beurre.

Le lever à 9 h. /2. Vers 10 h. 1/2, quand le temps n'est ni humide, ni venteux, ni trop chaud, faire deux fois par semaine une promenade en voiture d'une heure ; se reposer un quart d'heure avant de déjeuner. Pendant la promenade, le malade peut descendre, s'asseoir sur un pliant ou sur un banc à l'abri du vent et du soleil. Etre plus couvert le matin que l'après-midi, parce qu'à ce moment, le malade, sans avoir de vrais frissons, a la sensation de fraîcheur précédant l'éclosion de sa fièvre, qui se manifestera après son déjeuner.

Déjeuner entre midi 1/4 et midi 1/2 ; faire un bon repas composée de bifteck, côtelettes, gigot, roatsbeef, purée de légumes, artichauts, choux-fleurs, pommes de terre bouillies, fromage. Eau rougie ou bière légère.

Sieste de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. A 4 1/2, 2 œufs ou 2 cuillerées à soupe de viande crue, ou de poudre de viande, avec un peu de thé ou de grog.

De 5 à 7 heures, lectures ou causeries.

De 7 h. 1/2 à 8 heures, dîner. Viande blanche, poisson ou jambon, un légume ou une compote. Se coucher immédiatement après le dîner.

Si c'est possible, boire une tasse de lait pendant la nuit.

4° Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 38°.

Même petit déjeuner que dans le cas précédent.

Ne pas marcher, ne pas sortir en voiture. S'installer autant que possible dehors, sous un abri, depuis 10 heures du matin, jusques une heure avant le coucher du soleil. Puis repos à la chambre. Alimentation comme dans le cas précédent. Pour pouvoir faire cette cure à l'air, il importe à de tels malades d'aller l'été dans la montagne et l'hiver dans le Midi, d'octobre à fin mai. Pour eux, il est urgent de fuir l'humidité, surtout celle du soir. Ils devront être complètement à l'abri du soleil. Quand ils seront étendus sur leur chaise longue, leurs pieds ne devront même pas être frôlés par les rayons du soleil. Ils craindront le vent fort mais pourront supporter quelquefois avec avantage une brise fraîche. Toutes ces précautions nécessiteront une orientation et une disposition spéciales des guérites. tentes ou kiosques qui les abriteront. Les guérites devront être facilement mobiles. Dans les tentes, les quatre pans de toile pourront être tirés, relevés ou abaissés alternativement. Il en sera de même des kiosques, ou bien ils devront être mobiles, sur pivot. Le tuberculeux doit pouvoir éviter le soleil ou le grand vent sans être obligé de se fatiguer en se déplaçant.

Ces malades, après avoir passé l'hiver dans le Midi méditerranéen, pourront maintenant passer l'été dans la montagne sans être contraints de subir les fatigues d'un long voyage. A 5 heures de Cannes, de Nice et de Menton, existent deux stations alpestres dans lesquelles les malades trouveront des installations confortables et une sécurité médicale absolue. Ces deux stations sont Saint-Martin-Vésubie et Thorenc, que MM. Baudry et Chuquet ont fort bien étudiées dans un travail récent (1).

Comme ces malades sont obligés de quitter Saint-Martin ou Thorenc vers le 15 septembre, je leur conseille de séjourner jusque vers le 15 novembre dans les hôtels de Cannes ou de Menton, situés sur les hauteurs qui entourent ces villes. J'espère que prochainement un chemin de fer funiculaire reliera le centre de Cannes au sommet de la Californie et que plusieurs hôtels bâtis sur ce sommet nous permettront d'envoyer un certain nombre de malades et de convalescents dans une nouvelle station que l'on pourrait appeler *Cannes-altitude*, appelée à rendre d'importants services à la thérapeutique climatérique.

5° Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 39°.

Repos jour et nuit dans le lit, la fenêtre ouverte.

Lait, grogs ; hachis, quenelles, viande crue ou poudre de viande, œufs, confitures en trois ou quatre repas pendant les 24 heures.

Ne pas se déplacer même si on habite une ville.

Attendre une accalmie pour partir l'hiver dans le Midi, l'été dans la montagne.

6° Journée du phthisique guéri.

Pendant les deux premières années qui suivent la guérison, il devra prendre tous les matins quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue ou une bouteille de koumys, lait de jument fermenté, stérilisé à Samara et expérimenté avec grand succès en France depuis 2 ans 1/2 par le Dr Appenzeller, de Menton.

Faire deux autres bons repas.

Se coucher à 10 heures et se lever à 8 heures. Dîner rarement en ville et aller très rarement au théâtre, jamais au bal.

Continuer à passer pendant ces années l'hiver dans le Midi et l'été à la campagne.

Bien se garder de hâter la guérison par des injections sous-cutanées d'antiseptiques et même de sérum artificiel ou de glycérophosphates. Toutes ces injections peuvent réveiller des lésions tuberculeuses qui dorment. Je l'ai démontré en 1894, à la Société de biologie, et j'ai eu l'occasion toute récente de voir deux cas de réveil de tuberculose guérie depuis 5 ans à 8 ans, à la suite d'injections sous-cutanées de glycérophosphate.

Après ces deux années de noviciat, le tuberculeux, définitivement guéri, pourra reprendre ses occupations. Mais il devra chaque année se reposer au grand air au moins pendant 2 mois soit en hiver, soit en été.

Quand il aura subi avec succès une période de travail de 5 ou 6 ans, s'il a des ressources suffisantes, il pourra se marier et aura toutes les chances possibles de fonder une famille saine s'il sait demeurer raisonnable et mener une vie occupée et peu fatigante.

G. M.

VARIÉTÉS

La peste à Vienne.

Dans un laboratoire de Vienne, la peste vient de faire des victimes. Certes le fléau ne s'étendra pas, il va vite être circonscrit à son foyer d'origine. Mais nous croyons intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs la relation que le Dr A. Pick (de Vienne) a envoyée sur cette petite épidémie à *la Semaine médicale*.

1. *Journal des Praticiens*, 16 juillet 1898.

Relation des cas de peste survenus à Vienne.

(Par dépêche télégraphique.)

Vienne, 25 octobre, 2 h. 15 soir.

L'année dernière, l'Académie impériale des sciences de Vienne avait chargé MM. les Drs Albrecht et Ghon, assistants à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université de cette ville, H. F. Müller, privatdocent et assistant de la clinique de M. le professeur Nothnagel, et R. Pöch, attaché à la clinique de M. le professeur Neusser, d'une mission scientifique ayant pour but d'étudier la peste bubonique dans les Indes anglaises (1). Les membres de cette mission, afin de pouvoir poursuivre leurs recherches après leur retour de Bombay, apportèrent un certain nombre d'échantillons de cultures du bacille de la peste et commencèrent leurs expériences au mois de mai de l'année dernière, dans un laboratoire spécialement aménagé pour la circonstance dans le service bactériologique, dirigé par M. le Dr Ghon, à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université.

Les recherches étaient terminées depuis 1 mois 1/2. Dans le laboratoire, dont le service se faisait avec tous les précautions d'usage, il n'y avait plus que quelques rats immunisés contre la peste et sur lesquels on faisait de temps à autre des expériences de contrôle. Le 15 octobre courant, le garçon du laboratoire, Franz Barisch, chargé de nourrir les animaux et d'approprier le local réservé à l'étude bactériologique de la peste, tomba malade et fut admis à la clinique médicale avec les phénomènes d'une pneumonie au début. Vu ses occupations antérieures, cet homme fut immédiatement isolé, et dès le début de son affection, qui cliniquement n'offrait d'autres symptômes que ceux d'une pneumonie, on procéda à un examen microscopique et bactériologique des crachats. Ceux-ci contenaient des microorganismes ressemblant aux bacilles de la peste, de sorte qu'on devait songer à une infection de cette nature, et le tableau clinique que le patient présenta le dernier jour de sa maladie s'accordait également avec cette hypothèse. Toutefois, il faut faire remarquer que l'examen microscopique pratiqué pendant les premiers jours de l'affection n'avait montré qu'une forme atypique de bacilles ressemblant à ceux de la peste et que l'inoculation aux animaux avait donné un résultat négatif. Le malade succomba dans la soirée du 18 octobre; l'autopsie n'a pas été faite. On ne sait jusqu'à présent rien de précis en ce qui concerne le mode suivant lequel l'infection s'est réalisée dans ce cas. Etant donné que le laboratoire restait toujours fermé et n'était accessible qu'aux médecins y poursuivant leurs recherches, la seule hypothèse plausible est que le garçon a dû, par suite d'une négligence regrettable, s'infecter lui-même.

Le 19 octobre, l'une des deux gardes-malades qui avaient soigné Barisch fut prise de fièvre et transportée, par précaution, à l'hôpital de l'empereur François-Joseph. L'autre garde se sentait aussi indisposée, néanmoins elle resta isolée à l'hôpital général; mais dans l'après-midi elle fut également admise au même hôpital que la première. Les deux femmes furent placées dans un local isolé dépendant du service des maladies infectieuses et l'on donna à chacune d'elles une chambre séparée.

M. le Dr Müller, qui avait donné ses soins à Barisch dans le service de M. le professeur Nothnagel, se chargea de suivre les deux malades, qui étaient soignées par deux sœurs de l'ordre du Sacré-Cœur. Chez l'une des deux patientes les phénomènes morbides, peu prononcés, ne tardèrent pas à se dissiper, tandis que chez l'autre, nommée Albertine Pecha, il y eut une élévation considérable de la température qui, au cours de la nuit, atteignit 41°2.

Vendredi dernier 21 octobre, à midi, on fit savoir aux autorités sanitaires de la ville que M. Müller se trouvait aussi indisposé et avait été obligé de s'aliter. Son état empira considérablement dans le courant de la journée; toutefois, malgré une fièvre très accusée et des hémoptysies répétées, le malade ne présentait aucun trouble psychique. A 11 heures du soir, le thermomètre marquait 40°6. Le lendemain, à midi, la température s'abaissa jusqu'à 39°5, mais l'intelligence était légèrement obnubilée; à 1 heure, on notait 38°4; le pouls était à 117; le patient se trouvait fort abattu et l'expectoration était très abondante. Puis il y eut une légère amélioration : la température tomba à 38° et les troubles psychiques s'atténuèrent. Malheureusement, cette amélioration ne persista guère, et bientôt on vit le thermomètre remonter à 39°8, en même temps qu'on notait 128 pulsations et 59 respirations à la minute. Un peu plus tard, il y eut encore un abaissement du degré thermique, on vit apparaître de la cyanose ainsi que du délire, et à 2 heures du matin notre infortuné confrère succomba.

Particulièrement consciencieux, le Dr Müller avait tenu non seulement à ne pas quitter le premier malade, mais encore à assurer ultérieurement la désinfection de la chambre dans laquelle Barisch était mort, en procédant lui-même au grattage des murs, afin que le fléau épargnât de nouvelles victimes.

Chez la garde-malade Albertine Pecha, la température atteignit, dans la matinée du 21 octobre, 41°; dans le courant de la journée survinrent des hémoptysies fréquentes et du délire, ainsi que de la cyanose. Samedi soir, la température était de 41°; le lendemain matin, on notait encore le même degré thermique; à midi, le thermomètre marquait 38°6, le pouls était à 104, et on comptait 32 respirations à la minute; la patiente avait toute son intelligence et accusait une douleur au côté droit; il n'y avait pas de vomissements ni de maux de tête; les crachats, peu abondants, présentaient une coloration blanche. A six heures trente du soir, la température était de 38°9, le pouls à 104, la respiration à 28; on ne notait pas de vomissements; l'expectoration restait toujours modérée; il n'y avait pas de troubles de l'intelligence et la malade n'accusait aucun symptôme subjectif. Hier lundi, à midi, le thermomètre marquait 38°6, l'intelligence était complète et on ne notait ni vomissements ni toux. A six heures quarante du soir, la température s'est élevée à 39°9 et la fréquence du pouls a atteint 100 pulsations à la minute; à minuit il s'est produit un léger abaissement du degré thermique. Ce matin (25 octobre), la température était de 40°1; la patiente possédait toute son intelligence; elle avait reçu dans la nuit 60 centimètres cubes de sérum antipesteux; à midi, le thermomètre marquait 40°. Depuis ce matin les crachats sont sanguinolents, mais l'état psychique reste bon.

A l'examen des crachats de cette patiente, comme dans ceux du docteur Müller, on a constaté nettement la présence de bacilles de la peste.

Chez la seconde garde-malade, Johanna Aochegger, la température a été, samedi 22 octobre, à cinq heures du soir, de 38°5; à six heures vingt-cinq, de 38°7, et à neuf heures, elle s'est élevée à 39°. Cette femme avait eu antérieurement une lésion de l'un des sommets des poumons, de sorte que l'hyperthermie qu'on constate chez elle peut être rapportée à cette cause. Elle toussait et présentait une expectoration modérée, dans laquelle on n'a jamais rien trouvé de suspect. Dimanche matin son état était bon; on n'a d'ailleurs noté chez elle aucun signe objectif de la peste. Aujourd'hui mardi, la température est normale, il n'y a plus d'expectoration, et cette femme se trouve tout à fait bien.

Dans la nuit de dimanche, l'une des deux religieuses, nommée Stillfriede, ressentit quelques palpitations avec légère agitation; sa température était de 37°4. Lundi, à midi, le thermomètre marquait 37°3; cette nuit on a fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum antipesteux; la température, qui était de 37°8, est tombée ce matin à 37°2; néanmoins, la sœur se sentait un peu fatiguée; à midi elle se trouve mieux, le thermomètre marque 37°3.

Lundi soir, une garde-malade, Marie Göschl, fut transférée, par mesure de précaution, de l'hôpital général à l'hôpital de l'empereur François-Joseph; à minuit sa température était de 37°4; ce matin on notait 37°3; la malade a vomi à deux reprises; il n'y a pas de toux ni d'expectoration; à midi, le degré thermique est de 37°2, la patiente se plaint de céphalalgie, mais ne présente absolument rien d'anormal.

Tous les autres individus qui ont été soumis à l'observation, à cause de leurs rapports médiats avec les personnes suspectes, sont jusqu'ici bien portants; leur température est inférieure à 37°.

Dr Alois Pick,
Docent à la Faculté de médecine de Vienne

1. Albrecht, Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur la peste (*Semaine médicale*, 1897, p. 211).

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Des infections vésicales,

D'après le rapport à l'*Association française d'urologie*

Par MM. Albarran, Hallé, Legrain.

Un microbe, pour être rangé parmi les agents des infections vésicales, doit satisfaire aux deux conditions suivantes, exigibles de tous les organismes pathogènes :

1° Le microorganisme doit avoir été rencontré à l'état de pureté dans l'urine infectée, quand l'infection est localisée à la vessie :

2° L'injection de la culture pure doit reproduire l'une des formes de l'infection vésicale, secondée, du moins, par une des causes adjuvantes, dont l'action, bien reconnue en pathologie humaine, crée la réceptivité.

Les agents des infections vésicales sont multiples : il n'y a point ici d'infection spécifique; il y a non pas une infection vésicale, mais des infections vésicales, produites par des organismes différents. Un premier examen permet de distinguer, dans leur liste déjà longue, des microbes *fréquents*, des microbes *rares*, des microbes *exceptionnels*.

Microbes fréquents.

I. *Bacterium coli.* — Sur 304 cas, le bacterium coli est rencontré 131 fois, dont 89 à l'état de pureté. On le trouve donc dans près de la moitié des cas seul ou associé; à l'état de pureté, dans près d'un tiers.

II. *Staphylocoques pyogènes.* — Sur 304 examens, les staphylocoques pyogènes sont rencontrés 70 fois; on peut donc conclure que ce sont des agents fréquents des infections vésicales.

III. *Proteus de Hauser.*

IV. *Streptocoque pyogène.* — Le streptocoque pyogène vrai n'est signalé ni par Reblaub, ni par Krogius, ni par Barlow. Il a été rencontré par Morelle, 5 fois; Denys, 3 fois; Melchior, 4 fois; Bastianelli, 4 fois; Rovsing, 2 fois.

V. *Gonocoque de Neisser.* — Notre expérience personnelle, les publications récentes de Wertheim et de Lindolm, nous font penser que la cystite blennorrhagique, trop longtemps attribuée aux seuls microbes des infections secondaires, relève, assez souvent, de l'action du seul gonocoque de Neisser.

Microbes rares.

I. *Bacille typhique.*

II. *Diplocoque de Fränkel.*

III. *Diplobacille de Friedländer.*

Microbes exceptionnels.

Ce sont : les bacilles longus ureæ, B. crassus, streptobacille de Melchior, urobacille de Maddoxii, le micrococcus subflavus, le coccobacille de Rovsing, la sarcine blanche, etc.

Rappelons encore, en terminant cette longue énumération, que nous en avons écarté, de parti pris, un des agents les plus actifs de l'infection vésicale : le bacille de Koch. Il a été rencontré, une fois ou deux, par les auteurs qui ont analysé un nombre un peu important de cystites. Ces chiffres, pensons-nous, ne peuvent donner aucune idée, même approximative, du rôle considérable que joue le bacille tuberculeux dans la pathologie vésicale. Une observation prolongée, dans un service spécial d'urinaires, montre qu'il est parmi les agents les plus fréquents de l'infection vésicale. Mieux vaut donc ne pas ébaucher ici, sur des documents personnels, l'étude de l'infection tuberculeuse de la vessie.

Presque tous les travaux d'ensemble s'accordent à reconnaître la fréquence des infections combinées.

La fréquence de l'infection mixte doit varier beaucoup, semble-t-il, suivant la nature des cas observés : plus rare peut-être dans les cystites récentes accidentelles; plus fréquente dans les cas anciens longuement traités.

Nous manquons encore à ce sujet d'une statistique démonstrative.

Par quelles voies et quels moyens les agents infectieux peuvent-ils pénétrer dans la vessie?

Les microorganismes peuvent arriver à la vessie par deux mécanismes différents :

1° Invasion directe ; ils pénètrent directement dans la vessie par ses orifices normaux, urèthre et uretères, ou par des solutions de continuité anormales.

2° Invasion directe : ils arrivent à la vessie, apportés par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

A. *Invasion directe.* — I. *Par l'urèthre.*

a) *Microbes de l'air.* — Les germes de l'air extérieur furent les premiers soupçonnés : ils pouvaient s'introduire dans la vessie spontanément ou à la faveur du cathétérisme.

L'infection par la voie uréthrale, due aux germes de l'air, spontanée ou provoquée par le cathétérisme, devrait être aujourd'hui exceptionnelle. Mais combien de cathétérismes sont encore journellement pratiqués avec des instruments septiques!

b) *Microbes de l'urèthre normal.*

Existe-t-il une infection spontanée, due à la simple ascension vers la vessie des germes de l'urèthre normal? On

peut en douter; et ici, comme pour les germes de l'air, des conditions pathologiques semblent nécessaires.

c) *Microbes de l'urèthre pathologique*, — Dans les états pathologiques de l'urèthre, nous voyons se préciser et s'aggraver l'importance de l'infection par la voie uréthrale.

Dans l'uréthrite, l'inflammation de la muqueuse uréthrale antérieure, gagnant par extension continue l'urèthre postérieur, peut atteindre la vessie et créer l'infection vésicale.

II. *Par l'uretère.*

Les microorganismes infectieux peuvent traverser le rein et apparaître dans l'urine sans avoir provoqué par leur passage de lésions appréciables; d'autres auteurs pensent qu'une élimination de bactéries par les urines doit être toujours rattachée à des altérations morbides des reins soit profondes, néphrite; soit légères et passagères, au point d'être insaisissables à l'œil et au microscope.

Quoiqu'il en soit, de tous les travaux consacrés à la question, on peut conclure que les bactéries circulant dans le sang peuvent apparaître dans les urines dans trois conditions différentes :

1° Par suite d'altérations superficielles, limitées aux capillaires rénaux et à l'épithélium glomérulaire, en l'absence des lésions et des signes de la néphrite confirmée.

2° Au cours des néphrites diffuses infectieuses, primitives, ou secondaires aux infections générales.

3° Au cours des néphrites à lésions localisées, embolies microbiennes, abcès corticaux, qui s'observent dans les mêmes circonstances.

L'infection vésicale peut donc venir de l'uretère, par le courant de l'urine.

III. *Par des solutions de continuité anormales des parois vésicales.*

Les microbes peuvent s'introduire dans la vessie encore par des orifices anormaux qu'il suffit d'énumérer rapidement : ce sont des solutions de continuité congénitales ou accidentelles, ces dernières traumatiques ou pathologiques.

B. *Invasion indirecte, par la voie circulatoire; auto-infection vasculaire ou embolique.*

On peut distinguer ici deux cas : l'auto-infection de cause générale; l'auto-infection de cause locale ou de voisinage. Tous les auteurs rattachent à l'apport embolique du bacille de Koch, dans les capillaires de la muqueuse, le développement des granulations tuberculeuses superficielles.

A côté de ces infections emboliques par la voie de la circulation générale, on peut classer des auto-infections de voisinage, ou de cause locale, qui, elles aussi, se produisent par l'intermédiaire du système vasculaire. Des foyers septiques, périvésicaux, phlegmoneux ou suppurés, qu'ils soient parenchymateux, conjonctifs ou péritonéaux, peuvent, par simple voisinage, et à distance, déterminer l'infection vésicale.

Le parasite a pénétré dans la vessie; que va-t-il résulter de cette invasion?

L'introduction accidentelle, le passage du microorganisme peuvent n'être suivis d'aucun effet nuisible; l'infection ne se produit pas.

Dans d'autres circonstances, le microbe reste, cultive et s'installe : l'infection s'établit. Tantôt elle reste limitée au contenu vésical : l'urine seule s'infecte, la paroi restant indemne.

Plus souvent, à l'infection de l'urine, s'ajoute l'infection de la paroi : le microbe attaque la muqueuse, il y détermine des lésions inflammatoires réactionnelles : la cystite, infection vésicale totale, est constituée.

Il peut donc y avoir :

a) *Infection sans effets ou avortée.*

b) *Infection du contenu vésical seul. Bactériurie.* — Le microbe a réussi à s'implanter dans l'urine de la vessie : il y cultive, s'y multiplie; l'infection est constituée. Son premier effet est l'altération de l'urine, en dehors même de toute altération de la paroi. C'est la *bactériurie*.

La bactériurie est, en quelque sorte, le degré inférieur, le premier stade de l'infection vésicale. Elle est caractérisée par l'absence de lésions pariétales et la composition du dépôt urinaire : celui-ci est exclusivement formé par les microorganismes auxquels s'ajoutent, en cas de fermentation ammoniacale, les sels précipités.

c) *Infection avec lésions pariétales, cystites.* — Les microorganismes pénètrent directement dans la vessie par ses orifices et cultivent d'abord dans l'urine; puis, la muqueuse vésicale réagit, est envahie à son tour par les germes pathogènes; elle s'enflamme, en un mot, et la cystite est constituée.

Les lésions sont d'abord toutes superficielles et presque exclusivement épithéliales.

A un degré plus avancé, la suppuration s'établit. Les microorganismes ont traversé la couche épithéliale, partiellement détruite : ils envahissent le derme muqueux et le tissu sous-muqueux pour y déterminer des lésions de diapédèse intense.

Quand l'inflammation dépasse la muqueuse pour s'étendre à toute l'épaisseur de la paroi musculaire, la cystite peut être dite interstitielle ou totale. Il y a péricystite quand le tissu conjonctif périvésical et le péritoine participent à l'inflammation.

Entre ces deux catégories de lésions, se placent les cystites pseudo-membraneuses, qui participent de l'un et l'autre processus.

Le diagnostic d'une infection vésicale repose essentiellement sur l'analyse histo-bactériologique complète de l'urine infectée. Cette analyse permet de distinguer la bactériurie de la cystite, et de caractériser chacune des formes de l'infection par son agent ou ses agents pathogènes. L'étude des éléments histologiques du sédiment fournit d'utiles renseignements sur le degré et la profondeur des lésions. A toutes les variétés de l'infection vésicale s'appliquent des principes généraux de traitement qui découlent directement des notions de pathogénie que nous avons exposées.

Nous devons chercher ensuite, par tous les moyens en notre pouvoir, la destruction des microorganismes qui infectent l'appareil urinaire. Deux ordres de médication poursuivent ce but : la médication interne ou générale, la médication locale ou topique.

Le plus souvent ici, les ressources médicales sont insuffisantes. Le traitement chirurgical doit alors intervenir. Assurer l'évacuation vésicale pour éviter les effets de la stagnation de l'urine; porter directement les agents antiseptiques dans la vessie infectée, telles sont les indications principales remplies par le cathétérisme, répété ou permanent, les lavages et les instillations.

En cas d'insuccès de cette thérapeutique usuelle, le but doit être encore poursuivi par l'ouverture et le drainage temporaire de la vessie; en même temps qu'elle réalise le drainage de la vessie et assure son repos, la taille permet l'action chirurgicale directe sur la surface infectée.

REVUE DES CONGRÈS

XII° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 25 Octobre 1898.

Chirurgie de l'estomac et de l'intestin.

M. Gallet (de Bruxelles). — Dans des cas de sténose pylorique où la pylorectomie — qui est toujours l'opération de choix — doit être considérée comme impossible, il est nécessaire de pratiquer la gastro-entérostomie de façon qu'il n'y ait ni reflux de bile dans l'estomac ni afflux d'aliments dans le duodénum; de plus, l'opération doit être exécutée d'une manière rapide.

Le procédé que j'emploie à cet effet consiste à faire la gastro-entérostomie à l'aide de sutures et la jéjuno-jéjunostomie avec un petit bouton de Murphy à tubulure étroite. Une fois que se trouvent en présence les portions de l'estomac et de l'intestin qu'il faut anastomoser, on fait une suture gastro-intestinale séro-séreuse de 4 à 5 centimètres; parallèlement à cette suture, on incise l'intestin; par cette brèche on introduit de chaque côté de l'anse intestinale, une longue pince armée d'une des pièces du bouton; à 10 centimètres environ de l'estomac, les deux pièces sont rapprochées et serrées. Dès que la jéjuno-jéjunostomie est terminée, ce qui a demandé à peine deux minutes, on achève la gastro-entérostomie à l'aide de trois plans de suture au catgut. Pour terminer, on jette sur la portion de l'anse jéjuno-duodénale comprise entre les deux anastomoses une double ligature, on sectionne cette anse entre les deux fils et l'on invagine les deux bouts réséqués. Abstraction faite de l'exploration du pylore, toujours variable, l'opération dure à peine une demi-heure.

Dans deux cas, j'ai obtenu une guérison rapide, sans complication; le bouton a été expulsé au bout de dix jours. Dans un troisième fait le malade est mort d'épuisement douze jours après l'intervention.

M. Jordan (Heidelberg). — On a employé le bouton de Murphy, à la clinique de Czerny, dans tous les cas possibles, et nous estimons que, grâce à cet instrument, on opère avec une rapidité que ne permet pas la méthode des sutures; c'est ainsi qu'on peut faire une gastro-entérostomie en quinze minutes, alors qu'il faut de trente à quarante minutes pour une opération à sutures.

L'emploi du bouton de Murphy ne présente aucun danger, pourvu qu'on tienne compte des contre-indications. Dans les premiers temps où nous l'avons utilisé, nous avons eu 3 décès par perforation, mais depuis que nous avons renoncé à l'appliquer au gros intestin, pour lequel nous employons les sutures, sur plus de 100 cas nous n'avons pas eu un seul insuccès.

Il est important de serrer fortement le bouton. Quant aux sutures complémentaires, elles sont le plus souvent inutiles.

L'évacuation du bouton a eu lieu dans certains faits au bout de sept ou huit jours; en général, elle se fait vers le vingtième jour au plus tard.

La gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy a été pratiquée dans 83 cas, dont 63 pour cancer du pylore, et 20 pour sténose non cancéreuse; la mortalité a été de 12,5 p. 100.

La méthode de von Hacker, c'est-à-dire l'abouchement du jéjunum sur la paroi postérieure de l'estomac nous parait être préférable aux autres procédés, sauf quand l'état de la paroi postérieure s'y oppose. Dans nos 83 observations, la méthode de von Hacker a été utilisée 78 fois, et celle de Wölfler, 5 fois.

M. Roux. — On peut actuellement constater un notable progrès quant à l'état dans lequel les sujets atteints de maladies de l'estomac arrivent au chirurgien, soit spontanément, soit par l'intermédiaire des médecins traitants.

Pendant les deux dernières années, au lieu du 36 p. 100 de malades auxquels aucune opération ne pouvait plus être utile, nous n'avons eu que deux malades chez lesquels nous ayons dû nous borner à une laparotomie exploratrice, et un ou deux au plus où celle-ci même était contre-indiquée.

En outre, pour les cas de carcinome du pylore, nous avons pu faire 11 pylorectomies, contre 11 gastro-entérostomies, ce qui correspond à une proportion de 41 et de 55 p. 100, au lieu de 32 p. 100 pour chacune de ces opérations, les cas de simple laparotomie exploratrice tombant à 4 p. 100.

Enfin, nous avons opéré dans ce même laps de temps presque autant de cancéreux du pylore que durant les neuf premières années de notre service hospitalier.

Quant au procédé employé, nous comptons 6 pylorectomies ordinaires avec 1 mort; 2 d'après le procédé de Kocher sans décès; 4 par des procédés combinés avec 2 morts. En somme, sur ces 12 opérations, j'ai eu 3 décès.

Avant de passer aux gastro-entérostomies, je veux mentionner le résultat fonctionnel remarquable obtenu chez deux malades atteintes de rétrécissement maximum à peu près sur le milieu de l'estomac, rétrécissement représenté à l'extérieur par un cordon gros comme le doigt et long de 2 centimètres chez l'une des patientes, de 6 à 7 centimètres chez l'autre. L'estomac était dans les deux cas séparé en deux poches, dont la prépylorique représentait environ les 2/5, l'autre les 3/5.

Une incision de 10 centimètres sur la face antérieure de chacune des poches, avec suture à trois plans, sans se préoccuper du goulot pathologique laissé tel quel, a donné immédiatement un résultat fonctionnel excellent.

Pour la gastro-entérostomie nous sommes resté fidèle au procédé en Y; cependant, 4 fois nous avons dû, pour trouver une place libre sur les parois de l'estomac, nous borner à la gastro-entérostomie antérieure et, pour aller plus vite, la faire simple; deux malades sont morts : l'un était atteint d'une tumeur partie du pancréas et envahissant le foie, l'autre d'une carcinose du péritoine. Un des survivants, âgé de 75 ans, avait subi quelques mois auparavant une gastro-entérostomie postérieure, dont l'ouverture était bouchée à son tour par le cancer; 7 jours après la seconde opération il quittait la clinique.

Nous avons fait plusieurs essais pour supprimer ou diminuer l'écoulement du contenu gastro-intestinal dans le ventre; c'est ainsi que nous avons été amené à pratiquer encore quelques gastro-entérostomies postérieures simples, soit pour l'emploi des ciseaux d'Eck ou de l'anse de platine à fonction analogue, soit aussi lorsqu'il était urgent de gagner 8 à 10 minutes. Dans un de ces derniers cas, le malade, âgé de 66 ans, emphysémateux et cardiaque, est mort; c'est le seul décès que nous avons eu sur les 10 opérations de cette série.

Malgré les résultats obtenus, qui sont satisfaisants, nous ne recommandons pas ces procédés, car ils empêchent la suture et l'accolement primitif de la muqueuse : la suture à 3 plans reste pour nous la seule parfaite.

Un fait intéressant dans cette série est celui d'une jeune fille de 27 ans, chez laquelle nous dûmes, pour empêcher les vomissements et les régurgitations de bile, pratiquer après coup une jéjuno-jéjunostomie.

Faisant ensuite la section et l'occlusion de la première portion du jéjunum, entre l'estomac et la nouvelle bouche, nous étions dans les conditions, à ce qu'il nous semble, de l'opération actuelle de M. Doyen : c'est la seule de nos malades qui se plaigne encore de troubles mécaniques.

Si nous passons à la gastro-entérostomie en Y, nous avons 31 cas, avec 3 morts post-opératoires; une 4° malade, morphinomane et atteinte déjà à plusieurs reprises d'ictus apoplectiques, eut le lendemain de l'intervention une hémiplégie totale avec aphasie; elle présenta, au cours de la 3° semaine, des phénomènes d'occlusion : une incision exploratrice permit de reconnaître la coudure du jéjunum en canon de fusil, sans aucune trace de réaction péritonéale qu'un accolement en timbre-poste, et la malade mourut au bout de 3 semaines.

A cette occasion, nous avons fait quelques tentatives pour diminuer jusqu'au volume d'une vraie ampoule de Vater la communication de la première portion du jéjunum avec la seconde. A cet effet, après avoir incisé circulairement les tuniques séreuse et musculaire, nous avons lié la muqueuse avec un fil à un seul nœud, puis coupé au thermo-cautère. Les deux chefs du fil ont été passés dans une chevrotine serrée à 5 ou 10 millimètres, puis coupés au ras. De cette manière nous n'avons incisé latéralement l'anse jéjunale inférieure que juste pour passer le grain de plomb.

Une fois les sutures musculaire et séreuse faites, nous avons tiré, de l'extérieur, sur la chevrotine qui est tombée dans l'intestin, entraînant le nœud et ouvrant ainsi l'ampoule de Vater artificielle.

Ce qui nous importe le plus aujourd'hui, c'est de montrer que la gastro-entérostomie postérieure en Y avec trois plans de suture n'est plus en elle-même une opération dangereuse, malgré l'écoulement possible d'un peu du contenu gastro-intestinal, car sur une série de 24 gastro-entérostomies pour affection non suspecte du pylore nous n'avons pas perdu un seul malade. La durée moyenne de l'opération a été de 42 à 43 minutes, tout compris.

Il s'agissait le plus souvent de rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcères guéris ou d'anneaux fibreux dans des cas d'anciennes gastroptoses.

Je ne puis que vous recommander l'essai de la gastro-entérostomie en Y. Les résultats obtenus chez les non-cancéreux montrent que ce n'est pas l'opération en elle-même qui est la cause des insuccès, mais bien l'état déplorable dans lequel on opère encore certains malades.

M. Tuffier. — Sur 62 cas, j'ai pratiqué 50 gastro-entérostomies, 9 pylorectomies et 3 opérations consistant simplement dans des libérations d'adhérences.

Les 9 pylorectomies m'ont donné 3 morts et 6 guérisons. Dans 3 cas, j'ai employé le procédé de Kocher, qui a bien réussi parce qu'il n'y avait pas de traction; 1 fois j'ai abouché le duodénum avec la partie supérieure de l'estomac; enfin, 5 fois j'ai eu recours à l'opération de Bilroth.

Il faut, à mon avis, être très éclectique dans le choix du mode d'abouchement. C'est seulement après l'ablation de la tumeur que je me décide pour le procédé qui convient le mieux aux conditions dans lesquelles je me trouve.

En ce qui concerne la gastro-entérostomie, j'ai eu l'occasion de la pratiquer 6 fois pour des ulcères saignants, 16 fois pour cancer, 3 fois pour une dilatation simple, et, enfin, 25 fois pour des sténoses cicatricielles du pylore.

J'ai fait la gastro-entérostomie antérieure, la gastro-entérostomie postérieure par le procédé supérieur, et depuis quelque temps j'ai recours à l'opération de von Hacker, qui compte pour 30 cas dans ma statistique.

Le reflux de la bile dans l'estomac a été presque toujours constaté chez mes opérés par M. Hayem, mais on ne s'en aperçoit qu'à l'aide du tubage de l'estomac.

Je pratique l'opération de von Hacker par la méthode des sutures en deux plans : un plan muco-muqueux qui comprend une partie de la musculeuse, et un plan séro-séreux.

Les résultats varient suivant les cas.

La gastro-entérostomie pour ulcère m'a donné 2 morts par péritonite perforante, dont 1 plusieurs semaines après l'intervention. Tous les autres opérés ont guéri.

Dans le cas de cancer, on obtient des résultats moins bons, mais cela n'a rien d'étonnant, attendu qu'il s'agit alors de malades en très mauvais état, pour lesquels on ne peut rien faire de mieux.

Les meilleurs résultats que j'ai obtenus concernent la sténose pylorique cicatricielle. Au cours de mon intervention, dans les faits de ce genre, j'ai pu constater que certaines sténoses ont assez fréquemment une origine hépatique.

M. Roussel (de Reims). — M. Doyen, pour la gastro-entérostomie, se rallie à un procédé qui dérive immédiatement de celui de M. Roux (de Lausanne). C'est une anastomose en Y avec cette différence que l'abouchement, au lieu d'être terminal, est latéral, ce qui permet de réduire au minimum l'orifice destiné au passage de la bile dans le jéjunum.

La durée de l'intervention est à peu près égale à celle de l'opération de Roux.

Plus longue que la gastro-entérostomie simple, qui peut être réalisée en 25 minutes, elle assure un fonctionnement parfait en évitant les régurgitations bilieuses qui existent dans un certain nombre de cas lorsqu'on s'est contenté de la gastro-jéjunostomie.

La gastro-entérostomie est faite autant que possible à la face postérieure de l'estomac et doit être transmésocolique. C'est le procédé de choix, celui qui permet d'obtenir un orifice parfaitement déclive et assure le mieux la vacuité de l'estomac. Il est impossible à réaliser lorsqu'un ulcère siège à la face postérieure de l'organe et a déterminé des adhérences : on pratique alors la gastro-entérostomie antérieure.

Celle-ci peut être rendue difficile par suite de la brièveté du mésentère du jéjunum. Le mésentère présente, en effet, des différences individuelles assez considérables. Lorsqu'il est très court, il faut éviter l'étranglement du côlon transverse et le tiraillement de l'orifice anastomotique.

Voici maintenant quelques détails sur le procédé opératoire à propos de la pylorectomie, telle que Doyen la réalise. L'estomac mis à nu, la tumeur est isolée, on se débarrasse par quelques ligatures de l'épiploon gastrocolique, puis l'écraseur est appliqué au delà de la tumeur sur le duodénum, de façon à réduire cet intestin à la seule épaisseur du feuillet séreux; une double ligature est placée dans le sillon et l'intestin sectionné entre les deux fils, de manière à éviter l'issue de liquide de l'estomac.

On refoule alors du côté de la cavité duodénale le petit moignon résultant de cette manœuvre par une double suture en bourse, après avoir préalablement enlevé à l'aide des ciseaux et du thermocautère le peu de muqueuse intestinale qui apparaît au niveau du fil. On fait ensuite la même opération du côté de l'estomac qui est devenu plus mobile et peut être basculé en avant. La manœuvre est un peu plus délicate et l'écrasement se fait en deux coups de pince; un fil solide et énergiquement serré, placé dans le sillon, assure la fermeture de l'organe.

Lorsque la tumeur est petite, une double suture en bourse rejette le moignon dans la profondeur. Quand, au contraire, elle est plus considérable, il vaut mieux substituer à cette bourse deux surjets superposés dans le sens de la section. Ces deux temps terminés, il n'y a plus qu'à pratiquer la gastro-entérostomie.

Le mésocôlon est perforé et l'estomac attiré par sa face postérieure, un surjet fixe le pourtour de l'orifice du mésocôlon à l'estomac et empêchera l'intestin grêle de s'étrangler à ce niveau. L'anse jéjunale est attirée du haut, fixée à l'estomac et anastomosée latéralement par le procédé habituel décrit par Doyen; puis l'on sectionne à l'aide de l'écraseur l'origine du jéjunum. Un double fil est posé, l'intestin sectionné entre les deux ligatures. Les deux tronçons qui en résultent sont fermés en bourse toujours par le même artifice.

A ce moment de l'opération, l'estomac communique avec le jéjunum anastomosé latéralement et dont l'extrémité supérieure est fermée en cul-de-sac. Le duodénum et l'origine du jéjunum sont devenus un tube fermé aux deux bouts.

Il n'y a plus qu'à pratiquer une anastomose jéjuno-jéjunale latérale avec un orifice très petit pour le passage de la bile. Le duodénum, dans la pylorectomie par ce procédé, devient un prolongement des canaux cholédoque et pancréatique. Cette méthode de fermeture de l'intestin avec écrasement et ligature en bourse, associée à l'emploi des pinces à mors élastiques de Doyen, réalise les conditions les plus aseptiques, puisqu'elle permet la gastro- et l'entérostomose, sans que les liquides du tube digestif puissent contaminer le champ opératoire.

Elle a été appliquée par Doyen à toute la chirurgie de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin et, en particulier, à la résection de l'appendice.

M. Hartmann (de Paris). — Les procédés de Wölfler et de von Hacker me semblent tous deux bons. Cependant, tout en étant d'avis que la plupart des accidents imputés à l'opération de Wölfler peuvent être évités, grâce à certaines précautions, j'emploie le plus ordinairement la méthode de von Hacker, et je réserve la gastro-entérostomie pré-colique aux cas où l'estomac est adhérent en arrière et ne peut être fortement relevé et à ceux où le mésocôlon est surchargé de graisse.

Au point de vue des sutures, je fais un premier plan comprenant toutes les tuniques de l'intestin, c'est-à-dire la muqueuse, la musculeuse et la séreuse; mais, comme les points perforants pourraient être infectants, ce plan doit être entouré d'une deuxième série de sutures non perforantes. J'ajoute que la suture en surjet est préférable aux sutures à points séparés, car elle assure la continuité de la réunion.

M. Monprofit (d'Angers). — Sur 19 gastro-entérostomies que j'ai pratiquées, 14 l'ont été pour cancer et m'ont donné 2 morts opératoires survenues par suite d'épuisement dans les

premières 24 heures après l'intervention, sans que l'autopsie fît reconnaître aucune complication opératoire.

Sur les 12 opérés ayant survécu, 10 ont retiré un bénéfice notable de l'intervention : les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. 2 malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération.

D'autre part, j'ai fait 5 gastro-entérostomies pour gastrite chronique; ces 5 malades ont bien supporté l'intervention, et tous les 5 ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés.

Au point de vue des procédés opératoires employés, j'ai pratiqué successivement la gastro-entérostomie antérieure d'après Wölfler, la gastro-entérostomie de von Hacker, et le procédé en Y de Roux (de Lausanne).

En laissant de côté les 2 malades qui ont succombé, nous trouvons, au point de vue du fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose, selon le procédé employé, les résultats suivants :

Procédé de Wölfler, 9 opérations : 5 résultats parfaits, 2 satisfaisants et 2 mauvais; procédé de von Hacker, 6 opérations : 5 résultats excellents, 1 assez bon; procédé de Roux, 2 opérations : l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, 2 résultats parfaits.

Nous sommes donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anastomose postérieure, soit latérale, soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule praticable. Nous faisons la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie et nous n'avons jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi, sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures ou des boutons qui sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, nous croyons que la plus grande partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

M. Chenieux (de Limoges). — A part M. Tuffier, qui fait une large part à la pylorectomie, il me semble que l'on fait trop souvent la gastro-entérostomie dans les cas de cancer du pylore. Il faut, toutes les fois que la chose est possible, pratiquer la résection du pylore, comme je l'ai fait dans un cas, et réserver la gastro-entérostomie aux cancers qu'on ne peut pas enlever.

M. Hartmann. — Nous sommes tous d'accord pour considérer la gastro-entérostomie comme une opération de nécessité, la gastrectomie étant l'opération de choix.

Ulcères perforants de l'estomac.

M. Guinard. — Le diagnostic de la perforation des ulcères gastriques est souvent difficile, et sur 6 cas que j'ai observés, ce diagnostic n'a été porté que dans les 3 derniers.

Ma première observation a trait à une femme de 35 ans, enceinte de 3 mois, qui fut prise brusquement d'une douleur au creux épigastrique; une fausse couche se produisit le lendemain, et, devant la constatation de phénomènes péritonitiques, je fus appelé à intervenir; malheureusement, la malade succomba pendant l'intervention.

Dans un 2e cas, il s'agissait d'une femme de 25 cas, sans antécédents pathologiques, qui ressentit brusquement une douleur en coup de poignard, suivie bientôt de l'apparition d'un météorisme abdominal considérable. Comme dans l'observation précédente, on ne fit pas le diagnostic d'ulcère perforant de l'estomac. Je pratiquai la laparotomie et je ne constatai pas de péritonite; le météorisme était simplement dû à une pneumatose du péritoine. Sans chercher la cause des accidents, je me bornai à drainer la cavité péritonéale. Le lendemain, les liquides ingérés par la malade s'écoulèrent en partie dans le pansement; la mort ne tarda pas à survenir, et, à l'autopsie, on trouva un ulcère perforé de l'estomac, sur lequel le foie faisait office de clapet.

Ma 3e opérée était une femme de 23 ans; le début des accidents avait consisté, là encore, dans une violente douleur en coup de poignard dans la région épigastrique; puis, pendant 8 jours, on s'était borné à appliquer des vésicatoires sur la région douloureuse. Je vis la malade au 8e jour, et fis la laparotomie, qui me permit de constater l'existence de l'ulcère; mais l'état de la patiente était si grave que je dus me contenter d'établir un drainage; or, au 9e jour, une nouvelle perforation se fit au niveau d'un 2e ulcère, et je pratiquai une seconde intervention, qui se termina par la mort.

Enfin, j'ai eu un 4e insuccès chez une femme que j'ai opérée l'année dernière à l'Hôtel-Dieu; cette fois, je fis le diagnostic de l'ulcère perforant, mais l'état de la malade était si précaire que je dus pratiquer la laparotomie sans anesthésie; je suturai l'ulcère, et mon opérée succomba le lendemain.

Je n'ai pas eu que des morts dans ces interventions, et j'ai pu notamment présenter à la Société de chirurgie, parfaitement guérie, une femme chez laquelle j'avais suturé un ulcère perforant de l'estomac.

Un mot encore sur les symptômes qui peuvent permettre le diagnostic de la perforation d'ulcères gastriques : les trois signes principaux sont fournis par la douleur, la forme particulière du tympanisme et du ballonnement de l'abdomen, et, enfin, par les antécédents du sujet. Les malades, en effet, ont toujours un passé gastrique; la douleur, qui se produit brusquement, en coup de poignard, siège constamment au niveau des fausses côtes gauches, sur la ligne mamelonnaire; quant au ballonnement du ventre, il est dû à de la pneumatose péritonéale, et on peut constater la disparition de la matité hépatique.

M. Michaux. — Je suis intervenu trois fois cette année pour des ulcères gastriques perforés, mais j'ai été, dans ces 3 cas, appelé trop tard, et, malgré la suture de la perforation, les malades sont morts.

M. Walther (de Paris). — Je crois qu'il ne faut pas toujours compter, dans les perforations d'ulcères gastriques, sur une symptomatologie aussi nette que celle qui vient d'être exposée par M. Guinard. J'ai eu l'occasion de voir deux cas d'ulcères gastriques perforants dans lesquels la douleur en coup de poignard s'est produite non pas dans la région épigastrique, mais dans le bas-ventre; or, il existait chez ces malades une péritonite enkystée sous-ombilicale, reliée à la perforation par des adhérences.

M. Hartmann. — Je suis intervenu deux fois pour des ulcères gastriques perforants et, dans les deux cas, le diagnostic avait été fait par l'interne du service. Mon premier opéré a parfaitement guéri; j'ai été moins heureux pour le second, qui a succombé 12 heures après l'intervention. Je crois que, sauf des faits exceptionnels comme ceux qui viennent d'être rapportés par M. Walther, on observe la symptomatologie indiquée par M. Guinard.

Anus contre nature vaginal.

M. Le Dentu. — J'ai eu à traiter un cas d'anus contre nature vaginal, consécutif à une opération vaginale pour lésions annexielles, pratiquée par un de mes assistants. Après avoir laissé en place pendant quelques jours un gros drain placé dans le rectum par le vagin, j'ai fait deux applications successives de l'entérotome, qui rétablirent le passage des matières dans le bout inférieur. J'ai ensuite suturé la fistule par deux plans, l'un au catgut sur le rectum, l'autre au fil d'argent sur la paroi vaginale; un fil ayant manqué, il se produisit une petite fistule stercorale, qui se ferma spontanément, et la guérison complète fut obtenue.

Extirpation abdomino-périnéale du rectum.

M. Quénu (de Paris). — Le 29 juin dernier, j'ai soumis à la Société de chirurgie un procédé d'extirpation abdomino-périnéale du rectum. La malade, dont j'ai parlé à ce moment et qui avait été opérée le 14 mai, a été revue tout récemment et j'ai pu m'assurer qu'elle se portait très bien. Depuis, j'ai pratiqué trois fois la même opération. Le 8 juin dernier, j'ai enlevé par ce procédé 31 centimètres d'intestin, pour un cancer haut situé du rectum, chez une femme de 63 ans, qui a parfaitement guéri. Le 29 juillet, j'ai opéré un homme, et j'ai pu me rendre compte que l'extirpation abdomino-périnéale du rectum était plus difficile chez l'homme que chez la femme; d'autre part, dans ce cas, la préparation pré-opératoire avait été mauvaise et

la désinfection rectale insuffisante, et, de plus, il existait un foyer péri-rectal suppuré, dont la propagation a emporté le malade en 5 jours. Enfin, il y a quelques jours seulement, le 14 octobre, j'ai opéré une femme, pour laquelle l'extirpation s'est faite très facilement; l'anus contre nature n'a été établi que 48 heures après.

Appendicite ou annexite.

M. Bouilly (de Paris). — Au point de vue pratique, on peut, en ce qui concerne le diagnostic différentiel, de l'appendicite et de l'annexite, distinguer trois ordres de faits : ceux où l'appendicite a été prise pour une annexite, ceux où l'annexite, au contraire, a été considérée comme une appendicite, et, enfin, les faits où les deux lésions coexistaient.

Les cas d'annexite qui peuvent faire croire à une appendicite sont en général subaigus, et, comme ils ne prêtent pas aux mêmes considérations, nous pouvons les laisser de côté.

L'importance des faits dans lesquels une appendicite est prise pour une annexite, est au contraire considérable, puisque l'appendicite exige une intervention immédiate, tandis qu'en cas d'annexite on peut attendre. Dans ces formes frustes, il faut moins s'attacher aux signes locaux exclusivement qu'à l'ensemble des phénomènes accusés par la malade. Les symptômes locaux et généraux sont, en effet, beaucoup plus graves dans l'appendicite que dans les péritonites d'origine annexielle; l'élévation de température, en particulier, n'est jamais considérable dans ces dernières, tandis que l'appendicite s'accompagne d'une fièvre intense.

J'ai observé récemment deux exemples de ces formes d'un diagnostic difficile, et, dans l'un de ces cas, je me suis laissé induire en erreur, de sorte que j'ai eu le regret de voir la malade succomber, sans être intervenu ; dans l'autre, au contraire, j'ai opéré et la patiente a guéri.

M. Roux. — D'après M. Bouilly, on pourrait être tenté d'opérer dès que les phénomènes présentent une certaine gravité. Or, il faut se rappeler que, même avec les symptômes les plus alarmants, il peut y avoir une péritonite généralisée, sans qu'elle soit forcément mortelle ; en effet, ces phénomènes alarmants sont souvent suivis d'une accalmie relative, et la symptomatologie est alors analogue à celle de la péritonite enkystée. En un mot, si l'on opère des malades mourants dont le pouls accuse 140 pulsations, on les tue presque sûrement, tandis que 6 ou 12 heures de répit, avant de prendre une décision, suffisent pour permettre un relèvement de l'état général et assurent la guérison.

M. Quénu. — Je ne crois pas qu'il faille toujours attendre aussi longtemps, car, dans nombre de cas, on pourrait avoir à le regretter.

M. Duret (de Lille). — J'ai été appelé auprès d'un homme de 40 ans, atteint d'appendicite, avec péritonite généralisée et phénomènes d'obstruction intestinale. En pratiquant la laparotomie, je constatai la présence de gaz dans le péritoine, et, comme le malade était mourant, je me contentai de drainer; or, la guérison s'est produite à la suite de mon intervention.

Sur une forme d'appendicite chronique.

M. Walther. — Chez plusieurs malades n'ayant jamais eu de crises d'appendicite et souffrant de troubles digestifs et de douleurs abdominales avec maximum à la pression au niveau de l'appendice, j'ai trouvé des adhérences épiploïques très étendues, et j'ai réséqué l'appendice, qui, à l'œil nu, ne paraissait pas altéré d'une façon très appréciable, et dans lequel l'examen histologique montrait l'existence de lésions d'appendicite chronique.

J'ai observé une autre forme dans laquelle, avant la première attaque d'appendicite, suivie d'une résection de l'appendice à froid, le malade était fréquemment pris, après les repas, de crises douloureuses assez vives, se développant au niveau de la région appendiculaire.

Enfin, j'ai noté, dans certains cas, non pas de l'appendicite, mais de l'épiploïte consécutive à des poussées d'appendicite. C'est en pareille circonstance que l'épiploon enflammé est pris à la palpation pour une masse inflammatoire péri-appendiculaire.

Fistules d'origine appendiculaire.

M. Demoulin (de Paris). — Les fistules consécutives à l'appendicite ne sont pas très rares : on les observe dans deux conditions, soit que l'on ait incisé simplement une collection suppurée d'origine appendiculaire, sans réséquer l'appendice, soit que l'on ait fait cette résection en un point trop éloigné de l'implantation cæcale, en laissant ainsi, en réalité, une portion de l'appendice. Je suis intervenu plusieurs fois pour des cas de l'un et l'autre genre.

Traitement de la tuberculose du cæcum et des perforations simples de l'origine du côlon par la résection iléo-colique.

M. Tédenat. — Je suis intervenu 6 fois pour des lésions de tuberculose cæcale. Dans le premier cas, il s'agissait d'un confrère de 44 ans, pour lequel on avait cru à l'existence d'une appendicite; le ventre ouvert, je trouvai des lésions si diffuses que je me bornai à refermer la plaie abdominale, après avoir détruit quelques adhérences. Dans 5 autres faits, j'ai pratiqué la résection iléo-colique, avec 2 morts et 3 guérisons. Enfin, chez un homme de 68 ans, de multiples ulcérations simples siégeant sur le cæcum et sur l'origine du côlon m'ont amené à faire également une large résection iléo-colique; cet homme, opéré depuis 20 mois, est en parfaite santé.

Tumeur de la vésicule biliaire.

M. Duret. — Nous avons eu l'occasion d'enlever une tumeur du volume des deux poings, située sous l'épiploon, le gros intestin et le côté droit de l'estomac, adhérente à ces organes et soudée à une lame du foie de la largeur de la main. Après avoir placé deux pinces-clamps convergentes, de manière à circonscrire une large portion triangulaire du foie, nous abaissâmes la masse morbide. Elle adhérait à la vésicule biliaire très épaissie et contenant quatre calculs, dont un enclavé, du volume du pouce. Le canal cystique très élargi servit de pédicule et fut fixé à la paroi. La région du foie où la résection a été pratiquée était cirrhosée. Les pinces-clamps enlevées, trois ou quatre ligatures isolées furent faites. On sutura ensuite soigneusement les surfaces de section du foie. La guérison opératoire fut obtenue. La tumeur était de nature épithéliale.

Chirurgie des voies biliaires.

M. H. Delagénière (du Mans). — Je vous apporte les résultats que j'ai obtenus par cette manière de faire dans 10 nouveaux cas de chirurgie biliaire. Il ne s'agit plus seulement de simples cholécystostomies, mais aussi d'opérations complexes, pratiquées sur les voies biliaires principales.

Ces 10 observations se répartissent ainsi :

2 cas de cirrhose du foie avec hépatoptose, pour lesquels l'hépatopexie, puis une cholécystostomie temporaire furent pratiquées avec succès.

1 cas de cirrhose hypertrophique biliaire, où une cholécystostomie simple amena la guérison.

3 cas de lithiase biliaire simple avec infection des voies biliaires : 2 guérisons et 1 mort causée par l'infection préexistante.

1 cas de cysticotomie pour calcul.

2 cas de cholédochotomies; enfin, un fait d'hépaticolithothripsie après cystico-hépaticotomie interne.

Les 4 derniers cas ont été suivis de guérison, ce qui porte à 1 sur 10 la mortalité de cette série opératoire.

Dans les opérations faites sur les voies biliaires principales, la cholécystostomie agit non seulement en désinfectant les voies biliaires et en détournant au dehors momentanément le cours de la bile, mais encore en s'opposant à toute élévation de tension dans les voies biliaires, en évitant, par conséquent, la rupture des sutures faites pour remédier aux incisions des conduits, et par suite tout écoulement de bile dans le péritoine. Grâce à l'établissement d'une fistule temporaire, on peut donc compter sur l'efficacité des sutures du canal cholédoque incisé, et dans tous les cas ces sutures devront être de règle, puisqu'elles ne peuvent pas être nuisibles.

Dans certains faits de vésicule atrophiée, on ne peut recourir à notre méthode générale de cholécystostomie temporaire. On doit

alors préférer les procédés directs,ou, en cas d'adhérences profondes, créer dans les adhérences un conduit pour l'excrétion momentanée de la bile.

Hernie gangrenée.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a eu l'occasion d'intervenir, chez une femme de quatre-vingt-trois ans pour une hernie crurale droite étranglée depuis trente-six heures. L'intestin n'était hernié que sur la moitié de sa circonférence, mais la portion serrée avait pris l'aspect de parchemin flétri. On a réséqué 7 centimètres d'intestin, de façon à dépasser largement les limites de la lésion. L'entérorrhaphie circulaire fut faite par un premier surjet comprenant la muqueuse et la musculeuse et par un second surjet, séro-séreux. L'opération avait duré trente-cinq minutes. Les suites furent d'une bénignité parfaite, et la guérison se fit sans incident.

Cure radicale d'un anus contre nature ombilical par la résection et l'anastomose intestinales.

M. Monprofit. — Appelé auprès d'une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours, avec phlegmon étendu de la paroi et gangrène de l'intestin, je fis des incisions multiples afin de désinfecter la région et j'établis un anus artificiel. Un mois plus tard, j'ai pratiqué l'ablation de l'anus ombilical, la résection des deux bouts, et la suture intestinale; dans ce cas particulier, le bout supérieur étant très volumineux et le bout inférieur atrophié, j'ai fait l'implantation latérale du bout inférieur dans le bout supérieur après fermeture terminale de ce dernier. La guérison a été complète et définitive.

Hématuries rénales, dites essentielles, rebelles au traitement médical.

M. Demons (de Bordeaux). — En face de certaines hématuries graves, rebelles, nous ne sommes pas tout à fait d'accord sur le traitement qu'il faut employer. Chez la plupart des malades, l'hématurie vient d'un seul rein, en dehors de toute cause d'ordre général, comme l'hémophilie; quant à la lésion locale, elle varie essentiellement suivant les cas, et, quelquefois même, elle semble échapper à toute constatation. Souvent l'examen soigneux du malade permet de diagnostiquer l'existence d'une lésion rénale, ayant déterminé l'hématurie que l'on considérait comme essentielle: la question se trouve alors simplifiée, car le chirurgien sait quelle est la conduite à tenir selon la nature de la lésion reconnue. Dans le cas où l'examen clinique n'a pas permis de faire un diagnostic, il ne faut pas hésiter à recourir à la néphrotomie, qui pourra se terminer par une néphrectomie, si l'on constate des lésions appréciables, mais à la condition, bien entendu, que l'on soit fixé sur la valeur de l'autre rein.

M. Picqué. — Je tiens à rappeler qu'au cours de la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie sur ce sujet, plusieurs de nos collègues ont montré les dangers de la néphrectomie dans ces cas. J'ai communiqué moi-même l'observation d'une malade chez laquelle j'avais fait avec succès la néphrotomie pour une hématurie essentielle et qui subissait quatre ans après une nouvelle opération importante du côté de la vessie.

Je crois que tout d'abord c'est au traitement médical qu'il faut recourir, car le plus souvent il s'agit d'hématuries symptomatiques du mal de Bright.

Dans quelques cas la néphrotomie peut être indiquée : c'est une opération bénigne qui donne parfois, comme dans mon cas, d'excellents résultats. Mais il s'agit là, je tiens à y insister, d'une indication rare.

Peut-on aller plus loin et doit-on proposer la néphrectomie ? J'avoue ne pouvoir comprendre les indications de cette intervention. La maladie étant ordinairement bilatérale, en dépit de l'unilatéralité de l'hématurie, les indications de la néphrectomie doivent être absolument exceptionnelles.

Cure radicale d'une éventration sus-ombilicale.

M. Walther a eu l'occasion d'opérer une éventration traumatique avec section transversale du muscle grand droit du côté droit, chez un jeune homme auquel on avait dû, en octobre 1897, faire une laparotomie pour une plaie du foie par coup de couteau. Les deux bouts du muscle droit, malgré la suture faite après l'intervention, s'étaient rétractés considérablement et laissaient entre eux une brèche pariétale dans laquelle on pouvait facilement introduire le poing; le malade en souffrait beaucoup, surtout après les repas, une portion volumineuse de la masse intestinale faisant alors hernie au dehors. Pour réparer cette éventration, M. Walther a mobilisé la partie supérieure du grand oblique, afin de l'amener dans l'intervalle des deux bouts rétractés du muscle droit, mais cela ne fut pas suffisant; il mobilisa le muscle grand droit du côté gauche, et put alors suturer les deux muscles sur toute la hauteur de la plaie, avec 30 points de suture perdus, au crin de Florence. Une rougeur de la peau s'étant manifestée à la partie supérieure de la plaie, on a dû enlever deux points de suture cutanés et on constata à ce niveau un peu de sphacèle musculaire. Malgré cela, la guérison s'est faite dans de très bonnes conditions; le résultat est satisfaisant, sans être parfait, car il reste un point faible à la partie supérieure de la brèche comblée.

Lymphangiome du mésentère.

M. Vautrin (de Nancy) a observé chez une femme de 30 ans un lymphangiome caverneux du mésentère. La malade présentait une tumeur de la région ombilicale, accompagnée d'ascite. La laparotomie mit à découvert une masse constituée par des anses intestinales agglutinées par des adhérences; celles-ci ayant été libérées, on trouva un épaississement du mésentère faisant corps avec une portion de l'intestin rétrécie par des brides multiples. On pratiqua l'entérectomie et l'excision cunéiforme du mésentère, suivies d'une entérorrhaphie en deux plans. Malheureusement, les accidents cardiaques dont la patiente souffrait avant l'opération se reproduisirent 6 jours après l'intervention, et la mort survint par urémie. L'examen de la pièce a montré une dilatation considérable des chylifères et des cavités secondaires formées aux dépens de vaisseaux de nouvelle formation; l'intestin était lui-même envahi par le néoplasme développé primitivement dans le mésentère.

Hystérectomie abdomidale totale et supra-vaginale.

M. Terrier (de Paris). — Déjà à deux reprises je vous ai fait connaître les résultats que j'ai obtenus soit par l'hystérectomie abdominale totale, soit par l'hystérectomie supra-vaginale. Depuis ma dernière communication, j'ai fait 30 nouvelles hystérectomies abdominales, dont 24 supra-vaginales et 6 totales, pour lésions diverses de l'utérus et des annexes. Sur mes 24 hystérectomies supra-vaginales, j'ai eu 23 succès et 1 mort par suite d'accidents cardiaques. L'hystérectomie abdominale totale m'a donné 4 succès et 2 échecs, dus non pas tant à l'opération elle-même qu'à l'étendue des lésions, car il s'agissait de cancers ayant envahi le vagin.

En réunissant ces 30 nouvelles interventions aux 45 précédentes, j'arrive à un total de 75 hystérectomies abdominales, dont 50 supra-vaginales avec 5 insuccès, et 25 totales avec 6 décès.

Je continue à considérer l'hystérectomie supra-vaginale comme une excellente opération. Quant à l'hystérectomie abdominale totale, c'est aussi une bonne opération; mais quand on peut l'éviter, il vaut mieux faire l'hystérectomie supra-vaginale.

M. Demons a observé cette année 3 femmes atteintes de fibromes compliqués de grossesse. La première, âgée de 28 ans, était enceinte de 5 mois; en présence d'accidents graves, on a dû pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, qui s'est faite très simplement, et la malade a rapidement guéri. Chez la deuxième malade, enceinte de 2 mois 1/2 seulement, l'opération a également été facile et le résultat définitif excellent. Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'une femme de 31 ans, pri-

mipare, enceinte de 5 mois, et présentant un volumineux fibrome; on a cru pouvoir s'abstenir, et l'accouchement s'est fait à terme sans accident.

M. Reynier a pratiqué 7 fois l'hystérectomie abdominale totale pour des cancers utérins, et considère cette opération comme étant l'intervention de choix, lorsque ces cancers sont opérables.

Il fait d'abord, par le vagin, une incision circulaire sur le col utérin, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, mais sans chercher à faire le décollement de la vessie. Après s'être lavé les mains à nouveau dans le permanganate de potasse, il pratique la laparotomie et met une pince sur chaque pédicule utéro-ovarien, et une pince longuette sur le ligament large, de chaque côté, au ras du bord de l'utérus; puis il fait une incision transversale sur la face antérieure de l'utérus, pour décoller ensuite cette face, de haut en bas. jusqu'à ce qu'il retrouve l'incision circulaire portant sur le col, il incise ensuite le cul-de-sac postérieur sur une pince introduite par le vagin; l'utérus ne tient plus que latéralement par la partie inférieure des ligaments larges, sur laquelle il place alors une pince, de chaque côté, de haut en bas, au lieu de la placer de bas en haut comme dans l'hystérectomie vaginale. Il ne reste plus, après avoir enlevé la matrice, qu'à remplacer les pinces par des ligatures.

Sur ces 7 opérations, il a eu 5 guérisons et 2 morts, 1 par péritonite et l'autre par collapsus.

M. Terrier se méfie, à cause de l'uretère, de mettre des pinces sur les ligaments larges, et préfère réaliser l'hémostase en plaçant des ligatures sur les vaisseaux qui saignent, d'autant plus que, lorsqu'on arrive en bas, on rencontre également les artères vaginales.

M. Legueu. — L'hystérectomie vaginale donne des résultats merveilleux dans le traitement des lésions suppurées des annexes; cependant, dans certains cas, elle est excessive en ce sens qu'elle supprime des organes qui auraient pu être conservés par une opération abdominale, et d'autres fois elle est insuffisante parce que les poches sont tellement adhérentes que la décortication est impossible.

C'est pour ces deux raisons que, dans un certain nombre de cas, je préfère l'hystérectomie abdominale.

J'ai pratiqué 12 fois cette opération avec 12 guérisons.

Au point de vue de la technique, je me comporte suivant les circonstances, enlevant tantôt l'utérus avant les annexes, et tantôt les annexes avant l'utérus. En général, je commence par libérer les annexes, et je sectionne l'utérus et les ligaments larges de droite à gauche. Dans un seul fait, le col a été laissé en place.

Enfin, en ce qui concerne le drainage, je me conforme aux principes adoptés en chirurgie abdominale, et je draine toutes les fois qu'il y a hémorrhagie en nappe ou danger d'infection.

De l'ablation des fibromes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bouilly. — J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 109 fibromes de toutes catégories et de volume très variable; dans tous ces cas, quelles que fussent les dimensions de la tumeur, je ne suis jamais intervenu que lorsque l'intervention était nécessitée par des accidents douloureux, des hémorrhagies ou un accroissement rapide. Même pour des fibromes de deux kilogrammes, le maximum de la durée de l'opération a été d'une heure, et le plus ordinairement elle a été faite en 35 à 45 minutes pour les gros fibromes, et en 15 à 20 minutes pour les petits; ce n'est d'ailleurs pas tant le volume de la tumeur que son ramollissement, qui allonge la durée de l'acte opératoire, car, lorsque le tissu utérin se déchire facilement, il en résulte un retard par suite de la difficulté des prises.

Sur ces 109 hystérectomies vaginales, j'ai eu 100 guérisons et 8 morts, dont 4 par septicémie post-opératoire, 1 par shock, le jour même de l'opération, 1 par embolie, le lendemain de l'intervention, chez une malade atteinte de phlegmatia ancienne, une autre à la suite d'une phlébite apparue au 11e jour, la dernière, toute récente, étant survenue après 44 heures sans que l'autopsie ait montré quoi que ce soit qui fût susceptible de faire incriminer l'opération.

Amputation sous-vaginale du col utérin cancéreux.

M. Pamard (d'Avignon). — Le 13 février 1883, j'ai pratiqué chez une femme de 28 ans, pour une masse végétante limitée à la lèvre postérieure du col, l'amputation intra-vaginale par l'anse galvanique, et la nature cancéreuse de la tumeur fut confirmée par le professeur Kiener.

La malade m'est revenue au mois de juin dernier, c'est-à-dire plus de 15 ans après mon intervention, avec une récidive sur la paroi postérieure du vagin; j'ai fait de nouveau une ablation très large, suivie d'une cautérisation énergique au thermocautère.

J'ajoute que, avec l'hystérectomie totale, la plus longue survie que j'aie observée a été de 17 mois.

Du traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little.

M. Redard. — Les résultats du traitement chirurgical et orthopédique, dans la maladie de Little, dépendent de l'état des muscles, et ils sont d'autant meilleurs que le cerveau est peu touché et l'intelligence conservée. La méthode thérapeutique que nous recommandons, M. Bezançon et moi, consiste dans le massage, les exercices permettant l'éducation des muscles, la suspension verticale, l'application d'appareils orthopédiques, le redressement forcé avec immobilisation consécutive sous des appareils plâtrés, enfin les myotomies et les ténotomies.

Sur 30 cas, 10 fois les résultats thérapeutiques ont été excellents, 15 fois il y a eu des améliorations notables, et, enfin, dans 5 faits, où il s'agissait de formes graves avec idiotie ou état cérébral très défectueux, l'amélioration a été peu marquée.

Traitement chirurgical du goître.

M. J. Reverdin (de Genève) *rapporteur*. — (Voir *Gazette hebdom.*, 1898, p. 937.)

M. Socin (de Bâle) estime qu'un bon nombre des accidents pulmonaires observés dans les opérations de goître doivent être mis sur le comte du chloroforme. Aussi, autant que possible, faut-il se contenter de l'anesthésie locale par la cocaïne, à laquelle la méthode de l'énucléation se prête tout particulièrement. Dans ses 110 dernières énucléations, il a employé 91 fois la cocaïne et 19 fois seulement le chloroforme; il a renoncé complètement à l'éther pour toutes les opérations intéressant la trachée et le larynx.

La statistique de ses 200 dernières opérations de goître comprend 117 énucléations, 62 extirpations et 21 interventions combinées. La guérison de la plaie opératoire a été obtenue 163 fois en cinq à huit jours; 36 fois les fils de soie ont donné lieu à de petit abcès qui ont retardé la guérison. Dans un tiers des cas, on n'a pas fait de drainage; dans les deux autres tiers, on a placé un drain qui a été retiré au bout de 48 heures. Sur ces 200 opérations, on a eu 1 seul décès, pour une extirpation, par pneumonie hypostatique avec dégénérescence du myocarde.

M. Roux, en s'appuyant sur son expérience qui porte sur 526 opérations de goître ordinaire, insiste sur la presque impossibilité de reconnaître sûrement dès le début la transformation cancéreuse d'un goître existant depuis longtemps; il est, par conséquent, recommandable d'enlever tout goître qui offre dans sa croissance une poussée intempestive.

Quant à l'anesthésie générale, il croit avoir été le premier à en recommander l'abandon; il a même renoncé à l'anesthésie locale à la cocaïne, qui offre aussi certains inconvénients chez les sujets dont le cœur est sensible. Mais il est intéressant de noter qu'on remarque assez fréquemment l'engouement pulmonaire, sans suites fâcheuses, après l'opération du goître sans anesthésie générale, aussi bien qu'après chloroformisation ou éthérisation.

Pour l'incision, M. Roux préfère celle en collerette, surtout chez les femmes et les jeunes gens.

Sur 235 opérés depuis le travail de Kopp utilisé par M. Reverdin, M. Roux en a perdu 3, ce qui nous donne 1, 27 p. 100 de mortalité. Quant au procédé employé, il compte 92 énucléations simples ou combinées avec la ligature du tronc artériel;

tous les autres cas ont été opérés d'après le procédé de Kocher.

En résumé, M. Roux, préfère l'énucléation simple, telle que la pratique M. Socin, pour tous les kystes peu vascularisés; il la complète par la ligature du tronc thyroïdien dès qu'elle devient complexe ou trop sanglante, et pour les autres cas il suit les préceptes de M. Kocher.

M. Schwartz (de Paris) a pratiqué 30 interventions pour goître.

Pour lui, l'opération de choix, quand il s'agit de tumeurs encapsulées dans le corps thyroïde, est l'énucléation intraglandulaire. Il a pu la faire 16 fois soit pour des tumeurs kystiques, soit pour des noyaux solides; tous ses opérés ont guéri par première intention. Il n'a eu qu'une fois un accident séreux, une hémorrhagie secondaire, 2 heures après l'intervention.

Plusieurs fois M. Schwartz a pratiqué la suture hémostatique de la capsule glandulaire, telle que la conseille M. Poncet, et s'en est presque toujours bien trouvé.

Il a fait 1 évidement, 1 énucléation massive sous-capsulaire et 8 thyroïdectomies, dont 5 unilatérales et 3 totales ou plutôt bilatérales. La thyroïdectomie unilatérale a donné 4 guérisons et 1 mort par bronchopneumonie. Sur les 3 thyroïdectomies M. Schwartz a eu 1 décès et 2 guérisons.

M. Fontan (de Toulon) a eu l'occasion d'observer, chez un homme de 50 ans, un goître énorme ayant refoulé à droite la trachée et le larynx, au point que le cartilage thyroïde faisait saillie au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit. On dut abandonner l'énucléation pour l'extirpation, et, tout d'un coup, au niveau du tiers externe de la clavicule gauche, on vit un conduit béant, qui n'était autre que l'œsophage déplacé, qu'on venait de sectionner. Malgré une œsophogoplastie et une gastrostomie ultérieure, le malade finit malheureusement par succomber, au bout de 3 mois, à des accidents de médiastinite infectieuse.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) a eu, sur 74 thyroïdectomies (25 extirpations partielles, 2 totales et 47 énucléations), 6 morts, dont 1 accidentelle par suite de la chute d'un fragment de polype laryngien méconnu dans les bronches. Sur 68 guérisons, il en compte 48 par première intention, 5 avec fistule et cicatrisation définitive de la 2e à la 6e semaine, 12 avec légère suppuration, 2 avec suppuration dans des thyroïdites suppurées et, enfin, 1 guérison par bourgeonnement dans une thyroïdectomie précédée d'une trachéotomie.

M. Poncet (de Lyon) attire l'attention sur ce fait qu'il est des cas qui nécessitent des procédés spéciaux. C'est ainsi que, à côté des goîtres kystiques auxquels s'applique très bien la méthode de Socin, il en est d'autres qui sont justiciables de l'énucléation massive; il s'en trouve, notamment, dans lesquels de petits kystes multiples coexistent avec un kyste volumineux, formant ainsi une série de petits goître agglomérés, entre lesquels le tissu thyroïdien a presque entièrement disparu, annihilé par le développement du néoplasme. Dans les cas de ce genre, où il n'existe plus de vaisseaux, pour ainsi dire, l'énucléation massive ne donne pas de sang; d'ailleurs, avec la suture hémostatique, on obtient une hémostase parfaite.

M. Girard (de Berne) a pratiqué 545 opérations de goître, comprenant 159 énucléations avec 1 mort par paralysie du cœur, 130 extirpations partielles avec 4 morts, et 112 résections sans décès; les autres interventions ont été des opérations combinées de diverses façons, et l'une d'elles a donné 1 mort.

Il a donc eu 6 décès sur 545 opérations, soit 1,1 p. 100, 3 opérés ont succombé subitement par syncope cardiaque, après que les 2 premiers jours s'étaient passés sans incident; 2 autres malades sont morts de pneumonie, et le dernier a été infecté.

Dans 6 cas il a dû opérer des femmes enceintes, pour suffocation; 3 fois la grossesse était de 3 à 6 mois et la guérison s'est faite sans encombre; 2 fois les malades étaient au terme de la grossesse : elles ont accouché normalement, l'une 2 jours, l'autre 15 jours après l'opération; enfin, dans le 6e cas, il a été forcé d'intervenir après le commencement du travail, pour des accidents de suffocation extrêmement graves : la femme a accouché d'un enfant mort, il est vrai, mais elle a parfaitement guéri.

M. Tédenat a pratiqué 20 énucléations, 1 énucléation massive et 4 résections partielles.

M. Bérard (de Lyon) fait observer qu'après les opérations thyroïdiennes partielles pour goître, on voit souvent survenir une fièvre thyroïdienne, qui n'a en réalité aucune gravité, même quand elle s'accompagne de tachycardie et de phénomènes nerveux. Il ne s'agit pas d'une infection, car on peut constater l'existence de cette fièvre avec des réunions par première intention; ce n'est pas non plus une fièvre aseptique banale, due à la résorption de produits nécrobiosés, puisqu'on n'observe pas d'hyperthermie analogue après les résections partielles du rein, du foie, de la glande mammaire, etc. Il faut donc admettre que le corps thyroïde goîtreux sécrète des substances hyperthermisantes (Poncet, Jaboulay) qui, mises en liberté à la suite des opérations sur la glande malade, réalisent la fièvre thyroïdienne.

Traitement chirurgical des varices.

M. Schwartz. — Les interventions sur les membres variqueux sans complications se divisent en trois catégories :

1° Ligatures avec résection de la veine saphène interne ou des veines saphènes, d'après Trendelenburg;

2° Ligatures avec résections veineuses, combinées avec l'extirpation de paquets variqueux plus ou moins étendus;

3° Ligatures étagées, combinées avec la résection de grands lambeaux cutanés comprenant dans leur épaisseur une étendue plus ou moins considérable de varices.

Depuis plus d'un an, je pratique cette dernière opération lorsque la peau de la jambe est flasque, extensible, sans tonicité, ressemblant tout à fait à la peau du scrotum dans certains varicocèles. Je confectionne de la sorte un véritable bas naturel, qui me paraît renforcer les résultats obtenus par la simple ligature étagée.

Il est démontré aujourd'hui que l'ulcère variqueux guérit rapidement chez les individus auxquels on a fait subir la ligature étagée simple ou combinée aux autres interventions.

Lorsqu'il existe une phlébite variqueuse, je suis d'avis de l'enlever sans attendre sa résorption, tout comme une tumeur, en liant préventivement la saphène interne au-dessus d'elle, pour empêcher les embolies.

En dehors des contre-indications générales, je considère comme non justiciables de l'opération les varices se traduisant par des varicosités cutanées nombreuses, par de la cyanose des membres. De plus, je ne conseille l'intervention que s'il existe des troubles fonctionnels ou trophiques.

Je n'ai eu qu'une mort à déplorer, il y a de cela 8 ans. C'était chez une femme de 71 ans, à laquelle je pratiquai la ligature étagée simple. Elle fut prise au bout de 3 semaines d'une congestion pulmonaire à laquelle elle succomba subitement, sans qu'il y eût la moindre phlébite; à l'autopsie nous n'avons pu trouver d'embolie pulmonaire ou cardiaque.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 Octobre 1898.

Recherches physiologiques sur la contraction du sphincter ani.

MM. S. Arloing et **Edouard Chantre** ont, dans leurs communications antérieures, établi l'existence, dans les deux nerf symétriques du sphincter, d'un certain nombre de fibres sensitives, capables de provoquer une contraction réflexe à la suite d'une secousse amenée par l'excitation du bout périphérique de l'un des nerfs.

On sait déjà que l'excitation de la peau ou de la muqueuse de la région anale détermine une contraction réflexe du sphincter, et que ce réflexe peut même revêtir le caractère rhythmique sur un sujet dont la moelle épinière est coupée transversalement au-dessus de la région lombaire, tandis qu'un corps cylindrique

d'un certain volume reste engagé dans l'anus. Jamais on n'avait fait remarquer, cependant, que la secousse pouvait entraîner une action réflexe. Les contractions rhythmiques obtenues dans les conditions signalées plus haut n'appartiennent pas en propre au tissu musculaire du sphincter, attendu qu'elles demandent pour s'accomplir l'intégrité du centre lombo-spinal et des cordons nerveux jetés entre ce centre et le sphincter. Le réflexe engendré par l'excitation du bout périphérique de l'un des nerfs du sphincter, l'autre nerf étant respecté, imprime au tétanos du muscle des caractères spéciaux. La période de raccourcissement est plus lente, le plateau est longuement ondulé, ce qui prouve que le muscle n'est pas dans une immobilité parfaite, la décontraction ne suit pas immédiatement la suppression des excitants; le relâchement est plus rapide. En enregistrant la contraction du sphincter, les auteurs ont observé plusieurs fois un phénomène paradoxal : un relâchement brusque, rapide, précédant une contraction provoquée par l'excitation du nerf.

Des différences notables existent entre le sphincter et le court jambier latéral : la secousse du sphincter est plus lente à s'établir et à disparaître que celle du jambier latéral; la période d'excitation latente est plus longue pour le sphincter que pour le jambier latéral.

Malgré ces particularités physiologiques, il ne semble pas y avoir entre ces deux muscles des différences histologiques : l'un et l'autre appartiennent au groupe des muscles foncés.

Sur la transformation de la graisse par oxydation directe.

M. H. Hanriot a recherché autrefois si l'oxydation directe des graisses ne donnerait pas lieu à du sucre, à du glycogène ou à des corps réducteurs : les résultats expérimentaux n'ont pas confirmé ses prévisions; les graisses ne sont pas directement oxydées.

On ne peut arriver à oxyder la graisse à l'air, soit en la mélangeant avec du noir de platine, soit en l'additionnant d'une oxydase (laccase). Cependant, sous l'action de l'ozone, on voit la graisse se recouvrir d'une pellicule blanchâtre, insoluble dans l'éther et dans l'eau, et dont l'auteur put recueillir 2 centigr. Ce corps, obtenu en trop faible quantité pour qu'on en fît l'analyse élémentaire, n'est ni de l'amidon ni de la cellulose.

En résumé, les graisses peuvent fixer une quantité relativement considérable d'oxygène sous sa forme active. Ceci vient donc à l'appui de l'hypothèse de M. Bouchard, que l'augmentation de poids qu'il a constatée provient de la fixation d'oxygène sur les graisses. Mais les produits de cette oxydation ne sont pas des corps réducteurs (sucre, etc.); ce sont principalement des acides gras, dont l'un, l'acide acétique, a été constaté directement, la présence de l'acide butyrique étant également fort probable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 Octobre 1898.

Présence d'éléments figurés anormaux dans les lésions syphilitiques.

MM. Leredde et Dominici. — On peut trouver dans un grand nombre de lésions syphilitiques primaires et secondaires des granulations et des grains de taille variable, souvent groupés les uns auprès des autres comme s'ils étaient contenus dans le protoplasma d'une cellule. Ces grains se colorent par l'hématoxyline et la thionine et se décolorent par la méthode de Gram et celle d'Ehrlich. On ne trouve pas d'éléments semblables dans la peau saine ni dans les lésions cutanées non syphylitiques. Cependant rien ne permet d'affirmer qu'il ne s'agisse pas de produits de dégénérescence cellulaire.

Lorsqu'on laisse une syphilide à l'étuve à 37° en chambre humide pendant 24 heures, le nombre de ces grains devient beaucoup plus considérable en certains points, non en d'autres. Ce sont là des arguments en faveur de leur nature parasitaire.

MM. Leredde et Dominici n'ont pas trouvé de formes semblables dans d'autres lésions traitées de la même manière. On peut voir également dans les syphilides une forme caractérisée par la présence de granulations punctiformes.

Pathogénie de l'ictère dans la pneumonie.

MM. A. Gilbert et A. Grenet. — La pathogénie de l'ictère dans la pneumonie a été l'objet de nombreuses discussions : la congestion du foie, l'inflammation ont été invoquées autrefois par un certain nombre d'auteurs. Les lésions temporaires ou permanentes de la cellule hépatique ou des voies biliaires semblent rendre mieux compte de l'apparition de l'ictère dans la pneumonie. Mosler, Bonnet, Petrow ont montré le rôle de l'angiocholite catarrhale, mais ils ne nous ont donné aucun renseignement sur sa cause. Trois cas de pneumonie avec ictère nous ont fourni l'occasion d'en rechercher l'agent pathogène. L'infection biliaire était absolument indépendante du pneumocoque ou de ses produits et n'était due qu'à l'envahissement de la bile par le coli-bacille. Il s'agissait donc d'une angiocholite ascendante survenue à l'occasion de la maladie générale et favorisée peut-être par les altérations antérieures du foie (cirrhose atrophique dans un cas, lithiase dans les deux autres).

Inoculations sous-arachnoïdiennes chez le chien.

M. A. Sicard. — Depuis nos dernières recherches nous avons étendu et complété l'étude de la voie sous-arachnoïdienne et les essais d'inoculations sous-arachnoïdiennes chez le chien. Nos expériences nous permettent de poser les conclusions suivantes : les inoculations sous-arachnoïdiennes sont possibles à de hautes doses liquides, les substances abandonnées dans la cavité sous-arachnoïdienne sont résorbables; elles entraînent, suivant leur nature, une réaction locale ou générale plus ou moins vive; elles peuvent avoir une influence thérapeutique.

Il existe, dans les résultats obtenus, lorsqu'on se sert d'une technique expérimentale rigoureuse (inoculation à ciel ouvert) des différences très notables entre l'inoculation sous-arachnoïdienne crânienne, et l'inoculation sous-arachnoïdienne atloïdo-occipitale ou sacro-lombaire.

La première voie (crânienne) se prête difficilement aux injections à doses élevées, les substances inoculées ne fusent que difficilement dans les espaces sous-arachnoïdiens environnants, ces substances exercent une action localisée sur les centres nerveux corticaux sous-jacents; elles ne pénètrent que tardivement dans les espaces ventriculaires ou dans les cavités spinales.

La seconde voie (atloïdo-occipitale et surtout sacro-lombaire) se prête avec une facilité extrême aux injections à doses énormes — 250 à 350 centimètres cubes d'eau salée — les substances inoculées pénètrent avec rapidité dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux, au niveau du cortex de la base des ventricules; leur diffusion prompte est suivie d'une réaction plus intense et généralisée à tout l'axe nerveux cérébro-spinal.

Mais, en règle générale, on ne saurait oublier que l'échappée vers les centres supérieurs du liquide inoculé reste toujours subordonnée en partie à la quantité et à la rapidité de l'injection. Les substances huileuses ou gazeuses, par exemple, à densité spéciale, semblent échapper à cette loi, leur ascension est très rapide, même après l'inoculation à petites doses (1/2 à 1 centimètre cube d'huile). L'inoculation est très bien supportée, l'inoculation d'air à de certaines doses est également bien tolérée.

L'autopsie des animaux ainsi inoculés et sacrifiés à des époques variables nous a permis de constater la présence de gouttelettes huileuses après deux et trois mois d'inoculation, on peut également retrouver des bulles d'air dans les ventricules après un laps de temps considérable. La résorption de certaines substances est donc retardée. Cette résorption peut se faire par deux procédés différents : d'une façon rapide, par diffusion (solutions salines); ou au contraire d'une façon lente, à la façon d'une réaction, d'une diapédèse leucocytaire (particules solides, substances huileuses).

L'inoculation sous-arachnoïdienne de toxiques du système nerveux (morphine, iodure de pot., bromure de pot.) nous a montré que l'équivalent toxique nécessaire par cette voie pour amener la mort de l'animal était intermédiaire à l'équivalent toxique par voie cérébrale et intra-veineuse. Ces expériences

démontrent que la cavité sous-arachnoïdienne est tolérante vis-à-vis de corps non toxiques, que les substances abandonnées à son intérieur peuvent être diffusées et être résorbées, qu'elles peuvent agir plus efficacement que par la voie veineuse ou sous-cutanées et qu'à ce point de vue thérapeutique la voie de choix est l'inoculation sous-arachnoïdienne lombaire.

Tuberculose et pneumococcie sous-arachnoïdiennes expérimentales. Essais de thérapeutique préventive dans la tuberculose méningée.

M. A. Sicard. — Le bacille de Koch et le pneumocoque ont servi de base à nos expériences. Une émulsion homogène de bacilles de la tuberculose était inoculée chez les chiens par voie crânienne, altoïdo-occipitale, sacro-lombaire. Chez tous nos chiens jeunes nous avons vu se développer des lésions tuberculeuses méningées. Les néoplasies tuberculeuses se sont développées sur place dans dix cas. Dans trois cas, nous avons obtenu une réaction secondaire à distance plus marquée que la lésion d'inoculation primitive : un cas de méningite de la base cérébrale après inoculation lombaire, deux cas de pachyméningite lombaire après inoculation atloïdo-occipitale. Trois chiens témoins inoculées dans les mêmes conditions par voie veineuse n'ont présenté jusqu'à présent aucune réaction morbide.

L'inoculation de pneumocoque virulent sous l'arachnoïde lombaire à des doses minimes, 1 à 3 centim. cubes de culture, a amené dans tous les cas la mort de l'animal (6 chiens), en 1 ou 2 jours, avec des phénomènes internes de réaction méningée. Dans tous les cas le sang du cœur a donné une culture pure de pneumocoque d'une virulence extrême. L'inoculation aux mêmes doses sous l'arachnoïde cérébrale nous a permis de constater une survie plus longue des animaux et dans deux cas un processus méningé purulent localisé. L'inoculation intra-cérébrale directe à doses très minimes (quelques gouttes) a entraîné la mort des animaux au milieu de crises convulsives d'une intensité extrême. L'inoculation intra-veineuse à doses bien supérieures est toujours restée inactive. Trois échantillons de pneumocoque ont été expérimentés.

Nous avons encore, dans un but thérapeutique, essayé d'entraver l'éclosion tuberculeuse méningée. Nous avons soumis un lot de 4 chiens, après inoculation tuberculeuse atloïdo-occipitale, à l'inoculation par voie lombaire de 5 à 10 centim. cubes d'huile iodoformée (0 gr. 03 à 0 gr. 08 d'iodoforme). Nous avons renouvelé ces injections préventives tous les 15 jours environ. Les animaux témoins ont succombé; ceux inoculés avec l'huile iodoformée ont jusqu'à présent (6 mois) résisté. Il ne s'agit peut-être là que d'un éparpillement bacillaire provoqué par l'arrivée de la substance huileuse, et facilitant ainsi la résistance de l'organisme.

Ces expériences montrent l'exaltation de virulence de certains microbes inoculés par voie sous-arachnoïdienne, la généralisation rapide de l'infection, le rôle joué par le liquide céphalo-rachidien dans le transport bacillaire, enfin la possibilité par cette voie d'une intervention thérapeutique directe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 Octobre 1898.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. Potherat a observé un homme qui venait de recevoir, en pleine digestion, un coup de pied de cheval. Malgré l'absence de tout symptôme grave, il l'opéra et trouva une anse déchirée qui fut suturée. Tout va bien lorsque, le 6e jour, des phénomènes de péritonite suraiguë éclatent en emportant le malade en 36 heures. L'autopsie montra qu'il y avait une perforation à l'emporte-pièce sur la 3e portion du duodénum, perforation survenue après l'intervention.

Chez un second malade, de 43 ans, opéré dans les mêmes conditions, on ne trouva d'abord rien; ce n'est qu'en épongeant jusque dans le petit bassin qu'on ramena un peu de sang. On trouva alors une anse éclatée largement sur sa tunique musculaire, à peine perforée sur sa tunique muqueuse. La plaie fut suturée et le malade a guéri.

M. Hartmann revient à nouveau sur la valeur du signe de la rétraction de la paroi comme signe de perforation, parce que, si ce signe est bien connu, personne n'y attache la valeur que M. Hartmann lui attribue. Toutes les fois qu'il l'a trouvé, il est intervenu, et, toujours, il a trouvé des lésions, soit 7 fois sur 10; quand il manquait, M. Hartmann est resté dans l'expectation et ses malades ont guéri. Il pense donc que ce signe peut être regardé comme un indice de lésion intrapéritonéale nécessitant une opération.

M. Delorme ne saurait attribuer au signe sur lequel M. Hartmann attire l'attention la valeur absolue qu'il lui donne. Il a vu mourir des malades dont le ventre était resté constamment souple et en a guéri d'autres qui avaient eu un ventre rétracté.

M. Broca s'est abstenu, il y a quelques années, d'opérer un homme qui avait reçu, 4 heures auparavant, un coup de pied dans le ventre, et se trouvait dans un très bon état apparent. Le lendemain, M. Reclus fit la laparotomie : le côlon transverse était complètement sectionné et le malade mourut.

Résection du nerf maxillaire inférieur avec destruction du ganglion de Gasser.

M. Gérard Marchant a pratiqué, dans ces derniers mois, deux résections du nerf maxillaire inférieur, suivies de la destruction du ganglion de Gasser.

Le premier cas a trait à un homme de 73 ans, dont la névralgie remontait à 30 ans et s'est surtout accentuée depuis 4 ans. L'opération a été suivie d'une guérison qui ne s'est pas démentie.

Le second se rapporte à une femme de 53 ans, atteinte de névralgie faciale droite depuis 14 ans. L'opération a été faite le 15 juillet et la malade a été débarrassée de ses douleurs. Malheureusement, après l'opération elle a présenté une amaurose progressive par atrophie des nerfs optiques, laquelle atrophie, d'après M. Abadie, ne saurait être mise sur le compte de l'opération.

Traitement du goître exophthalmique par la résection du grand sympathique.

M. Gérard Marchant fait un rapport sur une observation de M. Faure, relative à une femme qu'il a opérée, pour des accidents de goître exophthalmique, par la résection du grand sympathique cervical. Les faits de ce genre atteignent actuellement le chiffre de 37 environ et ont été observés en France et en Roumanie exclusivement; personnellement M. Marchant a eu recours 7 fois à cette opération.

Au point de vue de la découverte du grand sympathique, on peut passer soit en avant, soit à travers le muscle, soit en arrière. Cette dernière voie, la postérieure, est la meilleure et permet le mieux d'éviter le faisceau vasculo-nerveux. Avant de toucher aux ganglions, il faut trouver la veine et bien voir le pneumogastrique.

Relativement à la comparaison à établir entre la résection partielle et la résection totale du grand sympathique, la première semble très suffisante et paraît même donner de meilleurs résultats que la totale.

Les 7 interventions ont donné à M. Marchant 2 guérisons radicales, 2 améliorations notables, 2 insuccès et 1 mort. Le résultat immédiat est toujours bon, et il y a un changement immédiat qui frappe aussitôt. Puis les phénomènes reparaissent, mais, en général, ils s'amendent à nouveau, et, finalement, la guérison persiste.

En général, M. Marchant estime que cette opération est bonne. Sur les 37 cas qu'il a réunis, il relève 1 mort par pneumonie grippale, 1 par syncope, 1 par cystite, 1 par des phénomènes d'agitation et de fièvre qui emportèrent le malade en 3 jours, 3 opérés sont morts tardivement de néphrite parenchymateuse. Enfin, chez 2, il a relevé des troubles mentaux non persistants.

Ces morts ne sont pas imputables à l'opération même, et il

ne faut pas oublier que le goître exophthalmique tue dans la proportion de 21 p. 100 (Charcot).

Étant donnés les mauvais résultats de la thyroïdectomie, on peut dire que la résection du grand sympathique est encore la meilleure intervention que nous ayons à pratiquer.

Symphyse cardo-péricardique.

M. Delorme lit un mémoire sur le traitement chirurgical de la symphyse cardo-péricardique et rapporte les expériences qu'il a faites sur le cadavre. Le traitement qu'il propose consiste dans la section ou la destruction des adhérences cardo-péricardiques : c'est appliquer au cœur l'acte opératoire qu'il a imaginé pour le poumon.

M. Lejars présente un adolescent qu'il a opéré et guéri pour une péritonite généralisée, due à une perforation appendiculaire.

M. Routier présente une vessie sur les côtés de laquelle sont greffées deux grosses poches qui donnaient naissance à un suintement purulent continu. Ces poches s'ouvrent dans la vessie par un double orifice situé au niveau du trigone. Durant la vie, ces deux orifices avaient été pris, à tort, pour les uretères. M. Routier pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale.

M. Chaput présente les pièces d'une gastro-entérostomie avec entéro-anastomose.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Octobre 1898.

Délire salicylique.

M. Rendu a communiqué l'observation d'une jeune femme, atteinte pour la seconde fois d'un rhumatisme articulaire aigu et qui entra dernièrement à l'hôpital. On institua immédiatement le traitement classique, c'est-à-dire qu'on ordonna 6 gr. de salicylate de soude en plusieurs prises. Il est à noter que les urines, examinées au moment de l'entrée de la malade, ne présentaient aucun élément anormal, particulièrement pas d'albumine, ni d'indican. Le lendemain soir, la malade fut prise d'un délire violent, accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. L'interne de garde diagnostiqua une complication de rhumatisme cérébral et ordonna un bain à 32°. La malade semblait atteinte de manie aiguë, sa température était de 38°2, son pouls battait 110. Les jointures étaient complètement désenflées et absolument indolentes, les pupilles inégales, la droite plus petite que la gauche. Les sueurs s'étaient supprimées; les urines étaient fort rares, contenaient une grande quantité d'albumine, près de 2 grammes, et une proportion énorme d'indican.

En présence de ces accidents, le diagnostic ne laissait pas d'être hésitant. On pensa, dès le début, au rhumatisme cérébral, cependant, les 38° de température ne ressemblaient guère à l'hyperthermie du vrai rhumatisme cérébral. L'état des pupilles, inégales et plutôt contractées, ne ressemblait pas non plus à la mydriase qui est le symptôme ordinaire de l'encéphalopathie rhumatismale.

D'autre part, il était permis de songer à des accidents cérébraux d'origine urémique; il semblait y avoir une corrélation étroite entre entre l'état des reins et les désordres cérébraux.

On pourrait enfin supposer que l'on était en face des accidents dus à la médication salicylique. Cependant, il n'y avait pas eu les symptômes habituels : troubles d'estomac, nausées, bourdonnements d'oreilles, surdité; les accidents avaient éclaté subitement. Néanmoins le salicylate de soude fut supprimé.

Deux jours après, les phénomènes cérébraux avaient disparu; les urines devenaient plus abondantes mais restaient albumineuses, l'indican avait disparu. A l'heure actuelle la malade est guérie.

L'évolution de ces accidents démontre donc que c'est bien le salicylate de soude qui a déterminé l'explosion des phénomènes nerveux et des symptômes rénaux.

M. Dalché a pratiqué récemment des injections de caféine sur une malade atteinte d'albuminurie et de diabète; cette malade eut des accidents délirants. On crut devoir incriminer la caféine; telle ne fut pas l'opinion de M. Pouchet, à qui on en référa : le liquide injecté contenait du salicylate de soude, et c'était, paraît-il, l'agent nocif.

M. Siredey. — Les délires caféiniques sont cependant plus fréquents que les délires salicyliques.

Infantilisme myxœdémateux.

M. Thibierge présente un homme de 33 ans, dont la taille (1 m. 30) et le développement général sont ceux d'un enfant de 13 ans environ; les testicules et la verge sont extrêmement petits et ne dépassent pas le volume de ceux d'un enfant de 3 ou 4 mois; il n'y a aucune trace de poils aux organes génitaux; le bassin a la configuration féminine. La voix est grêle. Le visage ne présente pas trace de barbe. C'est, en un mot, un type d'infantilisme. Or, cet infantile est un myxœdémateux fruste ou du moins peu accentué. Le visage, d'aspect vieillot, est pâle, légèrement jaunâtre, les téguments flasques, un peu infiltrés. La partie supérieure des bras, la partie supérieure du tronc, la paroi abdominale sont le siège d'une infiltration mollasse, que l'on retrouve également à un degré faible, sur le dos des mains; son corps thyroïde est rudimentaire. Au point de vue intellectuel, l'arrêt de développement est aussi complet qu'au point de vue physique; le sujet n'a jamais pu apprendre à lire; il sait compter, faire des additions simples et multiplier entre eux les premiers nombres; il est d'un caractère plutôt calme, mais sujet à des emportements violents. Il est incapable d'un travail quelconque, passe ses journées à regarder des images, à fumer la pipe et à chiquer.

Accidents gravido-cardiaques.

M. Siredey résume l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement mitral, et qui, dans le cours d'une grossesse, subit par 3 fois des accidents graves d'embolies pulmonaires. Les points principaux de cette observation sont les suivants :

Pendant les premiers mois de la grossesse, les troubles cardiaques furent très accentués; il y eut imminence d'asystolie; de plus, 3 embolies pulmonaires graves mirent les jours de la malade en danger.

Le fœtus mourut vers le 6e mois; dès ce moment, les troubles cardiaques cessèrent, la santé de la malade se rétablit, et cependant, l'accouchement tardait à se faire et se fit attendre 63 jours après la mort du fœtus. Il fut normal. La guérison est actuellement complète.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 12 Octobre 1898.

Rupture de l'utérus. Laparotomie. Guérison.

M. Porak communique l'observation d'une multipare (huitième grossesse), qui avait été curetée précédemment pour endométrite puerpérale, et à laquelle on avait fait l'opération de Schröder.

Cette femme entre à la Maternité étant enceinte de 7 mois environ, mais en travail. Les douleurs durent 2 jours, puis s'arrêtent pendant 12 heures, pour reprendre ensuite. On constate que le col, très dur, ne se dilate pas. La version mixte est essayée sans résultat.

Dans la nuit du quatrième jour après le début du travail, la malade présente tout à coup un état syncopal grave qui fait immédiatement porter le diagnostic de rupture utérine.

Le lendemain matin, M. Porak dilate le col sous le chloroforme, fait la version et extrait un enfant mort. Il constate en même temps une déchirure complète de l'utérus, ayant permis la chute du placenta dans le ventre.

M. Porak essaye en vain de l'extraire par le vagin, et, l'état de la malade étant très grave, il se décide à faire immédiatement une laparotomie pour l'enlever. Il pratique ensuite la suture de l'utérus et la toilette du péritoine.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. Hutinel.

Sur un symptôme nouveau de la période précontagieuse de la rougeole et sur sa valeur prophylactique,

Par M. le Dr Henri Meunier,

Chef de laboratoire à l'hospice des Enfants-Assistés.

C'est à l'hygiène et à la prophylaxie, ces deux armes précieuses de la science médicale moderne, que revient, de plus en plus, l'honneur de lutter utilement contre la plupart des maladies contagieuses. Parmi celles-ci cependant il s'en trouve une, la rougeole, qui garde une place à part et qui, grâce à un caractère nosologique spécial, défie jusqu'ici les procédés habituels de la médecine préventive. Chacun sait, en effet, que la contagiosité de la rougeole est d'une précocité extraordinaire, qu'elle existe avant l'apparition du symptôme caractéristique, l'éruption, que son maximum d'activité se manifeste même dès les premiers jours du catarrhe, pendant la période d'invasion, alors qu'aucun élément clinique ne permet encore de poser le diagnostic. Ce fait, solidement établi par nombre d'observateurs (Girard, Béclère, Bard, etc.) est aujourd'hui à l'abri de toute discussion; par lui on comprend aisément comment la rougeole se perpétue et se multiplie incessamment, toute tentative ayant pour but de l'enrayer étant toujours illusoire, parce que trop tardive.

Rien n'est plus décevant que de se sentir ainsi désarmé contre une affection dont la contagiosisé, *n'était sa latence du début*, serait si facile à combattre, puisque le germe présumé qui en est l'agent est un des plus fragiles, un des plus éphémères, un des moins transportables que l'on connaisse. Nos maîtres en pédiatrie, les professeurs Grancher et Hutinel, MM. Sevestre et Comby, professent depuis longtemps que la contagion morbilleuse ne s'effectue guère que par contact direct ou du moins qu'elle ne peut s'exercer que dans une zone tellement restreinte (quelques mètres), que celle-ci implique certainement la coopération de contacts indirects tout à fait *récents*, de telle sorte qu'un isolement même peu rigoureux suffirait à enrayer la contagion, si cet isolement était pratiqué *à temps*. Nous savons que ce desideratum est précisément la pierre d'achoppement de la prophylaxie et nous comprenons l'acharnement que l'on a mis à découvrir, dans la période précontagieuse de la rougeole, quelque signe précoce qui permettrait de poser un diagnostic hâtif, de devancer la contagion et de s'en défendre.

Ces recherches, dont nous dirons quelques mots, ont naturellement porté sur la période d'incubation, dont la durée, assez constante dans la rougeole, est estimée par la plupart des auteurs à 8 ou 10 jours.

Parmi les nombreux observateurs qui se sont attachés à cette question et qui l'ont étudiée dans le seul milieu possible, à l'hôpital, cinq seulement ont pensé découvrir quelques symptômes précurseurs du catarrhe morbilleux. Bohn et Rehm parlent de quelques légers malaises, Dieulafoy et Barbier signalent des érythèmes passagers, Labbée apporte des courbes thermiques où la température s'élève d'un degré pendant l'incubation. Or pendant les 3 années que nous venons de passer aux Enfants-Assistés de Paris, et surtout pendant les 6 derniers mois que nous avons particulièrement consacrés à l'observation des rougeoleux, nous n'avons point remarqué qu'aucun de ces symptômes fût constant, ni même fréquent : malaises prémonitoires et érythèmes fugaces nous ont toujours échappé lorsqu'il s'agissait de rougeoles pures, non préinfectées, survenant chez des sujets bien portants. Quant à l'élévation de température signalée par Labbée chez les morbilleux incubants, nous en contestons absolument la valeur : la courbe thermique est toujours normale dans les cas simples, et s'il se produit quelque ascension thermique, un examen rigoureux ou une enquête rétrospective démontrent infailliblement que le sujet a quelque infection indépendante (diarrhée, bronchite, angine, vulvite, otite, etc.) qui le classera vis-à-vis de sa rougeole future parmi les préinfectés et dont l'action pyrétogène actuelle n'a rien à voir avec la fièvre éruptive encore incubante.

En signalant enfin l'érythème palatin sur lequel M. Sevestre insiste avec raison comme signe précoce et constant de la rougeole, mais qui, appartenant plutôt à la période catarrhale et par conséquent contagieuse, ne peut être utilisé au point de vue prophylactique, nous aurons épuisé la liste peu édifiante des symptômes dits prodromiques de la rougeole (1) et nous comprendrons les conclusions que formulent ainsi deux de nos maîtres :

« Actuellement, dit M. Comby (2), le diagnostic précoce de la rougeole ne se fait pas; car nous sommes dans

1. Nous devons encore signaler, bien que nous n'ayons pas eu l'occasion de le rechercher, un signe décrit récemment par Koplik (de New-York). Ce signe appartiendrait réellement à la période d'incubation de la rougeole et consisterait en une éruption de tâches blanc bleuâtre sur la muqueuse de la bouche. Sa fréquence serait de 76 p. 84, d'après Slawgk, et comme sa date d'apparition est très précoce, du premier au deuxième jour de la période prodromique (?), Koplik le donne comme un signe d'une très grande valeur au point de vue d'un diagnostic précoce.

2. *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, t. 1, p. 195.

l'impossibilité de reconnaître la maladie avant l'éruption, la période d'incubation étant absolument silencieuse. » — « C'est surtout dans le diagnostic précoce de la rougeole, déclare le professeur Grancher (1), c'est-à-dire avant la période d'invasion, avant la contagiosité, qu'il serait utile de faire mieux que nous ne faisons aujourd'hui, et le médecin qui trouvera le moyen de reconnaître la rougeole pendant l'incubation, rendra le plus grand service ».

Notre travail a pour but non point malheureusement d'apporter une solution décisive et infaillible à cette question, mais de la faire bénéficier d'une donnée nouvelle qui s'appliquera à un grand nombre de cas (nous les préciserons plus loin) et qui permettra, dans une certaine mesure, « de faire mieux qu'aujourd'hui » sur le terrain de la prophylaxie de la rougeole.

Le phénomène que nous avons observé pendant l'incubation de la rougeole est si simple et si facile à contrôler que nous avons été surpris qu'il n'ait point encore frappé quelque observateur : il s'agit d'un *abaissement notable de poids*, indépendant de tout symptôme morbide. Loin de nous la pensée qu'il s'agisse là d'un phénomène pathognomonique, particulier à la rougeole; nous en apprécierons plus loin la signification biologique, qui sans doute est d'ordre général en pathologie infectieuse; mais nous verrons aussi que malgré cela, étant données les circonstances où on sera amené à le rechercher, ce symptôme pourra constituer, en maintes occasions, un signe révélateur précieux, permettant l'application immédiate, et cette fois efficace, de mesures prophylactiques.

Notre première observation fut la conséquence d'une remarque accidentelle. Dans une des salles du service, réservée aux affections nerveuses chroniques, se trouvait un enfant de 3 ans, atteint de maladie de Little, mais sans autre état pathologique. Suivant la règle strictement imposée par M. Hutinel à tout son service, la feuille de cet enfant recevait l'inscription des températures biquotidiennes et des pesées trihebdomadaires. Pendant plusieurs semaines, l'une et l'autre des courbes évoluèrent normalement, la première avec ses oscillations physiologiques autour de 37°,2, la seconde avec sa ligne oblique d'accroissement régulier, en rapport avec l'âge. Sur ces entrefaites, une rougeole méconnue fut introduite dans la salle : notre petit paraplégique subit la contagion et contracta la maladie. Or, en examinant sa feuille de température et de poids, nous fûmes frappé du fait suivant : tandis que la courbe thermique, restée normale pendant toute l'incubation, n'avait dessiné son ascension habituelle que pendant les quatre derniers jours précédant l'éruption, la courbe des poids s'était modifiée bien plus tôt et présentait d'abord un plateau d'arrêt, puis une chute, dès le troisième jour de l'incubation (2), c'est-à-dire sept jours avant les premiers symptômes fébriles et le catarrhe, onze jours avant l'éruption. Ce fait, pris isolément, aurait eu peu de valeur, la loi d'accroissement d'un enfant étant susceptible de fluctuations dont nous ne pouvons toujours préciser le mécanisme, ni connaître les facteurs; cependant l'oscillation descendante était si franche, elle contrastait si nettement avec la ligne régulière d'augment, suivie depuis plusieurs semaines, elle coïncidait enfin si exactement avec l'installation de l'infection morbilleuse, au troisième jour de la contagion, que nous ne pouvions rejeter *a priori* la possibilité d'une relation causale, et que nous nous proposâmes de vérifier si le même phénomène se montrerait dans d'autres cas.

Il n'est point aussi aisé que nous le pensions de recueillir un grand nombre d'observations d'*incubation normale* de rougeole. Et cependant nul autre domaine ne pouvait se prêter mieux à cette recherche que l'hospice des Enfants-Assistés, où, dans une population considérable d'enfants bien portants (crèche et lazaret), éclatent parfois, inévitablement, de petites épidémies de rougeole, provoquées par l'introduction d'un cas extérieur. C'est en nous mettant à l'affût de ces petites épidémies de salles, enrayées du reste aussitôt par l'isolement immédiat du lot d'enfants touché par le cas-contage, que nous avons pu rassembler un certain nombre d'observations d'incubation normale. Dès qu'une rougeole était signalée dans une des salles de l'établissement, le lot suspect était bloqué, suivant l'usage établi par M. Hutinel, dans des pavillons spéciaux et subissait là la quarantaine réglementaire. Pendant ce temps, les enfants étaient surveillés avec le plus grand soin, nettoyés, couchés et nourris par un personnel bien stylé, et ce fut sur ces enfants, parmi lesquels éclatait presque infailliblement la rougeole, que s'exercèrent nos investigations.

La température rectale était prise matin et soir, le nombre et la qualité des selles notés chaque jour; quant aux pesées, elles étaient faites tous les deux jours et contrôlées par nous; l'opération se pratiquait à la même heure, à jeun, l'enfant étant complètement déshabillé.

Nous avons ainsi recueilli 45 observations d'*incubation* de rougeole avec pesées régulières et observation clinique et dans tous les cas, sauf deux (sur lesquels nous reviendrons plus loin), nous avons constaté de la façon la plus formelle l'abaissement de poids pendant l'incubation. Nous ne garderons point cependant, comme base de notre travail, ces 45 observations : 15 d'entre elles en effet concernent des rougeoles dont l'incubation a été compliquée d'une infection antérieure ou concomitante, de bronchite ou de troubles digestifs, avec vomissements et diarrhée, et qui, par conséquent, doivent être éliminées de notre analyse : dans ces cas anormaux on serait en effet naturellement tenté d'attribuer la baisse de poids à ces complications indépendantes de la rougeole et la valeur du symptôme, si tant est qu'il dépende exclusivement de l'infection morbilleuse, serait exposée à une fausse interprétation.

Nous ne nous appuierons donc que sur les 30 autres observations, celles-ci ne concernant que des rougeoles pures, à incubation normale, apyrétique, évoluant sans troubles digestifs, sans aucun phénomène morbide, chez des enfants préalablement bien portants.

L'analyse de ces 30 observations nous amène aux résultats suivants :

Dans nos 30 cas, la pesée du sujet a révélé un abaissement du poids du corps, se manifestant vers le 3e, 4e ou 5e jour de l'incubation, s'accentuant pendant les jours suivants, continuant jusqu'à l'apparition des premiers signes morbides (fièvre et catarrhe) et constituant ainsi un phénomène précoce constant, antérieur à la période contagieuse. Ce phénomène de l'abaissement du poids est d'autant plus frappant et significatif qu'il contraste, chez l'enfant bien portant, avec la courbe normale d'accroissement, celle-ci étant représentée par une ligne ascendante, dont l'angle d'inclinaison est inversement proportionnel à l'âge.

Pour plus de commodité, nous désignerons cette diminution du poids du corps pendant l'incubation de la

1. P. Brouardel, *Traité de méd. et de thérapeut.*, art. *Rougeole*, p. 286, 1895.

2. Mesurée par le passage dans la salle de la rougeole contagionnante.

rougeole, sous le nom de *chute prémorbilleuse* et nous en étudierons successivement la fréquence, la date d'apparition, le degré d'intensité, la durée et le mécanisme; nous envisagerons enfin sa valeur diagnostique et ses conséquences pratiques.

Fréquence. — Sur nos 45 observations prises en bloc, la chute prémorbilleuse a fait défaut deux fois et ces deux exceptions se rapportent à des rougeoles préinfectées, dont l'incubation commença au cours d'une bronchite fébrile (39° et 39°8) et qui, malgré cette condition défavorable à la nutrition de l'enfant, ne fut accompagnée d'aucune déperdition de poids (1); ces deux observations, assurément paradoxales, puisqu'en dehors de la rougeole incubante, existait une cause naturelle de dénutrition (bronchite, diarrhée) que n'accusa pas la balance, sont restés pour nous sans explication. Nous n'en tirerons d'ailleurs aucune conclusion contre notre règle, ces faits appartenant au groupe des cas compliqués, dans lesquels tant de facteurs inconnus sont en jeu qu'il serait téméraire d'en essayer l'analyse.

Cette réserve faite, il nous reste 30 cas de rougeole simple à incubation normale, dans lesquels nous avons constaté 30 fois la chute prémorbilleuse. Est-ce à dire que le phénomène doive toujours se rencontrer et qu'il soit un symptôme constant de l'infection rubéolique incubante; c'est ce que nous ne pouvons établir d'après le nombre de cas trop restreint de nos observations et c'est du reste ce que nous ne croyons point, sachant bien qu'aucune loi biologique n'est exempte d'exception. Mais puisqu'il ne nous a pas été donné de rencontrer cette exception, nous livrons tels quels les chiffres de notre statistique, en estimant au moins d'après eux que le phénomène en question doit être singulièrement fréquent.

Date d'apparition. — Sa date d'apparition dans le cycle morbilleux est ce qu'il y a de plus intéressant dans son étude : car son importance dépend précisément de sa précocité. Nous nous sommes particulièrement préoccupé de ce point chronologique et avons recherché avec soin de combien de temps la diminution de poids précédait d'une part le début de la période d'invasion, d'autre part l'éruption. Ces deux points de repère, invasion et éruption, sont les seuls sur lesquels on puisse aisément se baser, leur détermination étant généralement facile dans les rougeoles normales. Nous avons considéré comme début de l'invasion le premier jour où la température vespérale (rectale) atteignait ou dépassait 38°, et, ce faisant, nous pensons avoir donné à la période contagieuse ses limites les plus larges, l'élévation de température précédant souvent les phénomènes de catarrhe; quant à l'éruption, sa fixation est encore plus facile et a toujours été notée exactement grâce à un examen attentif biquotidien.

D'autre part, nous avons considéré comme début de la chute de poids prémorbilleuse le premier jour où la courbe ascendante de l'accroissement régulier devenait soit descendante, soit même horizontale, nos observations nous ayant démontré que chez certains sujets, le poids devenait stationnaire pendant 1 ou 2 jours avant de décroître.

Cela étant donné, voici les résultats que nous ont fournis nos 30 observations :

1. Dans la première de ces observations, l'enfant, âgé de 16 mois, perdit d'abord 300 grammes du fait d'une bronchite avec diarrhée; puis, commençant son incubation morbilleuse, il regagna 600 grammes jusqu'à la veille de l'éruption. Dans la deuxième l'enfant, âgé de 2 ans, était atteint de bronchite aiguë; malgré cela, il augmenta de 210 grammes du 4e au 10e jour de l'incubation.

La diminution de poids prémorbilleuse a commencé :

	Avant l'invasion	Avant l'éruption
1 jour . . .	0 fois.	0 fois.
2 jours . . .	3 —	0 —
3 — . . .	5 —	0 —
4 — . . .	2 —	0 —
5 — . . .	6 —	1 —
6 — . . .	3 —	2 —
7 — . . .	5 —	3 —
8 — . . .	2 —	9 —
9 — . . .	2 —	3 —
10 — . . .	1 —	5 —
11 — . . .	0 —	4 —
12 — . . .	0 —	1 —
13 — . . .	0 —	0 —
14 — . . .	0 —	1

Appréciés en valeur moyenne, ces chiffres nous montrent que *la chute de poids prémorbilleuse se manifeste toujours avant la période d'invasion*, qu'elle débute de 5 à 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes fébriles, de 8 à 10 jours avant l'éruption. On prévoit dès maintenant l'importance de ces résultats au point de vue de la possibilité d'un diagnostic précoce de la rougeole.

Degré d'intensité et durée. — Nos 30 courbes de poids ne sont pas toutes semblables, cela se conçoit aisément. Cependant elles dessinent presque toujours un tracé nettement descendant et progressif, aboutissant d'une perte de poids notable.

Nous résumons dans le tableau suivant la valeur de ces pertes, en indiquant en même temps l'âge de l'enfant et la durée de la déperdition.

Nos d'ordre	Age	Perte de poids	Temps observé
I.	12 mois	300 gr.	7 jours.
II.	12 mois	700 gr.	6 —
III.	13 mois	200 gr.	6 —
IV.	15 mois	200 gr.	6 —
V.	15 mois	350 gr.	7 —
VI.	16 mois	200 gr.	6 —
VII.	16 mois	200 gr.	5 —
VIII.	1 an 1/2	200 gr.	10 —
IX.	1 an 1/2	150 gr.	5 —
X.	1 an 1/2	300 gr.	7 —
XI.	1 an 3/4	500 gr.	6 —
XII.	2 ans	200 gr.	4 —
XIII.	2 ans	90 gr.	7 —
XIV.	2 ans	350 gr.	8 —
XV.	2 ans	150 gr.	4 —
XVI.	2 ans	250 gr.	2 —
XVII.	2 ans	250 gr.	5 —
XVIII.	2 ans	110 gr.	3 —
XIX.	2 ans 1/4	250 gr.	2 —
XX.	2 ans 1/2	400 gr.	10 —
XXI.	2 ans 1/2	700 gr.	7 —
XXII.	2 ans 1/2	250 gr.	7 —
XXIII.	2 ans 1/2	300 gr.	5 —
XXIV.	3 ans	150 gr.	6 —
XXV.	3 ans	100 gr.	4 —
XXVI.	3 ans	200 gr.	8 —
XXVII.	3 ans	200 gr.	5 —
XXVIII.	3 ans	400 gr.	12 —
XXIX.	4 ans	500 gr.	10 —
XXX.	5 ans 1/2	250 gr.	1 —

De ce tableau nous extrayons les données suivantes : entre un maximum de 700 grammes (2 fois atteint) et un minimum de 90 grammes, la chute prémorbilleuse a atteint une valeur moyenne de 310 grammes, qui, rapportée au temps, donne une déperdition moyenne de 62 grammes par jour. On voit en outre que la perte de

poids s'est continuée généralement pendant plusieurs jours (en moyenne 6), souvent jusqu'à la maladie confirmée. Notons cependant quelques cas rares où la baisse de poids a été passagère (obs. XVI et VIX : 2 jours; obs. XXX : 1 jour); on remarquera toutefois que dans ces cas la déperdition a été très notable (250 grammes) et qu'une pareille chute indique un trouble réel dans la nutrition. Ajoutons enfin que nous n'avons pu trouver de rapport entre la perte de poids et l'âge de l'enfant; celui-ci, du reste, dans notre série, a peu varié, les deux tiers de nos sujets étant âgés de 1 an 1/2 à 3 ans.

Mécanisme et valeur diagnostique. — Quoique nos documents ne soient pas aussi nombreux que nous l'eussions désiré, la régularité avec laquelle ils nous ont montré l'abaissement du poids du corps pendant l'incubation de la rougeole nous paraît rendre incontestables la réalité et la fréquence du phénomène. A quoi peut-on l'attribuer?

Dès le début de ce travail, nous déclarions que ce trouble morbide ne devait sans doute pas être propre à la rougeole et qu'il dépendait vraisemblablement d'une loi pathologique générale applicable à divers processus infectieux. Qu'il nous soit permis de justifier en quelques mots cette opinion.

Bien que l'on soit convenu de désigner sous le nom d'incubation cette première phase des maladies infectieuses qui s'étend du moment où un germe pathogène pénètre dans l'économie jusqu'au moment où il manifeste son action par des troubles morbides, et bien que l'on entende par là qu'il s'agit d'une phase cliniquement silencieuse, il n'est pas douteux que cette conception est purement arbitraire et qu'une observation plus rigoureuse, mieux instrumentée, pourra découvrir une manifestation pathologique plus précoce, antérieure à celles que l'on décrit sous le nom d'invasion. Celle-ci a généralement son début fixé par l'élévation de la température : telle est l'opinion acceptée pour les fièvres éruptives, pour la fièvre typhoïde, pour la coqueluche, etc., et il est de fait que le symptôme thermique est celui qui, objectivement et subjectivement, signale le plus nettement l'apparition du processus nosologique. Mais ce point de départ est purement clinique et rien ne démontre que le trouble thermique avec son cortège symptomatique varié, frissons, vomissements, céphalée, rachialgie, etc., soit toujours le premier en date et qu'il soit le reflet immédiat de la pullulation microbienne naissante. La genèse des maladies infectieuses est encore pour nous pleine de mystères; notre ignorance à leur égard se réfugie souvent derrière des postulats vagues, des conceptions d'attente, des termes provisoires, que des recherches ultérieures, plus avisées ou plus heureuses, analyseront, rectifieront ou préciseront; nul doute que les périodes dites d'incubation fournissent par la suite des données nouvelles qui restreindront leurs limites et qui montreront, là où la clinique superficielle n'observait rien, quelques signes précurseurs, premiers témoins de l'invasion infectieuse ou de la défense de l'organisme.

C'est à ces signes que nous rattachons le phénomène de l'abaissement du poids. Il nous paraît en effet admissible qu'un processus infectieux puisse déjà provoquer des troubles dans la nutrition générale, avant même d'avoir produit une réaction fébrile ou des troubles fonctionnels dépendant de l'inflammation des muqueuses ou des parenchymes. Du reste, si l'hyperthermie et la dénutrition sont deux conséquences habituelles de pareils processus, rien n'exige que la première soit toujours antérieure à la seconde.

Nous admettons donc, en principe, que le phénomène observé par nous puisse être constaté dans d'autres affections que la rougeole. Mais nous ne nous faisons aucune illusion sur les difficultés d'une pareille vérification : l'essai ne pourrait en être fait naturellement que pour des infections dans lesquelles existe une période d'incubation assez longue, un certain délai étant nécessaire pour qu'un processus de dénutrition soit révélable par la balance : tel serait le cas peut-être de la variole, des oreillons, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la varicelle (1).

Quoiqu'il en soit de la banalité possible du phénomène, nous nous en tiendrons, jusqu'à nouvel ordre, au résultat positif de nos recherches concernant la rougeole. Dans ce cas spécial, est-il possible d'émettre quelque hypothèse sur les causes de cet abaissement de poids? Nos recherches, à cet égard, ont été peu instructives. Le seul fait dont nous nous sommes assuré, c'est qu'il ne s'agissait pas, chez les sujets examinés, d'une alimentation modifiée ou diminuée, d'une hygiène devenue défectueuse, comme on aurait pu le supposer du fait de leur translation d'un service dans un autre et de leur passage entre les mains d'un personnel différent. Cette explication a contre elle deux objections catégoriques : c'est que d'une part, plusieurs de nos observations concernent des enfants qui, incubants non suspects, sont restés jusqu'à l'éruption dans le même service, avec la même alimentation, avec la même hygiène et le même personnel, et n'en ont pas moins baissé de poids pendant l'incubation morbilleuse; c'est que, d'autre part, la baisse de poids dans les lots d'enfants isolés comme suspects a frappé uniquement ceux qui incubaient la rougeole, respectant par contre les quelques sujets qui, immunisés sans doute par une atteinte antérieure, n'étaient pas en incubation et qui cependant subissaient le régime commun. Il est donc évident que l'abaissement de poids relevait bien de l'incubation morbilleuse et seulement d'elle.

Quant au mécanisme intime de cette dénutrition, nous ne pouvons faire que des hypothèses : ou bien l'ingestion alimentaire serait amoindrie, du fait d'une diminution de l'appétit; or cette particularité n'a pu être notée et aurait nécessité, pour être approfondie, la pesée minutieuse de tous les ingesta; — ou bien, le taux alimentaire ne variant pas, il se produirait quelque perturbation du travail digestif, quelque ralentissement de l'absorption ou de l'assimilation, sous l'influence d'une imprégnation toxi-infectieuse commençante; — ou bien enfin, cette même influence agirait plutôt sur le processus de désassimilation et augmenterait les fonctions éliminatrices. Toutes suppositions que rien ne nous permet de trancher.

1. Citons, en passant, trois observations de coqueluche et deux de varicelle, pour lesquelles nous avons pu faire l'observation des poids pendant la période d'incubation. On verra, par les notes résumées qui suivent, que l'abaissement de poids a été appréciable deux fois sur trois dans la coqueluche, une fois sur deux dans la varicelle.

A. *Coqueluche.* — I. Prév..., Alice; début apparent de la coqueluche (premières quintes constatées) le 23 août. Augmentation de poids du 10 au 20 août, *déperdition du 20 au 22* (350 gr). Température oscillant du 8 au 23 entre 37° et 38°. Pas de troubles digestifs.

II. M..., Jeanne; début de la coqueluche vers le 14 juin. Augmentation de poids du 13 au 19 mai; état stationnaire du 19 mai au 10 juin; *déperdition du 10 au 13 juin* (200 gr.). Pas de fièvre, pas de diarrhée.

III. Ch..., Berthe; début de la coqueluche vers le 21 août. Augmentation presque régulière du 20 au 27 août. Pas de déperdition.

B. *Varicelle.* — I. L..., Marie; début de la varicelle (fièvre et éruption) le 15 avril. Augmentation de poids du 1er au 6 avril; état stationnaire du 6 au 9; *déperdition du 8 au 16* (300 gr.). Incubation apyrétique, sans troubles digestifs.

II. X..., début de la varicelle le 20 juin, pendant la convalescence d'une rougeole. Augmentation de poids depuis la défervescence de la rougeole. Pas de déperdition pendant l'incubation de la varicelle.

Il nous reste maintenant à aborder le côté pratique et à indiquer, en discutant la valeur diagnostique de la chute prémorbilleuse, de quelle utilité elle peut être en clinique. Il est évident, et nos réflexions précédentes en sont la preuve, que l'abaissement de poids d'un enfant, même à l'âge où sévit la rougeole, ne servira guère au diagnostic pur et simple : d'abord, parce que cet abaissement de poids n'est nullement pathognomonique, qu'il peut, même en l'absence de troubles digestifs manifestes, être dû à des causes méconnues, ou, comme nous l'avons fait entendre, à l'imminence possible d'une autre infection; ensuite et surtout, parce que l'on n'a aucune raison, dans la vie courante, de peser tous les deux jours un enfant bien portant. La révélation due à la balance serait-elle dix fois plus explicite encore, qu'il serait assurément illusoire d'en demander l'usage quotidien aux familles. Aussi concéderons-nous volontiers que la diminution de poids prémorbilleuse ne peut apporter qu'un faible secours au diagnostic pur et simple d'un cas de rougeole pris isolément.

Mais si le diagnostic, pour ainsi dire improvisé, n'y gagne rien, il est des cas et de très nombreux cas, où le phénomène que nous venons de signaler pourra rendre les plus grands services et répondra dans une large mesure au *desideratum* prophylactique de M. le professeur Grancher. Son utilisation pourra être faite, en effet, dans maintes circonstances, aussi bien en ville qu'à l'école ou à l'hôpital; qu'il nous soit permis d'en donner quelques exemples.

Un rougeoleux en période de contagion assiste à une réunion enfantine, disséminant ainsi autour de lui le germe de l'affection dont le diagnostic ne sera fait que 2 ou 3 jours après. Les familles dont les enfants ont été présents à cette réunion et qui auront appris le fait, sont naturellement menacées de l'invasion de la rougeole et tout à fait intéressées à savoir au plus tôt si leurs enfants sont ou ne sont pas contagionnés; ils pourraient en effet ainsi sauvegarder d'autres sujets, frères, sœurs, nourrissons, en isolant, avant qu'ils ne soient contagieux, ceux qui sont contaminés. Or la chose est jusqu'ici impraticable; si bien qu'on attend généralement les premiers symptômes fébriles ou catarrhaux pour instituer un isolement, naturellement trop tardif. C'est dans de pareils cas que la pesée quotidienne, pratiquée pendant une huitaine de jours, viendra combler la lacune; si, en l'absence de toute complication hétérogène, l'enfant ou les enfants suspects diminuent de poids pendant 3, 4, 5 jours à partir du 2e ou 3e jour de la contagion possible, on pourra considérer comme tout à fait probable l'imminence de la rougeole et prendre, vis-à-vis d'autres enfants, des mesures prophylactiques, *qui seront efficaces*, la période contagieuse n'étant point encore commencée.

Dans les hospices d'enfants ou les écoles du jeune âge, l'application du procédé sera, à notre avis, encore plus précieuse. Il nous suffira, pour justifier cette opinion, de citer un fait qui nous est personnel et qui pourra se renouveler en maintes occasions. Un jeune enfant, atteint d'un léger mal de Pott, entre dans le service de M. Hutinel et prend place dans une salle de non-contagieux : il est sans fièvre, mange et dort bien, a des selles normales. Pesé le jour de son entrée et le surlendemain, il accuse une augmentation normale. Mais voici que les trois pesées suivantes marquent une diminution de poids, qui, au bout de six jours, atteint 270 grammes. Aucun symptôme morbide ne peut cependant être constaté et l'appétit lui-même ne paraît pas modifié. L'enfant est-il en puissance de rougeole? Toute enquête sur une contagion possible est illusoire, l'enfant étant venu du dehors. Néanmoins nous jugeons opportun de ne pas attendre et nous isolons l'enfant : dès le surlendemain apparaît la fièvre et quatre jours après, s'épanouit l'éruption. L'enfant était à l'hospice depuis 14 jours, délai qui permettait de fixer la contagion à la veille ou au jour de son admission. Il est incontestable que dans ce cas la pesée avait assuré la prophylaxie et que, grâce à la balance, on avait pu éviter la contamination de toute la salle des non-contagieux (1).

Quelques conclusions résumeront et termineront ce travail :

I. — La prophylaxie est presque désarmée vis-à-vis de la rougeole, la clinique n'ayant jusqu'ici fourni aucun signe permettant de poser un diagnostic précoce antérieur à la période d'invasion ou période contagieuse.

II. — Il existe cependant, pendant la phase dite d'incubation de la rougeole, un phénomène que nous avons constamment observé et qui consiste en un abaissement notable du poids du corps, indépendant de toute espèce de troubles morbides, digestifs, sécrétoires ou autres.

III. — Cette diminution de poids, ou chute prémorbilleuse, est d'autant plus frappante qu'elle contraste, chez l'enfant, avec la courbe ascendante d'accroissement physiologique. Elle débute vers le 4e ou 5e jour à partir de la contagion, c'est-à-dire cinq ou six jours avant l'apparition des premiers symptômes catarrhaux et fébriles, huit ou dix jours avant l'éruption. Elle dure plusieurs jours, le plus souvent jusqu'au début de l'invasion; son intensité varie avec les cas, mais semble indépendante de l'âge du sujet et de la gravité de la rougeole ultérieure. La perte de poids moyenne est de 300 grammes environ, soit 50 grammes par jour, chez des enfants âgés de un à quatre ans ; elle peut atteindre 700 grammes et ne s'est jamais montrée inférieure à 90 grammes.

IV. — D'un mécanisme obscur, relevant probablement d'un trouble précoce de la nutrition provoqué par l'infection commençante, cet abaissement de poids peut n'être pas spécial à la rougeole et appartenir à la phase d'incubation d'autres maladies infectieuses.

V. — Sa constance dans la rougeole et la facilité de sa constatation en font un signe révélateur précieux qui trouvera son application, soit en ville, soit à l'école, soit à l'hôpital, chaque fois qu'il s'agira, pour instituer des mesures prophylactiques efficaces, d'être édifié sur l'imminence possible de la rougeole chez un enfant suspect.

1. On nous objectera peut-être que dans un hospice d'enfants tout nouveau venu devrait être considéré comme suspect et isolé comme tel. Nous sommes absolument de cet avis et avons toujours suivi cette pratique, dans le service de notre maître M. Hutinel, lorsque la chose était matériellement possible. Malheureusement le nombre des entrants dépassait souvent, et bien au-delà, le nombre des lits disponibles au pavillon des Douteux, et force était de recevoir certains enfants dans les services généraux de l'infirmerie ou de l'hospice. — Qu'il nous soit permis à cette occasion de dire que le principe d'un pavillon de Douteux est loin d'être irréprochable et nous ne surprendrons personne en accusant ce capharnaüm perpétuellement infecté de bien des méfaits. Nous pensons précisément que ce service, destiné par principe aux incubations indéterminées, pourrait tirer un grand bénéfice de l'usage de la pesée systématique. Bien des rougeoles en seraient extraites et dirigées sur les services d'isolement spéciaux avant d'avoir atteint, sous le toit des Douteux, la phase contagieuse.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Durand (Ernest-Jules). *De l'arhythmie palpitante dans le rétrécissement mitral*. N° 517. (H. Jouve.)

M. Guyader (Joseph). *Quelques états pneumoniques apyrétiques*. N° 529. (Carré et Naud.)

M. Pierrhugues (Clément). *Le phthisique parisien à l'hôpital*. N° 389. (Carré et C. Naud.)

M. Sersiron (Gilbert). *Les phthisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne*. N° 446. (H. Jouve.)

M. Lemoine (Maurice). *Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse chez le vieillard*. N° 390. (P. Delmar.)

M. Mignon (Maurice). *Étude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen*. N° 398. (Carré et Naud.)

M. Jones (Armand). *De la gangrène dans les maladies aiguës*. N° 478. (H. Jouve.)

M. Rivier (Philippe). *De la diazoréaction de Ehrlich*. N° 392. (G. Steinheil.)

M. Cardeilhac (Louis). *De la cachexie pigmentaire consécutive aux purpuras*. N° 622. (H. Jouve.)

M. Beauprez (Louis). *Contribution à l'étude de la folliclis*. N° 795. (Steinheil.)

M. Barrillon (Louis). *Contribution à l'étude de la lèpre à Alger. Essais de sérothérapie antilépreuse*. N° 596. (H. Jouve.)

M. Labelle (Charles), *Dermatose et onyxis professionnels. Mal des plongeurs*. N° 480 (H. Jouve.)

M. Roy (Marcel). *La gravelle phosphatique primitive*. N° 407. (Imp. Picat-Ruffec.)

M. Robin (Fr.). *Contribution à l'étude clinique de l'opothérapie surrénale*. N° 209. (H. Jouve.)

M. Pol-Alcide (Pierre). *De la disostose cléido-crânienne héréditaire*. N° 406. (Ollier-Henry.)

M. Legrand (G.). *Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose avec quelques dermatoses de l'enfance*. N° 528.

Dans le rétrécissement mitral on peut observer de la tachycardie, de la bradycardie, de l'arhythmie et des palpitations. La tachycardie est très rare; la bradycardie est exceptionnelle. L'arhythmie est beaucoup plus fréquente, ainsi que les palpitations, qu'étudie plus spécialement M. Durand. Les palpitations s'observent souvent sans arhythmie; mais l'arhythmie s'observe rarement sans palpitations.

L'association de l'arhythmie avec les palpitations constitu l'arhythmie palpitante.

L'arhythmie palpitante peut être produite par un fonctionnement défectueux de l'estomac. Elle peut être aussi produite par une foule d'autres causes, thrombose auriculaire, artériosclérose, hypertension pulmonaire.

Le traitement de l'arhythmie palpitante sera dirigé contre les causes de l'arhythmie et des palpitations. Il y a certaines arhythmies contre lesquelles la thérapeutique restera impuissante. L'estomac devant, dans le rétrécissement mitral, être entouré de soins tout particuliers, les médicaments ne seront employés qu'avec la plus grande prudence, car ils peuvent à eux seuls produire l'arhythmie palpitante.

Ceci sera surtout vrai pour les médicaments cardiaques, la digitale en particulier.

Relatant un certain nombre d'observations d'états pneumoniques où l'apyrexie fut notée M. Guyader conclut que cette apyrexie serait attribuable à l'épuisement de l'économie, au trouble fonctionnel du système nerveux, et à l'action des éléments infectieux.

Etudiant la question des tuberculeux dans les hôpitaux de Paris, M. Pierrhugues rappelle que le traitement curateur véritable de la tuberculose est un traitement hygiénique et diététique comprenant trois grands points : *cure d'alimentation, cure d'air et cure de repos*, auxquels on doit adjoindre quelques précautions hygiéniques, parmi lesquelles les soins à donner aux fonctions de la peau doivent occuper une place importante.

L'auteur signale les efforts récents faits pour améliorer l'état des tuberculeux dans les hôpitaux de Paris et expose les progrès réalisés dans le service de M. Letulle à Boucicaut; mais cela n'est pas encore suffisant. Dès à présent, on pourrait dans certains hôpitaux, suffisamment aménagés, pratiquer dans une certaine mesure la cure d'air et la cure de repos; quant à la cure d'alimentation, elle est possible partout, mais la création d'hôpitaux spéciaux s'impose. Ils devront être construits aux environs de Paris; on devra prendre les dispositions nécessaires pour que la cure d'air puisse y être pratiquée d'une façon idéale.

En traitant ainsi les tuberculeux « on réaliserait des économies considérables, tant au point de vue du budget de l'Assistance publique, en réduisant le nombre des journées d'hôpital, qu'au point de vue, plus élevé, du capital social représenté par la vie humaine, en diminuant de jour en jour davantage, pour chacun, les chances de contagion ». (Letulle.)

M. Sersiron montre l'insuffisance du traitement hospitalier actuel des phthisiques adultes et pauvres, et dans un travail fort intéressant et fort documenté expose la nécessité de modifier et d'élargir notre système nosocomial. Les services d'isolement, s'il y a lieu de maintenir et d'étendre leur création, ne sont que des moyens palliatifs insuffisants et les hospices spéciaux ou sanatoriums basés sur l'aérothérapie et l'hygiène remplissent seul les conditions suivantes :

a) Guérir le malade ou l'améliorer dans la mesure du possible.

b) Préserver l'entourage et enrayer la progression du mal.

c) Ménager les ressources du Trésor public.

d) Satisfaire la morale et économiser le capital social en rendant la faculté de travailler à bien des malheureux qui en ont besoin pour élever leurs enfants.

L'auteur insiste sur l'insuffisance du seul sanatorium parisien actuellement en voie d'exécution et la nécessité d'en créer de nombreux; pour cela des dépenses considérables sont nécessaires qui seront largement compensées par les résultats obtenus. Les bénéfices ainsi acquis sont en effet prouvés par les dépenses faites en Allemagne par les compagnies d'assurances qui trouvent leur avantage à soigner leurs abonnés par la méthode hygiéno-diététique. Actuellement l'Allemagne dispose de 25 hôpitaux avec 2 500 lits pour y soigner 10 000 phthisiques pauvres par an (la cure est de 3 mois) suivant les meilleures règles et les plus récents progrès de la thérapeutique. La Suisse reçoit ces mêmes malades dans des sanatoriums nombreux, vastes et confortables. La France n'a pas un seul lit convenable à leur offrir.

Il y a donc lieu, devant l'impuissance et la lenteur des mesures officielles, de faire un énergique appel à l'initiative et à la charité privée.

L'auteur propose donc la formation d'une association de médecins cherchant à atteindre le double but suivant :

1° Propager au sein de la masse populaire la notion consolante de curabilité et prémunir chacun contre les dangers de la contagion.

2° Recueillir des fonds pour élever un sanatorium populaire ou encourager ceux qui en auraient entrepris.

Si l'on peut rencontrer chez le vieillard toutes les variétés de pleurésie avec épanchements décrites chez l'adulte, le rapport de fréquence entre ces diverses variétés est ici différent. D'après M. Lemoine cette différence consiste dans la rareté très grande de la pleurésie purulente et dans une très forte diminution de nombre pour les pleurésies tuberculeuses et aussi pour les pleurésies métapneumoniques bien que la pneumonie frappe très souvent le vieillard.

La forme la plus connue et qui est presque spéciale aux vieillards se caractérise par un épanchement séro-fibrineux

occupant un seul ou les deux côtés de la poitrine. Cet épanchement survient chez des malades atteints d'artério-sclérose, avec hypertrophie du cœur et atrophie rénale, au moment où ces malades sont en imminence ou en état d'asystolie compliquée ou non d'accidents urémiques.

Malgré les circonstances dans lesquelles il se développe, cet épanchement doit être distingué de l'hydrothorax. La densité du liquide 1,012 à 1,020, sa coagulation rapide après la ponction, la présence d'un exsudat concret à la surface de la plèvre, la vascularisation anormale de la séreuse attestent la nature phlegmasique du processus.

Le poumon correspondant à l'épanchement est le plus souvent le siège de lésions diverses qui peuvent être rangées sous deux chefs : nodules inflammatoires ou infarctus. Il y a lieu de penser que le plus souvent ces lésions pulmonaires sont les premières en date et sont causes de l'épanchement. En conséquence on peut considérer la pleurésie du vieillard comme étant beaucoup plus souvent secondaire que primitive.

Au point de vue des troubles fonctionnels, ces pleurésies se caractérisent par le peu de réaction qu'elles entraînent. Beaucoup plus souvent que chez l'adulte, l'auscultation fait entendre au niveau de l'épanchement des râles, parfois extrêmement nombreux. La fréquence de cette anomalie est liée sans doute à l'existence d'adhérences anciennes qui sont très fréquentes chez le vieillard.

Le pronostic est habituellement grave, en raison du peu de résistance de l'organisme et de la nature des causes qui prédisposent au développement de cette pleurésie.

Le traitement devra tendre à restaurer l'énergie du cœur et la perméabilité du rein. La thoracentèse reste le moyen de choix pour rendre rapidement l'espace au poumon. Elle est moins souvent que chez l'adulte d'une urgence immédiate parce que le liquide est en général en quantité modérée et que la mort subite du fait de l'épanchement est peu à craindre. On sera donc le plus souvent conduit à la pratiquer à cause de la persistance de cet épanchement malgré l'emploi des médicaments destinés à en faciliter la résorption.

Passant en revue les résultats obtenus par l'application des rayons de Röntgen à l'appareil respiratoire et à ses annexes, M. Mignon montre qu'ils diffèrent selon les régions et le but cherché.

Les *fosses nasales* peuvent être examinées avec un certain intérêt surtout dans les cas de lésions osseuses; bien que l'examen en soit assez facile, du moins dans la partie antérieure, la radioscopie pourra donner de précieuses indications, soit pour les corps étrangers assez opaques, soit pour les lésions difficilement accessibles; l'application aux *sinus* si elle est utile pour le sinus *frontal* semble moins favorable à l'examen du sinus *maxillaire* que la diaphanoscopie; cependant elle permet de mieux voir les modifications osseuses, les corps étrangers.

Quant au sinus *sphénoïdal* il n'est pas assez visible pour permettre des déductions cliniques;

L'examen du *larynx* au fluoroscope est utile si les lésions ont modifié notablement l'épaisseur des tissus, ou si elles sont profondément situées dans la région. Les altérations superficielles de la muqueuse relèvent de l'examen laryngoscopique, tandis que la conformation des cartilages, la disposition d'un corps étranger est vue plutôt par transparence.

La *trachée* et les *bronches* peuvent être vues, mais ne tirent pas de l'examen fluoroscopique un grand bénéfice. Plus utile sera l'examen des *ganglions* péritrachéo-bronchiques.

Quant au *poumon* il est particulièrement explorable au fluoroscope : sans compter la recherche des corps étrangers, on pourra voir directement des lésions de congestion, d'œdème, d'emphysème; la pneumonie, le cancer, le kyste hydatique seront plus exactement limités que par les signes stéthoscopiques. La tuberculose, souvent diagnostiquée trop tard, peut dans quelques cas être révélée plus tôt et la disposition de ses lésions mieux appréciée. Les altérations de la *plèvre* et les modifications de sa cavité sont aussi indiquées d'une façon assez précise.

Les applications thérapeutiques trop peu nombreuses ne permettent aucune conclusion.

Les rayons de Röntgen, conclut l'auteur, donnent des indications qui, tout en ne diminuant en rien l'utilité des autres méthodes d'examen la complètent souvent si on sait interpréter les résultats obtenus.

La gangrène dans les maladies aiguës peut, pour M. Jones, reconnaître quatre grandes causes :

1° *Microbes et toxines :*

2° *Thrombose :* d'origine microbienne ou par altération du sang;

3° *L'embolie :* simple ou microbienne;

4° *Le système nerveux : a)* par altération de son influence trophique;

b) Par son action empêchante sur la phagocytose.

Au point de vue anatomo-pathologique, la gangrène dans les maladies aiguës peut se présenter sous les quatre formes suivantes : 1° Gangrène blanche; 2° Gangrène sèche; 3° Gangrène humide; 4° Gangrène par cadavérisation.

Pouvant survenir dans la plupart des maladies aiguës elles sont primitives ou secondaires, leurs signes varient avec la cause productrice et le siège de la gangrène.

M. Rivier étudie très complètement le symptôme décrit en 1882 par Ehrlich et connu sous le nom de diazoréaction de Ehrlich; c'est pour lui un procédé d'investigation clinique général susceptible de rendre les plus grands services au médecin. Elle peut aider au diagnostic d'un grand nombre de maladies fébriles parmi lesquelles on doit placer en première ligne la fièvre typhoïde, et de certaines maladies apyrétiques telles que les formes apyrétiques de la tuberculose.

Elle a une grande valeur pour le pronostic de la plupart des maladies dans lesquelles elle apparaît, en fournissant un signe objectif, facile à rechercher et à estimer; de l'état de souffrance de l'organisme, sous l'influence de causes déterminées.

Dans la fièvre typhoïde, la diazoréaction peut être considérée comme constante du 6e au 10e jour environ.

Elle peut apparaître déjà le 2e jour au soir, mais en général elle ne se montre que le 3e, 4e, 5e ou 6e jour.

Elle dure un temps variable proportionné en général à la durée et à la gravité de l'infection typhique, temps qui varie de un ou deux jours ce qui est exceptionnel, à une ou deux semaines ce qui est la règle.

Elle atteint rapidement son maximum d'intensité, s'y maintient quelques jours, puis s'atténue progressivement et disparaît un peu avant, ou pendant ou après la défervescence. Dans le premier cas elle peut permettre d'annoncer la chute de la température.

Elle réapparaît dans les recrudescences et les rechutes. Elle peut les faire prévoir dans les cas, assez rares il est vrai, où elle se montre avant l'élévation thermique.

La constance de la diazoréaction au cours de la fièvre typhoïde et son absence dans l'embarras gastrique fébrile en font un des meilleurs signes diagnostiques entre ces deux affections.

La diazoréaction est fréquente chez les malades en puissance de tuberculose. Elle a une grande valeur pour le pronostic de la phtisie pulmonaire, car elle paraît survenir surtout à la suite des poussées nouvelles de tuberculose autour des foyers anciens.

Elle est presque constante dans la granulie aiguë et ne peut servir en aucun cas au diagnostic différentiel de cette affection avec la fièvre typhoïde.

On est autorisé à admettre avec une très grande vraisemblance la présence de la tuberculose lorsque l'on constate pendant longtemps une réaction caractéristique sans fièvre.

D'après M. Cardeilhac à la suite de purpuras abondants et répétés, on peut observer l'infiltration des principaux viscères par du pigment ocre;

Cette lésion peut donc s'observer en dehors des étiologies ordinairement invoquées et en l'absence de diabète d'alcoolisme, de tuberculose, de paludisme.

L'étude histochimique des taches de purpura montre qu'il peut se produire du pigment ocre *in situ* dans ces taches;

Il s'en produit aussi à distance, dans les viscères, aux dépens de l'hémoglobine, mise en liberté au niveau de la tache purpurique et reprise par le courant sanguin;

Les ecchymoses traumatiques se comportent de la même

façon que les taches de purpura; on a observé la cachexie pigmentaire succédant à un violent traumatisme.

Il faut comprendre le processus de la cachexie pigmentaire de la façon suivante : mise en liberté de l'hémoglobine par destruction intense de globules rouges, formation de pigment ocre, accumulation de ce pigment dans les organes, en particulier dans le foie et dans le pancréas ; diabète pancréatique, comme conséquence possible, mais inconstante. Pour l'auteur le diabète n'est donc pas la cause de la cachexie pigmentaire; il est, au contraire, la conséquence de la formation du pigment. Quant à l'alcoolisme, au paludisme, à la tuberculose, leur rôle étiologique est certain; mais ces maladies n'agissent qu'indirectement, en provoquant des destructions globulaires ou des hémorrhagies interstitielles. Le mécanisme est donc le même que dans la cachexie pigmentaire consécutive au purpura.

M. Beauprez admet que la folliclis est une entité morbide bien distincte, à retrancher désormais du groupe vague et mal déterminé des folliculites. Type clinique des plus rares, elle est caractérisée par des nodosités dermiques, aplaties, papuleuses au début, puis pustuleuses et souvent ombiliquées. Son évolution est essentiellement chronique, se fait par poussées successives et se termine toujours en laissant une cicatrice d'abord fortement pigmentée en brun ou en noir et ressemblant dans la suite aux cicatrices de la variole.

Les recherches anatomo-pathologiques montrent que cette affection semble prendre naissance exactement et exclusivement dans les follicules soit sébacéo-pileux, soit sudoripares, voire dans leur portion intra-dermique.

La pathogénie de cette affection est encore obscure. La clinique montre une relation évidente entre la folliclis et la tuberculose. L'histologie, l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'inoculation des produits morbides aux animaux ne donnent pas de preuves permettant d'affirmer cette relation.

La recherche des bacilles de la tuberculose dans les lésions a toujours été négative.

Les examens histologiques ne montrent pas les lésions caractéristiques des nodules tuberculeux. La présence de cellules embryonnaires très nombreuses autour des glandes sudoripares et des follicules sébacéo-pileux indique seulement que ces organes sont le siège d'une inflammation assez vive qui aboutit à la nécrose et à la suppuration.

L'ensemencement du pus de ces lésions, fait avant que les infections et les inoculations secondaires venant de l'extérieur se soient produites, est resté sans résultat.

L'inoculation des produits morbides aux cobayes n'a pas donné de lésions tuberculeuses. Elle est restée également infructueuse.

En présence de ces faits, l'opinion la plus généralement admise à l'heure actuelle, c'est que la folliclis serait une manifestation de l'action sur la peau des toxines tuberculeuses élaborées dans des foyers viscéraux ou ganglionnaires et arrivant aux téguments par la voie sanguine ou par la voie lymphatique.

Si l'on admet cette interprétation, on pourra rapprocher de la folliclis tout une série d'affections cutanées ayant la même étiologie et sur la nature exacte desquelles on n'est pas encore bien fixé : acnitis, lichen scrofulosorum, lupus pernio, acné des cachectiques, érythème induré des jeunes filles, etc. Ces diverses affections pourraient alors former un nouveau groupe, celui des tuberculides, et l'on aurait dans ces conditions un groupe morbide analogue à celui des syphilides, et à celui des diabétides.

Cette manière de voir constitue une hypothèse très séduisante que la clinique semble confirmer, mais à laquelle les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales n'ont donné aucune sanction. Elle a le mérite de jeter une certaine lumière sur les relations qui unissent la tuberculose et les maladies de la peau, mais jusqu'à présent, ce n'est qu'une hypothèse, et la question des tuberculides, pour être tirée au clair, nécessite encore de nouveaux travaux.

L'existence de la lèpre à Alger n'a réellement été reconnue que dans ces dernières années. Depuis 1885, 41 observations ont été recueillies à Alger et ne sont certainement pas celles de tous les lépreux vivant dans cette ville, elles montrent, qu'à côté d'un foyer lépreux d'origine espagnole formé par des malades venus des provinces d'Alicante et de Valence, un autre foyer existe formé par des malades, israélites indigènes et musulmans, celui-ci ne paraît pas être en grande activité. La lèpre se présente à Alger sous toutes les formes qui lui sont connues, et particulièrement sous la forme tuberculeuse (systématisée, tégumentaire de Leloir).

Tous les traitements préconisés, et particulièrement l'huile de Chaulmoogra, ont produit chez les malades une amélioration passagère. M. Barillon a particulièrement étudié la méthode de M. le Dr Carasquilla pour le traitement de la lèpre par la sérothérapie et conclut que le sérum du sang des lépreux, provoque chez l'âne à qui on l'injecte, des réactions qui sont surtout sensibles aux premières injections, et à des doses variant de 15 à 20 centimètres cubes. Rien ne prouve cependant que ce sérum contienne le bacille de Hansen; recueilli aseptiquement, il a toujours paru amicrobien. Le sérum d'un âne, traité par les injections de sérum de sang lépreux, a toujours produit, à certaines doses, chez les malades à qui il a été administré par voie hypodermique, des réactions plus ou moins violentes (vertiges, sueurs, douleurs articulaires, élévation de température); ces réactions ne sont pas toujours sans danger.

Les animaux de petite taille qui ont reçu des injections de sérum antilépreux, à la dose de 1 et de 6 centimètres cubes, par kilogramme d'animal, n'ont pas eu à souffrir de ces essais.

Le sérum normal d'âne ne produit pas chez les lépreux les réactions que provoque le sérum antilépreux.

Des 6 malades traités, 1 seul paraît avoir bénéficié temporairement du traitement sérothérapique. Les modifications produites chez lui n'ont pas paru suffisantes à l'auteur pour croire à la supériorité de la méthode sérothérapique sur les médications antérieurement préconisées contre la lèpre.

Il existe une affection spéciale, indépendante de toute idiosyncrasie, de tout état diathésique, se rattachant nettement à la profession de plongeur et que M. Labelle propose d'appeler *mal des plongeurs*. Elle est caractérisée d'une part par un onyxis particulier, d'autre part par une modification de la pulpe digitale et de la face palmaire.

Divers facteurs entrent en cause dans l'évolution de cet état morbide : immersion prolongée des mains dans un liquide de nature spéciale, composé de principes irritants dissous, combinés ou émulsionnés; macération de l'épiderme dans une eau à température élevée, enfin manipulations professionnelles. D'autres professions peuvent d'ailleurs dans des conditions analogues produire une affection à peu près identique.

M. Roy admet qu'il existe une variété de gravelle phosphatique indépendante de l'infection des voies urinaires, la gravelle phosphatique primitive, d'ailleurs très rare. Il n'est pas prouvé que l'abus des alcalins puisse seul produire la gravelle phosphatique primitive.

Deux ordres de causes semblent présider à la formation des graviers et des calculs phosphatiques primitifs.

Ce sont d'abord les causes qui troublent profondément les fonctions du système nerveux.

Ensuite, c'est une intoxication d'origine intestinale ou qui est la conséquence d'une infection générale, c'est l'élimination par l'urine d'une certaine quantité de toxines d'origine microbienne.

Le diagnostic de la gravelle phosphatique primitive est facile, grâce à sa symptomatologie bien caractérisée et à un examen méthodique de l'urine.

Le traitement de la gravelle phosphatique primitive est surtout un traitement pathogénique : il doit viser les deux ordres de causes qui président à la formation de cette variété de graviers et de calculs phosphatiques.

M. Robin, à propos du cas d'un tuberculeux addisonien publié par Béclère et qu'il a pu suivre, chez lequel tous les accidents, y compris la mélanodermie s'amendèrent considérablement et chez lequel la guérison se maintient depuis 3 ans sous l'influence de l'opothérapie surrénale, conclut en admettant l'efficacité de l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison; cette médication présente avec l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème plutôt des différences que des analogies (action tar-

dive de la médication chez les addisoniens, guérison persistante après la suspension du traitement).

Ces différences fondamentales entre les effets de l'opothérapie thyroïdienne montrent que ces deux médications ne présentent aucune analogie dans leur mode d'action sur l'organisme.

L'une, la médication thyroïdienne, agit en apportant à l'organisme certaines substances que les myxœdémateux ne fabriquent plus ou du moins qu'ils fabriquent en quantité insuffisante; ces substances sont presque aussitôt utilisées, puis détruites ou éliminées, et il est nécessaire d'en renouveler presque incessamment l'apport.

L'autre, la médication surrénale n'agit certainement pas de la même façon et semble favoriser l'hypertrophie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal. Cette hypothèse est en accord avec les résultats de l'expérimentation sur les animaux.

La dysostose cléido-crânienne héréditaire est une affection spéciale décrite par Pierre Marie et à laquelle son élève, M. Pol-Alcide consacre sa thèse. Il en rapporte quatre observations où l'on retrouvait les caarctères communs suivants : déformation crânienne avec augmentation du diamètre transverse et persistance et ossification incomplète des fontanelles antérieures et des diverses sutures, malformations de la voûte du palais et atrophie des clavicules; il faut noter aussi l'adipose considérable des malades. Les déformations crâniennes qui caractérisent la maladie doivent être différenciées de celles qui accompagnent l'hydrocéphalée, et de cette différenciation résulte un pronostic différent pour les sujets atteints. Elle est parfaitement compatible avec la vie et avec l'intégrité de la santé et de l'intelligence. Elle ne s'accompagne d'aucun trouble de motricité ou de sensibilité.

M. Legrand étudie quelques dermatoses que l'on a, dans ces derniers temps, avec le lupus érythémateux, tenté de faire rentrer dans le cadre de la tuberculose. Parmi ces affections on trouve :

Les scrofulides et d'autres lésions telles que le lichen scrofulosorum, l'acné des cachectiques, l'acnitis, la folliclis, les tuberculides.

La nature tuberculeuse de ces affections semble devoir être due aux toxines sécrétés par le bacille de Koch. Ces affections, qui souvent n'ont aucun caractère clinique pathognomonique se reconnaissent par suite de leur coïncidence chez les sujets qui en sont porteurs, avec d'autres lésions manifestement tuberculeusees, ou en tenant compte des antécédents héréditaires.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Le diagnostic précoce de la paralysie générale, par B. Sachs (*New York medical Journal*, 2 et 9 juillet 1898). — B. Sachs estime que le terme de démence paralytique est appliqué pour désigner un syndrome traduisant cliniquement des processus différents qui affectent le cerveau, et qui tous aboutissent à l'atrophie et à la destruction des éléments de l'écorce. Le type classique de la démence paralytique représente la plus grave de ces maladies et a une issue fatale dans 95 p. 100 des cas; mais il ne faut pas oublier que certaines formes morbides ont avec la paralysie générale classique la plus étroite ressemblance, mais que leur pronostic est beaucoup moins défavorable.

C'est pour cela que B. Sachs, s'appuyant sur l'examen d'un grand nombre de cas, appelle l'attention sur l'utilité de l'observation minutieuse de la paralysie générale à ses périodes les plus précoces; il insiste sur la possibilité des longues rémissions et même des guérisons complètes.

Si l'on relit les anciens auteurs, on s'aperçoit que, depuis une vingtaine d'années, le tableau clinique de la paralysie générale s'est quelque peu modifié; il est probable que cela tient au moins en partie à ce que l'on en sépare mieux qu'autrefois des formes morbides à symptômes cliniques voisines. La plus longue durée actuelle de la vie après que le diagnostic a été établi pour la première fois tient à ce que les malades sont mieux soignées qu'autrefois et à ce que la maladie peut être reconnue plus tôt. Parmi les symptômes du débuts les indices d'un dérangement d'esprit sont de la plus haute importance, car les symptômes physiques seuls ne sauraient suffire à assurer le diagnostic. Mais si le trouble psychique existe, les signes physiques prennent toute leur valeur; parmi les symptômes physiques du début, le tremblement de la face, le bégaiement, l'incorrection de la parole, l'inégalité pupillaire sont les plus caractéristiques.

Enfin, le diagnostic de paralysie générale n'implique pas nécessairement un pronostic fatal, à condition que le malade soit de suite soumis à un traitement approprié; un repos mental absolu, l'abstinence complète, l'éloignement de toute cause d'excitation, quelquefois un traitement spécifique rigoureux, donnent des résultats très appréciables.

Scissure calcarine, hypertrophie et atrophie, deux cas faisant contraste, par Wallace Wood (*New York med. Journ.*, 13 août 1898, p. 220). — Wood donne les figures de deux cerveaux : le premier est celui d'un homme de lettres, le second est celui d'une femme aveugle-née. Le premier est remarquable par la richesse de son plissement, surtout dans la région occipitale. Des calcarines des deux hémisphères partent plusieurs scissures; les deux cunéus sont grands, leur surface est accidentée. Sur leur cerveau de la femme aveugle-née, les scissures calcarines sont simples, les cunéus tout petits et lisses.

CHIRURGIE

Redressement de la gibbosité pottique par le procédé de Calot (Statische und pathologische Verhältnisse der redressirten spondylitischen Wirbelsäule), par E. Anders (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, vol. LVI, p. 703). — En s'appuyant sur l'étude clinique de 25 cas personnels et sur l'étude anatomique des pièces provenant des enfants qui ont succombé à une affection intercurrente quelque temps après le redressement, l'auteur soutient qu'après le redressement les vertèbres malades ne sont plus soumises à la pression statique quand l'enfant garde la position horizontale. Le redressement a encore l'avantage de débarrasser le canal vertébral des produits de décomposition provenant des vertèbres malades et de faire disparaître les paralysies qui résultent de la compression de la moelle par ces produits. D'un autre côté le redressement peut amener la distension de la moelle et de ses enveloppes et amener des phénomènes résultant de ce traumatisme.

Il n'est pas encore démontré que la caverne qui se forme après le redressement se comble de tissu osseux. Après l'opération elle se remplit de sang et de pus.

Résection de l'œsophage (Versuche über Resection der Speiseröhre), par W. Levy (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898. vol. LVI, p. 839). — Dans une première série d'expériences faites sur des chiens, l'auteur a réséqué le cardia et suturé l'œsophage à l'estomac. Sur 6 chiens opérés, 2 ont survécu à l'opération pendant plus de 3 mois. Un d'eux est encore vivant au bout de 2 ans 9 mois. L'auteur estime donc que chez l'homme cette opération peut se faire si le cancer du cardia n'empiète pas sur l'œsophage dans une étendue dépassant 1/2 centimètre.

Sur 10 autres chiens l'auteur a essayé d'enlever la portion thoracique de l'œsophage en procédant de la façon suivante :

On commence par établir une fistule stomacale et par sectionner l'œsophage dans sa partie cervicale. Le bout supérieur étant suturé à la peau, on fixe au bout inférieur un fil qu'on conduit à travers la fistule stomacale. En tirant sur ce fil, on retourne l'œsophage comme un doigt de gant et on le retire par la fistule. On sectionne alors le cardia et on ferme l'abdomen.

Sur 10 chiens ainsi opérés, 1 a survécu pendant 10 mois.

MÉDECINE

La valeur alimentaire de l'huile d'olive administrée par la voie sous-cutanée (Die subcutane Ernäh-

rung mit Olivenöl), par Du Mesnil (de Rochemont) (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 474). — En étudiant les faits observés chez des malades (anorexie hystérique, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.) auxquels il a fait des injections sous-cutanées d'huile d'olive, l'auteur arrive à conclure que :

1° En cas de disparition de la provision de graisse de l'organisme, l'administration de la graisse par la voie sous-cutanée constitue une méthode rationnelle.

2° La graisse injectée sous la peau est résorbée très lentement et utilisée par l'économie sans accident.

3° Si la quantité de graisse injectée n'est pas considérable (10 grammes environ par jour), celte-ci n'apparaît pas dans l'urine.

4° En cas d'inanition avec échanges interstitiels normaux ou pathologiquement exagérés, la graisse injectée sous la peau permet à l'organisme d'économiser la dépense de substances albuminoïdes.

Pneumonie franche (Ueber das zeitliche Auftreten der croupösen Lungenentzundung und die Beziehungen der Disposition, etc.), par H. Brunner (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1898, vol. LX, p. 339. — Il résulte des faits réunis par l'auteur que dans la pneumonie franche le frisson initial survient plus souvent le matin ou le soir qu'aux autres heures de la journée. L'éclosion de la pneumonie dépend manifestement des variations de la température atmosphérique et le plus souvent les pneumonies s'observent quand après un temps froid apparaît un temps nuageux avec neige ou pluie, précédé d'un abaissement de la pression et de l'humidité de l'atmosphère avec élévation de la température et vents du Midi. Ces conditions météorologiques se font encore sentir dans les épidémies de pneumonie.

Pathogénie des infarctus hémorrhagiques du poumon (Beiträge zur Entstehung der hämorrhagischen Infarkte der Lunge), par A. Fujinami (*Virchow's Arch.*, 1898, vol. CLII, p. 61 et 193). — Dans ce travail, basé sur des recherches cliniques et expérimentales, l'auteur montre que l'infarctus du poumon résulte d'un trouble de circulation dans les capillaires d'une région du poumon. Chez les animaux sains on ne peut provoquer ce trouble de la circulation que mécaniquement par embolie, à la condition encore que l'embolie prouve une certaine position et réalise certaines conditions d'obstruction des vaisseaux.

Chez l'homme aussi l'infarctus du poumon est dû en dernière analyse à un trouble de circulation capillaire dont la cause première est l'obstruction des vaisseaux par une embolie. Mais il se rencontre surtout chez des individus âgés, ayant plus ou moins souffert d'une affection pulmonaire chronique qui a modifié les conditions de la circulation pulmonaire. En second lieu, chez l'homme, l'embolie est accompagnée ordinairement d'une autre affection qui exerce une influence sur la circulation pulmonaire, cette condition morbide surajoutée intervient aussi dans la formation de l'infarctus hémorrhagique.

Coma diabétique (Zur Kenntniss der Wirkung der Buttersäure und β-Oxybuttersäure), par W. Sternberg (*Virchow's Arch.*, 1899, vol. CLII, p. 207). — Pour voir si l'acide oxybutyrique β que l'on trouve dans l'urine des diabétiques comateux et auquel certains auteurs attribuent un rôle principal dans la production du coma diabétique, était réellement toxique, l'auteur a fait une série d'expériences qui ont consisté à administrer cet acide d'abord à des animaux, puis à des individus sains et enfin à des diabétiques. Ces expériences ont montré que l'acide oxy-butyrique n'était pas toxique.

Par contre, les expériences faites par l'auteur sur des chats avec l'acide butyrique, ont confirmé la toxicité de cet acide, indiquée déjà par d'autres auteurs.

L'auteur pense donc que le rôle de l'acide oxybutyrique dans la production du coma diabétique consiste à concourir, par sa présence dans le sang, à la réalisation de l'intoxication acide, laquelle intoxication serait la cause du coma.

MÉDECINE PRATIQUE

Valeur thérapeutique de l'extrait de glande surrénale,

D'après M. le Dr H. Batès (de New-York) (1).

M. le Dr Batès qui, depuis 1894, a étudié dans un grand nombre de cas l'action de l'extrait de capsule surrénale, est arrivé à cette conclusion que, comme astringent dans toutes les inflammations, comme hémostatique et comme tonique de la fibre musculaire, aucun médicament ne lui est comparable.

Les propriétés astringentes ont été utilisées en instillations dans les affections de l'œil et des paupières.

Dans le catarrhe sec de l'oreille, l'extrait glandulaire diminue la congestion et, dans 25 cas, M. le Dr Batès en a obtenu d'excellents résultats.

Des cas de bourdonnement ont également été améliorés par l'extrait surrénal. Par contre, dans les cas où il ne s'agit pas de combattre l'inflammation et la congestion, son effet est nul et, à cet égard, l'extrait glandulaire pourrait avoir une véritable valeur pronostique au point de vue thérapeutique. S'il agit, c'est que la lésion est inflammatoire, le pronostic favorable.

Dans les différentes sortes de rétrécissements (œsophagiens, uréthraux, etc.), l'extrait de capsule surrénale diminue la congestion et peut permettre l'introduction de sondes progressivement plus fortes.

Velich a trouvé que l'extrait glandulaire produisait l'anémie locale en application sur la peau, non seulement quand il y a solution de continuité, mais même en toute intégrité du tégument. Il empêche la vésiculation et Velich l'a employé contre l'eczéma. Il peut aussi être recommandé dans la variole pour prévenir la vésiculation des pustules déformantes.

Dans le cas d'intertrigo, employé par applications locales, il a amené la guérison. Dans le sarcome il produit l'anémie des tissus malades.

Le Dr Douglas Stanley a trouvé que, dans un cas d'anémie pernicieuse, l'extrait surrénal avait amené une augmentation marquée des globules rouges.

Les propriétés discongestives et tonimusculaires de l'extrait surrénal ont été également utilisées dans les affections du cœur.

L'extrait glandulaire s'est révélé comme un véritable tonique cardiaque. La tension a été augmentée d'une façon marquée par des injections intra-veineuses. L'administration par voie sous-cutanée est moins forte; par la voie buccale elle est incertaine. Dans 5 cas que rapporte M. le Dr Batès, l'extrait surrénal se montra plus actif que la digitale et l'ergot.

Enfin, l'extrait surrénal a encore été employé avec efficacité par le Dr G. W. Crary dans le goître exophthalmique. Il améliore l'action du cœur, est un tonique pour le système musculaire tout entier. La tumeur a presque complètement disparu, le tremblement est à peine marqué et le malade a augmenté de poids.

Pour le Dr Batès, le meilleur mode d'administration du médicament est de placer quelques gouttes d'extrait aqueux sur la langue.

Des bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux,

D'après M. le Dr R. Saint-Philippe (de Bordeaux) (2).

M. le Dr R. Saint-Philippe (de Bordeaux) ayant eu l'occasion de traiter avec succès par la liqueur de Donovan (iodure d'arsenic mercureux) un certain nombre de dermites tenaces où l'on pouvait soupçonner une tare antécédente plus ou moins

1. *Med. Record*, 8 octobre 1898, p. 516, t. II.
2. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1898.

éloignée de syphilis (Congrès de médecine de Bordeaux, 1895), et frappé de la tolérance merveilleuse avec laquelle ce remède énergique était supporté par les enfants, même tout petits, pensa à utiliser chez les lymphatiques et les scrofuleux l'*iodure d'arsenic* seul, dégagé de l'hydrargyre. Les résultats poursuivis depuis près de trois ans, se sont montrés particulièrement concluants.

Dans les dermites très suintantes, dans celles qui ont cessé de couler et sont devenues plus croûteuses, dans celles surtout qui sont très démangeantes, à tout âge de la maladie et de l'enfant, mais surtout chez les enfants de six mois à deux ans et demi et trois ans, et quand la lésion a passé le stade absolument aigu; dans les ophthalmies interminables, même avec kératite phlycténulaire, même avec ulcération; dans les coryzas à gros nez et à grosses lèvres également exulcérés; dans le catarrhe nasopharyngien persistant après l'ablation des végétations adénoïdes. D'autre part, dans les bronchites à répétition, avec emphysème et crises violentes de pseudo-asthme, où les ganglions trachéo-bronchiques sont certainement hyperémiés et grossis; dans la bronchite chronique, si l'on peut employer pareille expression à propos d'enfants. D'autre part encore, dans les entérites sans phénomènes douloureux, dans les diarrhées fétides, dans les gros ventres simulant le carreau, où la dyspepsie, avec ses conséquences, joue le grand rôle; dans l'helminthiase enfin, surtout pour les oxyures vermiculaires qu'on rencontre si souvent chez les névro-arthritiques et dont on a tant de peine à débarrasser ces petits malades, l'iodure d'arsenic, prescrit et employé comme il est indiqué ci-dessous, constitue un modificateur puissant de ces lésions. Et pour que l'observation fût démonstrative, l'auteur a pris soin de n'employer concurremment, en dehors de l'hygiène, aucun autre moyen thérapeutique.

Dans le cours de ces trois dernières années M. le Dr Saint-Philippe a pu recueillir environ deux cents observations à l'hôpital ou dans sa pratique particulière d'inégale valeur, mais toujours évidents.

L'iodure d'arsenic anhydre est un corps très stable, préparé par voie sèche et soluble dans l'eau. La solution, exactement dosée à 1 p. 100, est absolument limpide, de couleur légèrement verdâtre et se conservant indéfiniment, même à la lumière. Il importe de faire cette dissolution à *froid*, car si on essayait de dissoudre cette substance à chaud avec un peu d'eau, ce n'est plus de l'iodure d'arsenic en solution qu'on obtiendrait, mais un mélange d'acide iodhydrique et d'une combinaison d'acide arsénieux, d'iodure d'arsenic et d'eau, le tout provenant de la décomposition de l'iodure d'arsenic (Garraud). Cette solution se troublerait d'ailleurs au bout d'un certain temps.

Thomson avait déjà employé ce remède en pilules et en pommade. La simple dissolution dans l'eau a paru à l'auteur la formule la plus simple et la plus commode. On l'administre par gouttes, soit dans une cuillerée à café d'eau ou de lait très sucrés avant les repas, soit mieux et suivant l'âge, dans le premier verre d'eau et de vin aux repas même, de la façon suivante par exemple :

Iodure d'arsenic . . . . 0 gr. 50
Eau distillée. . . . . 50 gr.
Faire simplement dissoudre à froid.

En prendre cinq, dix, vingt et même trente gouttes par jour (dix gouttes contenant environ 1 centigramme de substance active).

Comme pour tous les remèdes actifs, il est prudent de commencer par de toutes petites doses. Il est favorable de débuter par une seule goutte matin et soir, pour arriver à dix, surtout chez les tout petits, et en ne dépassant guère, chez les plus âgés, vingt-cinq gouttes. A cette dose, l'intolérance se produit souvent.

En dehors de susceptibilités individuelles ou de troubles dyspeptiques spéciaux, il est bien rare que cette solution, d'un goût légèrement styptique mais nullement nauséeux, ne soit pas parfaitement acceptée. Elle amène pourtant parfois un peu de diarrhée, détermine un peu d'inappétence au bout de quelque temps, parfois aussi un peu d'excitation et d'insomnie. Il n'y a alors qu'à suspendre pour reprendre. D'ailleurs, il est de bonne pratique, après avoir procédé par progression ascendante et avoir laissé l'enfant quelques jours à la dose maxima, de redescendre en suivant la progression inverse pour recommencer ensuite, après quelques jours de repos.

A côté de légers inconvénients, la solution d'iodure d'arsenic présente donc des avantages inappréciables, et je puis dire que, bien appliquée, elle est capable de cures inespérées. Chose à noter, elle échoue à peu près constamment dans l'herpétisme vrai. Il lui faut le terrain strumeux. Avec elle, on est en possession bien mieux qu'avec le fameux sirop de Portal, si cher au public, et si peu efficace pourtant, d'un véritable dépuratif. Mais ce n'est point une panacée. Les lésions profondes, les atteintes graves de l'organisme, la scrofulo-tuberculose échappent à son action limitée aux effets, assez précieux déjà, que nous avons passés en revue.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 Octobre 1898.

Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux.

M. Laborde. — M. Huchard a déjà fait quelques réserves au sujet de la méthode essayée par M. Lancereaux, dans le traitement des anévrysmes.

Les expériences de MM. Dastre et Floresco, et celles de M. Carnot, ont déjà montré l'action coagulatrice de la gélatine sur le sérum sanguin.

La physiologie permet aussi de comprendre et de prévoir les dangers auxquels expose la méthode.

La gélatine du commerce n'est pas solubilisable; ce n'est donc pas une solution qu'on emploie, mais une suspension, en particules très fines, de la gélatine dans le sérum artificiel. Par suite, il se fait difficilement en pénétration suffisante de gélatine dans les vaisseaux pour produire une véritable action coagulante.

En admettant que l'absorption de la gélatine ait lieu, celle-ci se trouve alors transplantée dans la circulation et peut s'accumuler et produire une coagulation sanguine à distance, en un lieu quelconque. Il n'y a pas de raison, en effet, pour que la gélatine localise exclusivement son action au sang contenu dans la poche anévrysmale.

Il en résulte des embolies multiples, des thromboses et des gangrènes, de sorte que l'emploi de la méthode est pleine de dangers.

Constipation rebelle guérie par le massage de la région biliaire.

M. G. Berne. — Le massage de la région hépatique, portant sur la vésicule biliaire et l'appareil excréteur de la bile, peut être d'un utile secours dans le traitement de la constipation rebelle. Le massage restreint à la région hépatique peut suffire à amener la guérison, chez les sujets atteints de constipation d'ordre cholestatique. Il a l'avantage de pouvoir être exercé chez les sujets qui ne pourraient être soumis à un massage de la totalité de l'appareil intestinal (par exemple, chez les sujets porteurs d'une tumeur abdominale, etc.).

VARIÉTÉS

Nouvelles d'Angleterre.

Le cas du Dr Whitmarsh.

En quelques lignes, nous rappellerons au lecteur les circonstances qui ont marqué l'arrestation du Dr John Whitmarsh, en juillet dernier. La cour d'assises de Londres venait à peine de

juger et de condamner à sept années de servitude pénale le Dr Collins, pour « opération illégale » suivie de mort pratiquée sur la femme de l'agent de change Uzielli, que 16 médecins du Royaume-Uni étaient arrêtés pour le même fait. Dans le nombre, 14 furent condamnés à des peines plus ou moins sévères et, si le Dr Whitmarsh a si longtemps attendu, c'est qu'un premier jury, réuni pour statuer sur son sort en septembre, avait dû se séparer sans verdict. Aucun verdict n'est valable devant une cour britanique sans l'unanimité des voix, et dans le cas du docteur, les jurés s'étaient séparés dans la proportion de 10 contre 2. Un nouveau jury étant constitué, la cour d'assises vient de consacrer deux audiences à ce procès.

Voici les faits tels que les a exposés l'éminent avocat C. F. Gill, chargé de soutenir l'accusation au nom de la couronne. Le 17 juillet dernier, la demoiselle Alice Bayly, domiciliée chez ses parents à Woolwich, se présente au domicile du Dr Whitmarsh, c'est-à-dire à South-Kensington, à l'autre extrémité de la métropole. Elle en sort au bout d'une demi-heure, faible au point qu'il lui faut monter dans une voiture pour gagner la gare voisine, où elle prend le train de Woolwich. Le lendemain elle va à son atelier de modes, mais elle n'y peut rester. Elle rentre, se met au lit et avoue à sa mère qu'elle s'est prêtée la veille à une « opération illégale » dans le but de faire disparaître les traces de son inconduite. Pressée de questions, elle nomme le Dr Whitmarsh, à qui la mère envoie un télégramme et qui accourt. Il est tard : le docteur a soupé, et trop bien soupé, car il est ivre. Il examine à peine la malade, affirme que « ce ne sera rien » et promet sa visite pour le lendemain. Il revient en effet, mais le mal a fait des progrès rapides : Alice Bayly se meurt. Elle interpelle violemment M. Whitmarsh :

— Misérable veillard, que m'avez-vous donc fait? Je crains que vous ne m'ayez tuée!

La scène est pénible. Le docteur y met fin en se retirant et en déclarant qu'il ne reviendra plus. On transporte Alice Bayly à l'hôpital; elle y succombe le troisième jour, non sans avoir formulé, en présence d'un officier de police, des accusations très nettes et très circonstanciées contre le docteur. Au lendemain de sa mort l'autopsie établit qu'elle a succombé à une opération des plus dangereuses.

Il a été donné à l'accusé de bénéficier, le premier, d'une disposition nouvelle introduite dans la procédure criminelle par une récente loi du parlement. Précédemment, le juge ne procédait, en aucun cas, à l'interrogatoire de l'accusé. Il constatait son identité et le livrait aux organes de l'accusation et de la défense pour ne reprendre la parole qu'avant la délibération du jury, en vue d'un résumé des débats. La nouvelle loi a introduit l'interrogatoire dans les procès d'assises de ce pays, à peu près tel qu'il existe chez nous. Le docteur a pu sortir du « dock » et monter dans la « witness box » pour « témoigner dans son propre cas ». Il a prêté serment et a été entendu dans toutes les explications qu'il lui a plu de fournir. Dès le premier mot, l'on a été fixé sur la simplicité de son système de défense : il consistait à tout nier, sauf la visite d'Alice Bayly à la date du 17 juillet. Encore prétendait-il avoir éconduit la jeune fille. Le reste, ses deux visites à Woolwich, les reproches de la mourante, n'existe que dans l'imagination d'une mère affolée de douleur. Si Alice Bayly a succombé aux suites d'une opération illégale, il n'y est pour rien. Un autre médecin est coupable.

Cette fois il n'y a eu dans le jury ni divergence ni hésitation. Après moins d'un quart d'heure de délibération, les jurés sont rentrés en séance avec une réponse affirmative à la question de meurtre volontaire, la seule qui leur eût été posée. En donnant lecture du verdict le chef du jury a appelé sur le condamné la pitié du magistrat.

M. le juge Darling, qui passe cependant pour clément, pouvait abaisser d'un degré la peine : il ne l'a pas voulu. En conséquence, le Dr John Lloyd Whitmarsh a été condamné à être pendu par le cou jusqu'à ce que mort s'ensuive.

La sévérité de cette sentence ne sera blâmée par aucun de ceux qui sont au courant des mœurs anglaises. Sans doute l'occasion s'offrait bonne de frapper de terreur les professeurs de l'avortement qui pullulent à Londres dans les bas-fonds de la bohème médicale. On a vu par le procès du Dr Collins que les femmes du meilleur monde ne craignaient pas de recourir à ces abominables pratiques, non pour sauver leur honneur menacé par une faute ou pour éviter les charges d'une maternité trop lourde, mais simplement pour ne point renoncer aux plaisirs d'une saison de bals. Le nombre effrayant des arrestations opérées depuis trois mois indique qu'il était temps de sévir. On doute d'ailleurs que le Dr Whitmarsh soit exécuté.

La dernière sentence capitale prononcée en Angleterre pour avortement suivi de mort date de 1852, et concernait le Dr Ewart Mollinson, qui fut pendu à Winchester, le 6 janvier 1853.

Une nouvelle secte religioso-médicale.

Il y a quelques jours mourait un homme de lettres assez connu dans les pays de langue anglaise comme journaliste et comme romancier : M. Harold Frederick. Le médecin, envoyé par la municipalité pour constater le décès, ne trouva dans la maison mortuaire qu'une amie du défunt, miss Kate Lyons, qu'il invita à lui fournir des explications sur la marche de la maladie. Cette dame attribua la mort de Harold Frederick à une affection de la poitrine et déclara qu'aucun médecin de la ville n'avait été appelé à lui donner ses soins. Et, comme on s'étonnait qu'elle eût ainsi laissé mourir son ami, elle répondit que notre confrère avait été merveilleusement soigné par Mme Athalie Mills. Comme on ne connaissait aucun docteur de ce nom, le cadavre fut porté chez le coroner qui réunit un jury et ouvrit une enquête. La première audience de cette instruction vient de se fermer et nous savons au moins maintenant ce qu'est Mme Mills.

A l'appel de son nom, on voit monter dans la *witness box* une dame d'une cinquantaine d'années, maigre comme un vendredi saint, vêtue de noir et dont les traits disparaissent sous un triple voile de crêpe. Après avoir décliné ses noms et prénoms, elle déclare au jury qu'elle appartient à la secte des *christian scientists* c'est-à-dire d'un petit groupe de dames et de messieurs qui se réunissent dans les environs d'Hyde Park, à Londres, et qui professent n'avoir pour toute science que leur foi. Elle a été appelée par miss Kate Lyons au chevet de M. Harold Frederick et elle lui a donné ses soins jusqu'au huitième jour qui a précédé le décès.

— Quels soins? interroge le magistrat.

— Je lui lisais des passages de la Bible en l'invitant à en pénétrer son esprit; je l'exhortais à se confier en la toute-puissance du sauveur et à implorer sincèrement sa guérison.

— Est-ce que ce traitement réussit parfois dans les affections de poitrine?

— Toujours, quand le malade est illuminé de la grâce.

— Mais lorsqu'il n'en est pas illuminé?

— Alors le traitement n'opère pas. Autant vaut appeler un médecin ordinaire. Je dois ajouter d'ailleurs que, si l'on appelle un médecin ordinaire pendant mon traitement, son effet cesse immédiatement.

— Vous vous croyez donc toute-puissante?

— Moi! non. La guérison dépend toujours de la volonté du Sauveur.

— Avez-vous ainsi sauvé des malades?

— Tellement que je n'en sais pas le nombre.

— Vous vous faites payer?

— Naturellement. Miss Kate Lyons m'a remboursé mes frais de voyage et m'a donné 12 fr. 50 par jour.

— Et vous n'avez pas sauvé M. Frederick...

— Ce n'est pas ma faute. Il n'avait pas la foi! Ah! s'il avait eu la foi!...

La vérité c'est que Mme Mills, en sa qualité de « christian scientist » s'est fait payer dix shillings par jour des lectures de morceaux choisis de la Bible, et qu'elle a abandonné M. Harold Frederick au moment où son traitement menaçait de le conduire au tombeau. Le jury a rendu un verdict de mort naturelle conformément à l'autopsie des médecins experts, et miss Kate Lyons, malgré les conseils du coroner, a refusé de porter plainte contre le « christian scientist » qui, dit-elle, mérite plus que jamais sa confiance.

La police ne sera peut-être pas de cet avis.

(*Le Petit Temps.*)

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hernie crurale énorme produite dans une flexion brusque et forcée de la colonne vertébrale en avant,

Par le Dr Eonnet (d'Auray).

Talhonidec, journalier, âgé de 40 ans, reçoit, le 30 août dernier, à 2 heures du soir, sur l'épaule droite, le tronc pesant d'un chêne qu'il venait de déraciner : il fléchit très fortement et brusquement en avant sous ce poids, mais ne tombe pas, se redresse aussitôt, fait dix pas environ et s'affaisse en vomissant et en syncope dont il revient rapidement. Il a senti, dit-il, une forte douleur, comme un coup de fouet dans l'aine droite.

Je le vois 2 heures après l'accident chez lui : il est oppressé, le pouls est à 130, la température à 39°7 ; il a eu trois vomissements de matières alimentaires. Il se plaint d'une forte douleur dont tout le côté droit, l'épaule, le cage thoracique et la région hépatique, sans qu'il y ait aucune lésion apparente. La respiration est très fréquente sans qu'on trouve rien aux poumons, à la percussion ou à l'auscultation. La pression au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire est très douloureuse ; au-dessous tout est insensible et paralysé ; depuis deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le blessé ne perçoit plus rien : fracture, luxation ou autre lésion profonde de la colonne vertébrale ayant lésé la moelle épinière aux environs du sommet de la région lombaire n'ont pas à m'occuper ici.

Mais, à l'aine droite, où le blessé avait senti cette forte déchirure, je trouve une longue tumeur désormais insensible, sortant de l'infundibulum crural, longeant l'arcade et venant contourner l'épine iliaque antéro-supérieure qu'elle contourne pour se terminer en arrière à 8 centimètres immédiatement au-dessous de la crête iliaque.

Cet homme, très vigoureux, n'avait jamais présenté la moindre trace de hernie.

Cette tumeur présentait à l'œil l'aspect d'un simple soulèvement sous-cutané, comme à la suite d'une forte contusion : mais à la palpation, à la percussion, des gaz et des agglomérats stercoraux, un pédicule émergeant serré de l'orifice du canal crural démontrent une entérocèle crurale bien caractérisée.

C'est en vain que je cherchai à le réduire par un taxis d'ailleurs très modéré ; bien que toute pression fût complètement insensible, je devais craindre surtout de déchirer un intestin que je jugeais n'avoir pu accomplir sans dommage un trajet dont la longueur à partir de l'orifice crural à la crête iliaque mesurait 22 centimètres.

Le blessé succomba au bout de 48 heures à de la paralysie ascendante de la moelle épinière, et je fus autorisé, par une faveur qui nous est trop rarement octroyée, à disséquer seulement la région herniaire.

La peau est saine et a conservé sa couleur normale.

Le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement hyperémié.

Le fascia superficialis et la lame criblée sont largement refoulés et déchirés par l'intestin grêle dont une anse très longue se recourbe à droite, en dehors et en haut vers l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement et au-dessous de l'arcade crurale.

Cette anse intestinale est saine, fortement tendue, hyperémiée. Elle contient des gaz très tendus et deux boules de matières stercorales de la grosseur de deux amandes chacune.

J'avais donc bien sous les yeux une énorme hernie crurale, qui avait extraordinairement dépassé ces limites du 3e degré déjà si rare.

Je contournai assez difficilement avec le doigt le ligament de Cowper en arrière, celui de Gimbernot en dedans et l'arcade crurale en avant : la lame criblée et le fascia superficialis, causes ordinaires de l'étranglement, serrent vigoureusement de quelques brides fibreuses l'intestin à sa sortie de l'infundibulum et m'expliquent la résistance à mon taxis par trop léger et incomplet.

Avant d'ouvrir l'intestin, je le mesurai à sa grande courbure herniée, et je trouvai 42 centimètres. Après avoir débridé largement l'anneau crural et attiré une plus longue partie d'intestin, il m'apparut que la portion engagée partait de 10 centimètres du cæcum à 28 centimètres au-dessus.

La cause de cette hernie brusquement produite ne me semble pas ailleurs que dans l'effort violent de propulsion de l'intestin à travers le septum crural, sous l'énergique flexion de la colonne vertébrale : c'est en vain que j'ai cherché une autre explication. Toute la masse abdominale, se trouvant fortement comprimée, l'intestin est venu comme un projectile s'engouffrer dans l'entonnoir crural qu'il a brusquement franchi jusqu'à l'embouchure de la saphène que je vois à sa limite d'arrêt en bas et en avant. Trouvant alors des tissus trop résistants, il s'est retourné en crochet à droite pour atteindre une limite inconnue aux hernies les plus prononcées. Les conditions anatomiques de la région nous expliquent d'ailleurs la cause de cette direction. En effet, à la sortie de l'infundibulum l'intestin se trouve arrêté en bas et en dedans par les adhérences très intimes de la couche sous-cutanée à l'aponévrose : et, comme en dehors cette disposition n'existe pas autant, l'intestin s'est insinué sans obstacle de ce côté et a pu atteindre ces limites étonnantes que je vous ai décrites.

Ce qui semblera aussi extraordinaire dans ce cas, c'est la force de résistance de l'intestin, disséquant sans dommage pour lui tant de tissus et s'enfonçant comme un coin sur une telle étendue.

L'intérêt de ce cas est surtout dans sa rareté et les déductions pathologiques qu'il fournit.

REVUE DES CONGRÈS

XII° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 25 Octobre 1898.

Traitement des brûlures par le chlorate de potasse.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) emploie dans les brûlures au début, lorsque c'est l'élément douleur qui domine, une solution de chlorate de potasse saturée à froid, en bains locaux ou même généraux, immédiatement après l'accident. Le remède est efficace dans toutes les brûlures, même profondes, mais son action est particulièrement manifeste dans les cas d'érythème dus aux brûlures superficielles, si étendues qu'elles soient : le soulagement se produit d'une façon très rapide et la douleur ne tarde pas à se dissiper.

Plus tard, la conduite varie suivant que la brûlure est profonde, avec destruction de tissus, eschares, etc., ou qu'il s'agit d'une lésion superficielle. Dans le premier cas, on procède comme pour une plaie ordinaire. Dans le second, on continue jusqu'à guérison les applications de compresses de chlorate de potasse, mais en les recouvrant avec une toile imperméable.

Véritable signification de l'hypoazoturie.

M. Reynès (de Marseille) fait une communication sur la véritable signification clinique de l'hypoazoturie et rappelle que, dans un travail publié l'année dernière, il a établi que l'hypoazoturie doit être considérée comme étant sans valeur au point de vue du diagnostic du cancer.

M. Vidal (de Périgueux). — Pour pouvoir dire s'il y a ou non hypoazoturie, il est nécessaire, avant d'analyser les urines, de déterminer la quantité d'azote ingérée par les malades.

A part MM. Duplay, Cazin et Savoire qui ont comparé l'excrétion de l'urée chez des malades soumis au régime lacté, la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont pas tenu compte du régime alimentaire. Dans quelques cas M. Vidal a observé des cancéreux hyperazoturiques.

M. Le Dentu. — L'hypoazoturie ne paraît pas donner d'indications utiles pour le diagnostic de cancer; mais elle a une grande importance au point de vue opératoire. Entre 6 et 10 ou 12 grammes d'urée par 24 heures, les opérations ont des suites douteuses; au-dessous de 6 grammes, elles sont absolument dangereuses, et il faut s'abstenir d'intervenir chirurgicalement.

Guérison d'un spina-bifida opéré dès la naissance.

M. Larger présente un petit enfant, âgé de 3 ans, qui a été opéré d'un spina-bifida lombo-sacré, dans les premières 24 heures de sa naissance. Il a guéri par fermeture spontanée de l'orifice osseux, après un simple affrontement avec suture des lèvres de la plaie. Il n'y a eu consécutivement ni hydrorachis ni hydrocéphalie, ainsi qu'on l'observe souvent à la suite des ablations tardives. L'enfant s'est développé physiquement et intellectuellement; il ne conserve qu'une certaine parésie des jambes.

Deux cas d'anévrysme diffus primitif, consécutifs à la lésion de gros vaisseaux.

M. H. Bousquet a observé deux cas d'anévrysme diffus primitif, dans lesquels la ligature du vaisseau lésé, au-dessous de la blessure, lui a donné de très bons résultats.

Dans l'une de ces observations, il s'agissait d'un homme de 55 ans qui, en octobre 1897, avait eu une luxation de l'épaule; les manœuvres de réduction exécutées le soir même par un rebouteur amenèrent la déchirure de l'axillaire, suivie immédiatement d'une forte tuméfaction de la région. Trois semaines après, les téguments de l'aisselle s'ulcèrent et on est obligé d'intervenir. L'aisselle est incisée au-dessous du grand pectoral et nettoyée, puis deux ligatures au-dessus et au-dessous du point lésé assurent l'hémostase, et la guérison se fait rapidement. Le malade, toutefois, conserve une impotence fonctionnelle due à la lésion des filets du plexus brachial.

Le second cas a trait à un jeune homme qui laisse tomber son couteau tout ouvert, serre brusquement les cuisses pour le retenir et s'ouvre la fémorale droite à la partie médiane de la cuisse. Un médecin appelé fait la suture de la peau, la plaie se cicatrise, le blessé reprend ses occupations, et un mois plus tard apparaît une tuméfaction énorme du membre. M. Bousquet a lié l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie, et la guérison a été rapide.

Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — L'immobilisation des articulations traumatisées est, dans la plupart des cas, inutile et nuisible ; dès le premier pansement on doit mobiliser l'articulation, d'une manière générale, dans tous les traumatismes articulaires, ainsi qu'après la résection de l'épaule, du coude et du poignet. On préconise l'immobilisation dans ces cas pour supprimer ou prévenir la douleur et l'inflammation articulaire, et pour éviter les déformations par déplacement des fragments. Or, à mon avis, la douleur est suffisamment évitée par un pansement; d'autre part, l'immobilisation complète d'une articulation dans l'appareil inamovible n'a jamais eu aucune efficacité contre l'inflammation ; enfin, les déplacements secondaires ne se produisent pas quand on fait des mouvements réguliers dans la mobilisation précoce, qu'on peut pratiquer dès le quatrième ou le cinquième jour sans courir aucun risque, même pour les articulations les plus détruites.

Spina-ventosa tuberculeux.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer). — La tuberculose des os longs de la main et du pied est primitivement centrale. Elle paraît débuter le plus souvent dans l'un des bulbes diaphysaires. De là elle gagne le canal médullaire et l'épiphyse opposée. Plus tard, le foyer contient un séquestre de volume variable ou seulement des fongosités. L'hyperostose est le produit d'une réaction secondaire du périoste. Les articulations sont inégalement menacées à chacune des extrémités de l'os malade : l'un des bouts est pourvu d'une épiphyse, l'autre est protégé seulement par le cartilage diarthrodial. Il en résulte que pour les phalanges, le premier métacarpien, le premier métatarsien, la propagation articulaire se fait de préférence par le bout périphérique ; au contraire, la tuberculose des quatre derniers métacarpiens et métatarsiens envahit plus souvent le carpe ou le tarse que les articulations des doigts.

On doit intervenir par l'évidement à la période fistuleuse, lorsque la suppuration est abondante et persistante, avant l'envahissement articulaire. Cet évidement doit être poursuivi d'une épiphyse à l'autre.

L'ablation sous-périostée donne des résultats déplorables, parce qu'elle n'est pas suivie de la reproduction de l'os enlevé.

Lorsque les articulations sont envahies, on ne peut conserver que des moignons de doigts inutiles; l'amputation est assez souvent préférée.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Utérus double et grossesse.

M. Platon (Marseille). — Il s'agit d'une femme à utérus double et à vagin incomplètement cloisonné. Une première fois, en 1893, elle accoucha d'un enfant à terme : l'accouchement, après une dilatation lente, terminée par l'application du ballon de Champetier, se termina par l'extraction pénible d'un mort-né en présentation du siège, mode des fesses.

En 1897, elle revient au neuvième mois enceinte d'une seconde grossesse. L'enfant étant en S I D P. L'accouchement fut plus facile, mais se termina par la mort de l'enfant.

En cas de grossesse, ces malformations génitales entraînent presque toujours des présentations vicieuses, généralement des présentations de l'épaule. L'accouchement est toujours pénible et la femme est exposée quelquefois à des complications terribles comme la rupture (Bar, Secheyron).

Schrœder a tenté l'ablation de la cloison médiane dans un cas d'utérus cloisonné : l'opérée put accoucher à terme et sans difficulté.

De la résistance du cordon ombilical

M. Queirel (de Marseille). — Les expériences ont été faites presque toujours immédiatement après la délivrance; le placenta était déposé sur un gâteau de bois, percé d'un trou central laissant passer le cordon; à l'extrémité de celui-ci on suspendait un sac que l'on remplissait peu à peu de sable jusqu'à rupture.

Les expériences sont au nombre de 118. Les fœtus ont été divisés en cinq catégories : vivants, mort-nés, à terme, avant terme, macérés.

Sur 97 enfants nés vivants à terme, 2 fois un poids égal et 14 fois un poids moindre à celui de l'enfant ont suffi à rompre le cordon: 81 fois il a fallu un poids supérieur et parfois de beaucoup (6 fois plus de 7 kilog., et 2 fois plus de 10 kilog.)

Sur 2 fœtus mort-nés à terme, il a fallu un poids supérieur à celui de l'enfant; de même sur 2 fœtus avant terme nés vivants.

Quant aux fœtus mort-nés avant terme, sur 7 dont le poids était inférieur à 2000 grammes, 2 fois il suffit d'un poids insignifiant pour rompre le cordon; c'étaient deux jumeaux.

Pour les fœtus macérés, le cordon est aussi résistant. Somme toute, il est rare qu'un fœtus puisse par son propre poids déterminer la rupture du cordon.

La rupture a rarement lieu au niveau de l'ombilic de l'enfant; elle se fait généralement au niveau du cordon, en bec de flûte; les artères s'allongent, la section de la veine est nette, l'amnios semble lacéré. L'épaisseur du cordon n'a pas grande influence sur sa résistance, pas plus que le poids du placenta.

M. Delore fait remarquer l'influence de l'obliquité de l'insertion funiculaire sur le placenta sur la résistance à ce niveau. Si l'on ne tire pas dans le sens même de l'insertion il y aura, en ce point, un lieu de moindre résistance.

M. Pinard fait observer que quand les éléments du cordon se dissocient, le cordon est beaucoup moins résistant. Au point de vue médico-légal, il ne faut point oublier qu'un faible poids peut suffire à rompre le cordon; aussi, pour cette raison et d'autres encore, ne faut-il jamais exercer des tractions sur lui

Étude d'un placenta expulsé en pleine syphilis secondaire.

M. Boinet (Marseille).

1° L'hypertrophie du placenta coïncidant avec un produit fœtal précaire; c'est un des signes les plus importants de la syphilis placentaire, comme l'ont démontré les recherches de M. le professeur Pinard, en particulier;

2° La variété des lésions macroscopiques, telles que foyers hémorrhagiques, thrombose, infarctus blancs, dégénérescence graisseuse;

3° Les altérations histologiques des vaisseaux consistant dans l'épaississement de leur paroi interne, le rétrécissement considérable de leur calibre, l'infiltration embryonnaire dans leur tunique externe et à la périphérie;

4° L'hypertrophie de certaines villosités et l'existence de traînées embryonnaires dans leur épaisseur. En résumé, les lésions vasculaires paraissent avoir la plus grande importance.

Du tétanos puerpéral.

M. Sépet communique deux cas de ce genre.

La première de ces malades était une primipare de 23 ans qui accoucha à terme, dans une *écurie*, d'un enfant bien portant et qui, atteinte de trismus le 4° jour après son accouchement, mourut en 3 jours, malgré l'injection sous-cutanée de 80 centimètres cubes de sérum. Les lochies, la terre, le fumier, inoculés à des cobayes permirent de déceler le bacille de Nicolaïer.

Le 2° cas concerne une multipare qui, à la suite de violences, avorta au 3° mois. La malade mourut en 4 jours avec des accidents tétaniques, mais présenta des signes très nets de bronchopneumonie. Les deux malades habitaient le même quartier; il a été pourtant impossible de retrouver le mode de contamination.

De l'emploi du sérum chez les nouveau-nés.

Mlle Mouren (Marseille). — Le chiffre de la mortalité des enfants nés avant terme a considérablement diminué à la Maternité depuis 1896. En 1895, il y eut 30 décès d'enfants par débilité congénitale; en 1896, 36 décès; en 1897, 6 décès seulement.

Cette diminution notable paraît être due à l'emploi judicieux du sérum artificiel. Mlle Mouren présente plus de cinquante observations. Elles peuvent se diviser en trois catégories : 1° enfants de 1300 à 2000 gr., soumis au traitement dès leur naissance; 2° enfants de 2000 à 2600 grammes suffisamment vigoureux à ce moment, mais pour lesquels une diminution de poids a indiqué le traitement, quatre à six jours après; 3° enfants à terme ou près de terme, vigoureux et bien constituées, mais affectés d'une maladie grave quelconque. Le sérum est employé généralement en lavements, à la dose quotidienne de 100 grammes fractionnée en trois ou quatre fois. On a rarement employé les injections sous-cutanées.

Application clinique du préhenseur-levier-mensurateur de M. Farabeuf.

M. Martin (Rouen). — M. Martin se déclare tout d'abord le partisan convaincu de la symphyséotomie; mais, tout en reconnaissant les bienfaits de cette opération, il trouve que ce serait être trop exclusif que d'y recourir d'emblée dans tous les cas de dystocie du détroit supérieur.

Quand les dimensions de la tête fœtale ne semblent point trop excéder celles du bassin, il y a lieu de tenter tout d'abord l'application de l'instrument de Farabeuf avant que de faire la symphyséotomie.

C'est un instrument beaucoup trop négligé et qui peut rendre de grands services, car il ne faut plus parler du forceps au détroit supérieur. C'est un levier avec lequel on peut faire exécuter à la tête le mouvement de bascule si capital à l'engagement dans les bassins légèrement rétrécis. C'est ensuite un mensurateur exact de la tête.

M. Queirel (Marseille) a, depuis la rénovation de la symphyséotomie, complètement abandonné le forceps au détroit supérieur et pratiqué une trentaine de symphyséotomies. Il s'est pourtant laissé aller deux fois à appliquer le forceps au détroit supérieur et il a eu des résultats déplorables. Il ne craint donc pas de dire que toutes les fois que l'on fait une application de forceps au détroit supérieur sans provoquer de lésions, l'accouchement aurait pu se terminer par les seules forces de la nature.

Quant au préhenseur-levier-mensurateur, il le considère comme un instrument très difficile à manier.

M. Delore (Lyon) a fait de nombreuses expériences sur la réduction de la tête fœtale. On ne peut pas dépasser une réduction de 5 millimètres sans provoquer de fractures. Le préhenseur-levier-mensurateur est un instrument délicat à manœuvrer.

Pour ce qui est de la symphyséotomie, il n'en est point partisan. Certes, entre les mains d'opérateurs entraînés, elle donne d'excellents résultats; mais il faut compter avec les hémorrhagies, les suppurations, les déchirures de la vessie. La dislocation des symphyses est à craindre s'il faut agrandir le détroit supérieur de plus de 1 centimètre. Il ne pense donc pas que la symphyséotomie devienne une opération courante.

M. Pinard. — La symphyséotomie est une opération simple, qu'on peut faire et qu'on a faite avec succès dans tous les milieux; les complications et les accidents ne sont pas si à redouter qu'on veut bien le dire et, existeraient-ils, la difficulté ne devrait pas rebuter. On peut agrandir le détroit supérieur de plus de 1 centimètre, puisque, avec un écartement pubien de

5 centimètres, les symphyses sacro-iliaques ne risquent rien.

Tout traumatisme subi par le fœtus peut déterminer soit une infirmité, soit même sa mort; la contraction utérine seule suffit même parfois à cela dans les bassins rétrécis. Il faut donc s'efforcer de rendre le traumatisme aussi minime que possible pour l'enfant et symphyséotomiser. Le forceps au détroit supérieur et la version dans les bassins rétrécis sont également condamnables. On a pu, il est vrai, avoir des enfants vivants par ces méthodes, mais que deviendront-ils plus tard?

Quant au levier-mensurateur de Farabeuf, M. Pinard n'a pas continué à s'en servir, car on n'est pas sûr de ne pas pincer le cordon, ce qui lui est arrivé une fois; puis il est difficile de savoir quel est le degré d'angustie pelvienne; on peut faire subir un traumatisme à l'enfant qui n'a déjà que trop souffert dans ces cas.

M. Martin n'a jamais appliqué l'instrument de Farabeuf sans tout faire préparer pour la symphyséotomie. Il opère avec douceur; s'il faut déployer la moindre force, il laisse l'instrument en place et il fait la symphyséotomie.

M. Eustache (Lille) cite une observation où, par suite d'une fausse manœuvre et d'un écart brusque d'une cuisse, il y eut, au cours d'une symphyséotomie, déchirure d'une symphyse sacro-iliaque, suivie de suppuration. La malade guérit.

Présentation du front.

M. Albert Martin (Rouen) rapporte une observation de présentation du front qui vient confirmer en tous points l'opinion de M. A. Pollosson au sujet de l'engagement de la tête, quand il s'agit d'une telle présentation. Il rappelle que dans son observation c'est bien l'occiput qui, le premier, est descendu dans l'excavation pelvienne, tandis que le menton demeurait au-dessus du détroit supérieur. Après ce premier point bien démontré, il insiste sur une question qu'il trouve capitale au point de vue du mécanisme de l'accouchement dans de telles présentations. Il montre, en effet, qu'une application de forceps a pu, chez sa parturiente, produire l'ouverture de la bouche du fœtus; d'où réduction dans les dimensions des diamètres céphaliques et par suite facilité de l'engagement. Il montre, en outre, que le dégagement a été lui-même facilité par cette ouverture de la bouche du fœtus, lequel, suivant l'expression de M. Fochier, semblait, au moment du dégagement, « mordre la symphyse ». Il pense que dans tous les cas où ce phénomènes pourra survenir, l'accouchement se fera facilement. Il croit qu'il en faut rechercher la production.

M. Pinard estime que dans les présentations de la face il y a généralement rétrécissement pelvien; il peut être indiqué de procéder à la symphyséotomie.

M. Wallich — La présentation du front est toujours déplorable dans un bassin rétréci, surtout quand on se laisse aller à appliquer le forceps au détroit supérieur; aussi, dans le cas de M. Martin, qui s'est si heureusement terminé, les diamètres pelviens devaient être proportionnés au diamètre de la tête fœtale.

Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né.

M. Wallich (de Paris). — La recherche des lésions ayant pu produire la mort chez les nouveau-nés permet de restreindre le nombre des cas, si nombreux dans toutes les statistiques, rangés sous l'étiquette vague de « faiblesse congénitale ».

Il est certain que la naissance prématurée, le développement insuffisant de l'enfant, le mettent en état de moindre résistance, aux pressions qu'il est appelé à subir au cours du travail, et aux infections qui le menacent; ils forment la majorité des morts, et ils succombent, le plus souvent, à leur lésion. Leur inaptitude à la vie s'est, pour la plupart, manifestée avant leur naissance au cours du travail.

L'accouchement prématuré doit être considéré pour le fœtus comme un accident redoutable.

Le groupement des différentes lésions observée, aussi bien chez les prématurés que chez les fœtus bien développés en : lésions contemporaines de l'accouchement; lésions préexistantes à l'accouchement; lésions développées après l'accouchement, semble être autorisé par les caractères communs indiqués dans chacune de ces classes.

La première classe, celle qui contient le plus grand nombre de cas, les deux tiers, comprend les hémorrhagies intra-crâniennes abdominales, et ces lésions mal définies, mais caractérisées par la congestion viscérale, suivie de mort rapide, et paraissant correspondre à une asphyxie ou à un traumatisme du système nerveux central. Les cas de cette classe peuvent, jusqu'à plus ample informé, mériter la désignation de « morts violentes ».

La recherche des circonstances ayant entraîné la production de ces morts violentes, a montré qu'il s'agissait, le plus souvent, de *placenta prævia*, de *présentation du siège*, de difficultés diverses rencontrées au cours de l'accouchement.

La deuxième classe des lésions préexistant à l'accouchement permet de reconnaître, sous des lésions diverses, une sorte d'air de famille, rencontré dans les désordres dus à la syphilis, qu'il est si difficile d'établir toujours d'une façon certaine chez les ascendants.

Il a été donné de noter souvent en regard de ces différentes lésions l'hydramnios et l'hypertrophie placentaire, cette dernière paraissant parallèle aux hypertrophies du foie, de la rate et du rein.

La troisième classe des lésions développées depuis la naissance renferme des cas à infection localisée ou généralisée. Cette infection, se manifestant dans les premiers jours de la vie peut, dans un certain nombre de cas, être considérée comme favorisée par les souffrances du fœtus, qui paraît plus susceptible d'être infecté quand il a subi un travail long et difficile.

On peut vérifier, en somme, dans ces différents documents, que les enfants qui succombent pendant le travail ou dans les premiers jours de la vie meurent, pour les deux tiers, de mort violente, et, pour un tiers, d'infection antérieure ou postérieure à la naissance.

Il faut faire cette réserve, que ces proportions ont une valeur relative et non absolue.

L'intérêt pratique qui peut résulter de ces constatations est, non pas de conduire à une thérapeutique de ces différentes lésions, qu'il suffit dans la plupart des cas de connaître pour juger de l'impossibilité de les traiter, mais ces remarques peuvent servir à diriger l'attention sur les différentes circonstances qui favorisent la production de ces lésions, et à faire songer aux moyens de les prévenir. Les accoucheurs ont été, jusqu'à ces dernières années, à très juste titre, préoccupés par les obstacles osseux, gênant la vie du fœtus; aujourd'hui que ces obstacles peuvent être levés, il faut compter plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici avec les obstacles provenant des parties molles maternelles. Parmi les blessures notées dans ces autopsies, il n'en est qu'un très petit nombre dues à la traversée d'un bassin vicié; la plupart résultent de la lutte contre un obstacle non osseux; col de l'utérus incomplètement dilaté par le passage d'une tête dernière, ou placenta prævia, obstruant la sortie du fœtus. Présentations du siège, placenta prævia, placenta décollé, cordons procidents, se retrouvent chez les blessés et chez les infectés. Il faut donc aplanir, dans la mesure du possible, ces obstacles, ne pas se servir du fœtus vivant pour produire une dilatation forcée, aussi bien des parties molles maternelles que des parties dures. Il faut aussi considérer l'accouchement prématuré comme un accident le plus souvent meurtrier pour le fœtus, contre lequel on ne peut rien quand il est spontané, mais qui, aujourd'hui qu'on peut faire autrement, ne doit plus être provoqué à titre de moyen thérapeutique, dans l'espérance trop souvent illusoire de sauvegarder la vie de l'enfant.

Telles sont les conclusions générales et pratiques qui m'ont paru résulter de mes recherches sur l'anatomie pathologique du nouveau-né, recherches faites dans les premières heures de la vie de l'enfant.

M. Oddo (de Marseille) est heureux de connaître ces faits; car ils lui paraissent éclairer la pathogénie du bon nombre des cas de rigidité spasmodique ou de diplégie. Il demande à M. Wallich si ces hémorrhagies méningées ou cérébrales siégeaient plus particulièrement au niveau des centres moteurs et du lobule paracentral, et si elles étaient plus fréquentes chez les prématurés.

M. Wallich regrette de ne pouvoir répondre avec assez

de précision, ses recherches, encore trop peu minutieuses, n'étant qu'une ébauche destinée à montrer l'appui que peuvent se prêter mutuellement l'obstétrique et la pœdiatrie.

M. Pinard pense que les hémorrhagies viscérales doivent être plus fréquentes chez les prématurés, puisqu'il est d'expérience courante que chez eux les ecchymoses cutanées se font avec la plus grande facilité.

M. Le Gendre. — Je désire souligner l'importance de l'échange d'idées et de faits dont MM. Wallich, Oddo et Pinard viennent de nous rendre témoins. Je les souligne pour que l'écho en arrive par la voie de la presse à ceux qui ne sont pas venus. Lorsque ce Congrès périodique d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie a été fondé, plusieurs de nos collègues en pœdiatrie ont protesté contre cet amalgame et sans doute ils protestent encore par leur absence, puisque le petit nombre des médecins d'enfants venus de Paris à ce Congrès vous a frappés. Oui, nous sommes trop peu nombreux et nous ne pouvons pas nous consoler en disant que la qualité remplace ici le nombre; car, en réalité, parmi les absents, s'en trouvent plusieurs dont l'activité bien connue se donne carrière dans la presse, dans les sociétés médicales et dans des congrès plus lointains. Qu'ils sachent donc, les absents, que non seulement nous avons regretté leur absence, mais qu'en la compagnie des accoucheurs et des gynécologues, nous avons chaque jour appris quelque chose d'utile à l'exercice de notre spécialité; ce qui justifie pour l'avenir notre association bien à tort critiquée.

Sérum antistreptococcique dans les infections puerpérales.

M. Eustache (Lille) estime d'après ses recherches personnelles que dans les infections puerpérales, le sérum antistreptococcique a un rôle discutable. A titre préventif, il ne doit pas être conseillé, l'asepsie et l'antisepsie sont les meilleurs préventifs des infections puerpérales. Dans les cas moyens d'infection puerpérale déclarée, il n'a pas donné de résultats préférables à ceux qu'on obtient par les injections et le curetage; dans les cas graves, il n'a fourni aucun résultat.

M. Jacob (Marseille) a observé un cas d'infection puerpérale, dans lequel le sérum de Marmorek a donné le meilleur résultat.

M. Delore (Lyon). — A Lyon, dans les maternités, le sérum de Marmorek n'a donné aucun résultat.

M. Pinard croit qu'on ne peut se prononcer encore et qu'il faut continuer les recherches.

Les auto-intoxications gravidiques.

M. G. Bouffe de Saint-Blaise (Paris). — Les auto-intoxications, qui existent à l'état normal chez tout individu sain, ne deviennent apparentes et ne donnent lieu à des phénomènes morbides, que quand les organes de défense sont insuffisants : le foie pour transformer ou fixer certains poisons, les reins pour éliminer le reste.

Ces auto-intoxications, qui existent aussi pendant la grossesse, sont augmentées du fait de cette grossesse, pour des causes multiples. Il existe même peut-être certains poisons spéciaux à la femme enceinte, ce qui expliquerait les accidents tout à fait particuliers qu'elle présente.

Mais ces accidents ne peuvent survenir que si les organes de défense fonctionnent insuffisamment. Le foie paraît avoir une action prépondérante, et son action peut être entravée par un état antérieur de maladie, par une maladie chronique des reins, ou par une affection accidentelle, telle qu'un simple embarras gastrique, une fièvre légère, qui, nuisant à son pouvoir glycogénique, le rend insuffisant. Du moment où l'équilibre est rompu, même de très peu, le cercle vicieux est établi, et l'organe peut difficilement rattraper le chemin perdu.

Le rein a une action également très grande, mais, néanmoins, secondaire à l'état du foie. Si son insuffisance est primitive, elle n'a servi qu'à augmenter le surmenage de la cellule hépatique. Mais si le foie reste suffisant, malgré tout, le malade ne pourra présenter les accidents que j'ai décrits, tout en restant exposé aux phénomènes particuliers de l'urémie vulgaire.

Au contraire, ces accidents peuvent se produire, même si le rein reste sain et suffisant, à plus forte raison s'il devient insuffisant.

Les poisons retenus ainsi dans le sérum sanguin sont probablement multiples ou se comportent différemment suivant les individus, puisque l'on peut remarquer des manifestations aussi différentes que le sont la céphalalgie et le ptyalisme, les vomissements incoercibles et les accès éclamptiques; puisque ceux-ci eux-mêmes ne se ressemblent pas toujours.

Il est à remarquer que le traitement rationnel des auto-intoxications, qui consiste à laisser entrer le moins de poisons possible et à en soustraire le plus possible, a l'action la plus nette sur toutes les manifestations décrites.

Dès qu'il existe un soupçon de toxhémie pendant la grossesse, il faudra appliquer le traitement dans toute son exactitude. L'importance du régime lacté est bien connue; le reste du traitement sera basé sur le bon fonctionnement des émonctoires : l'intestin, le rein, la peau, le poumon.

L'accouchement prématuré sera indiqué dans tous les cas où le traitement médical sera impuissant, et si, malgré son application stricte, les phénomènes d'intoxication persistent ou augmentent. Cette décision pourra être prise, aussi bien dans l'intérêt de l'enfant, s'il est viable, que dans celui de la mère.

Pendant les accès nerveux ou dans les heures qui précèdent, alors que la malade est dans cet état spécial qui fait redouter l'apparition des accès, on donnera du chloral à haute dose et du chloroforme quelquefois à dose anesthésique.

34 observations occipito-postérieures.

M. Lop (Marseille) a observé quatorze fois l'accouchement spontané en occipito-pubienne; il a remarqué que la différence du temps d'expulsion était peu sensible entre les DP. et les GA, quand il s'agit d'enfants petits. Si l'enfant est volumineux ou la primipare âgée, la durée est allongée.

Sur 18 autres cas où M. Lop a eu à intervenir, il a pu constater que très souvent les droites sont consécutives à une angustie pelvienne.

La cause de dystocie le plus souvent rencontrée est le défaut de déflexion de la tête.

M. Pinard dit qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure des occipito-postérieures, beaucoup évoluent spontanément. Sinon, il ne faudra pas attendre trop longtemps avant d'intervenir, par crainte d'infiltration qui amène presque fatalement des déchirures si l'on emploie le forceps.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 Novembre 1898.

Gangrène gazeuse produite par un bacille anaérobie.

M. Guillemot a communiqué l'observation d'un enfant amené à l'hôpital avec une fracture comminutive de la jambe. Malgré la gravité du traumatisme on tenta la conservation, mais au 3e jour un érysipèle ayant envahi la plaie, on pratiqua l'amputation de la cuisse. La plaie fut à son tour envahie par l'érysipèle qui céda pourtant aux pulvérisations phéniquées, et l'enfant guérit.

L'examen bactériologique de la sérosité qui s'écoulait du moignon montra, à côté des staphylocoques et des streptocoques, la présence d'un bacille anaérobie identique à celui décrit par Zuber. L'inoculation sous-cutanée de cultures de ce bacille provoqua la mort du cobaye dans l'espace de 24 heures. A l'autopsie on trouve des lésions analogues à celles que produit le vibrion septique.

Étude hématologique d'un cas de purpura hémorrhagique chez un tuberculeux.

MM. Gilbert et Weil. — Nous venons d'observer un

malade qui, au cours d'une phthisie ulcéreuse à marche rapide, fut pris d'hémoptysie abondante, accompagnée de purpura, d'épistaxis et de melæna.

La crise purpurique dura 3 jours pendant lesquels le malade présenta de la fièvre (39° à 40°). Le foie était très gros et mou. Le sang donna des cultures de staphylocoques blancs; sa coagulation n'était pas commencée au bout de 1 h. 1/2; les globules rouges s'étaient déposés au fond de l'éprouvette. Six heures après, le plasma fut trouvé coagulé et le caillot était irrétractile.

Le lendemain, le sang coagula *in vitro* au bout de 10 minutes, le caillot irrétractile était blanc à sa partie supérieure; au microscope, on constatait déjà quelques hématoblastes.

Au troisième examen, la coagulation du sang et la rétraction du caillot se firent régulièrement.

Il est remarquable de voir la rapidité avec laquelle se sont modifiées les altérations hématiques, puisqu'en moins de 4 jours un sang incoagulable est devenu normal.

Sauf la coagulation « plasmatique », les lésions constatées par nous sont celles qu'a décrites M. Hayem dans les cas de purpura.

La seule médication qui suffit ici pour arrêter les multiples hémorrhagies fut l'extrait de foie.

Nous avons examiné *in vitro* l'action de cet extrait sur le sang dont il s'agit. A un moment où la coagulation se faisait lentement et où le caillot était irrétractile, nous avons reçu du sang dans quelques gouttes d'extrait de foie : la coagulation fut immédiate et la rétraction du caillot se produisit d'une façon normale.

Les différents sucres dans l'insuffisance glycolytique.

MM. Achard et **Weil.** — L'insuffisance glycolytique, aisément reconnaissable en clinique par l'épreuve que nous avons appelée « glycosurie par injection sous-cutanée », constitue un des éléments fondamentaux du diabète sucré.

Nous avons recherché si ce trouble de la nutrition entraînait avec lui une diminution générale de l'aptitude des tissus à fixer et utiliser les sucres autres que le glucose, en particulier les sucres simples (galactose, lévulose) normalement assimilables en de larges proportions. Nous avons étudié comparativement chez des sujets présentant de l'insuffisance et chez des sujets normaux comment se comportaient ces sucres, injectés dans l'organisme vivant ou mis *in vitro* en contact avec le sang.

Le lévulose, injecté à la dose de 10 grammes, n'est passé qu'à l'état de traces dans les urines chez 3 malades atteints de diabète léger comme chez 2 sujets sains. Le pouvoir lévulolytique du sang, qui nous a paru assez variable, ne s'est pas montré fort différent, qu'il y eût ou non insuffisance de la glycolyse.

A la dose de 5 grammes, le galactose ne s'est pas éliminé par les urines chez les individus bien portants; chez un diabétique guéri, il a déterminé seulement une glycosurie légère. Le pouvoir galactolytique du sang s'est montré le même pour deux diabétiques et deux sujets sains.

Le lactose et le saccharose, sucres non directement assimilables, passent aussi en nature dans l'urine chez les diabétiques et le sang reste sans action sur eux.

Dans les conditions ordinaires, ces derniers sucres absorbés par le tube digestif doivent être intervertis pour être utilisés. La partie absorbée en nature s'élimine directement par l'urine et l'on voit souvent, chez les sujets bien portants, la saccharosurie, la lactosurie suivre l'ingestion à jeun de ces sucres. Chez les diabétiques, il en est de même, mais peut-être l'interversion est-elle plus complète, car souvent on ne constate qu'une élimination plus intense de glucose.

La conclusion de ces recherches est que, dans le diabète ou plus généralement dans l'insuffisance glycolytique, la nutrition n'est point troublée de la même façon pour tous les sucres. Les tissus peuvent perdre l'aptitude à retenir le glucose, sans cesser de fixer les autres sucres assimilables.

Aspergillose expérimentale du cerveau.

M. C. Levaditi. — Dans une série d'expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Bouchard, j'ai étudié l'histogénèse des lésions aspergillaires pour le cas particulier du cerveau. J'ai inoculé à des lapins, après trépanation, dans la substance cérébrale, de petites quantités (0 gr. 005) d'émulsions faites avec des cultures d'aspergillus fumigatus d'âges variés. La survie des animaux était en rapport avec la végétabilité de la culture. Chez les lapins morts après 36 heures, j'ai constaté une inflammation des plexus choroïdes caractérisée par une exsudation des leucocytes englobant des spores, des filaments mycéliens et des têtes sporifères. La végétation des filaments est manifeste à cette époque, celle des spores est au contraire peu visible et ne devient apparente qu'un jour plus tard. Le 4e ou le 5e jour, j'ai constaté la formation de nodules bien limités autour des filaments ramifiés et des têtes sporifères, nodules formés à la périphérie par des cellules allongées, fusiformes, et ayant au milieu le champignon entouré de leucocytes à noyau lobulé. Chez les lapins sacrifiés le 7e jour, j'ai vu une forme dégénérative de l'aspergillus : le champignon s'entoure à cette époque de crosses ressemblant à s'y méprendre aux crosses de l'actinomycès et par leur forme et par leurs réactions colorantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 Novembre 1898.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. Nimier a observé depuis une année, au Val-de-Grâce, 6 cas de contusion de l'abdomen produite par coup de pied de cheval. Aucun de ces blessés n'a succombé et, des 6, un seul a été laparotomisé. De la lecture des observations de ces malades il résulte que les symptômes ont varié suivant chacun d'eux. Si, d'autre part, l'on soumet à l'analyse les faits qui nous ont été précédemment rapportés en ce qui concerne les perforations intestinales, on est amené à conclure que ce n'est pas sur un seul signe, mais sur l'ensemble des symptômes que l'on doit se baser pour porter le diagnostic de perforation de l'intestin.

Massage du cœur dans la syncope cardiaque.

M. Tuffier communique l'observation d'un jeune homme de 24 ans, qu'il avait opéré pour une appendicite suppurée. L'intervention fut immédiatement suivie de la chute des accidents, mais le sixième jour le malade fut pris pendant la visite d'une syncope cardiaque avec arrêt complet de la circulation. Après avoir essayé en vain tous les moyens ordinaires pour provoquer la respiration, M. Tuffier incisa le troisième espace intercostal et, parvenu sur le cœur, il a saisi, entre le pouce et l'index, le ventricule gauche, qu'il a soumis à des contractions rhythmées. Au bout de quelques instants la circulation a reparu et le malade a respiré pendant 2 ou 3 minutes. Le pouls étant de nouveau devenu imperceptible M. Tuffier a recommencé les contractions avec le même résultat; mais une troisième fois elles sont restées sans succès et le malade a succombé. On a trouvé un caillot dans l'artère pulmonaire.

Des luxations anciennes irréductibles de l'épaule.

M. Hennequin croit qu'avant tout il est nécessaire de s'entendre sur le mot irréductibilité. Telle luxation, qui paraît irréductible pour l'un, ne l'est pas pour l'autre. C'est ainsi qu'il est arrivé à M. Hennequin plusieurs fois de réduire des luxations, datant de 6 semaines et plus, qui avaient résisté à d'autres tentatives. Lorsqu'on s'est entouré de tous les moyens applicables dans ces cas, il arrive le plus souvent que l'on a pas besoin d'avoir recours à l'intervention sanglante.

S'il faut, assurément, tenir compte de l'ancienneté de la luxation, l'âge, le sexe et la profession du blessé doivent être pris en considération. En général, chez les enfants, il est rare que l'on soit amené à pratiquer l'ouverture de l'articulation, et chez la femme on ne doit pas hésiter à tenter la réduction

d'une luxation de plusieurs mois, car chez elle les tissus de nouvelles formations sont plus lents à s'organiser.

Occlusion intestinale chez une femme enceinte. Laparotomie. Avortement. Guérison.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation envoyée par M. Témoin (Bourges). Elle concerne une femme de 32 ans, enceinte de 5 mois, dont certains accidents abdominaux furent tout d'abord pris pour des accidents de fausse couche; mais, en réalité, il s'agissait de phénomènes péritonéaux dus à une occlusion intestinale, qui se révéla nettement le cinquième jour par des signes caractéristiques. La laparotomie fut alors pratiquée; l'iléon étant étranglé par des brides péritonitiques situées derrière les annexes gauches. L'étranglement fut levé et la malade a guéri après avoir avorté dans la nuit qui suivit l'opération. Ce fait de guérison montre que la grossesse n'est pas une contre-indication de l'intervention. L'enfant seul peut en souffrir.

Étude clinique et thérapeutique sur le cancer du côlon iliaque.

M. Quénu. — Le cancer de cette région doit être séparé du cancer de l'intestin en général. Il peut occuper l'une ou l'autre de ses 3 portions; de là le cancer iléo-pelvien, le cancer sigmoïdien et le cancer recto-sigmoïdien. Parmi les symptômes qui l'accusent, il faut citer les alternatives de constipation et de diarrhée, cette dernière souvent tenace et pouvant être due à une colite polipeuse plus ou moins étendue; les douleurs, les unes intermittentes provoquées par les gaz, et les autres fixes dues à de la péritonite adhésive, et les hémorrhagies qui sont inconstantes.

Le cancer recto-sigmoïdien, fréquemment accompagné de ténesme, est, en général, facilement accessible au doigt. Les deux autres variétés sont plus difficiles à diagnostiquer sûrement, car elles peuvent être confondues avec d'autres tumeurs et les moyens ordinaires d'exploration, la rectoscopie comprise, restent souvent insuffisants. En général, il ne faut pas attendre la perception d'une tumeur pour intervenir, car il est trop tard. L'intervention doit être décidée d'après les premiers troubles fonctionnels et après l'impuissance des traitements médicaux. L'opération devra varier suivant le siège du cancer et la résection plus ou moins étendue que l'on aura à faire. Si l'on ne peut faire qu'un anus contre nature, l'anus iliaque devra être préféré à l'anus cœcal, toutes les fois qu'il sera praticable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 Novembre 1898.

Un cas de délire salicylique.

M. Henry Bernard communique l'observation d'une femme de 45 ans, entrée dans le service de M. Galliard pour une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, sans complication viscérale. Fièvre modérée (38°4). En raison de l'intensité des douleurs, on prescrit 8 grammes de salicylate de soude par doses fractionnées, avec régime lacté intégral.

Le lendemain, l'état s'est amélioré; on continue le salicylate à la même dose. Vers 8 heures du soir, la malade est prise de bourdonnements d'oreilles, puis d'un délire, qui reste calme jusqu'au lendemain à 3 heures de l'après-midi, mais devient violent à partir de ce moment et prend la forme de manie aiguë, avec hallucinations visuelles et auditives. On doit mettre à la malade la camisole de force. Le délire continue pendant la nuit, pour se calmer le matin, et, après une journée de stupeur, l'état cérébral redevient normal.

Ce délire, survenant chez une femme qui n'est ni alcoolique, ni albuminurique, ni nerveuse, ne peut être attribué qu'au salicylate.

Ici, d'ailleurs, comme dans le cas de M. Rendu, on note la courte durée de la crise, l'absence de fièvre et la disparition momentanée de la tuméfaction articulaire et des douleurs.

Érythème polymorphe à disposition partiellement symétrique et zostériforme.

M. Thibierge présente un homme de 45 ans atteint depuis 8 jours d'érythème polymorphe dont l'éruption est généralisée, mais présente sur le tronc une disposition remarquable : de grandes plaques symétriques à contours circinés couvrent les régions scapulaires; une énorme plaque en forme de triangle à sommet supérieur et située sur la ligne médiane et à bords presque rectilignes s'étend de la 4° apophyse épineuse dorsale à la région de la ceinture. Au voisinage de son bord gauche, on voit trois petites plaques allongées, obliques en bas et en dehors, qui rappellent la disposition de certaines plaques postérieures; à droite, les éléments arrondis sont disposés sur la partie latérale du tronc et le flanc à la manière d'un zoster lombo-abdominal; sur le reste du tronc et sur les membres, les éléments sont disséminés et disposés sans aucun ordre. Quoique les lésions ne correspondent qu'incomplètement à des territoires nerveux déterminés, ce cas vient certainement à l'appui de la théorie qui fait intervenir le système nerveux dans la localisation des lésions de l'érythème polymorphe.

Scorbut infantile après usage de lait de vache stérilisé à domicile par l'appareil Soxhlet.

M. Netter a montré un petit malade âgé de 12 mois, qui fut élevé au moyen du lait maternisé, puis du lait stérilisé par l'appareil Soxhlet.

Son développement fut normal, mais au milieu du mois de septembre, sa mère constata qu'il devenait pâle, apathique; il pouvait à peine remuer les jambes et se plaignait quand on y touchait.

Dans le courant du mois d'octobre, les membres inférieurs devinrent le siège d'un œdème dur faisant corps avec les parties profondes. Comme l'enfant présentait un certain nombre de nodosités à l'union des côtes et des cartilages, on crut à un début de rachitisme. Le phosphate de chaux et les bains salés restèrent cependant inactifs. La situation s'aggrava, le teint de l'enfant devint terreux, les douleurs très vives; la pseudo-paraplégie s'accentua; de plus deux saillies violettes apparurent à la partie antérieure du tibia gauche, c'étaient deux suffusions sanguines sous-périostées. Puis survint une stomatite intense : muqueuse buccale rouge violacé, gencives tuméfiées, saignantes.

En présence de ces nouveaux symptômes, le diagnostic de scorbut infantile, de maladie de Barlow s'imposa; on trouvait, en effet, tous les signes de la maladie : l'aspect anémique, la faiblesse des membres inférieurs, les hémorrhagies sous-périostées, la stomatite. Le traitement constitué fut le suivant : jus de viande, jus d'orange, purée de pommes de terre, lait bouilli au lieu de lait stérilisé.

Le changement survint presque instantanément, et aujourd'hui, c'est-à-dire 5 jours après le commencement du traitement, la guérison est presque complète.

Comment expliquer, dans ce cas, le développement de la maladie? Cet enfant a pris à peu près exclusivement du lait, provenant d'une ferme bien dirigée et stérilisé à domicile; dans les derniers temps, on ajouta à cette alimentation un jaune d'œuf et une soupe de phosphatine ou de farine d'avoine par jour.

Il semble, à première vue, que rien, dans ce régime, ne prédispose au scorbut. Cependant le lait stérilisé à pu être incriminé dans plusieurs observations analogues; par l'action de la chaleur, il peut prendre quelques-uns des caractères des aliments scorbutiques.

On ne doit pas conclure de ce cas qu'il convient de renoncer au lait stérilisé, dont l'introduction dans l'alimentation de la première enfance a été si heureuse.

Il faut connaître simplement un accident assez rare, qui peut succéder à son emploi.

M. Guinon trouve que le fait rapporté par M. Netter est un des rares qui échappent à toute objection; c'est certainement un cas de maladie de Barlow typique.

M. Le Gendre fait remarquer que le nombre d'enfants élevés au lait stérilisé est si nombreux, et la maladie de Barlow

est si rare, qu'il est bien difficile d'admettre l'étiologie proposée par M. Netter, d'autant plus que l'étiologie propre de la maladie de Barlow est encore très obscure. On pourrait penser qu'il s'agit simplement d'une maladie infectieuse, dans laquelle le rôle de l'alimentation est secondaire.

Rétrécissement tricuspidien, rétrécissement mitral, insuffisance aortique, symphyse cardiaque.

M. Rendu a relaté l'observation d'un homme de 32 ans, entré dernièrement dans son service pour des troubles cardiaques intenses. Cet homme avait eu un rhumatisme articulaire aigu à 15 ans; depuis ce temps sa santé avait été parfaite, et il y a 15 jours il pouvait encore exercer le pénible métier de terrassier. Sa maladie actuelle eut donc une marche très rapide. Quand il entra à l'hôpital, il était mourant, une saignée le ranima. Cependant son état persista à être si grave, son asphyxie fut telle que l'auscultation du cœur fut à peu près impossible, et lorsque ce malade succomba, 3 jours après son entrée à l'hôpital, le diagnostic précis de la lésion cardiaque n'était pas fait.

L'autopsie révéla l'existence des lésions suivantes : symphyse cardiaque, hypertrophie du ventricule gauche, atrophie du ventricule droit, rétrécissement mitral, insuffisance aortique, et enfin rétrécissement tricuspidien. On connaît la rareté de cette dernière lésion; c'est elle surtout qui rend ce cas intéressant.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Octobre 1898.

Des solutions salines dans les affections médicales et principalement dans les infections.

M. Bolognesi lit un rapport qu'il termine par les conclusions suivantes :

Les injections salines au titre dit physiologique ont une action certaine sur la tension vasculaire et des propriétés hémostatiques bien connues. Dans les infections et les intoxications elles agissent en relevant la pression artérielle, favorisant la diurèse et la diaphorèse, mais ne produisent pas, comme on l'a dit, un lavage du sang, une désintoxication de l'organisme.

L'injection intra-veineuse doit être réservée aux cas d'hémorrhagie grave ou de choc traumatique.

Dans les infections, on pourra employer les injections sous-cutanées ou les lavements chaque fois qu'il y aura de l'hypotension vasculaire, un état général grave avec défaut de fonctionnement des émonctoires. Elles doivent toujours être pratiquées avec prudence et par petites quantités à la fois, de 100 à 150 centimètres cubes dans le tissu cellulaire superficiel, jusqu'à 500 centimètres cubes dans le tissu cellulaire profond (chez l'adulte).

On devra toujours avoir en vue leur action sur le cœur et sur les reins plus ou moins gravement atteints par l'infection, cette action pouvant être nocive à un moment donné.

Les toxémies justifiables de la saignée devront être traitées par une saignée avant l'injection de sérum salé.

Nous pensons qu'il a été fait un abus de cette méthode de traitement dans les infections, et qu'on aurait tort de croire à une efficacité certaine des injections salines, même massives, faites systématiquement.

M. Dalché apporte deux observations concernant l'emploi des injections de sérum artificiel.

1° Dans un cas, il s'agissait d'une femme asphyxiée par l'oxyde de carbone; l'empoisonnement était sérieux : cette femme était restée dans les vapeurs toxiques pendant 7 à 8 heures et, à son arrivée dans le service, présentait un état extrêmement grave, presque désespéré (coma, respiration très lente...). On lui fit immédiatement des piqûres d'éther, puis des injections sous-cutanées de sérum artificiel (800 gr. dans la journée) en même temps qu'on lui faisait respirer de l'oxygène. Le lendemain, amélioration inattendue. Il faut dire que dans la nuit les règles étaient apparues, mais avec une profusion extrême; cette ménorrhagie, attribuable à l'oxyde de carbone, a eu certainement une heureuse influence sur l'évolution des accidents; elle a réalisé, concurremment avec les injections de sérum, la désintoxication de l'organisme. Les jours suivants, les injections de sérum furent continuées et la guérison se fit en quelques jours, la malade ne conservant de son accident qu'une légère paraplégie hystérotoxique.

On objectera que cette femme aurait pu guérir sans l'absorption de solution saline : c'est possible, mais rien ne le prouve, et le pronostic, à l'entrée à l'hôpital, était des plus sévères.

M. Dalché pense que, au cours des cas graves, il y a des indications pour soigner le sujet et lui injecter du sérum sous la peau ou dans les veines; chez les urémiques, il pratique d'ordinaire, suivant la méthode de M. Barré, légèrement modifiée, des injections sous-cutanées de sérum pendant que le sang coule à la suite d'une saignée, de l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues.

2° La deuxième observation de M. Dalché a trait à un cas de coma avec glycosurie, soigné par des injections sous-cutanées abondantes du sérum de Lépine (c'est le sérum de Hayem dans lequel le sulfate de soude a été remplacé par du bicarbonate de soude pour réaliser la médication alcaline). En 6 jours ce malade s'améliora beaucoup. Mais ce n'était pas un cas de coma diabétique ainsi qu'on pouvait le croire au début, car le malade, revu 3 mois plus tard, offrait des signes de paralysie générale : c'était un cérébral qui avait présenté de la glycosurie transitoire et non pas un diabétique.

M. Dalché fait observer, en terminant, que les conclusions de M. Bolognesi sont peut-être trop absolues : les injections salines, selon M. Bolognesi, ne produisent pas un lavage du sang, ne sont ni microbicides ni antitoxiques. Mais le mécanisme suivant lequel agissent ces injections nous est encore bien mal connu : il serait dangereux d'appliquer directement à l'homme les conséquences de l'expérimentation sur l'animal. La clinique tend à montrer que les injections salines provoquent un processus capable de détruire les poisons, qu'elles amènent des phénomènes réactionnels qui simulent les crises naturelles; si l'action antitoxique du sérum artificiel n'est pas démontrée, elle n'est pas non plus absolument réfutée. Il est encore trop tôt pour conclure.

Conservation des corps thyroïdes à l'aide du formol.

M. Lépinois propose de conserver les glandes thyroïdes à l'état frais en les plongeant dans une solution de formol à 1 p. 100; on les y laisse 2 ou 3 jours; elles augmentent un peu de volume, durcissent légèrement et acquièrent une consistance élastique; retirées de cette liqueur formolée, elles se gardent fraîches et inaltérables, même quand on les réduit en pulpe fine.

Le dosage des matières albuminoïdes iodées et de l'iode total a montré que, sous l'influence du séjour dans la solution formolée, la perte en iode est négligeable, que, par suite, la valeur thérapeutique du produit persiste tout entière; d'autre part, en faisant des digestions artificielles pepsiques et pancréatiques, M. Lépinois a vu que la solubilisation des glandes formolées se fait bien, que les peptones se forment en aussi grande quantité qu'avec les glandes fraîches, enfin, que le résidu insoluble de ces digestions ne contient que des traces insignifiantes d'iode.

On serait donc là en possession d'une méthode pratique et sûre pour conserver à l'état frais, sans altération, les glandes thyroïdes et les autres parenchymes utilisés par l'organothérapie.

M. Pouchet rappelle que toutes les fois qu'une substance alimentaire est conservée à l'aide d'addition de produits antiseptiques, sa digestibilité et, par conséquent, sa valeur alimentaire, diminue beaucoup. Dès lors il faudrait résoudre la question de savoir si les peptones obtenues par M. Lépinois, dans ses digestions artificielles, sont réellement des peptones assimilables, ce qui n'est pas démontré le moins du monde; les réactions chimiques ne renseignent nullement à ce point de vue et ce sont les seules que M. Lépinois ait essayées : il faudrait joindre à cette étude l'expérimentation physiologique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Sénce du 2 Novembre 1898.

Recherches de calorimétrie clinique.

M. Bordier a fait une série de recherches calorimétriques sur un homme atteint de corzya. On sait que, pendant la période de début du rhume de cerveau, la plupart des malades accusent une région, variable suivant les individus, pour laquelle le moindre courant d'air détermine des éternuements. Cette zone siège le plus ordinairement à la nuque, ou à la face dorsale d'un bras, ou à une jambe, etc.

M. Bordier, en présence d'un malade chez lequel cette zone spéciale était invariablement localisée à la jambe droite, eut l'idée de rechercher si par la méthode calorimétrique on n'arriverait pas à constater une modification de la quantité de chaleur rayonnée par la jambe droite, comparativement à celle rayonnée par la jambe gauche.

Au moyen du calorimètre à rayonnement de D'Arsonval, il a trouvé que la quantité de chaleur rayonnée pendant une heure par la jambe droite du malade était inférieure de 3738 calories à celle rayonnée par la jambe gauche.

Cette diminution de la quantité de chaleur rayonnée par la jambe droite permet de se rendre compte de la sensibilité de cette région pour le froid. Il faut ajouter que le thermomètre à température locale indiquait des deux côtés le même chiffre de 30°7.

Il semble donc résulter de cette observation que le coryza s'accompagne, au moins dans la période de début, d'un trouble dans le pouvoir émissif de certaines régions.

Kyste hydatique musculaire.

M. Géneret présente un kyste hydatique musculaire mort, enlevé par M. Durand. Cette tumeur siégeait dans un muscle où sa localisation n'a pas encore été signalée : le sous-épineux. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, sans aucun antécédent local.

Coup de feu à la base du crâne.

M. Bérard relate l'histoire d'un malade, alcoolique délirant, qui s'était tiré dans la bouche un coup d'un revolver de petit calibre. Le voile du palais avait été perforé. Huit jours après, le malade était amené à l'hôpital, avec des troubles nerveux divers, bien plus vraisemblablement en rapport avec l'alcoolisme qu'avec une lésion encéphalique.

Par l'examen local avec le doigt, M. Bérard parvint à sentir sur le plafond du cavum et un peu à droite de la ligne médiane un point saillant qui était la balle. Elle fut extraite assez facilement par les voies naturelles. Peu à peu, les accidents de delirium tremens s'amendèrent, et le malade guérit.

Ce cas est le second, observé par l'auteur, de suites bénignes d'un coup de revolver dans la cavité buccale.

Empreintes plantaires de coxalgie et de luxation congénitale de la hanche.

M. Patel a trouvé que dans la coxalgie les modifications des empreintes plantaires sont considérables; elles montrent une diminution de la largeur et de la longueur du côté malade, et cela dès le début de l'affection. Dans la luxation congénitale de la hanche, ces modifications sont légères, elles ne portent en aucun cas, chez le jeune enfant, sur la longueur ou la largeur du pied.

Tétanos. Traitement infructueux par injection d'antitoxine dans les espaces sous-arachnoïdiens.

M. Martin rapporte au nom de **M. Jaboulay** le cas d'un malade atteint de tétanos grave, qui fut traité par l'injection de sérum antitétanique dans les espaces sous-arachnoïdiens au moyen d'une ponction de Quincke.

Le malade mourut le jour même.

Psorospermose.

M. Carré, ayant à examiner les crachats purulents d'un malade atteint de cavernes pulmonaires, n'y trouve pas de bacilles de Koch, mais une grande abondance de psorospermies. Celles-ci existent fréquemment chez la tanche, dont le malade mangeait souvent, et surtout chez le barbeau, où elles donnent lieu à une maladie véritable, accompagnée d'ulcérations.

Thrombose latente des sinus.

M. Patel relate le cas d'un enfant, atteint de coxalgie au début depuis un an, qui présenta à un moment donné des phénomènes généraux (température, etc.) en même temps que se formait, à la face externe de la cuisse, un abcès sous le fascia iliaca.

On ponctionna l'abcès. Dès le soir, l'enfant fut pris de symptômes méningitiques, auxquels il succomba deux jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva une thrombose très étendue des sinus cérébraux.

Tous les autres organes étaient sains.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE DE L'OUEST

Janvier, Février, Mars 1898.

Folie cardiaque et paralysies d'origine cardiaque.

M. Follet rapporte l'observation d'une femme de 75 ans, atteinte d'une insuffisance mitrale ancienne et chez qui se développa un état infectieux mal défini, donnant lieu à de la diarrhée, de la bronchite, de la fièvre. En outre apparut un bruit de piaulement qui se surajouta au souffle mitral, et du délire. Deux mois plus tard survint une hémiplégie gauche avec œdème unilatéral. La malade mourut 5 jours plus tard et l'autopsie montra que le cerveau ne présentait aucune lésion en foyer; il y avait seulement un peu d'athérome des artères de la base. En outre, l'aorte était aussi un peu athéromateuse, le cœur présentait une calcification de tout l'anneau d'implantation des valvules mitrales, et sur ces valvules, des végétations molles d'endocardite récente.

Le délire qu'a présenté la malade mérite-t-il le nom de *folie cardiaque?*

Sous ce nom ont été réunis des accidents bien disparates. En réalité ici, il s'agit d'un délire infectieux; le nom de folie cardiaque doit être réservé aux cas de troubles mentaux survenant chez des sujets atteints de lésions cardiaques, mais prédisposés au délire par une hérédité névropathique ou une cause quelconque d'insuffisance cérébrale.

L'hémiplégie de la malade, sans aucune lésion matérielle capable de l'expliquer, mérite aussi d'être discutée.

Les paralysies chez les cardiaques peuvent être groupées de la façon suivante :

1° Paralysies dues à un processus indépendant de l'affection cardiaque : tumeurs, foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie.

2° Paralysies consécutives à de grosses embolies détachées des végétations cardiaques, et entraînant des foyers de ramollissement.

3° Paralysies dues à de petits foyers de ramollissement provoqués par des embolies microscopiques (L. Lévi, *Gaz. hebd.*, 18 nov. 1897).

4° Paralysies transitoires chez les cardiaques artério-scléreux, sorte de claudication cérébrale intermittente.

5° Paralysies en général transitoires, sans lésion macroscopique ou microscopique appréciable, décrites par Achard et L. Lévi. On peut invoquer pour les expliquer un réflexe d'inhibition frappant d'inertie un des hémisphères, des troubles circulatoires partiels du cerveau (anémie, congestion, œdème), des troubles toxiques résultant de poisons venus du dehors et élaborés dans l'organisme.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, il est

vraisemblable qu'il faut faire intervenir un mécanisme complexe, les troubles circulatoires et l'intoxication.

Deux cas d'intoxication légère par l'acide picrique.

M. H. Leray rapporte deux observations de malades atteints d'ulcères variqueux qui furent traités par des pansements picriqués. Le premier éprouve de la fièvre (39°), de l'anorexie, des vomissements, des épistaxis, de la céphalalgie; en outre, localement il eut de l'érythème, accompagné d'œdème et suivi d'une légère desquamation furfuracée. Le second n'eut que des accidents locaux.

Pour éviter des accidents semblables, il faut avoir soin de se servir de compresses trempées dans la solution picriquée et bien exprimée, de les recouvrir avec beaucoup d'ouate en évitant l'emploi de taffetas gommé, le pansement devant rester un pansement sec; enfin ce pansement doit être vu et renouvelé seulement au bout de 3 à 7 jours.

Un cas de septicémie.

MM. Delacour, Le Damany et **Leclerc** rapportent un cas de septicémie développée chez un jeune homme de 21 ans, à la suite d'une petite excoriation du pied. Une lymphangite du membre, puis une adénite inguinale s'étaient développées, présentant les caractères de la tuberculose ganglionnaire. La mort survient au bout d'une douzaine de jours. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion de tuberculose viscérale, sauf quelques tubercules indurés d'un sommet pulmonaire; les ganglions inguinaux étaient lardacés; les poumons étaient le siège d'une congestion et d'un œdème intenses. L'examen histologique montra l'absence de lésions tuberculeuses dans les ganglions. Mais dans ces organes comme dans le poumon et le foie, se trouvait en abondance un bacille offrant la forme de vibrion septique, parfois long, flexueux, formant un feutrage, mais différant du vibrion septique par ses réactions colorantes, car il se colorait aisément par les divers procédés et notamment par la méthode de Gram. La recherche du bacille tuberculeux est restée négative. Il faut donc considérer le bacille rencontré dans les divers organes comme l'agent pathogène de cette septicémie anormale.

Rupture de l'aorte ascendante.

M. Perrin de la Touche présente des pièces provenant d'une femme de 48 ans. L'aorte est rompue sur sa face postérieure et un peu à gauche et le péricarde est rempli de 400 centim. cubes de sang. Toute la portion ascendante de l'aorte ainsi que sa cave présentent d'importantes lésions athéromateuses, et le vaisseau est, dans ces régions, d'une fragilité remarquable. Le point par lequel le sang avait pénétré dans le péricarde se trouve au niveau du sinus qui forme la séreuse en passant de la base de l'aorte sur l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

Hématuries médicales.

M. Follet. — J'ai observé chez une jeune femme de 23 ans une hématurie qui dura 15 jours et qui survint sans cause appréciable. La perméabilité rénale, recherchée par le bleu de méthylène était normale. Il y avait eu seulement avant l'hématurie une migraine et de la pesanteur dans la région lombaire.

Si l'on récapitule les diverses causes d'hématuries *médicales*, on peut les classer ainsi :

1° Hématuries dues à la localisation rénale hémorrhagique d'un état général pathologique : c'est le cas des hématuries de l'hémophilie, des infections à forme hémorrhagique, de l'hématurie essentielle des pays chauds.

2° Hématuries appartenant au cortège symptomatique de toute affection rénale, aiguë ou chronique, comparant celles de la congestion rénale *a frigore*, du rein cardiaque, des néphrites aiguës et chroniques, de la lithiase rénale.

3° Hématuries angio-neurotiques, comprenant celles du début de la tuberculose rénale, de la syphilis, de la gravelle, du rein mobile, des affections nerveuses, les hématuries essentielles pures, les hématuries avec albumine sans néphrite, les hématuries supplémentaires.

Par élimination, c'est dans le cadre des hématuries essentielles pures que semble devoir être rangé ce cas d'hématurie.

Pouls lent permanent. Mort subite.

M. Follet. — Un homme de 58 ans est entré dans mon service avec une brachycardie considérable (28 à 34 battements par minute), de la dyspnée, un peu d'albumine dans l'urine. Les reins sont cependant très perméables au bleu de méthylène. Il meurt subitement quelques semaines plus tard et à l'autopsie on trouve un cœur flasque, mou, surchargé de graisse, de la congestion et de l'œdème pulmonaire, pas de lésions rénales, pas de lésions nerveuses.

On ne peut attribuer ce cas de pouls lent à une altération bulbaire traumatique, fonctionnelle ou toxique, ou à une élimination urinaire insuffisante. La surcharge graisseuse du cœur serait plutôt à invoquer dans la pathogénie de l'affection.

L'alimentation azotée des trichophytons.

M. Laurent. — J'ai étudié la nutrition des trichophytons dans des milieux glycosés contenant soit de l'azote minéral (azotates de sodium, potassium et aluminium, chlorure, sulfate, carbonate et phosphate d'ammonium), soit des substances organiques azotées (urée, gélatine, peptone). L'azote minéral n'est pas assimilable par les trichophytons et, parmi les matières organiques, c'est la peptone qui donne les meilleurs résultats. L'addition d'hydrates de carbone et particulièrement de glycose, favorise le développement, contrairement à ce qui se passe pour certaines mucédinées, le favus par exemple.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE.

Séance du 19 Octobre 1898.

Invagination de l'intestin.

M. Ewald a communiqué l'observation d'un homme de 37 ans qui se fit extirper, il y a 1 an, une petite tumeur du cuir chevelu qui fut reconnue de nature sarcomateuse. Peu de temps après l'opération, apparurent sur les parties latérales du cou des tuméfactions ganglionnaires, qui allèrent en augmentant. Depuis une quinzaine de jours, ce malade avait des vomissements incessants qui répandaient une odeur fécaloïde, et l'abdomen était distendu par des gaz.

En présence de ces accidents, et bien que le malade rendît des gaz par l'anus, on diagnostiqua une occlution intestinale déterminée vraisemblablement par une tuméfaction des ganglions mésentériques et on pratiqua la laparotomie.

Au cours de l'intervention, on reconnut qu'il s'agissait, non pas d'une occlusion, mais d'une invagination de l'intestin grêle. Celle-ci avait une étendue de 30 centimètres environ et semblait due aux tractions exercées sur l'intestin par les tumeurs qui le remplissaient au niveau de l'invagination et qui ont paru être des sarcomes.

Cette observation montre que l'expulsion de gaz par l'anus n'est pas incompatible avec l'existence d'une obstruction de l'intestin, surtout quand celle-ci occupe la partie supérieure de l'intestin grêle.

Néphrectomie.

M. Litten a communiqué l'observation d'une femme qui

est entrée à l'hôpital pour une tumeur volumineuse du flanc droit. L'exploration montre que cette tumeur appartenait au rein. L'urine contenait, du reste, du pus et, après filtration, on a pu constater que le liquide renfermait de l'albumine. Comme la diurèse était satisfaisante (2 litres par jour) et que le second rein n'était pas accessible à la palpation, on se décida à faire la néphrectomie du rein droit atteint de pyonéphrose, d'autant qu'à l'examen cystoscopique, on a pu constater que le pus venait de l'uretère droit.

L'opération, faite sous l'éther, montra que le rein, qui renfermait un gros calcul, était transformé en une poche purulente dont l'ablation n'a présenté aucune difficulté.

Le soir de l'opération, la malade n'urina pas. L'anurie persistant encore le lendemain, on sonda la vessie, mais sans retirer une goutte d'urine. La situation resta la même les jours suivants et, au 6e jour après l'opération, la malade succomba dans le coma urémique.

A l'autopsie, on constata que le rein gauche laissé en place était encore plus malade que le rein droit. Il était transformé en un sac membraneux sans trace de parenchyme rénal; en outre, l'uretère était complètement oblitéré.

Dans cette observation, M. Litten relève les particularités suivantes :

Tout d'abord, malgré la destruction totale du rein gauche et la présence dans le rein droit d'une portion minime de parenchyme rénal, la malade urinait encore 2 litres par jour. En second lieu, on voit toutes les précautions qu'il faut prendre pour s'assurer de l'intégrité du second rein, quand on se décide pour la néphrectomie.

M. Israël insiste sur ce fait que, dans la pyonéphrose calculeuse, il faut redoubler d'attention, car très souvent la lésion est bilatérale. Si, par la palpation et la cystoscopie, on ne peut se rendre compte de l'état du second rein, il est indiqué de faire le dosage de l'urée; si, avec une alimentation suffisante, la quantité d'urée excrétée ne dépasse pas la moitié du taux normal, on doit admettre que le second rein est malade et, dans ces conditions, il faut renoncer à la néphrectomie et faire seulement la néphrotomie.

ANGLETERRE

MEDICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 24 Octobre 1898.

De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. Marmaduke Sheild fait tout d'abord remarquer que les règles de conduite dans les contusions de l'abdomen sans plaie extérieure ne sont encore établies d'une façon précise. Le chirurgien moderne a fait abandonner l'expectation, mais il ne faudrait pas tomber dans une erreur contraire et opérer tous les cas dans lesquels on suppose une contusion grave.

Le diagnostic d'une lésion viscérale n'est pas toujours facile. Quand il s'agit d'une lésion de la vessie et des reins on trouve des symptômes qui permettent d'établir le diagnostic. Il n'en est pas de même quand on se trouve en présence d'une lésion de l'intestin, du foie, du pancréas, etc. Dans ces cas un état de collapsus, les vomissements, la rigidité de la paroi abdominale, puis la distension de l'abdomen et la faiblesse doivent faire présumer l'existence d'une lésion interne, et une laparotomie exploratrice par une petite incision est alors indiquée.

Personnellement M. Marmaduke Sheild est intervenu dans quatre cas. Dans le premier cas il s'agissait d'un garçon de 11 ans qui a été renversé par une voiture. La laparotomie montra l'existence d'une déchirure du mésentère dont la suture mit fin à l'hémorrhagie.

Dans le second cas, qui se rapporte à un garçon de 14 ans, le malade a été amené à l'hôpital avec une fracture de la cuisse et tous les signes d'une lésion interne. Comme l'état de collapsus ne permettait pas une intervention immédiate, la laparotomie fut faite au bout de quelques heures. On trouva une déchirure de l'intestin qui fut suturée. Le malade succomba au bout de quelques heures et à l'autopsie on trouva une déchirure du duodénum qui avait passé inaperçue.

Dans le troisième cas, où l'intervention précoce a été refusée, la laparotomie faite plus tard a permis de faire la suture de l'intestin; le malade succomba au bout de quelques heures.

Le quatrième cas se rapporte à une femme de 61 ans chez laquelle les symptômes laisaient croire à une déchirure de la vessie. La laparotomie montra pourtant que la vessie était intacte et présentait seulement quelques ecchymoses au niveau de sa face postérieure. La malade a succombé au bout de quatre jours et à l'autopsie on trouva une déchirure linéaire du cæcum, à travers laquelle ont passé les matières fécales.

M. Turner a eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois dans les contusions graves de l'abdomen. Dans un cas, chez un garçon de 12 ans, il a trouvé un volvulus traumatique dont la réduction amena la guérison. Dans un autre cas, il trouva une déchirure du foie qui fut tamponnée. Le malade succomba. Dans un troisième cas, après la suture de l'intestin suturé, il fit la cure radicale de la hernie qu'avait le malade, et le malade guérit.

Dans un autre cas encore, la laparotomie faite tardivement a rencontré l'existence d'une déchirure du foie en voie de cicatrisation, et d'un épanchement sanguin semblant provenir d'une déchirure du rein. M. Turner ne crut pas devoir aller à la recherche du rein, et fermer le ventre. Le malade mourut au bout de 8 jours et à l'autopsie on trouva un écrasement complet du rein. Dans un autre cas de ce genre, où à côté de l'écrasement du rein il existait une déchirure du côlon, M. Turner sutura l'intestin et enleva le rein broyé. Le malade guérit.

La saignée dans la pneumonie aiguë.

M. Lucas Benham a communiqué 19 cas de pneumonie franche à symptômes graves, qu'il a traités avec succès par la saignée. La saignée semble particulièrement utile dans les cas qui débutent par un frisson violent et présentent des phénomènes nerveux et une accélération du pouls. Dans ces cas la saignée imprime souvent à la marche de la pneumonie un caractère moins grave.

M. Kingston Fowler estime que la saignée n'a pas été abandonnée sans raisons valables. Il la croit pourtant indiquée dans la bronchite chronique avec emphysème et dilatation du cœur droit.

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 25 Octobre 1898

La rhinite fibrineuse dans ses rapports avec la diphthérie.

M. Lack a eu l'occasion, au cours des 15 derniers mois, d'observer la rhinite fibrineuse chez 20 garçons et 16 filles dont l'âge variait entre 10 mois et 15 ans. De l'ensemble de ces faits, il résulte que cette forme de rhinite se montre cliniquement comme une affection subaiguë ou chronique de la muqueuse nasale, caractérisée par la présence sur la pituitaire d'un exsudat fibrineux ou pseudo-membraneux. Cet état morbide s'observe le plus souvent chez les petits enfants et simule au début un rhume vulgaire. Le nez s'obstrue, rougit et se tuméfie légèrement, puis apparaît un écoulement séreux plus ou moins abondant. L'enfant est pâle, mal à son aise; on note parfois un peu de fièvre, de la céphalalgie, et de l'inappétence. Toutefois, ces troubles de l'état général ne durent qu'un ou deux jours et ils ne sont pas assez accusés pour que le petit malade ait besoin de s'aliter. Après un laps de temps qui ne dépasse guère une semaine, l'écoulement nasal devient purulent et alors on voit parfois survenir des épistaxis. Lorsque l'affection est unilatérale, elle peut simuler la présence d'un corps étranger dans le nez.

En examinant l'enfant, on trouve la peau du pourtour des narines et de la lèvre supérieure irritée, excoriée ou parsemée d'éruptions impétigineuses, et l'on constate la présence sur la muqueuse nasale d'une fausse membrane qui, quelquefois, se

laisse détacher avec une pince. Le pronostic de la rhinite fibrineuse est donc bénin.

Après avoir duré de 15 jours à 2 mois, l'affection nasale disparaît sans laisser de traces et sans jamais engendrer de troubles consécutifs, ni paralysies ni parésies. L'état général ne paraît nullement altéré.

M. Lack a également observé des pharyngites pseudo-membraneuses chroniques survenues indépendamment de toute rhinite fibrineuse. Ces pharyngites, généralement localisées aux piliers du voile du palais, ne s'accompagnent pas non plus de symptômes généraux et peuvent persister plusieurs mois.

L'orateur a pratiqué l'examen bactériologique dans 33 cas de rhinite fibrineuse, et il a toujours pu constater la présence au niveau des lésions nasales du véritable bacille de Klebs-Löffler, qui le plus souvent se trouvait à l'état de culture pure, mais qui parfois était associé à des microcoques pyogènes. Ainsi que l'ont montré les expériences sur les animaux, ce bacille est virulent; il produit des toxines virulentes, et peut être neutralisé par l'antitoxine diphthérique.

Bien qu'il résulte des recherches bactériologiques de ces dernières années que le bacille de Klebs-Löffler se rencontre assez souvent dans les cavités nasales des sujets bien portants, on est en droit d'affirmer que lorsqu'on le trouve d'une façon constante dans une affection qui, cliniquement, est caractérisée par la formation d'une fausse membrane, cette affection peut être considérée comme étant de nature diphthérique.

La rhinite fibrineuse ne serait donc autre chose qu'une diphthérie nasale légère, atténuée, ayant une allure chronique et ne déterminant pas de symptômes généraux ni de paralysies consécutives.

L'affection dont il s'agit est contagieuse, mais elle n'engendre que des lésions de rhinite ou de pharyngite fibrineuse chronique, jamais de la diphthérie vraie. M. Lack a observé 9 cas de rhinite fibrineuse survenus dans quatre familles différentes, et 24 cas d'angine pseudo-membraneuse chronique à bacilles de Klebs-Löffler s'étant produits au sein de onze familles.

M. A. Mac Fadyen estime que la présence du bacille de Klebs-Löffler dans deux affections aussi différentes que le sont, au point de vue clinique, la diphthérie vraie et la rhinite fibrineuse, constitue un fait remarquable qu'il faut attribuer soit aux variations de la virulence des microbes de la diphthérie, soit à certaines conditions de résistance des tissus de l'organisme à l'invasion bactérienne, ou bien à la coexistence d'autres micro-organismes.

M. T. Lister dit avoir pratiqué l'examen bactériologique chez 69 enfants atteints d'écoulement nasal chronique (séreux, purulent ou hémorrhagique) et constaté, dans 37 de ces cas, la présence du bacille de Klebs-Löffler sur la muqueuse nasale. D'autre part, l'orateur a trouvé ce même bacille dans les cavités nasales de 7 enfants qui ne présentaient aucune trace d'écoulement ni de rhinite. Il s'ensuit que l'existence de bacilles de la diphthérie sur une muqueuse n'entraîne pas nécessairement la production de troubles morbides.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 21 Octobre 1898.

Implantation des uretères dans le rectum dans un cas d'exstrophie de la vessie.

M. Frank a communiqué l'observation d'un garçon auquel il a fait par le procédé de Maydl la transplantation des uretères dans le rectum pour une exstrophie de la vessie.

Après mobilisation de la vessie, le trigone a été en une seule séance suturé au rectum; un drain a été ensuite introduit dans le rectum, et ce drain mis en communication avec un tube en caoutchouc par lequel s'écoulaient l'urine et les matières fécales. Ce drain a été enlevé au bout de 20 jours.

Pendant les premiers jours, le malade ne pouvait garder l'urine que pendant 1 à 2 heures le jour et pendant 2 à 3 heures la nuit. Actuellement, il garde l'urine pendant 5 à 6 heures le jour et n'urine plus la nuit.

M. Ewald a fait la même opération, avec plein succès, chez un garçon de 5 ans et un autre de 3 ans.

M. Schnitzler a eu l'occasion de faire cette opération chez une femme présentant un cancer inopérable de l'utérus qui avait envahi la vessie. Il implanta l'uretère droit dans le côlon ascendant et l'uretère gauche dans le côlon descendant. Quand la malade succomba à son cancer, on trouva à l'autopsie une pyélite, et une nécrose de la muqueuse de l'intestin au point de l'implantation des uretères.

Rupture de la rate.

M. Savor a communiqué l'observation d'une femme enceinte de 6 mois qui avait reçu un coup de pied dans l'hypochondre gauche. Vingt-quatre heures après, elle fut prise de symptômes d'irritation péritonéale, et la laparotomie faite d'urgence montre l'existence d'une rupture profonde de la rate ayant presque complètement séparé l'organe en deux. Comme à côté de la rupture principale il en existait encore d'autres moins profondes, on fit l'extirpation de la rate. La malade guérit.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séance du 19 Octobre 1898.

Abcès du foie.

M. Ewald a communiqué l'observation d'une malade qui était entrée à l'hôpital pour les suites d'un avortement. Comme l'ensemble de symptômes semblait indiquer l'existence d'une cholécystite suppurée, on fit la laparotomie exploratrice qui montra que la vésicule biliaire était normale et que le foie était recouvert de fausses membranes. La plaie ne fut pas complètement fermée, et dix jours plus tard, dans l'idée de l'existence d'un abcès du foie, celui-ci fut incisée en plusieurs endroits sans qu'il fût possible de trouver du pus. Quelques jours plus tard, la malade succombait à une thrombose de la veine cave inférieure.

A l'autopsie, on trouva le foie farci d'abcès de dimensions variables. Il existait, en outre de l'endométrite, un abcès de l'ovaire ouvert dans le rectum, une phlébite de la veine cave inférieure et des deux iliaques.

Exophthalmos pulsatile.

M. Weiss a communiqué l'observation d'un homme de 22 ans qui avait reçu dans la tempe un coup de brancard de voiture. Il perdit connaissance et ne revint à lui qu'au bout de 48 heures. Immédiatement après l'accident il présenta un écoulement du sang par le nez, la bouche et l'oreille. Plus tard apparurent successivement une exophthalmie, des bourdonnecontinus dans les oreilles, une ophthalmoplégie, une diminution de la vue qui aboutit au bout d'un mois à la perte de la vision du côté de l'œil gauche.

Actuellement on trouve chez ce malade une vascularisation très accentuée des paupières et du côté de l'œil gauche, une paralysie des abducteurs, une pupille qui ne se contracte plus, une pupille optique très anémiée, des pulsations synchrones au pouls et disparaissant par la compression de la carotide; le malade se plaint en outre de bruits continus dans la tête et a de temps en temps des vertiges. Depuis quelques jours des pulsations ont paru dans l'œil droit, lesquelles pulsations disparaissent par la compression de la carotide droite.

Tous ces symptômes semblent indiquer l'existence d'un anévrysme de la carotide gauche au niveau du sinus cavernaux; la carotide droite doit être également atteinte.

Comme traitement on aura à choisir entre la compression digitale et la ligature de la carotide.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE

Maladie kystique et calcaire des glandes sudoripares

(*Hydradénomes éruptifs calcifiés*),

Par M. le Dr J. Curtillet,
Agrégé, chargé de cours à l'Ecole de médecine d'Alger,

Et M. le Dr L. Dor,
Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Nous avons étudié ensemble une maladie qui nous a paru nouvelle tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Nous donnerons d'abord l'observation de la malade, puis la description des coupes histologiques que nous avons pratiquées, et nous chercherons ensuite comment il nous semble que la maladie doive être envisagée.

Observation. — A... Emma, 8 ans, père et mère, 6 frères et 1 sœur bien portants, ne présentant aucune affection comparable à celle qui amène la malade à l'hôpital.

Santé antérieure et actuelle excellente.

Il y a quelques années, la petite malade aurait présenté, au dire des parents, une raideur du bras gauche qui aurait duré une quinzaine de jours et aurait été suivie d'une raideur du cou, également très passagère.

Vers la fin du mois de juin 1897, elle est amenée par sa mère à la clinique des enfants à l'hôpital Mustapha (Alger). Elle présente un certain nombre de tumeurs siégeant sur les membres.

Leur volume varie entre celui d'un grain de blé et celui d'une amande. La plupart font une certaine saillie soulevant les téguments. D'autres ne sont pas visibles, et ne peuvent être perçues qu'au toucher. Toutes sont très dures, et de surface irrégulière, comme granuleuse. La plupart sont franchement adhérentes à la peau, qui, au niveau des plus volumineuses, est froncée, offrant le piqueté de la peau d'orange. Quelques-unes sont adhérentes également au plan aponévrotique, et forment avec le tégument qui le recouvre une petite masse immobile.

Aucune de ces tumeurs n'est entièrement libre et ne peut réellement glisser sous la peau. Toutefois quelques-unes, parmi les plus petites, bien qu'en contact avec la face profonde du derme, peuvent en être séparées et permettent à la peau d'être pincée et soulevée au-dessus d'elles. Plus la tumeur est grosse, plus l'adhérence à la peau est complète et étendue. En somme, il est probable que toutes ces tumeurs sont nées au contact de la face profonde et non dans l'épaisseur du derme, mais très rapidement, en se développant, elles se sont confondues avec lui.

Pas de coloration anormale à leur surface, si ce n'est au niveau de la plus volumineuse. Aucune douleur spontanée ou à la pression.

Elles ne siègent que sur les membres. L'examen le plus attentif n'en fait découvrir aucune à la tête ou sur le tronc. Leur distribution est la suivante :

Membre inférieur gauche : Cinq tumeurs :

Deux à la jambe, le long du péroné, l'une en son milieu, l'autre à trois travers de doigt au-dessous de son extrémité supérieure.

Trois à la cuisse : au milieu de sa face antérieure, à deux travers de doigt au-dessous du milieu de l'arcade crurale, et à sa face interne, à 2 centimètres au-dessous du pli inguino-crural.

Elles sont du volume d'un gros pois à celui d'une noisette. La dernière a la grosseur d'une amande recouverte de sa coque.

Membre inférieur droit : Une tumeur un peu étalée en nappe, vers le milieu de la région poplitée.

Membre supérieur gauche : Une petite tumeur à peine grosse comme un grain de blé dans la région sous-claviculaire, au niveau de l'insertion deltoïdo-pectorale.

Membre supérieur droit : Une tumeur à la partie externe de l'avant-bras droit. Une autre au niveau même du pli du coude. Une troisième dans la région épicondylienne, étalée en nappe sur une longueur d'environ 3 centimètres; une quatrième un peu en avant de l'épitrochlée, une cinquième dans la région sous-claviculaire très petite et symétrique à celle du côté gauche, enfin une sixième en arrière et un peu en dehors de l'olécrane, très volumineuse et présentant des caractères particuliers.

Cette dernière est celle qui a le plus vivement préoccupé les parents de la petite malade et qui les a décidés à amener leur enfant à l'hôpital.

Elle a le volume d'un œuf et fait une forte saillie. Comme les autres elle est dure, non douloureuse, mais à sa surface, la peau, au lieu d'être froncée, est au contraire tendue, lisse et amincie. Elle est en outre très rouge, sillonnée de petites vascularisations, sans toutefois présenter des caractères inflammatoires.

Les apparences de cette tumeur, très adhérente au plan aponévrotique, sont celles d'une tumeur maligne, d'un sarcome sur le point d'ulcérer les téguments.

C'est elle qui est apparue la première, mais peu de temps avant les autres, il y a environ 2 ans. Tandis que ces dernières, après avoir atteint un certain volume, semblaient rester à peu près stationnaires, elle n'a cessé de progresser.

Toute l'évolution de ces tumeurs s'est faite sans que la malade en ait éprouvé, à aucun moment, le moindre malaise.

L'état général est d'ailleurs excellent, et l'examen des différents organes ne révèle rien d'anormal.

Nulle part d'hypertrophies ganglionnaires.

La mère s'oppose à toute opération et emmène sa fille.

Le *20 novembre 1897*, la fillette est présentée à nouveau. Les petites tumeurs n'ont pas subi de changement de volume appréciable. Seule, la plus volumineuse est ulcérée, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs environ.

Interrogée, la malade dit que 3 mois environ après la première consultation, cette grosseur est devenue douloureuse.

Des cataplasmes ont été appliqués et une ouverture spontanée s'est produite qui a donné issue à un « morceau de chair » et à une matière blanche comme de l'amidon qui, pressée entre les

doigts, donnait la sensation de grains de sable. Depuis cette époque, des applications diverses ont été faites et l'ulcération s'est étendue.

En ce moment, la plaie est terne, tapissée de bourgeons grisâtres, peu exubérants. Ses bords sont légèrement décollés. De la tumeur, il ne reste plus aucune trace. Elle parait s'être entièrement éliminée et avoir fait place à une ulcération banale, aplatie, sans apparences néoplasiques.

L'opération, proposée à nouveau, est acceptée et l'enfant entre à la Clinique.

28 novembve. L'ulcération est légèrement grattée à la curette et pansée antiseptiquement.

Cinq des petites tumeurs sont enlevées au bistouri. Pour quelques-unes d'entre elles, il est nécessaire d'exciser un petit lambeau adhérent de l'aponévrose sous-jacente.

Toutes sont fortement infiltrées de matière calcaire. La plus grosse, incisée, est constituée par une masse crétacée renfermant de très petites vacuoles remplies d'un liquide blanc, crémeux, qui, entre les doigts, donne la sensation de grains de sable, indiquée par la malade.

Réunion par première intention. L'ulcération est entièrement guérie au bout d'une quinzaine de jours, sous de simples pansements aseptiques.

21 janvier. Toutes les autres tumeurs sont enlevées, comme les premières, au bistouri. Réunion par première intention. Au bout de quelques semaines, toutes les cicatrices sont devenues chéloïdiennes.

30 janvier. Sans douleur apparente survient un zona distribué suivant les branches du 4ᵉ nerf intercostal. Deux plaques d'éruption, l'une antérieure près du sternum, l'autre postérieure, allant de la colonne vertébrale jusqu'au milieu de l'espace intercostal. Nombreuses vésicules remplies d'un liquide séreux. Pansement à la poudre d'acide borique, enveloppement ouaté.

8 février. Le zona a disparu. Il ne reste plus qu'une surface rouge ayant desquamé par petites écailles et quelques croutelles superficielles.

A noter *deux petites tumeurs* débutant vers le pli du coude gauche, dures, lisses, encore indépendantes de la peau, grosses comme une tête d'épingles.

15 février. Apparition de nouvelles tumeurs, du volume d'un grain de millet. Elles ne se manifestent par aucun signe extérieur et ne sont reconnues que par un toucher minutieux. La peau est parfaitement mobile sur elles. On en compte 4 ou 5 vers le pli du coude gauche, et 2 vers le pli du coude droit.

20 février. Ces petites tumeurs ont augmenté de volume. A gauche, on en voit qui forment une petite élevure. A leur niveau, la peau est toujours mobile. Nulle douleur.

La petite malade quitte l'hôpital.

15 juillet. Au mois de janvier, un fragment de la grosseur d'un petit pois, crétifié à son centre, avait été introduit sous la peau de la cuisse d'un lapin. Très rapidement il s'est résorbé, et réduit à un très petit grain à peine perceptible, mais très dur, qui subsiste encore aujourd'hui. Ce reliquat n'est autre chose que la partie calcaire de la greffe, dont les éléments anatomiques ont disparu.

Examen histologique. — Les petites tumeurs qui ont été extirpées n'avaient pas toutes un aspect identique.

La première que nous avons examinée se présentait sous forme d'une petite induration arrondie, du volume d'un pois, que l'on sentait rouler dans le tissu fibroadipeux au sein duquel elle était englobée. Cette première petite tumeur était nettement sous-cutanée; elle paraissait énucléable au premier abord, mais lorsqu'on l'isolait de la gangue dans laquelle elle était contenue on voyait bien que si l'on pouvait mettre à nu une surface arrondie sur un point assez limité, il ne pouvait être question de pratiquer vraiment l'énucléation de cette petite masse beaucoup trop adhérente aux tissus avoisinants. Sa nature kystique cependant paraissait presque certaine et pour s'en assurer on pratiqua une incision sur la partie la plus bombée et immédiatement on vit s'écouler un liquide lactescent qui n'était pas du pus, bien qu'au premier abord on eût pu le confondre avec du pus; c'était un liquide beaucoup plus fluide que du pus et surtout il présentait un aspect huileux que l'on ne rencontre pas dans le pus; il y avait de fines petites bulles réfringentes qui avaient juste les dimensions les plus petites qu'il fût possible pour être encore vues à l'œil nu; d'ailleurs, à l'examen microscopique de ce liquide on trouvait qu'il était constitué par des cellules absolument surchargées de gouttelettes graisseuses et ces cellules avaient perdu tout caractère permettant de les reconnaître. Après l'issue du liquide la petite tumeur s'était affaissée et on voyait à son intérieur une paroi assez lisse d'un demi-millimètre d'épaisseur; il s'agissait donc bien d'un petit kyste, mais d'un kyste très adhérent aux tissus voisins et contenant un liquide d'un aspect bien particulier.

Une seconde petite tumeur examinée ensuite présentait un aspect bien différent. Au lieu d'être nettement arrondie et enkystée elle était diffuse et se perdait graduellement dans le tissu fibreux environnant sans qu'il fût possible de lui assigner une limite bien nette; le centre était constitué par un noyau très dur dans lequel on percevait même un assez grand nombre de grains calcaires; la tumeur adhérait à la peau qui, au niveau de la surface d'adhérence, était ridée, comme une pelure d'orange.

En examinant d'autres petites tumeurs on en trouvait qui n'étaient pas encore envahies par le processus de calcification et qui étaient simplement fibreuses.

En tenant compte des différents aspects de ces petites tumeurs on en arrivait à conclure qu'il s'agissait de productions kystiques au début, qui créaient autour d'elles une réaction inflammatoire dans laquelle elles étaient étouffées; au sein du tissu fibreux qui était venu prendre la place du kyste se déposaient des calcifications. En somme le processus rappelait beaucoup celui que l'on observe dans l'enkystement des parasites, et le processus de crétification faisait penser à ce qui se passe dans les vieux tubercules, les vieilles lésions actinomycosiques, et surtout dans les lésions psorospermiques du lapin produites par la coccidium oviforme; aussi l'idée de rechercher des parasites dans le liquide des kystes a-elle paru très séduisante au premier abord: il a fallu l'impossibilité absolue de trouver des formes nettement parasitaires pour songer à une autre interprétation.

Il fallait aussi ne pas perdre de vue le côté anatomo-pathologique et se rendre compte aux dépens de quels éléments se développaient les kystes; s'agissait-il de dilatation lymphatiques et la tumeur devait-elle rentrer dans le catégorie des lymphangiomes tubéreux kystiques de Kaposi ou bien au contraire était-on en présence de dilatations glandulaires qui pouvaient alors avoir leur point de départ dans les glandes sébacées ou dans les glandes sudoripares? En raison du siège nettement sous-cutané de la tumeur nous pensions avoir affaire à des produits lymphatiques, mais le contrôle microscopique devait nous montrer au contraire que le point de départ était dans les glandes sudoripares. Les premières coupes n'avaient porté que sur du tissu fibreux de réaction et ne pouvaient pas nous satisfaire, mais bientôt il fut possible de trouver au sein de ce tissu fibreux des productions glandulaires qui, par leur aspect de tubes pelotonnés indiquaient bien leur nature sudoripare.

A côté de quelques-unes de ces glandes qui étaient normales il y en avait où l'on voyait la lumière augmenter de dimensions, puis on assistait à une prolifération des cellules épithéliales qui déterminaient des amas cellulaires absolument irréguliers dont on ne pouvait reconnaître la nature que par comparaison avec les cellules des glandes normales; enfin en certains endroits il était possible de voir une véritable édification glandulaire adénomateuse toujours aux dépens de ces mêmes cellules. Sur les coupes où la section avait porté au niveau d'un poil on pouvait voir des glandes sébacées et comparer les cellules de ces glandes à celles qui constituaient le tissu néoformé et on se rendait bien compte de la différence de ces cellules, c'était bien partout à des cellules sudoripares que l'on avait affaire.

Discussion. — A quelle affection devions-nous songer? La maladie à laquelle notre cas ressemble le plus nous paraît être celle que MM. Jacquet et Darier (1) ont décrite sous le nom d'hydradénomes éruptifs, parce que la lésion porte manifestement au début sur les glandes sudoripares et qu'il se développe du tissu adénomateux,

1. Jacquet et Darier, Hydradénomes éruptifs (*Ann. de dermatol.*, 1887).

mais dans notre observation, la calcification survenant presque d'emblée et donnant aux tumeurs un aspect clinique bien spécial, il nous semble qu'n'y a pas là seulement un élément surajouté et qu'il s'agit de quelque chose de différent.

La pathologie des glandes sudoripares est féconde en surprises. Il suffit de parcourir le travail de M. Darier (1) sur l'épithélioma sudoripare pour s'apercevoir que plusieurs auteurs ont attribué aux glandes sudoripares des tumeurs fort différentes les unes des autres, et depuis le travail de M. Darier, MM. Villard et Paviot (2) ont encore décrit une variété nouvelle de tumeur d'origine sudoripare; on ne peut donc pas dire qu'il existe un adénome sudoripare mais bien qu'il y a des adénomes sudoripares. Allons-nous donc prendre rang à côté de tous ceux qui ont décrit des formes nouvelles d'adénomes sudoripares et conclure que nous avons observé la variété d'hydradénomes éruptifs à calcification d'emblée? Nous accepterions volontiers cette solution si nous ne nous sentions aussi sollicités d'un autre côté.

Pourquoi ajouter plus d'importance à la présence de tissu glandulaire qu'à l'infiltration calcaire? et pourquoi ne pas ranger nos tumeurs à côté des tumeurs calcifiées de Malherbe et Chenantais et conclure que nous avons observé une variété de tumeurs calcifiées de la peau, la variété sudoripare?

Et partagés ainsi entre la conception d'un adénome qui s'entoure de calcifications ou de calcifications périglandulaires qui provoquent une édification adénomateuse, frappés de voir que la maladie n'apparaît sous la forme adénomateuse que pendant une courte période, qu'au début elle est un simple kyste et qu'à la fin elle n'est plus qu'une infiltration calcaire où les caractères adénomateux ont disparu, nous pensons qu'une semblable production ne mérite pas le nom de tumeur, et qu'il s'agit d'un processus morbide dystrophique d'une autre catégorie que les néoplasmes.

Nous avons pensé tout d'abord à une lésion parasitaire, ayant eu connaissance du travail de Sanfelice (3) dans lequel cet auteur décrit un *saccharomyces lithogenes* qui donne lieu à l'intérieur des tissus animaux à la formation de masses calcaires. Il est vrai que les néoplasies produites par l'inoculation expérimentale du saccharomyces lithogenes sont bien différentes de nos tumeurs puisque la production calcaire est sous-cutanée et qu'elle infecte les ganglions, mais savons-nous ce que ferait ce parasite s'il pénétrait dans une glande sudoripare? Nous n'avons pas trouvé le saccharomyces lithogenes mais au moment où nous avions des tumeurs fraîches et que nous faisions des examens directs nous n'en avions pas connaissance et nous cherchions des psorospermies, et d'ailleurs qu'y a-t-il de bien probant dans le résultat négatif de la recherche de parasites que l'on ne connaît pas? Il reste par conséquent un doute dans notre esprit et nous ne nous prononçons pas d'une façon définitive en faveur d'une dystrophie spéciale ou en faveur d'une lésion parasitaire, mais qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces hypothèses, ce que nous considérons comme certain c'est qu'il ne s'agit pas d'une tumeur.

Evidemment les anatomo-pathologistes, qui n'ont pas le même langage que nous, qui considèrent la maladie kystique du sein comme un adénome et ne voient pas dans la forme kystique (Reclus) et dans la forme noueuse (Phocas) deux modes d'évolution différente d'une même dystrophie qui doit être distraite du cadre des tumeurs bien que cette dystrophie soit très fréquemment le point de départ de dégénérescences adénomateuses ou cancéreuses, en un mot ceux qui appellent volontiers tumeur tout ce qui est gros et qui n'est pas nettement parasitaire, ceux-là ne comprendront pas pourquoi nous disons que nous n'avons pas été en présence de tumeurs. Mais nous avons des tumeurs la conception restreinte qui a été bien définie par M. Bard, et nous sortons du cadre des tumeurs vraies tout ce qui ne correspond pas à un type cellulaire bien précis, tout en admettant qu'il peut y avoir des maladies des tumeurs.

Parmi les types de dystrophies connus c'est à la maladie kystique du sein que nos petites néoplasies ressemblent le plus et, comme nous sommes convaincus de l'entité clinique et anatomo-pathologique de la maladie de Reclus, nous pensons que nous devons rapprocher de cette maladie celle qu'il nous a été donné d'observer; et ayant à choisir entre ces deux appellations : *hydradénomes éruptifs calcifiés* et *maladie kystique, noueuse et calcaire des glandes sudoripares*, nous préférons la seconde parce qu'elle ne préjuge rien, et qu'elle nous paraît surtout plus conforme à la réalité, puisque, nous l'avons déjà dit, la phase adénomateuse est transitoire dans nos petites tumeurs. En ce qui concerne la nature parasitaire de cette affection nous pensons qu'il faut mettre là un grand point d'interrogation.

1. Darier, Epithélioma des glandes sudoripares (*Arch. de méd. expér.*, vol. I, 1889).
2. Villard et Paviot, Tumeur sudoripare næviforme (*Prov. médicale*, 1896, p. 340).
3. Sanfelice, Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten (*Zeitschrift f. Hyg.*, t. XXI et XXII; *Rev. des sc. méd.*, 1897, L, p. 64).

REVUE GÉNÉRALE

Des associations microbiennes dans la diphthérie au point de vue clinique et bactériologique.

Rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*,

Par le Dr Henri Méry,

Professeur agrégé de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux.

Sous le nom de diphthéries associées, on est convenu d'étudier les associations du bacille de Löffler et des microbes pathogènes, nos commensaux habituels comme le streptocoque, le pneumocoque, le colibacille, etc. Mais il est tout d'abord nécessaire de s'entendre sur le sens exact du terme d'association. Il s'agit non pas de la juxtaposition, de la coexistence sur un même individu de deux microorganismes, mais de leur action pathogène commune combinée sur l'organisme. C'est cette action pathogène combinée, cette symbiose, qu'il faut prouver, si l'on veut démontrer l'existence de l'association morbide.

Ces associations peuvent se faire au début de la maladie principale : infections mixtes; ou bien pendant l'évolution de cette maladie : infections surajoutées.

Il n'est pas très aisé de démontrer cette symbiose, cette synergie pathogène pour les raisons suivantes ; la présence constante, à titre d'hôtes habituels de nos cavités, de ces divers microbes, fait qu'on se trouve souvent amené à confondre coexistence et association. La constatation de la virulence du germe n'est même pas une preuve de son action pathogène puisque l'on sait que nous possédons à l'état de parfaite santé des streptocoques et pneumocoques virulents dans la cavité buccale. D'autre part, le défaut de caractères spécifiques nets dans leurs effets sur l'organisme, dans les lésions, dans les réactions qu'ils provoquent font que les types cliniques correspondant à ces

associations seront d'une très grande difficulté à établir. On voit déjà à quels gros obstacles on va se heurter quand on voudra définir l'équivalent bactériologique et clinique de ces associations.

Preuves du rôle pathogène des associations. — Expérimentation. — Anatomie pathologique.

Le rôle pathogène des associations dans la diphthérie et son importance ont été établis :

1° Par des faits d'ordre expérimental;

2° Par des faits anatomo-pathologiques;

3° Par des observations cliniques et de bactériologie clinique.

Association du streptocoque et du bacille diphthérique. Étude expérimentale des associations. — Il faut rappeler tout d'abord l'expérience capitale de MM. Roux et Yersin.

M. Roux isole d'une diphthérie bénigne des colonies ne donnant au cobaye qu'un petit œdème durant 2 à 3 jours. D'autre part, il prend un streptocoque d'érisypèle tuant le lapin en 12 à 15 heures.

Le 15 décembre 1889, deux cobayes reçoivent sous la peau un 1/2 centimètre cube de culture de ce streptocoque.

Deux cobayes reçoivent un 1/2 centimètre cube de bacille diphthérique peu atténué.

Deux cobayes reçoivent un centimètre cube du mélange à parties égales des deux cultures.

Les deux derniers meurent le 17 décembre, les autres n'ont qu'une lésion locale et survivent.

Le bacille retiré des deux cas mortels présente une exagération de sa virulence, il tue ensuite en 36 heures; il a subi corrélativement une augmentation de sa propriété toxigène.

Cette expérience fondamentale a été répétée par Barbier, par Babès, par Funk et par d'autres.

Schreider a montré que les toxalbumoses précipitées par l'alcool, d'une culture mélangée de bacilles de Löffler et de streptocoques, étaient plus actives que celles du bacille seul.

Nous avons vu que M. Roux admet le plus souvent une augmentation de virulence et de pouvoir toxigène conféré au bacille diphthérique par l'association avec le streptocoque. Funk se demande si le streptocoque ne rend pas l'organisme plus réceptif sans agir sur le poison produit. Il conclut qu'il y a une action des streptocoques favorisant la production du poison diphthérique, mais moindre que ne l'avaient signalé les auteurs qui l'ont précédé.

D'ailleurs, certains faits observés par M. Martin semblent montrer que l'association peut, jusqu'à un certain point, agir en diminuant la résistance organique. Ce sont des faits observés pour la rougeole, où la diphthérie secondaire présente si souvent le bacille court. Malgré la gravité de ces diphthéries, ce bacille ne voit pas sa virulence augmentée ou très passagèrement. Le bacille tiré de la diphthérie la plus grave souvent ne tue pas le cobaye, ou bien s'il exerce une action il la perd rapidement par ses passages successifs chez l'animal. (Observations personnelles.)

Il semble qu'il s'agisse en pareil cas plutôt d'une diminution de résistance de l'organisme que d'augmentation de virulence ou toxicité. Les associations peuvent donc agir selon les deux modes que nous indiquons.

Un fait intéressant récemment rapporté démontre encore cette diminution de la résistance organique due à la symbiose strepto-diphthérique. M. Cuoghi-Costantini (« Pathogénie de la septicémie diphthérique») a montré que lorsqu'on inocule des cultures diphthériques pures à des animaux bien portants l'invasion microbienne reste toujours limitée à la région inoculée.

Au contraire, lors d'inoculations mixtes de cultures diphthériques avec des cultures de streptocoques et de staphylocoques, cette inoculation a été suivie de dissémination des bacilles de Löffler dans l'organisme. Ce serait là une nouvelle façon d'expliquer la pathogénie et la gravité de certaines infections mixtes dans la diphthérie.

Ces résultats ont été confirmés par les travaux entrepris à l'Institut Pasteur (1) et viennent éclairer les faits d'observations anatomo-pathologiques de M. Barbier, signalant dans certains cas, chez l'homme, l'envahissement des viscères par le bacille diphthérique. Voilà donc une nouvelle conséquence fort importante des associations, permettant la généralisation du bacille diphthérique.

De Blasi et Russo-Travali ont montré expérimentalement la gravité de l'association du coli-bacille et du bacille diphthérique.

L'injection simultanée de cultures de coli-bacilles et de toxines diphthériques accélère la mort de l'animal, qui survivait avec la culture seule à la même dose. Tous ces résultats expérimentaux démontrent de la façon la plus positive le rôle pathogène des associations.

Faits anatomo-pathologiques. — L'anatomie pathologique vient fournir des arguments de premier ordre pour l'existence et le rôle pathogène des associations dans la diphthérie. En effet, les lésions que l'on constate dans ces diphthéries sont différentes de celles de la diphthérie pure, et d'autre part, on a retrouvé au niveau des lésions les microbes d'association (Présence du streptocoque dans le sang, dans les ganglions, dans les articulations, etc.)

Expérimentalement on a pu montrer combien les lésions de la diphthérie pure différaient de celles des diphthéries associées. Ces études ont été faites en particulier par M. Binaud, à l'Institut Pasteur, et relatées par M. Martin dans le *Traité des maladies de l'enfance*. On retrouve dans la diphthérie associée expérimentale, l'envahissement des parties profondes de la membrane et de la muqueuse sous-jacente par les streptocoques.

L'étude des lésions de la diphthérie humaine n'a pas moins été féconde en résultats. Au niveau de la lésion de la gorge, on voit tout d'abord quelles différences présentent au point de vue macroscopique les fausses membranes dans les deux cas. L'étude des coupes histologiques montre à ce point de vue les différences les plus considérables ; il n'y a plus une couche superficielle de microbes; dans les diphthéries associées on voit les cocci pénétrer profondément entre les cellules de la fausse membrane et même dans la muqueuse. Il semble qu'on suive là, pas à pas, l'envahissement du microbe d'infection secondaire, qui de là peut envahir l'organisme par diverses étapes, où l'on peut le retrouver : dans les ganglions, dans le sang, amenant alors une infection généralisée, dans les séreuses pleurales péricardiques, dans les poumons, dans les reins, etc.

Ces constatations anatomo-pathologiques faites chez l'homme prouvent de la façon la plus irréfutable l'existence des associations et c'est à ce titre que l'étude histologique de la lésion locale, de la fausse membrane présente une si grande importance. A ces arguments anatomo-pathologiques viennent se joindre les phénomènes cliniques que M. Grancher avait réunis avant toute investigation bactériologique et qui acquièrent la plus grande valeur par la constatation répétée de leur coexistence avec les lésions que nous venons de passer en revue.

La constatation répétée dans ces formes cliniques, par l'analyse bactériologique, de la coexistence du streptocoque en quantité notable avec le bacille diphthérique, est aussi un fait d'observation qui vient encore militer en faveur du rôle pathogène des microbes.

Tous ces arguments cliniques, bactériologiques, anatomo-pathologiques, joints à la preuve expérimentale ne permettent pas de douter du rôle pathogène de ces associations et de leur importance.

Diagnostic bactériologique des associations.

Quels moyens possédons-nous pour arriver pratiquement au diagnostic de ces associations? Ce sont, d'une part, l'investigation bactériologique, d'autre part, l'étude des symptômes cliniques. Nous allons exposer maintenant les résultats fournis par ces deux méthodes d'examen.

Diagnostic bactériologique. — Comme pour le diagnostic bactériologique de la diphthérie, les méthodes d'examen sont les suivantes : *Examen direct des fausses membranes, cultures, étude macroscopique et microscopique,* enfin *recherche de la virulence.* Il faut se rappeler en outre que nous avons à démontrer non pas simplement la coexistence, mais l'action pathogène combinée, l'association. D'autre part, la présence possible à l'état normal, des divers microbes d'association dans la cavité buccale,

1. Métin, *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 septembre 1898.

rendra encore l'investigation bactériologique au point de vue de l'association la plus importante, la strepto-diphthérie.

Les cultures d'exsudat sur gélose fournissent au streptocoque un terrain presque trop favorable; toutes les gorges en donneront plus ou moins. Les derniers examens rapportés par M. Lemoine le prouvent une fois de plus. Il est impossible de tirer de ce procédé une indication quelconque au point de vue de l'action pathogène du streptocoque; le seul avantage des cultures sera de permettre un isolement plus facile des colonies, si on veut étudier leur virulence.

C'est aux *cultures sur sérum* que l'on s'adresse le plus habituellement, et on procède à leur examen macroscopique et microscopique. Macroscopiquement, les colonies si ténues peuvent quelquefois échapper aux yeux, surtout si le sérum est opaque; d'autre part, souvent le sérum ne laisse pas pousser les streptocoques, bien qu'ils soient très abondants. Cela dépend soit de la qualité du sérum qui varie avec l'animal qui l'a fourni, soit aussi de la sécheresse de surface du sérum. J'ai pu me rendre compte, à diverses reprises, de l'infidélité du sérum comme terrain de culture en ensemençant du sang de lapin mort d'infection streptococcique ou des culture en bouillon, et en ne voyant pas se développer la moindre colonie. Voilà donc des causes d'erreur qui rendent ce procédé d'examen bien infidèle. Le sérum coagulé n'est pas un milieu de culture idéal et parfait pour le streptocope.

A côté des inconvénients que je viens de montrer, ce fait a aussi ses avantages, car les difficultés de croissance du streptocoque sur le sérum coagulé, permettent d'induire de sa présence, surtout en colonies abondantes, une action pathogène véritable, et c'est là le critérium, tout imparfait qu'il soit, auquel MM. Roux et Martin attachent le plus d'importance.

La recherche de la virulence semble à première vue le critérium parfait qui devrait permettre le diagnostic précis de la strepto-diphthérie. Mais, d'une part, ce ne serait guère là un procédé pratique et rapide, et la virulence établie sur une espèce animale n'est souvent pas en rapport avec la virulence ou l'action pathogène chez l'homme. Enfin, on peut rencontrer dans la gorge des streptocoques virulents, soit à l'état normal, soit avec une angine, sans qu'ils jouent aucun rôle dans cette dernière.

L'*examen direct* des fausses membranes me paraît avoir, en ce qui concerne le diagnostic bactériologique de cette association, une valeur peut-être plus importante. Cet examen peut se faire soit par l'étude de coupes de fausses membranes soit par des frottis.

L'étude des coupes est extrêmement intéressante, surtout au point de vue technique; elle permet de voir ensuite les divers microbes, leur topographie, leur abondance.

Sur des coupes de fausses membranes appartenant à ces diphthéries associées, on peut voir les streptocoques envahissant les parties profondes de la membrane, mélangés à la surface avec les bacilles diphthériques que souvent ils peuvent presque masquer. Leur abondance en pareil cas, la façon dont ils infiltrent diverses couches de la pseudo-membrane, ne permettent pas de douter du rôle pathogène du streptocoque en ce cas. La comparaison des coupes appartenant à ces strepto-diphthéries, et, d'autre part, de coupes de diphthérie pure est des plus instructives et démonstratives. C'est le procédé d'élection, excellent pour l'étude approfondie de quelques cas, mais impossible à utiliser pour un diagnostic rapide.

Les frottis de fausses membranes auront l'avantage de nous donner rapidement des renseignements presque analogues. Ils sont, cela est certain, moins nets, moins faciles à interpréter, mais cependant ils ont, en l'état, une très grande valeur et permettent de contrôler l'infidélité possible des cultures sur sérum. Chacun de ces procédés d'examen ne peut nous fournir le critérium de certitude absolu désiré. M. Barbier lui-même reconnaît que la notion de virulence jointe à celle de présence, n'est pas suffisante pour affirmer l'association.

Nous croyons donc, avec M. Lemoine, qu'en l'état actuel, le diagnostic bactériologique pratique de la strepto-diphthérie doit être basé d'une part sur l'étude des cultures sur sérum, et contrôlé d'autre part par un examen direct, attentif, des frottis de fausses membranes qui permettrait de constater la présence de streptocoques et surtout leur abondance. Tout imparfait qu'il soit, il donne une approximation suffisante du rôle joué par l'association streptococcique.

Le diagnostic bactériologique des autres associations se fera d'après les mêmes procédés et est passible des mêmes critiques.

L'examen direct donnera des renseignements intéressants dans les associations à pneumocoque, en permettant de retrouver le diplocoque lancéolé et sa capsule.

Dans les associations à bacille coli-forme ou à proteus on trouvera des bacilles épais se décolorant par le Gram.

Les résultats de l'examen direct seront beaucoup moins certains en ce qui concerne le staphylocoque, le coccus Brisou; les cultures auront là beaucoup plus d'importance.

Les cultures sur gélose, qui offrent un milieu plus favorable au développement de ces diverses bactéries, pourront être de la plus grande utilité pour une analyse minutieuse, mais il faut se souvenir qu'elles ne donnent de renseignements que sur la présence d'un microbe sans permettre de rien préjuger sur l'existence d'une association véritable.

La bactériologie ne nous fournit donc, pour aucune des variétés d'association, de caractère pathogonomonique; cependant on tire déjà de ces examens des renseignements précieux qui, s'unissant à l'ensemble des symptômes fournis par l'observation clinique, permettent d'asseoir d'une façon certaine le diagnostic des associations.

Diagnostic clinique des associations microbiennes.

Le syndrome clinique des formes associées a été établi grâce aux travaux de MM. Grancher, Sevestre et Barbier.

La mieux étudiée a été celle à streptocoque, la strepto-diphthérie. Voici quels sont ses caractères :

Début. — Le début est brusque; souvent avec le frisson violent des affections streptococciques, il y a en même temps une grosse élévation de température qui peut aller jusqu'à 40°.

Phénomènes locaux. — *Les fausses membranes* sont épaisses, tomenteuses, mollasses, grisâtres ou brun sale, formant bientôt un magma putrilagineux; la fonte des fausses membranes donne lieu à une sanie ichoreuse; on constate également une fétidité particulière de l'haleine.

La gorge présente un aspect ulcéreux particulier, les fausses membranes paraissent reposer sur des ulcérations; sur les parties de la muqueuse où il n'y a pas de fausses membranes, on constate une rougeur bien plus vive que dans la diphthérie pure, il y a quelquefois un œdème local très considérable portant surtout sur la luette, les piliers.

Du côté du nez, on constate du coryza séro-sanguinolent, un jetage abondant avec des ulcérations au pourtour des narines et de la rougeur érisypélateuse de la peau. Du côté du larynx et de la trachée il y a également des modifications importantes; les enfants rendent du pus par le tube ou par la canule, et souvent on voit apparaître des broncho-pneumonies. Du côté des ganglions, alors que dans la diphthérie pure on n'observe qu'un développement modéré, que les ganglions restent toujours isolés, mobiles et roulants sous le doigt, au contraire, dans la strepto-diphthérie ils sont englobés dans une zone d'infiltration œdémateuse qui les réunit et les soude en quelque sorte. Ils sont douloureux à la pression; dans les cas graves on ne les distingue plus au milieu de la gangue mollasse, lardacée, formée par le tissu cellulaire infiltré. Le cou présente alors dans son ensemble une tuméfaction souvent énorme; c'est le cou proconsulaire.

Phénomènes généraux. — La fièvre est bien plus élevée que dans la diphthérie pure, la face est pâle et bouffie, il y a un abattement extrême et des manifestations générales septicémiques ou pyohémiques, symptômes de l'infection qui est venue se joindre à la diphthérie.

Ce sont les manifestations hémorrhagiques diverses, épistaxis, purpura; en d'autres cas des érythèmes, des manifestations douloureuses du côté des articulations, des phénomènes cardiaques (collapsus) une augmentation considérable de l'albuminurie, quelquefois des phénomènes gangréneux du côté de la peau. En d'autres cas, ce sont des phénomènes d'ordre pyohémique, suppurations ganglionnaires, articulaires, otites : en somme tous ces symptômes sont ceux des infections streptococciques qui viennent se surajouter à la diphthérie. La gravité et la rapidité de l'affection sont le plus souvent très considérables.

On peut diviser les formes cliniques des diphthéries associées et en particulier de la strepto-diphthérie en deux groupes prin-

cipaux, suivant que l'union pathogène, la symbiose se borne à produire des modifications locales de l'angine (formes localisées) ou bien qu'elle amène la production de phénomènes générauu septicémiques et pyohémiques.

Formes associées localisées. — Dans la strepto-diphthérie localisée, on ne trouve que des phénomènes locaux présentant à un degré plus ou moins considérable les caractères signalés plus haut (aspect ulcéreux de la gorge, saignant très facilement), mais sans phénomènes généraux indiquant l'existence d'une infection généralisée.

MM. Barbier et Dupuy décrivent, sous le nom de diphthéries associées bénignes, à petits accidents septiques, des diphthéries s'accompagnant d'accidents septiques localisés en dehors de la gorge (ulcération des commissures labiales, otites, impétigo).

Formes associées généralisées. — *Strepto-diphthérie infectieuse aiguë et suraiguë* de M. Sevestre. A côté des modifications locales que présentent à leur maximum les caractères donnés plus haut — tuméfaction douloureuse de la gorge, aspect ulcéreux, putrilagineux des fausses membranes; écoulement de sanie mélangée de sang, fétidité de l'haleine, jetage nasal abondant; ulcérations du pourtour des narines; œdème périganglionnaire et cou proconsulaire — dès le début, se voient les modifications graves de l'état général : pâleur de la face et prostration énorme, albuminurie considérable, diarrhée fétide, petitesse et grande fréquence du pouls, hémorrhagies par diverses voies (épistaxis, purpura), de sorte qu'on peut décrire les formes hémorrhagiques. En d'autres cas, on observe des éruptions érythémateuses.

La maladie évolue quelquefois en 24, 48 heures, avec des allures de septicémie suraiguë.

A côté de la forme septicémique, on peut observer la forme pyohémique plus lente. On voit se développer à la suite de la maladie des complications suppuratives diverses : suppurations ganglionnaires, otites, arthrites suppurées.

M. Sevestre décrit aussi une strepto-diphthérie infectieuse à marche lente, les accidents septiques se montrent moins rapidement, mais l'angine a dès le début le caractère de la strepto-diphthérie.

Dans d'autres cas, l'angine a dans sa première période tous les caractères de la diphthérie pure, et les phénomènes septiques n'apparaissent que secondairement. Il s'agit là de streptococcie secondaire à la diphthérie.

Les diphthéries secondaires (rougeole, scarlatine) sont également des diphthéries associées, le plus souvent, des strepto-diphthéries; nous ne pouvons insister sur leur caractère clinique.

M. Barbier distingue trois formes parmi les associations graves : 1° Des associations graves avec prédominance d'accidents diphthériques; 2° Des associations graves avec prédominance d'accidents septiques; 3° L'infection diphthérique et septique grave simultanées.

C'est à l'association du streptocoque et du bacille diphthérique que correspondent les symptômes et les formes cliniques que nous venons de passer en revue.

L'étude clinique des autres variétés d'associations est encore à peine ébauchée et entourée de beaucoup d'obscurité. Il serait très téméraire d'essayer un diagnostic clinique différentiel.

Cependant la *staphylo-diphthérie* paraît dans ses formes généralisées moins grave et d'évolution moins rapide que la strepto-diphthérie.

Les fausses membranes présentent un caractère pultacé, qui rappelle les plaques diphthéroïdes de la stomatite impétigineuse.

Dans les associations à *bacilles coliformes*, les fausses membranes sont très épaisses, très envahissantes, à odeur nauséabonde.

Les accidents généraux rappellent ceux des strepto-diphthéries infectieuses.

L'association avec le *proteus* donnerait lieu à des formes gangréneuses.

Dans ces formes, on a fait également jouer un rôle aux microbes anaérobies, l'étude de leur rôle est encore extrêmement incomplète.

Pour toutes ces variétés, seule la bactériologie permettra le diagnostic différentiel.

On voit que malgré les renseignements intéressants fournis par l'analyse clinique, on ne trouve pas encore là de signes pathognomoniques, puisque la physionomie clinique de deux angines diphthériques associées différentes (coli-bacillaire ou strepto-diphthérique) peut être absolument identique.

Comme l'ont dit M. Sevestre et M. Barbier, seule l'union féconde de la bactériologie et de la clinique permet d'arriver actuellement à un diagnostic approximatif, d'ailleurs très suffisant, des associations microbiennes à la diphthérie. Sans doute, il serait préférable de posséder une réaction spécifique, un séro-diagnostic, que nous donnera peut-être un jour l'étude de plus en plus précise des divers microbes d'association, streptocoque, colibacille; mais l'espérance en est encore lointaine, précisément à cause du manque de caractères spécifiques de ces divers microbes.

Nous tenons à le répéter en terminant ce chapitre de clinique, la bactériologie et la clinique se doivent un mutuel appui : isolées, aucun diagnostic précis d'association n'est possible. Si la clinique fournit des renseignements nous permettant d'affirmer que la diphthérie n'est pas pure (et cela la clinique l'avait montré avant toute recherche bactériologique), seule la bactériologie nous permet de mettre l'étiquette exacte sur cette association, de savoir si c'est le streptocoque ou le colibacille qui est en cause.

Cela a une importance de premier ordre au point de vue du traitement si on veut opposer à l'infection associée le sérum qui lui convient.

Le pronostic et la gravité habituelle des formes associées découlent suffisamment des descriptions précédentes.

Exagération de la virulence des microbes associés, diminution de la résistance de l'organisme, possibilité de la généralisation dans les viscères, du bacille diphthérique, tout cela nous explique suffisamment le rôle grave joué par les associations dans la diphthérie.

L'étiologie des formes associées est fort obscure, et sauf les cas où une maladie associée comme la rougeole, la scarlatine, en exaltant la virulence des germes de la cavité buccale exerce une influence indiscutable, le plus souvent les conditions qui président à la naissance des associations sont bien peu connues : terrain, virulence exagérée des germes, encombrement...

Traitement des diphthéries associées.

Dans le traitement des diphthéries associées on doit considérer la part qui revient à l'infection diphthérique elle-même et celle qui concerne l'infection associée. En ce qui regarde l'infection diphthérique, il est certain que l'action du sérum de Roux n'est en rien entravée du fait de l'association, que ses indications restent les mêmes; cependant, à cause de la gravité plus grande de l'affection on sera obligé de donner des quantités plus considérables de sérum. Cette nécessité de donner de plus grandes quantités de sérum dans les diphthéries associées, a été démontrée expérimentalement par M. Roux. (Rapport sur les sérums antitoxiques, *Congrès de Buda-Pesth.*)

La quantité de sérum antitoxique suffisante à protéger les cobayes sains contre une dose déterminée de toxine tétanique n'agit plus si les animaux ont été infectés antérieurement par le vibrion de Massawah, ou bien avec les produits microbiens du bacille de Kiel, du bacterium coli, etc.

La même démonstration a été faite pour le sérum antidiphthérique. La dose de sérum amplement suffisante à préserver les cobayes neufs contre une dose mortelle de toxine ne retarde pas la mort des cobayes de même poids qui ont subi des inoculations antérieures dont ils sont parfaitement rétablis.

Il faut donc augmenter considérablement les doses de sérum antidiphthérique dans les diphthéries associées.

Les modifications locales que présentent la gorge et les fausses membranes, sous l'influence du traitement par le sérum de Roux, sont également différentes dans les formes associées. Le soulèvement, l'aspect blanc de neige des fausses membranes qui ont subi l'action du sérum sont beaucoup moins évidents. Les fausses membranes mettent plus de temps à se détacher, elles se reproduisent et souvent, à mesure qu'elles se reproduisent, elles perdent le caractère de fausses membranes diphthériques pour prendre le caractère de fausses membranes streptococciques avec leur aspect grisâtre, mollasse, reposant sur un fond ulcéreux, saignant facilement.

Le sérum ne peut plus rien sur ces fausses membranes dans lesquelles le bacille diphthérique ne joue plus aucun rôle. On peut en multiplier les doses, l'aspect de la gorge ne se modifie plus; c'est alors qu'apparaissent généralement les accidents graves d'infection streptococcique, c'est celle-là seule qu'il faut combattre en ce moment. — Il est nécessaire de bien connaître cette seconde période des angines associées où le traitement de l'affection primitive doit s'effacer devant le traitement de l'infection surajoutée. Si le sérum de Roux doit être donné au début et dans la première période des diphthéries associées à des doses plus élevées que dans les diphthéries pures, il faut se rappeler qu'à un moment donné son emploi peut devenir inutile.

Comment traiter l'infection associée? Deux voies s'offrent à nous; l'emploi de sérums thérapeutiques spéciaux au microbe associé tel que le sérum antistreptococcique. On voit là de quelle importance est le diagnostic bactériologique exact de la variété d'association. Le sérum de Marmorek a déjà été employé et a donné des résultats intéressants qui permettent d'espérer quelque chose de cette voie thérapeutique.

La seconde voie c'est l'emploi local des antiseptiques. M. Barbier y attache la plus grosse importance dans les diphthéries associées. Avec M. Roux et M. Martin, nous pensons qu'on peut employer tous les antiseptiques locaux à condition que ces antiseptiques ne lèsent pas la muqueuse. M. Roux donne la préférence à l'emploi de l'eau bouillie et à la liqueur de Labarraque.

On mettra en œuvre, bien entendu, en même temps, tous les moyens dont nous disposons pour relever les forces, l'état général, le cœur.

A propos du traitement de la diphthérie associée, il est nécessaire de rappeler que, d'après M. Roux, M. Martin, M. Sevestre, les accidents désignés sous le nom d'accidents du sérum, s'observeraient de préférence dans les diphthéries associées. Nous voulons parler de ce que M. Sevestre désigne sous le nom d'accidents tardifs éclatant vers le 13e jour, offrant souvent une certaine gravité. On a en effet trouvé dans la plupart de ces cas, des streptocoques, dans le sang, dans les ganglions, et il est légitime de penser que l'infection streptococcique joue un rôle dans la pathogénie de ces accidents tardifs, mais leur mécanisme est encore bien obscur.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

Mlle Akimoff (Nathalie). *Du scotome central dans les hémorhagies rétiniennes au point de vue de la perception des couleurs.* N° 554. (G. Steinheil.)

M. Terrien (Félix). *Recherches sur la structure de la rétine ciliaire et l'origine des fibres de la zonule de Zinn.* N° 401. (G. Steinheil.)

M. Saurel (Georges). *Du pouls lent en général et en particulier dans le surmenage et l'anémie.* N° 501. (Carré et Naud.)

M. Pouzin (Athanase). *Du pouls lent permanent et des bruits surajoutés pendant le grand silence.* N° 524. (H. Jouve.)

M. Bobo (Rosalvo). *De la rupture spontanée de l'aorte et de ses anévrysmes dans le péricarde.* N° 470. (Steinheil.)

M. Bodin (Louis). *Le proteus.* N° 522. (H. Jouve.)

M. Pion (L.-J.). *Contribution à l'étude chimique du poison thyphoïdique.* N° 588. (G. Carré et Naud.)

M. Rothschild (Henri de). *Les troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge.* N° 434. (G. Masson.)

M. Ablon. *Des fibromes embryonnaires (sarcomes) de l'intestin chez les enfants.* N° 422. (Bordier et Michalon.)

M. Casacca (S. P. A.). *Le coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né.* N° (H. Jouve.)

M. Séjourné (Léon). *Fièvre antiléenne dite fièvre jaune. Contribution à l'étude clinique de quelques formes et essai thérapeutique d'après l'épidémie de Port-au-Prince (Haïti).* N° 551. (Ollier-Henry.)

M. Hentgen (Léon). *Contribution à l'étude des angines chez l'adulte.* N° 556. (H. Jouve.)

M. Lévy (Jules). *De l'ictère infectieux chronique splénomégalique.* N° 531. (Steinheil.)

M. Templier (Joseph-Edmond). *De la gastro-entérite des nourrissons (étude critique).* N° 495. (Soc. d'éd. scientif.)

M. Lenoble (Edmond). *Étude sur quelques septicémies du nourrisson.* N° 632. (Carré et Naud.)

Les hémorrhagies de la rétine, situées près de la macula ou la macula elle-même, conclut Mlle Akimoff, produisent un scotome central. Ce scotome diffère pour les différentes couleurs par sa grandeur, sa forme et sa position.

La dissociation des scotomes pour les diverses couleurs est plus nette dans les hémorrhagies anciennes que dans les hémorrhagies anciennes.

Ces faits ne peuvent pas être expliqués par la théorie de Hering pour la perception des couleurs. Ils peuvent s'expliquer, au contraire, par la théorie de Joung-Helmholtz.

De ses recherches, M. Terrien conclut que la rétine ciliaire, étendue de l'ora serrata à l'angle cilio-irien, est formée de deux couches de cellules.

L'externe, pigmentée, n'est autre que l'épithélium pigmentaire de la rétine qui se poursuit jusqu'au bord pupillaire et représente le feuillet proximal de la vésicule oculaire secondaire.

L'interne est formée de cellules claires, cylindriques, très hautes sur la portion plane, cubiques sur la partie plissée, et de fibres de soutien. Elle représente à elle seule les neuf autres couches de la rétine, c'est-à-dire le feuillet distal de la vésicule oculaire secondaire. Au niveau de l'ora serrata, la rétine physiologique présente une dépression brusque et la couche des grains internes persiste seule avec les fibres de soutien pour se continuer avec la couche des cellules claires. Cette disposition, difficile à voir chez l'homme adulte, est très nette chez le fœtus et chez certains animaux, la poule en particulier. Un peu avant sa terminaison, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la paroi postérieure de l'angle irien, les cellules claires se chargent de pigment et se confondent avec la couche pigmentée. La lame vitrée de la choroïde se continue au delà de l'ora serrata et forme la limite externe de la rétine ciliaire qu'elle sépare du stroma choroïdien.

La limitante interne n'existe pas, en tant que membrane basale comme on le décrit généralement. Les fibres de soutien traversent les deux couches de la rétine ciliaire et vont s'insérer en dehors à la lame vitrée de la choroïde; en dedans, elles se terminent par une base élargie et forment par leur réunion une limitante interne là seulement où il n'y a pas de fibres zonulaires; partout ailleurs elles se confondent avec ces dernières et la limitante n'existe pas.

Les fibres de la zonule naissent toutes de la rétine ciliaire, un peu en avant de l'ora serrata, aucune ne vient du vitré.

Au niveau de la rétine ciliaire, elles ne s'arrêtent pas à la membrane basale décrite généralement et qui n'existe pas en réalité. Arrivées à peu de distance des cellules claires, elles se dissocient en un pinceau de fibrilles dont chacune pénètre dans l'interstice limité par deux cellules contiguës, traverse la couche pigmentée et va s'insérer à la face interne de la lame vitrée de la choroïde qui présente à ce niveau une série d'élevures et de dépressions. Les fibres de la zonule se comportent donc en tous points comme des fibres de soutien qui iraient se perdre la plupart sur le cristallin, quelques-unes sur la membrane hyoloïde, d'autres sur la rétine ciliaire elle-même.

On peut ainsi considérer les fibres de la zonule comme des fibres de Müller extrêmement allongées. L'embryologie ne permet pas encore de trancher la question, mais il semble difficile de les faire provenir du corps vitré. Bien au contraire, elles semblent se développer de la périphérie vers le centre, c'est-à-

dire de la rétine ciliaire vers le cristallin et apparaissent tardivement (4e mois). Les fibrilles de la zonule seraient donc d'origine ectodermique comme la rétine elle-même et cette manière de voir diffère beaucoup de celle admise en général qui les fait provenir du corps vitré.

M. Saurel montre que le pouls lent permanent constitue réellement une maladie distincte du pouls ralenti, qu'on observe dans différentes circonstances (intoxications, convalescences, etc).

Des trois principales théories émises, la théorie bulbo-médullaire soutenue par Charcot est celle qui lui paraît capable d'expliquer le plus grand nombre de faits. Les deux autres, cardiaque et vasculaire, peuvent d'ailleurs y être rattachées indirectement.

Des causes multiples peuvent donner naissance au ralentissement du pouls. Parmi les plus fréquentes se trouvent l'anémie et le surmenage physique. Ces deux facteurs existent quelquefois isolés, mais le plus souvent combinés.

L'absence de manifestations syncopales et épileptiformes, l'état de la pression artérielle, les signes cardiaques, le pronostic et, en partie le traitement, séparent nettement cette variété du syndrome Stokes-Adams.

L'anémie semble agir pour ralentir le pouls, comme l'artériosclérose, par ischémie bulbaire. Quant au surmenage, le pouls ralenti qu'on y observe semble à l'auteur le résultat d'une autointoxication, déterminée par les produits de désassimilation musculaire.

La maladie de Stokes-Adams, conclut M. Pouzin, est caractérisée par un ensemble de symptômes principaux qui sont la lenteur permanente du pouls, les accès syncopaux et épileptiformes, enfin le coma.

Après avoir rappelé sa pathogénie et ses symptômes habituels, l'auteur insiste surtout sur la fréquence des bruits surajoutés autres que les souffles dus à des lésions valvulaires.

Les uns sont des souffles cardio-pulmonaires qui présentent ici leurs caractères habituels. Les autres sont praticuliers à la maladie de Stokes-Adams. Ce sont des bruits faibles, s'entendant dans le grand silence. Lorsque le siège de leur maximum d'intensité a été noté, il se rapprochait des foyers d'auscultation des orifices auriculo-ventriculaires. Ces bruits sont accompagnés de soulèvement des jugulaires. Une cause commune produit ces deux phénomènes comme le prouve, entre autres choses, leur apparition et leur disparition simultanée qui a pu être constatée. Cette cause commune est la contraction de l'oreillette. Mais cette contraction auriculaire ne saurait être sonore par elle-même : la physiologie et l'observation des faits montrent en effet que la systole auriculaire est silencieuse. Le bruit surajouté est produit par l'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires qui suit immédiatement la systole de l'oreillette et accompagne le début de sa diastole. Ce bruit est donc l'analogue du premier bruit du cœur.

Il est nécessaire pour que l'aorte se rompe que ses parois soient le siège d'altérations. Ces altérations sont, dans l'immense majorité des cas, l'athérome à ses divers stades; viennent en second lieu les néoplasies syphilitiques et enfin les néoplasies cancéreuses. M. Bono conclut que la rupture de l'aorte athéromateuse et non dilatée se fait généralement en deux temps. La mort est lente. La rupture de l'aorte athéromateuse et dilatée se fait plus souvent en un temps qu'en deux temps; dans le premier cas, la mort est brusque, dans le second, elle est ordinairement très lente.

Quant à la rupture des anévrysmes de l'aorte, elle se fait presque toujours en un temps et la mort est le plus souvent foudroyante.

La rupture des tuniques interne et moyenne des aortes athéromateuses et non dilatées est généralement suivie de la formation d'un anévrysme disséquant à poche bien nette, par décollement de la tunique adventice.

La rupture des tuniques internes des aortes athéromateuses et dilatées est généralement suivie d'une infiltration des parois artérielles.

La rupture de la tunique interne est le plus souvent transversale et siège indifféremment en avant ou en arrière. Elle est ordinairement large.

La rupture de la tunique externe est le plus souvent postérieure, verticale et à bords nets. Large, quand elle est consécutive à un anévrysme disséquant, elle est petite, infime dans les cas de simple infiltration des tuniques artérielles.

Les cas de rupture d'anévrysmes intra-péricardiques ou à la fois intra- et extra-péricardiques dans le péricarde sont fréquents. Les cas de rupture dans le péricarde des anévrysmes extra-péricardiques, surtout ceux de la crosse, sont des plus rares.

Le diagnostic de l'épanchement péricardique peut être fait dans un bon nombre des cas avant et après la mort, sans autopsie, par la matité notable de la région précordiale. La prophylaxie, la thérapeutique sont nulles, le pronostic fatal, mais une survie de quelques heures ou de quelques jours est chose fréquente.

La rapidité de la mort, une fois l'épanchement commencé, dépend de la plus ou moins grande résistance du myocarde à la tension intra-péricardique graduelle.

Le proteus vulgaris, étudié par M. Louis Bodin est généralement inoffensif, mais peut devenir dangereux sous certaines conditions (affaiblissement du terrain et surtout associations microbiennes).

Il se rencontre un peu partout (air, eau, matières en putréfactions, vieux vêtements et intestin normal). L'auteur en étudie les principaux caractères bactériologiques et montre que cliniquement, le proteus peut acquérir chez l'individu une virulence plus ou moins forte et donner naissance à des manifestations pathologiques variables selon la virulence et selon l'organe affecté :

Dans l'intestin, chez l'adulte, des entérites hémorrhagiques et de la dysenterie. Chez le nourrisson, des gastro-entérites.

De l'intestin, le proteus peut remonter dans les voies biliaires, et donner naissance, suivant sa virulence : à une infection biliaire simple; à un ictère infectieux léger; à une maladie de Weill; à un ictère grave.

En dehors de l'intestin, il peut intervenir dans la production des pleurésies purulentes putrides et de la gangrène du poumon; des phlegmons putrides et des panaris; des cystites; des méningites putrides et des mastoïdites suppurées; des angines.

Chez la femme : des endométrites et des abcès pelviens.

L'auteur remarque néanmoins que si, dans ces diverses manifestations le proteus a pu être considéré par les différents auteurs comme l'agent causal, soit qu'il ait été rencontré seul, soit que son rôle ait été favorisé par d'autres microbes, en réalité la plupart de ces affections ne sont pas des maladies à proteus; le proteus trouvé ne présentant pas tous les caractères primordiaux de ce microbe; il est probable, d'autre part, que dans les suppurations fétides où on l'a mis en cause, les anaérobies isolés dans des cas analogues par Veillon et Zuber jouaient un rôle plus important et auraient pu être isolés par une technique appropriée.

Dans ses recherches sur le poison typhoïdique, M. Pion a isolé de la toxine brute un corps tout à fait différent des produits obtenus par les différents auteurs. Ce corps, qu'il considère comme un alcaloïde, n'est pas la véritable substance toxique car il n'a pu obtenir, malgré ses expériences répétées sur les animaux, aucun symptôme clinique de l'affection morbide. Il pense que la substance toxique contenue dans la toxine brute devrait être rangée dans la classe des diastases.

De son important travail auquel il a joint de nombreuses observations et une bibliographie fort complète, M. Henri de Rothschild conclut que les troubles digestifs des enfants du premier âge, ont le plus souvent pour cause une alimentation défectueuse, qu'il s'agisse d'enfants allaités au sein ou d'enfants allaités au biberon. Chez les nourrissons allaités au sein, il s'agit le plus habituellement au début de troubles réflexes, dus à la suralimentation, troubles parfois graves qui peuvent se transformer en gastro-entérite aiguë ou chronique. Chez les nourrissons allaités au biberon (allaitement artificiel), les troubles digestifs peuvent être dus non seulement à une hygiène défectueuse, mais encore à la mauvaise qualité du lait, qui, en été surtout, contient un grand nombre de microorganismes pathogènes. De là le caractère infectieux que prend généralement la gastro-entérite des enfants allaités au biberon.

Le microorganisme pathogène est, le plus souvent le bactérium coli d'Escherich. Dans un petit nombre de cas seulement, l'agent pathogène de l'infection gastro-intestinale peut être un micro-organisme autre que le bacterium coli.

Au point de vue clinique, on doit distinguer deux formes de gastro-entérite :

1° La forme aiguë algide ou pyrétique toujours grave.

2° La forme chronique généralement susceptible de guérir par une hygiène appropriée et une thérapeutique relativement simple.

Le traitement préventif réside essentiellement dans l'hygiène alimentaire des nourrissons. On doit favoriser autant que possible l'allaitement au sein et propager l'emploi du lait stérilisé quand il est matériellement impossible d'avoir recours à l'allaitement au sein. Curatif, le traitement est double : 1° il s'adressera à l'agent pathogène, au coli-bacille, par les antiseptiques intestinaux, les lavages de l'estomac et de l'intestin. L'antitoxine ou sérum curateur permettra d'atténuer l'effet des toxines élaborées par le microbe et les faits de Lesage semblent permettre d'attribuer au sérum une valeur réellement curatrice.

Quant à l'alimentation des nourrissons dyspeptiques, l'auteur admet que dans la très grande majorité des cas le lait pur stérilisé et non coupé d'eau, administré en petites quantités à des intervalles régulièrement espacés, est parfaitement bien toléré même par des nourrissons très jeunes ou nés avant terme.

En résumé c'est surtout au point de vue prophylactique que l'on peut agir d'une façon certaine; au point de vue thérapeutique il est en effet nombre de cas graves dont on ne peut être sûr de triompher.

A côté des lymphomes à forme néoplasique et des adénomes dont l'existence dans le tube digestif des enfants est un fait depuis longtemps démontré, il convient, avec M. Ablon, d'accorder une place aux fibromes embryonnaires (sarcomes). Il a pu en réunir 10 observations dont une inédite due à M. Lancereaux.

La variété de fibrome embryonnaire que l'on rencontre sur l'intestin des enfants paraît être, d'une façon constante, la variété globo-cellulaire.

Celle-ci peut se montrer à toutes les périodes de l'enfance. Elle peut même être congénitale.

Elle est caractérisée par une évolution extraordinairement rapide, conduisant, en général, à la terminaison fatale, 2 mois environ après le début apparent de l'affection.

Au point de vue étiologique, l'hérédité n'est notée dans aucune observation; mais le traumatisme direct a été mentionné deux fois, à titre de cause occasionnelle.

L'existence des foyers métastatiques viscéraux a été notée dans les trois cinquièmes des cas. C'est dans le foie et, en seconde ligne dans les reins que la métastase a paru la plus fréquente.

Le développement de métastases ganglionnaires en des points plus ou moins éloignés du foyer primitif, a été constaté dans une proportion égale à celle des métastases viscérales. Mais, ce n'est que dans un seul cas que l'on a pu observer une véritable généralisation ganglionnaire.

Dans la majorité des cas, l'existence de métastases semblant dater, parfois, d'une époque vraisemblablement peu éloignée de celle à laquelle il était devenu possible de formuler un diagnostic précis et, peut-être aussi, dans une certaine mesure, le développement des adhérences paraissent de nature à diminuer l'espoir que l'on pourrait fonder sur une intervention chirurgicale précoce. Pourtant étant donné qu'il est des cas où la mort survint 5 à 10 mois après la date d'apparition sans qu'il existât de métastases d'aucune sorte, on peut espérer qu'un diagnostic précoce pourrait dans certains cas mener à une thérapeutique heureuse.

Le coryza syphilitique du nouveau-né est une manifestation précoce et fréquente de la syphilis héréditaire, à évolution chronique.

Son diagnostic est souvent possible, et quelquefois même facile avant l'apparition des accidents syphilitiques cutanés pathognomoniques de la syphilis héréditaire. Tout coryza chez le nouveau-né, conclut M. Casacca, dont l'évolution n'est pas terminée en huit jours doit éveiller l'idée de la syphilis; dans certaines circonstances spéciales où le diagnostic est hésitant, on devra recourir au traitement spécifique.

Les lésions ulcéreuses de la muqueuse pituitaire, sont très rares; de même que les lésions osseuses et cartilagineuses.

En revanche le coryza syphilitique du nouveau-né s'accompagne fréquemment de lésions du tissu adénoïde du nasopharynx.

Dans sa thèse M. Séjourné donne une description clinique de la fièvre jaune qu'il étudie d'après les cas observés dans l'épidémie de Port-au-Prince de 1896, et pour laquelle il préfère le nom de fièvre antiléenne, bien que celui-ci ait le tort de m'indiquer qu'un des pays où on l'observe. Il la divise en formes abortive, simple, compliquée, foudroyante.

Etudiant spécialement le traitement, l'auteur, après avoir mentionné les intéressantes recherches qui font espérer que prochainement on pourra faire avec succès la sérothérapie de la fièvre jaune, insiste sur l'utilité des diurétiques aidés par l'entéroclyse et de la balnéation tiède, diurétiques qu'il faut administrer dès le début de la maladie et aussi longtemps qu'on peut le faire, par toutes les voies possibles, en y joignant des médications symptomatiques variables avec l'intensité des diverses manifestations.

M. Hentgen conclut de son travail que le diagnostic bactériologique des angines n'est ni sûr, ni rapide, ni toujours facile; et que la bactériologie clinique n'apporte aucun renseignement quant au pronostic des angines.

On peut généralement faire le diagnostic et poser le pronostic des angines par les seuls secours de la clinique, et si l'angine est cliniquement grave le sérum doit être immédiatement employé; si au contraire l'angine est bénigne et le diagnostic hésitant l'examen bactériologique peut donner des renseignements, mais le diagnostic pour l'auteur perd de son importance, car selon lui le sérum devrait être réservé aux formes graves, et les formes bénignes guériraient, quel que soit le traitement adopté.

M. Jules Lévy admet avec son maître M. Hayem qu'il existe une variété spéciale d'ictère chronique caractérisée au point de vue clinique par :

Un ictère chronique d'une durée indéfinie avec poussées paroxystiques passagères; une hypertrophie modérée, molle, lisse et passagère du foie; une tuméfaction considérable et permanente de la rate avec sclérose progressive et poussées congestives au moment des crises; des troubles digestifs (gastrite parenchymateuse mixte); une anémie ordinairement intense; l'absence d'ascite et de circulation veineuse collatérale. C'est cette variété que M. Hayem dénomme : ictère infectieux chronique splénomégalique à poussées paroxystiques. La cause paraît être une infection ascendante d'origine gastro-intestinale atteignant les grosses voies biliaires.

Cet ictère chronique, que l'on peut considérer comme une maladie de Weil prolongée, doit être distingué avec soin de celui qui provoque la lithiase biliaire.

Le pronostic en est bénin bien qu'assombri par les crises paroxystiques plus ou moins fréquentes qu'on y observe et la possibilité d'altérations hépatiques graves.

Le traitement, exclusivement symptomatique, s'adressera avant tout à l'appareil digestif.

D'après M. Templier, le lait fermenté acide, quel que soit le microbe acidifiant, quelle que soit sa virulence, ne renferme aucun principe toxique. Ce lait altéré *in vitro* ne peut produire de gastro-entérite, pourvu qu'on ait soin de le débarrasser de tous les germes qu'il peut contenir. La théorie de l'auto-intoxication par les acides n'est pas plausible, car l'acide lactique auquel est due l'acidité des organes dans la gastro-entérite n'est pas un poison. Il paraît plutôt devoir être considéré comme un moyen de défense de l'organisme contre l'intoxication. L'examen du contenu intestinal qui est acide ne permet pas de conclure à une auto-intoxication par les alcalins.

Ni l'acide lactique, ni les alcalins ne peuvent suffire à expliquer la maladie. Il semble qu'il faille attribuer aux microbes

agents des fermentations le rôle le plus important dans l'étiologie de la maladie qui serait une véritable infection causée par ces microbes. A part les cas peu fréquents où d'autres microbes (proteus, streptocoque, bacille pyocianique, etc.), peuvent être incriminés, cette infection reconnaît pour cause une race de bactérium coli virulent spéciale aux nourrissons. Ce bactérium coli virulent agit par une toxine soluble qu'il produit dans l'intestin quand le lait a subi l'action des liquides biliaire et pancréatique, c'est-à-dire une peptonisation de la caséine.

Grâce à sa solubilité, cette toxine est rapidement absorbée. M. Lesage a pu reproduire *in vitro*, dans un milieu spécial, cette toxine qui, expérimentée sur des cobayes, donne naissance aux troubles de la gastro-entérite et amène la mort à doses très faibles.

La gastro-entérite des nourrissons est une maladie primitive causée par le développement, dans l'intestin, d'un microbe particulier qui y sécrète sa toxine. Or les septicémies qu'étudie M. Edmond Lenoble peuvent se traduire cliniquement par des troubles digestifs ressemblant à ceux de la gastro-entérite. En l'absence de symptômes surajoutés ou de quelques renseignements pouvant venir des notions étiologiques, la clinique sera souvent impuissante à distinguer ces maladies de la gastro-entérite aiguë.

On pourra établir le diagnostic par l'examen microscopique des matières fécales (examen, agglutination, expérimentation), par l'examen du sang (examen, culture, agglutination), qui, dans certains cas, révèlent la présence de l'agent causal (staphylocoque, streptocoque, colibacille, etc.). De ces constatations dépend l'efficacité du traitement, que ce soit le traitement symptomatique actuel, que ce soit le traitement actuellement à l'étude par les sérums antitoxiques.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Gangrène de la vulve à bacilles diphthériques (Ein Fall von Vulvitis gangraenosa mit Diphteriebacillenbefund), par Freymuth et Petruschky (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 15, p. 232). — L'observation se rapporte à une fillette de trois ans, entrée à l'hôpital avec les signes classiques de la rougeole, et qui, au bout de trois jours, fut atteinte de gangrène de la vule avec envahissement du périnée et de la face interne des cuisses. L'examen bactériologique des lambeaux gangrénés ayant montré la présence des bacilles diphthériques, on fit une injection de sérum antidiphthériques qu'on répéta le lendemain. Vingt-quatre heures après, un sillon d'élimination apparut autour de l'eschare dont l'élimination se fit sans accidents.

Six jours après cette injection, on constata sur les amygdales, jusqu'alors libres, l'apparition de plusieurs fausses membranes. Une nouvelle injection de sérum arrêta leur extension et elles disparurent au bout de quarante-huit heures. L'enfant a guéri.

Endocardite à gonocoques (Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus, etc.), par A. Ghon et F. Schlagenhaufer (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 24, p. 580). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une fille de 18 ans, qui, au cours d'une gonorrhée datant de 8 semaines, est prise de courbature, de fièvre, de frissons, de céphalalgie. A l'hôpital, où elle entre au bout de 4 jours, on trouve, à côté des phénomènes de cystite, un écoulement contenant des gonocoques et on reconnaît l'existence d'une endocardite avec souffle marqué au niveau de l'orifice aortique. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, elle présenta une température à grandes oscillations (37° le matin et 37° ou 40° le soir), l'état s'aggrava progressivement, une gangrène du pied se déclara au 8e jour, et la malade succomba avec des phénomènes de collapsus cardiaque et, une température de 34°1, 15 jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une endocardite récente, particulièrement accusée au niveau des valvules aortiques, dont la droite était presque complètement détruite. Le cœur était atteint de dégénérescence, et, dans la cloison inter-ventriculaire, se trouvait un abcès dont la cavité était remplie de masses grisâtres. L'artère fémorale droite était obstruée par un caillot. Il existait, en outre, un abcès de la paroi postérieure de l'utérus.

L'examen histologique et bactériologique des végétations de l'endocarde a montré la présence exclusive de gonocoques dont les cultures, injectées dans l'urèthre d'un homme, ont provoqué chez ce dernier une uréthrite gonorrhéique typique. Des gonocoques furent encore trouvés dans le contenu de l'abcès du myocarde, dans les sécrétions de l'urèthre et dans le contenu de l'abcès de la paroi postérieure de l'utérus. Le caillot qui oblitérait l'artère fémorale ne contenait pas de bactéries.

CHIRURGIE

Traitement de la péritonite post-opératoire (Zur Behandlung der operativen Peritonitis), par H. Erlach (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 3, p. 50). — L'auteur communique dans son travail plusieurs observations de péritonite opératoire, dont l'étude l'amène à formuler, au point de vue du traitement, les conclusions suivantes :

1° L'état de la plaie abdominale doit, pendant la période post-opératoire, être surveillé avec grand soin. Pour pouvoir faire l'examen de la plaie sans inconvénient pour sa cicatrisation, il est indiqué d'adopter, pour le pansement de la ligne de sutures, la pâte d'airol qui permet de constater *de visu* la formation de toute rougeur nécessitant l'ouverture de la plaie, et d'éviter la formation des abcès pouvant s'ouvrir dans la cavité abdominale;

2° Lorsque les symptômes de péritonite, qui se déclarent après une opération, ne cèdent pas au traitement habituel (opium, glace sur le ventre, lavements) et tendent à s'aggraver, il faut ouvrir et maintenir ouverte la plaie de la paroi abdominale, qu'on recouvrira de gaze stérilisée, qui pourra également servir pour le drainage intra-abdominal;

3° Dans la péritonite puerpérale aiguë, la laparotomie suivie de l'évacuation de l'exsudat et de l'hystérectomie vaginale, destinée à faire disparaître le foyer d'infection, constitue, à l'heure actuelle, l'intervention de choix, dans les cas où les phénomènes morbides restent encore limités à l'utérus et au péritoine;

3° Dans la péritonite puerpérale purulente tardive, il est indiqué d'évacuer l'exsudat par la laparotomie et le drainage de la cavité abdominale.

Résection du sympathique cervical dans l'épilepsie essentielle (Der Werth der Resection des Halssymthicus bei genuiner Epilepsie), par J. Donath (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 16, p. 383). — L'auteur communique, dans son travail, 3 cas d'épilepsie essentielle chez des garçons de 18 à 23 ans, traités par la résection bilatérale des ganglions cervicaux supérieurs et des parties sous-jacentes des sympathiques. Dans les 3 cas, l'effet thérapeutique de l'opération a été absolument nul.

D'après l'auteur, l'échec thérapeutique tiendrait à ce que les phénomènes paralytiques (rougeur de la face, injection de la conjonctive, élévation locale de la température, sudation), qui surviennent du côté des vaisseaux à la suite de la résection du sympathique, disparaissent au bout de 3 jours; et il pense que cette disparition rapide des phénomènes paralytiques est due à ce que les vaisseaux de la tête sont innervés non seulement par les fibres du sympathique, mais reçoivent aussi des fibres venant directement du cerveau, lesquelles possèdent une action vicariante de celle du sympathique sectionné.

Redressement brusque de la gibbosité pottique (Ueber die Calot'sche Behandlung des spondylitischen Buckels), par H. Meyer (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1898, n° 8, p. 225). — L'auteur a fait deux fois le redressement de la gibbosité pottique par le procédé de Calot. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de six ans et demi; la gibbosité, qui occupait la région dorso-lombaire, se reproduisit sous l'appareil, ce que l'on constata quand, au bout de quatre mois, celui-ci fut enlevé pour la première fois. La gibbosité fut réduite une

seconde fois, et lorsque quatre mois après on eut retiré l'appareil, on trouva que la gibbosité avait notablement diminué de volume. Mais l'enfant étant restée huit jours sans appareil, la gibbosité reprit ses dimensions d'avant le redressement.

Dans le second cas, qui se rapporte à un garçon de deux ans, l'appareil fut laissé en place pendant deux mois, et lorsqu'il fut enlevé, on constata que la gibbosité s'était reproduite. Quinze jours plus tard, l'enfant succomba à une coqueluche compliquée d'hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, on trouva une destruction totale de la première vertèbre dorsale et d'une partie de la seconde. Quand on redressait la colonne vertébrale, il se formait entre le 12e vertèbre dorsal et la 2e lombaire une cavité qui mesurait 2 centimètres de hauteur. Il n'y avait pas, à ce niveau, trace d'ostéophytes.

Septicémie à la suite d'un orgelet (Ein Fall von Sepsis nach einem Hordeolum), par A. Guth (*Prag. med. Wochenschr.*, 1898, n° 3, p. 25). — Cette observation se rapporte à une malade qui fut amenée à l'hôpital avec les symptômes classiques de la méningite, développés en trois jours, consécutivement à un orgelet de la paupière droite. Cette femme succomba trois jours après son entrée, sans avoir repris connaissance. L'examen bactériologique du sang, pratiqué le second jour, donna des résultats négatifs.

A l'autopsie, on trouva des abcès multiples de la conjonctive et du ligament large du côté droit, un phlegmon des deux orbites avec thrombose suppurée de la base; des abcès multiples dans les poumons; des hémorrhagies pleurales et cutanées; une tuméfaction de la rate.

Strumite à bacilles pyocyaniques (Eine Beobachtung von Pyocyanaeus-Strumitis), par Lanz (*Corresp.-Bl. f. schweitz. Aerzte*, 1898, n° 5, p. 137). — Il s'agit d'une femme qui, au cours d'une pleurésie métapneumonique, présenta des phénomènes inflammatoires du côté de son goître, qui aboutirent à la formation d'un abcès. Le pus recueilli après l'ouverture de la collection contenait des bacilles pyocyaniques virulents dont l'injection sous-cutanée tuait les lapins dans l'espace de cinq jours.

NEUROPATHOLOGIE

Du ralentissement du pouls chez les neurasthéniques (Ueber ein Pulsphänomen bei Neurastheniken), par S. Erben (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 24 p. 577). — L'auteur attire l'attention sur un phénomène très particulier qu'il a rencontré chez les neurasthéniques, et qui consiste en un ralentissement du pouls survenant chez ces malades quand ils s'accroupissent et quand ils fléchissent le tronc. Si l'on tient le pouls de ces malades pendant qu'ils exécutent ces mouvements, on constate, qu'après 4 à 15 pulsations, le pouls se ralentit brusquement, sans transition; on perçoit alors 3 à 6 pulsations très ralenties, puis le pouls reprend progressivement sa fréquence habituelle. Ce ralentissement du pouls a été observé par l'auteur aussi bien chez les neurasthéniques qui ont normalement un pouls rapide que chez ceux dont le pouls a une fréquence moyenne.

Le ralentissement survient ordinairement après un seul ou deux mouvements de flexion du tronc en avant ou d'accroupissement. Si ce mouvement est répété plus souvent, le ralentissement du pouls devient de moins en moins accusé et finit par ne plus se produire.

Le phénomène de ralentissement du pouls, dans les conditions qui viennent d'être indiquées, ne se produit ni chez les individus normaux, ni chez des individus présentant une tachycardie d'origine diverse (maladie de Basedow, tabès, maladies fébriles, affections cardiaques, lésions rénales, etc.). Il n'existe pas non plus chez les hystériques. Par contre, l'auteur l'a trouvé cinq fois chez 30 aliénés examinés à ce point de vue.

Chez les neurasthéniques, le ralentissement du pouls, avec les caractères indiqués plus haut, se produit encore quand ces malades exécutent un mouvement de flexion de la tête en arrière.

D'après l'auteur, le phénomène du ralentissement du pouls doit être attribué à l'excitation du centre du pneumogastrique par la congestion céphalique qui se produit aussi bien pendant la flexion de la tête en arrière que pendant la flexion du tronc en avant.

Sur un cas de tumeur du cervelet, par F. Raymond (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. IV, p. 214). — La malade (22 ans) a présenté successivement : une certaine difficulté de la *démarche* qui est devenue *titubante;* des maux de tête extrêmement violents des attaques, les unes syncopales, les autres épileptiformes; des accès de vertige, de l'excitation maniaque, de l'agitation nocturne. Après une phase d'accalmie, de très courte durée, la céphalalgie et les phénomènes d'excitation sont rentrés en scène; en même temps que la démarche devenait de plus en plus difficile, l'ouïe et la vue se sont mises à baisser progressivement; au bout de quelques mois la *surdité* et la *cécité* étaient complètes.

La partie la plus remarquable de cette intéressante leçon est la discussion du diagnostic; celui-ci fut confirmé plus tard par l'autopsie qui révéla : une tumeur développée au niveau de la portion antéro-inférieure des deux hémisphères cérébelleux. Chaque hémisphère cérébelleux est coiffé dans son segment antérieur d'une masse grosse comme une petite mandarine. Ces masses se sont creusées, à droite et à gauche, une logette dans la partie latérale correspondante de la protubérance annulaire. Les pédoncules cérébelleux, moyen, supérieur et inférieur sont atteints; les nerfs crâniens bulbaires sont atrophiés en masse des deux côtés.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Novembre 1898.

De la toxicité de l'appendicite.

M. Dieulafoy communique un certain nombre d'observations qui montrent que l'appendicite n'est pas seulement une maladie infectieuse, mais encore une maladie toxique au premier chef.

Cette toxicité, dans sa forme la plus habituelle et la plus bénigne, se traduit par une teinte subictérique de la peau, avec urobilinurie et albuminurie.

Dans les cas plus graves, parfois mortels, on observe une série d'accidents nerveux à forme cérébrale, bulaire ou typhoïde.

Ces accidents toxiques ne doivent pas être confondus avec ceux qui relèvent de l'infection. Dans l'ictère par intoxication, la jaunisse est habituellement légère, l'analyse des urines décèle d'ordinaire l'absence de pigment biliaire et la présence d'urobiline et de pigment brun. Cet ictère par intoxication apparaît dès les premiers jours de l'appendicite; il est le plus souvent le seul témoin de l'adultération hépatique et ne s'accomprgne ni de fièvre, ni de douleurs, ni de symptômes bruyants.

Tout autre est l'ictère consécutif à l'infection du foie par le colibacille; d'abord c'est un ictère vrai, en second lieu, il apparaît assez tardivement, au décours de l'appendicite ou en pleine convalescence; il est précédé de violents frissons, de douleurs à l'hypocondre, d'augmentation de volume du foie, etc., etc.

Ainsi donc, la jaunisse liée à l'appendicite est un symptôme devant être diversement interprété : tantôt l'ictère fait partie d'un syndrome qui révèle une infection hépatique toujours mortelle, tantôt il est le témoin d'une intoxication hépatique légère et curable si l'on intervient à temps. A tous les points de vue, l'ictère toxique doit être différencié de l'ictère infectieux.

La même remarque s'applique aux accidents d'ordre nerveux; les uns sont dus à l'intoxication, les autres à l'infection. D'une façon générale, les seconds sont beaucoup plus tardifs que les premiers et s'accompagnent de phénomènes généraux graves et d'autres foyers infectieux (pneumonies, phlegmons, etc.) qui font défaut lorsqu'il s'agit d'une simple intoxication.

L'appendicite, dit en terminant l'orateur, n'est donc pas seulement redoutable par les infections qu'elle provoque à distance ou sur place : elle est encore dangereuse, parce qu'elle intoxique ses victimes en même temps qu'elle les infecte; parfois même l'intoxication prédomine sur l'infection. Aussi le seul moyen de se mettre à l'abri de l'appendicite est il de supprimer le foyer

toxi-infectieux dès que son existence a été établie avec certitude.

Traitement des anévrysmes par le sérum gélatiné

M. Lancereaux. — Il résulte des observations présentées au cours de la dernière séance par M. Laborde que le sérum gélatiné contiendrait toujours en suspension des particules solides plus ou moins ténues pouvant devenir le point de départ de coagulations intravasculaires en dehors de la poche anévrysmale.

Je ferai remarquer à M. Laborde que rien ne démontre la réalité de l'existence de particules solides dans les solutions de gélatine.

De plus, ces solutions, lorsqu'elles sont injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne pénètrent pas directement dans les vaisseaux sanguins, mais sont absorbées par les lymphatiques qui les déversent ensuite dans le sang, sans leur faire perdre leurs propriétés coagulatrices.

Enfin, pour que le sang se coagule, il faut : 1° que la paroi du vaisseau dans lequel il circule ne soit pas parfaitement lisse, et 2° que son cours soit ralenti. Or, ces deux conditions ne se trouvant réalisées qu'à l'intérieur d'une poche anévrysmale, il n'y a pas lieu de redouter que l'effet coagulateur de la gélatine se produise sur un point quelconque de l'appareil circulatoire.

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouvel orthoforme,

D'après M. le Dr Klaussner (de Munich) (1).

M. le professeur Einhorn et M. le Dr Heinz, qui ont déjà introduit en thérapeutique l'orthoforme, ont étudié depuis une substance analogue, à laquelle ils ont donné le nom de *nouvel orthoforme*.

Au point de vue clinique, ces deux corps sont extrêmement voisins, mais le nouvel orthoforme, tout en ayant les mêmes propriétés anesthésiques et cicatrisantes que le premier aurait un certain nombre d'avantages.

En premier lieu, le nouvel orthoforme se présente sous forme d'une poudre beaucoup plus fine, d'un blanc plus pur, et n'a pas l'inconvénient de donner lieu à des grumeaux comme l'ancien orthoforme. Enfin, avantage sérieux, son prix de revient est beaucoup moindre, ce qui en permettrait l'emploi dans la clientèle pauvre.

L'orthoforme a des propriétés anesthésiques très marquées et est appelé à rendre de grands services dans nombre d'affections, tant en médecine qu'en chirurgie.

Neumayer, Lichtwitz, Bewould, Garel et autres ont signalé son efficacité dans toutes les affections douloureuses de la gorge et du pharynx où il se montre bien supérieur à la cocaïne. On peut en effet obtenir ainsi une anesthésie de 18 à 36 heures.

L'orthoforme a été employé avec succès dans les gastralgies d'origine ulcéreuse. Son action par contre serait nulle quand il ne s'agit pas de processus ulcératifs, et à cet égard l'orthoforme pourrait avoir une valeur diagnostique. Dans le cancer et dans l'ulcère de l'estomac l'orthoforme réussit parfaitement : à la dose de 1 gramme il produit une anesthésie durable.

Korn a obtenu des résultats remarquables avec l'orthoforme en poudre ou en pommade dans le traitement du prurigo et de l'herpès.

Boisseau a rapporté de bons effets de cette substance dans le traitement des ulcères de la cornée.

En gynécologie, l'orthoforme a rendu des services et Blondel le conseille dans le curetage, dans la dilatation de l'utérus.

Comme odontalgique, l'orthoforme a reçu déjà de nombreuses applications, toujours avec succès.

L'orthoforme peut encore être utile dans les cas de cancer ulcérés. Il permet d'employer plus efficacement le traitement arsénieux. On pourrait prendre les formules suivantes :

		I	II
Orthoforme.	àà	1 gr.	1 gr.
Acide arsénieux.			
Alcool.	àà	75 gr.	40 gr.
Eau.			

En résumé, nombreuses sont les indications de l'orthoforme. Son application est plus facile dans bien des cas que celle de la cocaïne, l'analgésie qu'il produit dure incomparablement plus longtemps et ce médicament est appelé à prendre une place importante en thérapeutique.

1. *Münchener med. Woch.*, 1898, p. 1338.

Traitement de l'obésité et du myxœdème par une nouvelle préparation thyroïdienne : la « thyroglandine »,

D'après M. le Dr Mac Lennan (de Glascow) (1).

L'emploi de plus en plus fréquent en thérapeutique des préparations thyroïdiennes rendait désirable la découverte d'une nouvelle substance d'un dosage exact et de qualité fixe, contenant tous les principes actifs sous la même forme et dans la même proportion que la glande fraîche.

M. le Dr Mac Lennan (de Glascow) a entrepris des recherches sur une nouvelle préparation thyroïdienne, découverte par Stanford, la thyroglandine.

La thyroglandine a été employée dans 3 cas d'obésité. La dose a été de six centigrammes, 3 fois par jour en augmentant progressivement jusqu'à soixante centigrammes par jour.

Dans tous les cas, il y a eu diminution rapide de l'obésité, sans qu'on ait jamais observé les accidents signalés avec les autres préparations thyroïdiennes (malaises, diarrhée, sueurs, asthénie cardiaque, etc.).

Le résultat fut également favorable dans un cas de myxœdème alors que la plupart des autres préparations thyroïdiennes actuellement dans le commerce n'avaient pu être supportées.

La thyroglandine à la dose de 0 gr. 35 par jour réussit parfaitement sans amener de troubles.

La glande thyroïde fraîche aussi bien que les extraits secs ont l'inconvénient de contenir les principes toxiques de la glande, parfois des bactéries. La glande contient deux substances importantes, la iodoglobuline et la thyroïodine. Toutes deux contiennent de l'iode et sont les véhicules de l'action spécifique de la glande. Les différents procédés actuellement employés pour obtenir les extraits glandulaires détruisent tous la iodoglobuline; seule la thyroïodine reste combinée à des substances inactives ou toxiques. Les extraits sont par conséquent tous inférieurs à la glande fraîche.

La thyroglandine est obtenue de la façon suivante : on fait macérer dans l'eau froide des glandes thyroïdes saines disséquées, ce qui permet d'en extraire la iodoglobuline soluble dans l'eau. La solution est décantée puis filtrée et évaporée à sec à 100°. Le résidu est finement pulvérisé. Le reste de la glande est cuit pendant 1 heure dans une solution de potasse faible ce qui donne la thyroïodine. La solution est filtrée, neutralisée avec HCl, évaporée, et le résidu pulvérisé. Les deux poudres ainsi obtenues, thyroïodine et iodoglobuline sont mélangées et donnent ainsi la thyroglandine.

La préparation ainsi obtenue contient les substances actives sous la même forme et dans la même proportion que la glande fraîche.

La thyroglandine se conserve très bien en poudre. On peut la donner en tablettes de 0 gr. 20 à 0 gr. 30, ce qui correspond à la moitié d'une glande fraîche.

L'efficacité de la thyroglandine lui réserve une place importante parmi les préparations thyroïdiennes.

1. *Brit. med. Journ.*, 9 juillet 1898, t. II.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Thyroïdite et phlegmon du cou,

Par le Dr Damas (de Valence),

Lauréat de la Faculté de médecine de Lyon.

Une erreur de diagnostic déclarée par les auteurs, difficile à commettre est celle qui consiste à prendre une thyroïdite pour un phlegmon du cou. Si, théoriquement, et surtout après un cas chirurgicalement vérifié, il est permis de se ranger à cette opinion, il n'en est pas moins évident que l'atténuation fréquente de certains symptômes et l'exacerbation de quelques autres peuvent laisser subsister un doute dans les esprits. C'est la raison qui nous détermine à publier le cas suivant, avec le dessein d'insister sur les conditions qui rendaient hésitant le diagnostic.

Le nommé Ch..., 22 ans, nous est envoyé par son médecin, dans un état d'apparence grave, avec le diagnostic très vague de tumeur du cou, le mot tumeur étant la compréhensive expression empruntée à la quadrilogie de l'ancienne inflammation. Le 15 juin 1898, il a été mouillé abondamment par la pluie, et n'a pu se sécher avant plusieurs heures. Le 16, il fait une longue marche, sans éprouver aucun malaise; mais le 17, il va chez son médecin, qui constate un état fébrile intense. Il se plaint d'une très vive douleur au niveau du cou, à droite de la trachée jusqu'en dehors du sterno-mastoïdien. Nous le voyons le 18 juin. Les yeux sont pleins de larmes, tant la douleur à la déglutition est forte : il caractérise lui-même cette dysphagie en disant qu'il est obligé d'avaler *comme un petit oiseau*. La tête n'est pas déviée, pas de contracture du sterno-mastoïdien. Le côté droit du cou, au-dessous du cartilage thyroïde est tuméfié. A la palpation, extrêmement douloureuse, on sent une induration étendue de la trachée, à 2 ou 3 centimètres en dehors du sterno-mastoïdien droit, induration non limitée, située sous le muscle, ne remontant pas au-dessus du cartilage thyroïde, et descendant à la clavicule. La douleur ne permet pas d'apprécier la mobilité de la peau. On voit et l'on sent des battements artériels très marqués. La déglutition très pénible ne donne aucun renseignement; la masse paraît immobilisée. La température est à 39°2 sous l'aisselle.

Nous songeons à la possibilité d'une lésion thyroïdienne aiguë; mais, malgré l'absence de contracture du sterno-mastoïdien, de rougeur de la peau, en raison de l'induration non nettement limitée, profonde, des phénomènes généraux, nous admettons l'existence probable d'un phlegmon sous-sterno-mastoïdien et, après quelques jours d'attente, nous décidons l'opération le 21, malgré la chute de la température qui, le 19, était à 38° le matin, 38°5 le soir; le 20, à 38° le matin, et 37°8 le soir, pour tomber à 36°8 le 21. Mais les phénomènes locaux sont les mêmes, nulle régression, nulle diminution de la douleur; au contraire, la peau est rouge, épaissie; un confrère présent croit sentir de la fluctuation entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Nous ne la sentons pas.

Chloroforme. Incision le long du sterno, incision de sa gaine; le muscle récliné, nous ouvrons la paroi postérieure et tombons sur le bord externe d'un corps thyroïde hypertrophié, ayant bien 8 centimètres de long sur 4 de large. Suture sans drainage; guérison par première intention. La douleur cesse le jour même. La température reste normale. Les jours suivants on commence à sentir le corps thyroïde nettement dessiné, suivant les ascensions du larynx. L'atrophie se fait rapidement et le malade, après une poussée fébrile peu intense aux 6e et 7e jours, sort avec un corps thyroïde encore un peu gros. Une lettre de lui nous apprend, 2 mois après, qu'il subsiste un peu d'hypertrophie.

Aujourd'hui que nous songeons à ce cas, les raisons qui firent notre erreur nous paraissent intéressantes à analyser, et c'est après avoir brièvement rapporté les symptômes de la thyroïdite et du phlegmon sous-sterno-mastoïdien que nous les étudierons.

Nous avons eu affaire à la thyroïdite de Bauchet, terminée par la résolution, dont la description est citée ainsi par Broca : « la tumeur apparaît le 2e jour et grossit du 3e au 5e ou 6e, diminue à partir de ce moment et disparaît du 15e au 20e jour ».

Nous ne croyons pas avoir modifié l'évolution de cette affection : mais l'incision, n'eût-elle fait disparaître que l'élément douleur, serait à l'abri de tout reproche.

L'étiologie est fréquemment rapportée au refroidissement, le début est net, brusque, la douleur est intense, exaspérée par la déglutition; la tuméfaction est le plus souvent unilatérale; si le volume devient notable, le sterno-mastoïdien se tend; la peau est tendue mais non rouge. « Si on regarde la région de profil, on la voit soulevée par les battements carotidiens que la tumeur transmet » (Broca). La tumeur suit les mouvements du larynx : cela n'est pas constant (Martinache, Gosselin)

« Gosselin a vu le larynx et le corps thyroïde d'abord immobilisés ensemble, par l'empâtement qui les entourait, recouvrer peu à peu leur mobilité, à mesure que diminuait cet empâtement » (dans Broca). La palpation permettrait de circonscrire assez nettement la tumeur. On observe en outre de la suffocation, de la dyspnée, des troubles de la phonation, etc.).

Il est bien évident que le seul phlegmon avec lequel soit possible une erreur de diagnostic, c'est le phlegmon sous-sterno-mastoïdien de Dumesthé-Castelain. Le gonflement existe sous le sterno, dans sa direction; le muscle, bientôt envahi, se contracture. Œdème, gêne de la mastication et de la déglutition, etc.

Il paraît difficile, par cette description, d'expliquer une erreur de diagnostic aussi grosse. Cela est vrai, mais il est utile d'insister sur les raisons qui l'ont faite.

Les deux signes qui eussent permis d'affirmer la lésion thyroïdienne sont l'ascension de la tumeur avec le larynx, et sa limitation nette. Ils manquaient dans notre cas. L'ascension peut ne pas exister, d'après un cas de Gosselin; d'ailleurs le malade n'avale pour ainsi dire pas; il immobilise son larynx comme une articulation douloureuse et la descente du liquide se fait mécaniquement, sans l'intervention des mouvements physiologiques proscrits par la douleur.

La limitation n'existait pas non plus dans notre cas. Et cependant, en présence de cette tuméfaction non limitée, mais bornée à l'espace occupé par le corps thyroïde, en l'absence de contracture du sterno-mastoïdien — tardive néanmoins, et pouvant ne pas exister à cette période d'une évolution phlegmoneuse — l'idée du phlegmon devait devenir plus improbable. Mais si nous avons pensé à la thyroïdite aiguë, moins fréquente, discutant l'indication thérapeutique, nous nous disions : le pus commande l'incision, la thyroïdite ne peut qu'en être améliorée; la tension des tissus cessera. D'ailleurs, l'incision faite, le pronostic apparaît dégagé des inquiétudes et des craintes.

Et si, dans un cas ultérieur, nous faisons, plus favorisé, le diagnostic précis, nous nous demandons si le traitement que nous appliquerons ne sera pas l'incision hâtive, dans le seul but même de supprimer la douleur.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.

SECTION DE PÉDIATRIE

Fièvre typhoïde des enfants dans le milieu algérien.

M. Crespin (Alger). — On sait que la fièvre typhoïde est généralement plus grave en Algérie qu'en France; un point particulier à signaler, outre cette gravité plus grande, est la fréquence des déterminations hépatiques de la fièvre typhoïde en Algérie.

Cette forme gastro-hépatique s'observerait, d'après M. Crespin dans un tiers des cas, elle se fait remarquer par une grande sévérité tant par sa mortalité élevée que par sa longueur, sa ténacité. Dès le début de la maladie, on peut soupçonner l'apparition de cette forme : par les vomissements bilieux, la diarrhée particulièrement copieuse, la tuméfaction du foie, l'abondance des épistaxis. Les hémorrhagies sont la complication la plus à craindre dans cette forme.

Dans cette forme de fièvre typhoïde, outre la méthode de Brand, M. Crespin a mis en pratique l'opothérapie hépatique sous forme d'injection d'extrait glycériné de suc hépatique.

Cette thérapeutique a été employée dans un trop petit nombre de cas, pour qu'on puisse en donner les résultats; dans un cas cependant elle a semblé amener la guérison.

Urologie normale de la seconde enfance.

M. Bézy (Toulouse). — Il était important d'avoir un type d'urine normale dans la seconde enfance, pour servir de terme de comparaison avec les urines pathologiques. Ce type a été établi grâce aux recherches de Carron de la Carrière, de Monfet et Thadée. Les résultats, rapportés au kilogramme d'enfant et en 24 heures, sont les suivants : le volume est d'environ 30 à 38 centimètres cubes. Il est une fois et demie à deux fois supérieur à celui de l'adulte. Le chiffre de l'azote total est de 30 à 33 centimètres cubes (celui de l'adulte étant de 28 centimètres cubes). L'élimination de l'urée varie, selon l'âge, de 61 à 73 centimètres, chiffre double de celui de l'adulte. Le rapport de l'azote urée à l'azote total varie de 88 à 90 p. 100. Le chiffre de l'acide urique, dont les origines sont multiples, varie de 9 à 10 millimètres, celui de l'adulte étant 8 millimètres. Le chiffre de l'acide phosphorique est, de 1 à 5 ans, de 77 millimètres (Thadée) et de 67 millimètres (Carron de la Carrière et Monfet). Il diminue avec l'âge.

Hydrocéphalies tardives et méningites séreuses.

M. Léon d'Astros. — Dans la critique, que j'ai faite ailleurs, de la conception de la méningite séreuse, après avoir éliminé un certain nombre d'observations telles que méningite tuberculeuse, etc., j'ai cru devoir conserver cette dénomination à deux groupes de faits.

Dans le premier existent les cas où l'affection se développe au cours d'une maladie infectieuse (gastro-entérite, pneumonie grippe, etc.). Ce sont des méningites séreuses aiguës ou subaiguës pouvant quelquefois évoluer ultérieurement en hydrocéphalie chronique.

Dans le second groupe de fait, l'affection se développe plus ou moins insidieusement. Quelquefois, une cause banale, une chute sur la tête est signalée. Assez souvent, il est noté que l'enfant avait toujours eu la tête un peu grosse. J'ai cru devoir admettre que très probablement, dans un certain nombre de ces cas, il s'agit d'hydrocéphalies congénitales latentes, de ces formes à épanchement ventriculaire peu abondant, qui relèvent d'un trouble d'évolution cérébrale chez des dégénérés et qui ne prennent que tardivement, sous l'influence de causes accidentelles, un plus grand développement.

J'observe actuellement un enfant de 9 ans, qui me paraît entrer dans cette catégorie. Fils d'aliéné, neveu de suicidé, ayant eu un frère mort de convulsions, présentant lui-même quelques stigmates physiques de dégénérescence, il avait depuis longtemps un degré léger de macrocéphalie. Depuis un an, sa tête a considérablement augmenté, en même temps que s'est développée une névrite optique, arrivée actuellement à la période d'atrophie papillaire. Des poussées aiguës avec céphalalgie, sensations vertigineuses, troubles de l'équilibration, font place à des périodes de rémission presque complète. La ponction lombaire m'a fait constater une pression de 260 millimètres et j'ai pu retirer 22 centim. cubes de liquide céphalo-rachidien.

Dans ce fait et dans les faits analogues, on ne peut faire qu'un diagnostic de probabilité. Il y a lieu, cependant, de tenir compte, en premier lieu, de l'exagération du volume de la tête antérieure au développement des troubles cérébraux proprement dits, tandis que, dans les tumeurs cérébrales et surtout cérébelleuses, il existe une période pré-hydrocéphalique, les symptômes cérébraux précédant de plusieurs mois le développement hydrocéphalique. D'autre part, les rémissions sont plus complètes et la durée généralement plus longue dans la méningite séreuse chronique que dans les tumeurs cérébrales.

Dans le traitement des méningites séreuses chroniques, l'io-

dure de potassium et les mercuriaux sont indiqués, même en l'absence de syphilis. Comme traitement chirurgical, la ponction lombaire atténue les poussées aiguës, mais, de l'aveu même de Quincke, ne saurait enrayer le processus d'exsudation.

De l'influence de la race sur le rachitisme.

M. Lop (de Marseille) a pu constater, depuis cinq ans qu'il exerce à Marseille, la prédisposition de la race italienne au rachitisme. Les diverses provinces de la péninsule ne sont pas également frappées par la dystrophie osseuse; celle-ci semble avoir une prédilection pour les Italiens du Sud.

Il a observé le rachitisme chez des enfants d'Italiens du Midi, vivant dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, dans des familles aisées. Les enfants de Piémontais et de Lombards lui paraissent moins souvent atteints.

Contre le rachitisme, après avoir essayé un peu de toutes les médications, M. Lop s'est arrêté au phosphore employé suivant la méthode de Kassowitch et, d'après sa formule, il complète cette médication par une hygiène alimentaire rigoureuse et des bains. La médication phosphorée ne donne jamais d'accidents sérieux quand on a soin de surveiller les enfants et d'interrompre le traitement pendant 4 jours tous les 12 jours.

L'âge des enfants soignés varie entre 16 mois et 4 ans 1/2. Tous ces petits malades présentaient des formes sérieuses; 3 ont complètement guéri, 7 présentent une amélioration notable, 5 autres ont eu une amélioration durable, un enfant est mort au cours du traitement.

De la diarrhée des nouveau-nés.

M. Ruffié (Gardanne). — La maladie qui cause la plus forte mortalité parmi les enfants du premier âge est la dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons. Il faut essayer de prévenir une maladie aussi grave où les causes de cette affection sont, pour les enfants élevés au sein : un retard trop différé dans le placement en nourrice, l'abus des purgatifs, la galactophorite des nourrices; pour les enfants soumis à l'allaitement mixte ou l'allaitement artificiel : les farines alimentaires, le lait de vache ou de chèvre pur, la surchage alimentaire. En supprimant ces causes, on évitera le plus grand nombre de diarrhées vertes des nouveau-nés. C'est une erreur de croire que le lait de la femme enceinte est nuisible à l'enfant.

M. Challan de Belval (de Marseille) ne veut pas laisser passer sans protestation l'opinion que le lait de la femme enceinte est bon pour l'enfant; il a très souvent vu, à Marseille, des enfants d'Italiennes nourris au sein, avoir de la diarrhée dès que la mère devenait enceinte.

M. de Lada Noskowski (de Marseille). — Le lait de la femme enceinte ne peut pas être nuisible à l'enfant; mais le lait d'une femme grosse diminue de quantité, et l'allaitement est une fatigue à éviter à une femme enceinte.

M. H. de Rothschild. — Nous ne parlons que du lait de Paris, lequel est déjà affaibli par le marchand. Le couper encore est mauvais.

M. Le Gendre. — J'enregistre l'aveu. C'est la première fois que la question m'est présentée sous ce jour.

M. H. de Rothschild affirme, avec son maître M. Budin, que le lait de vache doit être donné pur.

M. Le Gendre proteste contre cette assertion. Les laits riches en beurre doivent être coupés pour l'enfant jeune. Il a souvent vu le lait pur causer des accidents.

Fièvre typhoïde chez un enfant de deux mois.

M. Cassoute (de Marseille) rapporte l'observation d'un enfant de 2 mois, entré dans son service à l'hôpital de la Conception, avec des symptômes vagues caractérisés par une diarrhée jaunâtre, de l'hypothermie et du collapsus. Après avoir pensé tout d'abord à une infection d'origine alimentaire, l'enfant ayant été nourri avec un biberon malpropre, l'auteur, à cause d'une épidémie régnante de fièvre typhoïde, fit le sérodiagnostic qui donna une agglutination lente mais complète au bout d'une demi-heure. Le lendemain l'enfant mourut et l'autopsie confirma le séro-diagnostic, en révélant quatorze plaques de Peyer, dont plusieurs ulcérées, et de la congestion aux deux bases du poumon.

M. Cassoute insiste, au point de vue clinique, sur le caractère vague des symptômes. Dans le cas actuel, l'absence de température semblait plutôt exclure l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. De tout l'ensemble symptomatique habituel de cette maladie, la diarrhée jaunâtre seule a persisté. Aussi pense-t-il que bien des cas doivent échapper à l'attention du médecin. C'est sans doute ce qui a fait considérer la fièvre typhoïde comme exceptionnelle avant 2 ans, et toutes les observations antérieures concernent des enfants plus âgés que celui dont il est question; encore ces observations, à de très rares exceptions, ne s'appuient pas sur des autopsies ou des examens bactériologiques. Le sérodiagnostic, pratiqué d'une façon systématique dans tous les cas douteux, démontrera que le nourrisson, si sensible aux infections gastro-intestinales, peut être contaminé dès la naissance par le bacille d'Eberth lorsque l'alimentation est vicieuse.

De la transsonance de la poitrine dans les affections pleuro-pulmonaires des enfants.

M. A. Moussous (Bordeaux). — Le procédé indiqué par Trousseau pour obtenir le bruit d'airain, signe précieux des épanchements gazeux de la plèvre, a été, dans ces dernières années, particulièrement étudié par Pitres et utilisé par lui pour apprécier les modifications de transsonnance de la poitrine dans les différentes affections pleurales et pulmonaires. Le signe du sou a acquis une importance exceptionnelle dans le diagnostic des épanchements pleuraux.

Chez l'enfant, lorsque le poumon est sain, la transsonance du choc métallique est assourdi comme chez l'adulte, et l'oreille qui ausculte ne perçoit que le bruit du choc. C'est également ce bruit de choc seul, mais plus éteint encore, que l'on retrouve dans la congestion aiguë du poumon dans la pneumonie, dans les broncho-pneumonies simples ou tuberculeuses.

Le signe de sou est, au contraire, positif dans les épanchements naturels ou dans les épanchements artificiels faits sur les cadavres de jeunes enfants, et cela quelle que soit la nature du liquide épanché, pourvu que celui-ci soit libre dans la cavité pleurale. La transsonance parfaite, c'est-à-dire l'audition du choc avec un timbre métallique et argentin, n'est, toutefois, pas absolument constante comme chez l'adulte. Dans quelques cas, pour des motifs difficiles à apprécier, le bruit transsonant ne conserve pas son timbre argentin, il reste toutefois plus clair que du côté sain, et, même dans ces circonstances, ce signe sert utilement au diagnostic.

Tarsectomie typique chez l'enfant.

M. Delanglade. — La tarsectomie typique est applicable chez l'enfant dans la tuberculose et le pied bot. Dans le second cas on commence toujours par extirper l'astragale. Dans le premier, le manuel opératoire est subordonné aux lésions, mais, sur dix cas de cette nature, deux fois seulement j'ai pu me limiter à la tarsectomie antérieure. A moins d'indication fournie par des fistules, je me suis toujours contenté de l'incision externe qui ouvre une voie suffisante, évite les chances d'infection qui résulteraient d'un changement d'attitude du pied au milieu de l'opération, ne laisse pour l'avenir qu'une seule cicatrice et au point où elle est le mieux tolérée. L'essentiel pour faciliter, dans ces conditions, l'ablation de l'astragale, est de commencer par trancher tous les ligaments qui l'unissent à la mortaise en les exposant successivement par des mouvements d'extension, d'adduction et de rotation interne du pied qui se transmettent intégralement à l'astragale tant que ses fibres calcanéennes et scaphoïdiennes ont été respectées. Ce n'est qu'après avoir entièrement disjoint la tibio-tarsienne que je coupe ces ligaments et, pour ce, au lieu de mettre un doigt dans la plaie, je fixe l'astragale en le piquant avec une fourchette. La clef de voûte enlevée, rien n'est plus simple que d'extirper les autres os au fur et à mesure qu'il est nécessaire.

Dans le pied bot, j'ai fait 7 tarsectomies sur 5 malades. Deux fois l'ablation de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum a suffi (enfants de moins de 4 ans), une autre fois j'ai dû y joindre l'ablation du cuboïde, deux fois celle du scaphoïde et

des deuxième et troisième cunéiformes, deux fois celle de tous les cunéiformes. Dans aucun cas je n'ai mis d'appareil. Toujours la mobilisation passive a été commencée de bonne heure et la marche reprise au bout de 1 à 2 mois. Bref, j'ai suivi de mon mieux les indications de mon maître M. Championnière. Les résultats sont bons.

Bien qu'aucun traitement consécutif n'ait été suivi, ce qui est un avantage considérable pour la classe ouvrière, il n'y a eu ni récidive ni tendance à la récidive, même pour un enfant qui a eu une grave suppuration. Or, deux de mes opérés avaient vainement subi, en d'autres mains, de multiples ténotomies et l'un d'eux avait, pendant 2 ans, porté des appareils. A une autre j'avais fait le redressement modelant. La radiographie, faite peu après, vous montre que la guérison n'était qu'apparente. Le calcanéum conservait sa supination, le scaphoïde restait luxé sur le côté interne de la tête et du col de l'astragale, un angle ouvert en dedans le séparait des cunéiformes redressés et appelait la récidive qui survint effectivement, malgré des massages réguliers. Sa radiographie actuelle (1 an 1/2 après l'intervention) ne montre d'espace vide qu'en dehors, à la place du cuboïde, c'est-à-dire dans le sens opposé à la déviation primitive. Le scaphoïde est bien orienté, les trois cunéiformes s'appuient franchement sur lui.

Dans la tuberculose, les résultats ne sont pas moins bons, à la condition d'enlever, largement et typiquement, toutes les parties malades. J'en ai 10 observations. Chez une petite fille, l'ablation de l'astragale et de toutes les fongosités a été suivie de réunion immédiate, la marche a été reprise au bout de 1 mois 1/2. La guérison s'est maintenue sans aucune alerte depuis plus de 2 ans. L'enfant que voici a été opéré il y a 2 mois (le 13 août), pour une tumeur blanche suppurée de la tibio-tarsienne. J'ai trouvé l'astragale enlevé, l'articulation sous-jacente envahie, ce que ne m'avait indiqué aucun signe clinique. Il y a eu pourtant réunion immédiate, condition qui me paraît très heureuse, car alors même que la récidive tuberculeuse se montrerait, elle se ferait sans une de ces infections associées qui augmentent sa gravité au niveau des os et articulations au niveau du poumon. C'est pourquoi je suture toujours et retire le drain le plus tôt possible. En cas d'échec de la réunion — ce qui est très fréquent dans les cas suppurés et surtout fistuleux (je l'ai observé 7 fois) — le tamponnement secondaire donne des résultats aussi bons que ceux qu'il eût pu donner primitivement. La guérison est alors plus lente. Jamais elle ne m'a demandé moins de 3 mois et, dans deux cas, 6 mois environ. Pour l'un de ceux que je vous présente, deux médecins d'une autre ville imposaient l'amputation et la diffusion des fongosités semblaient justifier leur opinion. Il a guéri grâce à une seule opération dans laquelle furent extirpés, en totalité, astragale, scaphoïde, cunéiformes et cuboïde. Actuellement la région est sèche, les mouvements sont conservés, l'indolence absolue. De temps à autre, toujours sur le même point, une fistulette, qui ne s'enfonce pas à plus d'un centimètre, se ferme puis se referme spontanément. Deux de mes petits opérés ont succombé alors que leur guérison locale semblait assurée et prochaine, l'un à la méningite tuberculeuse, 3 mois après l'intervention, l'autre à la scarlatine contractée 1 mois après la sortie du dispensaire.

Chez une autre fillette opérée de tarsectomie large par un autre chirurgien, j'ai trouvé une repullulation tuberculeuse énorme. L'amputation que je proposai n'ayant pas été acceptée, j'extirpai ce qui restait d'os malades, c'est-à-dire calcanéum et métatarsiens. Malgré le curetage et la cautérisation au thermo de toute la cavité, il y eut encore récidive. J'insistai de nouveau pour l'amputation qui fut repoussée et je ne revis pas l'enfant. Malgré cet échec de la tarsectomie primitive, je crois que c'est une bonne méthode et ses résultats, sérieusement suivis, me paraissent très encourageants. J'y suis d'autant plus attiré que les conditions anatomiques et pathologiques de la tuberculose du pied sont absolument différentes de celles que l'on rencontre dans d'autres articulations.

Les résultats éloignés sont très bons. Les empreintes du pied montrent que la voûte reste très généralement bien conformée; il y a affaissement quand on extirpe le scaphoïde, de par la perte momentanée des insertions du jambier postérieur. Les radiographies nous montrent, d'ailleurs, qu'à l'ablation isolée de l'astragale succède un redressement du calcanéum qui se rapproche de la verticale, qu'il y a abaissement, au contraire, et rapprochement de l'horizontale dans les ablations larges de la rangée antérieure du tarse. Cliniquement, dans le premier cas, les deux membres restent rigoureusement égaux; dans le second, il y a un raccourcissement léger dans tous les sens, mais la marche ne s'en exécute pas moins dans d'excellentes conditions.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Sénces des 4 et 11 Novembre 1898.

Tumeur solide de l'ovaire.

M. Morély présente une tumeur de l'ovaire, enlevée à une jeune fille de vingt ans. Il s'agit d'un fibrome pur, néoplasme rare, relativement au fibrome-sarcome qui est le type communément observé.

M. Brault ne croit pas que le fibrome pur de l'ovaire soit aussi rare qu'on le croit. Il a examiné des fibromes ovariens, isolés ou associés à des fibromes utérins, unilatéraux ou étendus aux deux ovaires. On donne à tort le nom de fibro-sarcome à des tumeurs qui sont souvent des fibromes purs.

M. Cornil admet, dans le cas présenté aujourd'hui, le fibrome pur. On ne trouve pas à la surface les follicules ovariens qu'on rencontre d'ordinaire. D'un autre côté, on ne note ni fibres élastiques ni fibres musculaires; ce n'est donc pas un fibro-myome, c'est un fibrome vrai.

Tumeur du médiastin avec compression médullaire.

M. Poulain apporte les organes thoraciques d'un malade qui a succombé dans le service de M. Brault, après avoir présenté des signes de tumeur du médiastin.

On voit une volumineuse tumeur occupant la région sus-cardiaque du médiastin antérieur, envahissant presque tout le lobe supérieur du poumon droit, envoyant un prolongement au-dessus de la première côte jusqu'au voisinage de l'artère sous-clavière.

En plus de cet envahissement du creux sus-claviculaire, on note l'absence de généralisation à distance; d'autre part, la tumeur végète en arrière du côté de la colonne vertébrale, envahit le canal vertébral, sans intéresser cependant la dure-mère, et comprime la moelle à ce niveau. Pendant la vie, cette localisation avait déterminé une paralysie complète, avec anesthésie des membres inférieurs.

Au microscope, il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes. Le point de départ semble avoir été le tissu cellulaire du médiastin.

M. Letulle fait observer la fréquence relative de ces tumeurs du médiastin antéro-supérieur, comparativement à leur rareté dans le médiastin postérieur. Comme cette région sus-cardiaque est aussi celle des tumeurs qui ont pour origine certaine le thymus, il y a de fortes présomptions qour qu'il s'agisse, dans la plupart de ces cas, de sarcome du thymus.

M. Brault ne croit pas que le thymus soit si souvent en cause; du moins, ne peut-on pas le prouver.

Maladie mitrale.

M. Castaigne présente le cœur d'une malade, longtemps soigné pour une affection mitrale, et qui, après avoir échappé à plusieurs attaques d'asystolie, mourut après trente-deux heures de phénomènes d'angine de poitrine.

On voit, outre la lésion mitrale, une oblitération complète de l'artère coronaire par un caillot récent. S'agit-il d'une embolie ou d'une thrombose? Le prolongement du caillot dans le sinus de Valsalva, l'intégrité de la paroi de la coronaire au microscope plaident en faveur d'une embolie.

M. Marie ne croit pas qu'on puisse affirmer ici l'embolie, dont il n'existe qu'un cas, dû à Virchow. Le caillot est récent, mais il se prolonge dans la première collatérale de la coronaire; il faudrait donc admettre que l'embolus s'est divisé. D'autre part, la paroi ventriculaire présente toute une région de lésions scléreuses anciennes, indices de coronarite chronique.

M. Letulle croit plutôt aussi à la thrombose, à cause des lésions de myocardite scléreuse localisée, et parce que l'étude de la coronaire a porté ici sur un point éloigné de l'origine de l'artère. Il faudra faire de nouvelles coupes, étudier l'artère dans toute son étendue; peut-être trouvera-t-on un point où la paroi vasculaire apparaîtra altérée depuis longtemps.

Kyste hydatique du foie avec abcès gazeux sous-diaphragmatique.

M. Barbarin présente le foie d'un malade du service de M. Tuffier, que l'on opéra pour une péritonite généralisée consécutive à un abcès gazeux sous-phrénique.

La lésion initiale était un kyste hydatique suppuré occupant tout le lobe droit du foie; à côté se voyait un second kyste plus petit.

Le lobe gauche est, par contre, le siège d'une hypertrophie compensatrice considérable; il a pris le volume qu'offre normalement le lobe droit.

Méningite cérébro-spinale consécutive à une otite suppurée.

M. Hauser apporte le cerveau et la moelle d'un cas de méningite suppurée cérébro-spinale. L'origine de l'infection était une otite suppurée. On constatait aussi, à l'autopsie, une pneumonie au début, constatée pendant la vie, postérieurement à la méningite.

Endocardite diffuse de la paroi de l'oreillette gauche.

MM. Claude et **Levaditi** présentent le cœur d'une malade atteinte d'insuffisance mitrale, morte d'asystolie dans le service de M. Bouchard. On constate, outre la lésion scléreuse, mitrale, des plaques ulcérées, lenticulaires, isolées ou confluentes, à la surface interne de l'oreillette gauche, la plupart anciennes et calcifiées, d'autres semblant de production récente.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 24 et 31 Octobre 1898.

Les caractères spécifiques du champignon du muguet (endomyces albicans.)

M. Paul Vuillemin. — Les caractères spécifiques des champignons observés dans les plaques de muguet ne sont pas encore fixés; on a rencontré, dans du muguet cliniquement caractérisé, des champignons ne répondant pas au type habituel, et, inversement, dans des affections différentes, des parasites semblables à ceux du muguet classique.

On ne peut établir un diagnostic sur la forme globulaire ou filamenteuse du thalle; le noyau qui, d'ailleurs, ne semble pas en être un, n'offre pas de caractère spécifique plus certain que l'aspect extérieur.

Les organes reproducteurs du muguet sont des asques que l'on trouve, parfois, dans la bouche ou dans les bouillons, plus souvent sur la carotte et la betterave. Mesurant 4 à 5 μ, elles contiennent habituellement quatre spores ou ascospores, qui ont la forme d'ellipses aplaties sur une face.

Par les caractères des asques et des ascospores, le muguet prend place dans les ascomycètes vrais.

La présence des ascospores fournit l'élément essentiel de la diagnose spécifique de l'*endomyces albicans*, l'élément fixe qu'il faudra rechercher dans les cas douteux, celui qui permettra de se prononcer sur l'unité ou la pluralité des parasites confondus sous le nom impropre d'*oidium albicans*.

L'absorption du mercure par les leucocytes.

M. Henri Stassano. — En étudiant le mécanisme intime de l'action physiologique, thérapeutique et toxique des sels solubles de mercure, l'auteur a été amené à examiner si les leucocytes jouent un rôle proéminent vis-à-vis des autres éléments de l'organisme, dans l'absorption et l'élimination de ces sels.

Au microscope, l'absence de réaction colorée caractéristique empêche de déceler la présence du mercure dans les leucocytes; cependant, en observant à 300 diamètres la circulation capillaire d'une grenouille empoisonnée par le sublimé, on peut remarquer que les leucocytes apparaissent plus rugueux et moins réfringents dès qu'on fait arriver dans le torrent circulatoire quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium. Ces légers changements d'aspect et de réfringence des leucocytes trahissent, peut-être, la précipitation de traces infinitésimales d'iodure mercurique dans le protoplasma.

Une seconde voie expérimentale donne des résultats plus décisifs : un chien étant intoxiqué par le sublimé, on centrifuge ensuite une partie de son sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue. Dans ces conditions, le plasma étant décanté, on recueille la couche des leucocytes qui se trouvent contenir une notable quantité de mercure, tandis qu'on ne peut déceler ce métal ni dans le plasma ni dans le stroma rouge.

En résumé, les leucocytes sont les agents exclusifs de l'absorption et du transport, dans la circulation, des composés mercuriels. Cette fonction a déjà été attribuée aux leucocytes à l'égard des sels solubles de fer et d'argent par Kobert et les élèves de Dorpat. Ensuite, Metchnikoff a pu reconnaître que cette fonction est remplie particulièrement par les leucocytes polynucléaires et mononucléaires par ces mêmes cellules mésodermiques auxquelles est dévolue la fonction d'englober et de détruire les microbes : d'où il a été conduit à les considérer à la fois comme des agents phagocytaires et thérapeutiques. Ces dernières études corroborent la conception du rôle protecteur des leucocytes.

De l'influence de la température sur la détermination du sexe.

M. M. Molliard. — Plusieurs statistiques relatives à la proportion des individus mâles et femelles semblent montrer, en ce qui concerne les animaux, que la température favorise la production des femelles; c'est une notion vulgaire qu'il naît relativement plus de filles dans les pays chauds que sous les climats froids; Düsing a fait également remarquer que, dans un même pays, la température du moment de l'apparition du sexe influe sur celui-ci : dans les mois les plus chauds, il y a production d'une quantité plus considérable de filles; Schlechter arrive à la même conclusion relativement aux chevaux; Von Siebold a montré de son côté que les œufs fécondés du *nematus ventricosus* donnaient naissance à d'autant plus de femelles que la température était plus élevée; il est vrai que dans ce dernier cas, un autre facteur, celui de l'abondance de la nourriture, variait en même temps dans un sens favorable à la production de femelles.

Les observations et expériences faites sur des plantes semblent jusqu'ici donner des indications en sens contraire; une ancienne expérience de Knight a montré qu'un pied de melon d'eau, plante monoïque, cultivé dans une serre chaude, ne possédait que des fleurs mâles : cette expérience est toutefois peu concluante.

L'auteur a pu s'assurer que la chaleur favorise chez la mercuriale la production d'individus femelles : il en serait donc de même pour les plantes et pour les animaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Novembre 1898.

Cellules vaso-formatives à globules blancs.

M. Milian montre des préparations d'épiploon de cobaye

jeune, où l'on peut voir, à côté des cellules vaso-formatives à globules rouges décrites pour la première fois par Ranvier chez le lapin, des cellules vaso-formatives à globules blancs.

Celles-ci sont identiques comme forme aux cellules vaso-formatives à globules rouges; elles se rencontrent dans les travées conjonctives de l'épiploon où existeront des néo-capillaires. Les globules blancs qu'on y observe se trouvent à côté des globules rouges et revêtent la forme de lymphocytes munis d'une couche de protoplasma à peine apparente, mais cependant certaine.

Leur situation endocellulaire est indiscutable.

Toxine et antitoxine tétanique par injections sous-arachnoïdiens.

M. A. Sicard. — Après les expériences de MM. Roux et Borel, nous nous sommes demandé si l'introduction d'antitoxine tétanique, non plus directement dans la substance cérébrale, mais sous l'arachnoïde, pourrait également entraîner l'évolution des accidents tétaniques déclarés.

Dans nos expériences chez les chiens, nous avons pu obtenir des résultats positifs et la survie définitive à la triple condition d'intervenir dès la première apparition de la contracture, d'inoculer des doses considérables de sérum (60 à 70 cm. cubes), et d'opérer par la voie sous-arachnoïdienne lombaire.

Nous avons tenté ces inoculations lombaires chez l'homme dans 3 cas de tétanos.

Les malades ont reçu, après ponction lombaire, 4 cm. cubes, 60 cm. cubes, et 40 cm. cubes de sérum antitétanique. Le dernier malade fut en outre trépané et inoculé dans la substance cérébrale. Ces observations concernaient des cas désespérés avec accidents bulbaires. Les malades succombèrent de 2 à 3 jours après l'intervention. Ces inoculations chez l'homme ne sauraient prouver qu'un point : l'extrême tolérance de la cavité sous-arachnoïdienne vis-à-vis de hautes doses de sérum; nous n'avons, en effet, noté au cours de l'inoculation ni réaction douloureuse, ni modifications du pouls et de la respiration, il n'y eut aucun symptôme délirant consécutif. Au point de vue expérimental, l'inoculation intra-cérébrale se montre incomparablement plus active que l'inoculation sous-arachnoïdienne.

Lésions viscérales chez des nouveau-nés issues de mères malades.

M. Nattan-Larrier. — Avec M. Charrin, j'ai étudié la structure des tissus de rejetons provenant de mères malades, atteintes en particulier de bacillose.

On trouve des altérations disparates. Parfois on décèle un développement exagéré du tissu fibreux de la glande thyroïde, dont les vésicules sont ou pauvres en matière colloïde ou surchargées. Cette sclérose se retrouve quelquefois dans les muscles et le pancréas.

Le foie, normalement riche en graisse à cette période, peut être totalement infiltré; ses cellules sont quelquefois en partie vides de protoplasma.

Du côté des reins, les lésions sont inappréciables ou réduites à de la congestion. Les poumons sont le siège de modifications hypostatiques ou bronchopneumoniques finales.

Il est impossible de rapporter ces altérations aux produits venus du dehors (lait, air atmosphérique); il faut donc invoquer l'influence matérielle en quelque sorte saisie sur le fait.

Maladie de la mère et thermogénèse de l'enfant.

M. Bonniot. — Des recherches entreprises à la Maternité dans le service de M. Charrin et sous son contrôle, au moyen de l'anémo-calorimètre mis à notre disposition par le professeur d'Arsonval nous ont montré que certains nouveau-nés affectés de tares organiques diverses présentaient un affaiblissement manifeste de la thermogénèse : en première ligne, les enfants issus de mères tuberculeuses qui, au lieu de 8 à 9 calories (moyenne des enfants normaux dans le premier mois), ne produisent que 4, 5, 6 calories par heure; puis, quoique à un moindre degré, des enfants dont les mères souffraient d'affections variées : phlébite, rhumatisme, fièvre typhoïde ayant débuté 2 jours avant l'accouchement. Enfin, chose curieuse, nous avons vu le même fait se dessiner assez nettement chez plusieurs nouveau-nés dont les mères ont eu, par la suite, des accidents puerpéraux. Dans ce dernier cas, l'aptitude moindre du rejeton à faire de la chaleur ne serait-elle pas un indice de trouble de nutrition préexistant chez les ascendantes et prédisposant à l'infection?

M. Charrin. — Il me semble indiqué d'ajouter que les tares observées par M. Nattan-Larrier et par M. Bonniot, chez ces nouveau-nés de mon service issus de parents malades, ne sont pas les seules saisissables. En signalant des résultats analogues, j'ai établi, avec M. Guillemonot, les modifications enregistrées du côté de la nutrition. C'est ainsi que j'ai décelé l'accroissement de l'urée des fèces, l'abaissement du rapport de l'azote urinaire à l'azote total, 0,74 au lieu de 0,94, etc.

L'augmentation des déchets insuffisamment oxydés fait comprendre dans une certaine mesure la toxicité toute relative des urines, qui normalement sont impuissantes à amener la mort au-dessous de 140 à 200 p. 1000.

Peut-être ces poisons jouent-ils un rôle dans la genèse des alternatives viscérales? Quelques résultats tendent à le faire croire.

Quoiqu'il en soit, des tares chimiques s'associent aux modifications anatomiques ou physiologiques. Spécifions très nettement que la tuberculose n'est pas seule capable de conduire à ces désordres; d'autre part on ne sait nullement dans quelle mesure elle les engendre.

Maladie myxosporidienne des barbeaux

M. Charrin. — Une maladie des plus meurtrières a décimé les barbeaux du Rhône, frappés en grand nombre à l'exclusion des autres espèces; j'ai observé 37 cas, en août et septembre 1898, sur une étendue de plus de 100 kilomètres.

L'animal atteint perd toute activité; il maigrit, offre sous les écailles une tumeur du volume d'une noix; cette tumeur s'ulcère en 3 ou 4 points laissant sourdre un liquide sanieux, puriforme; le poisson succombe, flotte à la surface.

Cette saillie est formée par d'innombrables myxosporidies, infiltrant les fibres musculaires dégénérées; je m'en suis assuré avec M. Paviot; ces myxosporidies ne sont autres que le Myxobolus Pfeiferii. J'ajoute que les viscères sont très altérés, que des microbes variés venus de l'eau pullulent dans ces néoformations, provoquent le ramollissement, acquièrent une grande virulence, comme je l'ai vu avec M. Courmont.

A coup sûr cette affection est celle que Mégnin a signalée, que Railliet, surtout Thélohan ont si bien décrite : les observations nouvelles permettent de dégager des données spéciales.

En premier lieu, elles montrent l'extension d'une maladie rencontrée d'abord dans la Moselle en 1893. En second lieu, elles mettent en lumière le rôle des passages microbiens dans les organismes débilités au point de vue de la virulence des bactéries; les germes vulgaires, les bacilles liquéfiants acquièrent une énergie intense; un processus parasitaire conduit à une infection. En troisième lieu, ces données établissent, en les rapprochant de ce qui se passe chez l'homme (suppurations microbiennes des productions actinomycosiques, etc.) ou chez certains végétaux, une loi d'anatomie pathologique générale; les néoformations qui ne reconnaissent pas à titre de cause première une bactérie, du moins à l'heure actuelle, sont en tout cas modifiée par ces bactéries.

Action du tannin sur le bacille de Koch et sur la marche de la tuberculose expérimentale.

M. Sabrazès (Bordeaux). — L'inoculation au cobaye d'une émulsion tannique de bacilles de Koch, récemment préparée, détermine une tuberculose maligne. L'action bactéricide du tannin est nulle, dans ces conditions; elle ne se manifeste pas d'une façon appréciable quand l'émulsion est laissée 46 heures *in vitro*, ainsi que le démontrent les inoculations en série. Le bacille tuberculeux résiste donc au tannin; l'expérience

démontre que sa résistance aux solutions d'acide gallique n'est pas moindre. Et cependant, après l'action du tannin, les bacilles ne se développent plus sur les milieux artificiels appropriés, ce qui prouve la nécessité, en matière d'expérimentation sur les agents réputés antituberculeux, de procéder par inoculation au cobaye, et non par la culture, sous peine de s'exposer à considérer comme des antiseptiques de premier ordre — d'après les résultats négatifs des ensemencements — des substances absolument inoffensives pour le bacille de Koch.

Administré à haute dose aux animaux réceptifs, le tannin leur confère-t-il, ainsi qu'on l'a prétendu, une résistance marquée à la tuberculose? Plusieurs séries de faits expérimentaux qui nous sont personnels aboutissent à cette conclusion que le *tannin n'immunise nullement le cobaye* et *n'enraye pas la marche de la tuberculose chez cet animal réactif*.

Action coagulante de la gélatine.

MM. Gley et Camus ont injecté dans le péritoine d'un cobaye une solution de gélatine contenant 2 grammes de gélatine. En examinant le sang, avec toutes les précautions d'usage, ils ont constaté que l'injection intrapéritonéale de gélatine n'a en rien modifié la coagulation du sang.

Ce fait n'a rien de surprenant car la gélatine n'étant pas dialysable ne peut s'absorber ni par la peau ni par le péritoine. Du reste en sacrifiant le cobaye, ils ont retrouvé dans son péritoine 1 gr. 90 de gélatine sur les 2 grammes qui avaient été injectés. Les 10 centigrammes de gélatine qui manquaient, sont évidemment restés accolés aux parois du péritoine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 Novembre 1898.

Compression rhythmée du cœur dans la syncope chloroformique.

M. Michaux a utilisé une fois le procédé dont a parlé M. Tuffier et qui consiste, en cas de syncope chloroformique grave, à ouvrir le péricarde et à exercer sur le cœur des compressions rhythmées. M. Michaux n'a pu ramener son malade à la vie.

Traitement des luxations anciennes.

M. Tuffier a pratiqué deux fois la résection de l'épaule pour luxation irréductible compliquée de phénomènes nerveux graves, de compression nerveuse. Dans ces deux cas les accidents nerveux n'ont pas rétrocédé et les résultats fonctionnels ont été peu satisfaisants. Il a observé en outre 2 cas de luxations récidivantes : dans 1 cas, l'autopsie fut pratiquée à la suite de mort par tuberculose et permit de constater les lésions ordinaires et classiques, l'encoche de la tête humérale en particulier; dans l'autre, il s'agit d'un homme de 49 ans, qui présentait en même temps une atrophie musculaire très marquée; on lui conseilla des massages, qu'il pratiqua de 1892 à 1897. Durant ce temps, il n'eut pas de luxation; puis il cessa les massages, et, depuis, il s'est luxé l'épaule une fois.

Cette observation tend à montrer que l'atrophie musculaire musculaire joue un rôle important dans la luxation récidivante de l'épaule.

M. Berger rappelle qu'il a montré il y a quelque temps une femme chez laquelle il avait dû pratiquer la résection pour une luxation irréductible, le résultat fut d'obtenir une mobilité permettant à la malade d'enlever son coude environ jusqu'à la hauteur de l'épaule. Cependant l'arthrotomie paraît devoir suffire toutes les fois que les lésions ne sont pas trop anciennes et que la tête humérale n'est pas déformée. Ce sont surtout les lésions de la tête qui doivent faire adopter la résection. Mais, dans une luxation irréductible et récente, c'est à l'arthrotomie que M. Berger recourt d'abord, quitte à la compléter aussitôt par la résection, si l'exploration et l'examen de la tête l'y conduisent.

M. Nélaton insiste sur le peu de résultats que donne la résection dans les luxations anciennes et irréductibles; avec le traitement orthopédique simple, on obtient d'aussi bons effets, il ne connaît pas d'observation qui vienne à l'encontre de cette proposition.

Quant au rôle de l'action musculaire dans la luxation récidivante de l'épaule, il la croit d'aucune importance.

M. Reynier croit au contraire au rôle des muscles dans la luxation récidivante; il a vu celle-ci chez un choréique et chez un nerveux, deux malades chez lesquels le système musculaire était touché.

Reproduction de la diaphyse tibiale après son ablation.

M. Walther rend compte d'une observation de **M. Paulidès** (de Rhodes) relative à un cas d'ostéomyélite aiguë, chez un enfant, pour laquelle il dut extirper toute la diaphyse tibiale. L'os se reproduisit en entier, et la photographie du malade, prise un an plus tard, montre en effet, que les deux jambes sont égales. M. Paulidès en conclut qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer cette ablation de la diaphyse. Bien que cette observation soit en faveur de cette idée, M. Walther pense cependant qu'il ne faut avoir recours à cette extirpation totale que lorsqu'on ne peut faire autrement; la trépanation suffit, en général.

Jéjunostomie.

M. Terrier a récemment pratiqué, dans un cas de cancer stomacal très étendu, non justiciable de la résection ni de la gastro-entérostomie, une jéjunostomie.

Cette opération, proposée et pratiquée chez l'homme, pour la première fois, par un chirurgien français, Surmay (de Ham), a pour but d'aboucher latéralement à la paroi la portion primitive du jéjunum, de manière à pouvoir nourrir le malade. Pour ce faire, on pratique une incision verticale, on explore l'estomac, et quand on voit l'impossibilité de pratiquer une intervention quelconque sur cet estomac, on fixe au fond de la plaie, et latéralement, la portion initiale de l'intestin. Autant que possible, on n'ouvrira ce dernier qu'au bout de quelques jours, après réunion de l'intestin à la paroi; pour pratiquer cette ouverture, qui se fera à l'aide du thermo, on aura soin de laisser dans la plaie deux fils conducteurs, comme pour la gastrostomie en deux temps.

M. Terrier a pu alimenter son malade par la nouvelle bouche intestinale et introduire dans l'intestin 1 litre de lait en 24 heures.

Dans les cas de cancers étendus, cette opération ne donnera évidemment pas de très longue survie, mais elle pourrait être suivie de meilleurs résultats dans d'autres circonstances, telles que brûlure de l'estomac, par exemple.

M. Le Dentu a assisté à l'opération même de Surmay, qui a été faite dans son service, et, depuis, il a eu l'occasion de la renouveler une fois de plus dans un cas désespéré, pour ainsi dire d'urgence. Il pense que cette intervention peut rendre service dans quelques conditions déterminées qui doivent être fixées.

M. Peyrot a pratiqué deux fois la jéjunostomie : la première fois, en 1888; la deuxième fois, plus récemment. Chez son dernier malade il a obtenu une survie de 15 jours.

M. Guinard a observé un cas de jéjunostomie spontanée, consécutive à une hernie étranglée, Il était fort difficile d'introduire du liquide par le bout inférieur : l'intestin se contractait dès qu'une petite quantité avait été injectée; il fallait attendre quelques instants avant d'introduire une nouvelle masse de liquide.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest) fait une communication sur la résection du sympathique cervical dans le traitement du goître exophthalmique.

M. Motais (d'Angers) présente une malade qu'il a opérée, avec succès, pour ptosis, par son procédé.

M. Tuffier présente une malade à laquelle il a fait une gastro-entérostomie pour des troubles en rapport avec des brides pyloriques. Le résultat thérapeutique est excellent.

M. Tuffier présente les pièces d'un malade opéré de gastro-

entérostomie avec entéro-anastomose, et qui a survécu huit mois. Les nouveaux orifices sont très bien conformés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Novembre 1898.

Note sur un cas de granulie anormale des reins.

M. A. Chauffard et **J. Castaigne** présentent à la Société l'observation clinique et les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé à une forme très rare de granulie rénale. Il s'agit d'un sujet alcoolique, peut-être ancien saturnin, suspect de lésions tuberculeuses de vieille date, mais qui paraissent immobilisées et sans tendance à la généralisation; de mai 1897 à avril 1898, déchéance progressive, amaigrissement, perte des forces, albuminurie constatée avec œdèmes, mais sans symptômes d'insuffisance rénale. L'épreuve du bleu de méthylène, pratiquée le 16 avril 1898, et qui était, ainsi que tout le syndrome urinaire, en faveur d'une néphrite atrophique lente, contraste avec l'absence des signes corrélatifs cardio-artériels. Enfin, d'avril à octobre 1898, insuffisance rénale progressive à forme gastro-intestinale, et mort par urémie confirmée.

Il y avait, dans cette histoire clinique, des anomalies difficiles à expliquer; les signes cardio-artériels forment un élément si constant du tableau morbide, que leur absence infirme presque le diagnostic de néphrite atrophique lente; malgré tout, le syndrome urinaire était tellement net que nul autre diagnostic n'était possible.

L'autopsie révéla des lésions tout à fait particulières des deux reins très volumineux, le droit pesant 450 grammes et le gauche 440 grammes; ils se laissaient très facilement décortiquer. La substance corticale est constituée dans toute son étendue, même dans les prolongements inter-pyramidaux, par un semis confluent de petites granulations d'un blanc jaunâtre serrées les unes contre les autres, sans presque aucune interposition de tissu resté sain.

Les pyramides, au contraire, ne présentent aucune granulation : elles sont d'un pourpre carminé et se détachent très nettement sur le fond tout différent que forme la substance corticale. L'examen histologique montre, dans chaque granulation, la structure typique des tubercules embryonnaires et déjà fibrocaséeux. Ces granulations semblent s'être développpées autour des glomérules qui ont été assez rapidement étouffés par l'envahissement progressif des lésions tuberculeuses, ce qui explique l'apparition relativement rapide des signes d'insuffisance rénale. Mais, d'autre part, cette même rapidité de l'évolution morbide explique peut-être la non-participation du système cardio-artériel au processus morbide.

En tout cas, bien spéciale au point de vue clinique par les symptômes d'urémie lente sans signes cardio-vasculaires; bien particulière au point de vue anatomique par l'évolution péri-glomérulaire des tubercules et la localisation lésionnelle exclusivement limitée à la substance corticale, cette observation de granulie rénale semble tout à fait exceptionnelle; les auteurs n'ont retrouvé aucun autre exemple publié en France d'un pareil complexus à la fois symptomatique et lésionnel.

Sur une angine pseudo-membraneuse à bacilles courts et à streptocoques.

MM. Barbier et **Tollemer** rapportent l'observation d'un cas d'angine pseudo-membraneuse, offrant plusieurs particularités cliniques et bactériologiques.

Le diagnostic de cette angine dut être tenu en suspens pendant quelque temps; en effet, si elle s'accompagnait de tous les signes objectifs de l'angine diphthérique, les signes d'intoxication faisaient défaut, et, particulièrement, l'accélération du pouls. De fait, un premier examen bactériologique démontra qu'il s'agissait d'une angine à streptocoques et à staphylocoques. Le lendemain, le tableau clinique changea; des signes d'infection se montrèrent, des ulcérations se creusèrent sur les gencives, une hémorrhagie se déclara, et le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva tous les organes présentant les altérations typiques d'une infection aiguë, et l'examen bactériologique démontra qu'il s'agissait d'une infection à streptocoques.

Mais le fait le plus curieux est le suivant : présence du bacille diphtérique court dans les voies aériennes, présence du bacille diphtérique long dans la protubérance. De plus, les inoculations en séries démontrèrent le peu de virulence des bacilles courts et, au contraire, la virulence excessive des baciles longs.

La présence exclusive de ce bacille long dans la protubérance est d'une explication difficile.

On ne peut guère supposer qu'il soit passé inaperçu dans les examens portant sur l'ensemble des voies aériennes; ces examens ont été trop nombreux.

Peut-être ce bacille long a-t-il traversé les muqueuses respiratoires sans y rester, et enfin, peut-être même, par ce passage a-t-il exalté sa virulence? Mais il est difficile de répondre à ces questions.

Scorbut infantile.

M. Comby rapporte un cas de maladie de Barlow, pris pour un rhumatisme articulaire aigu. Cependant, les articulations étaient indemnes, et des hématomes sous-périostés, accompagnant une stomatite intense, rendaient le diagnostic de maladie de Barlow relativement facile.

La cause de ce scorbut infantile était une alimentation exclusivement faite au moyen du lait maternisé. Le traitement antiscorbutique fut institué, la guérison ne se fit pas attendre.

Cette maladie, très rare en France, est très commune en Angleterre et surtout aux Etats-Unis, où l'on fait un véritable abus de spécialités à l'usage des enfants (lait condensé, farines lactées, etc.). Une enquête faite par la Société de pédiatrie américaine met bien ces faits en évidence.

M. Netter fait remarquer que l'observation de M. Comby confirme les conclusions qu'il a formulées dans la précédente séance. Le lait stérilisé est dépourvu des propriétés particulières que possède un aliment frais. Mais, il ne faut pas oublier que l'emploi du lait stérilisé est, dans l'immense majorité des cas, suivi de très bons résultats et que le scorbut infantile n'est qu'un accident d'une grande rareté.

M. Variot. — On a prétendu que le lait stérilisé n'était qu'une conserve et que comme tous les aliments de ce genre il était capable de déterminer le scorbut. Il serait peut-être prudent de faire quelques réserves. Le lait stérilisé n'est pas le seul aliment qui ait été incriminé comme cause du scorbut infantile; et, d'ailleurs, lorsque Barlow a publié son premier mémoire sur ce sujet, en 1883, le lait stérilisé n'était pas encore employé dans l'allaitement artificiel.

Ces réserves faites, il est bon d'apprécier les résultats du traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé industriellement. Le terme d'atrophie est plus compréhensible que celui d'atrepsie, il désigne un état morbide dont la gravité est en général proportionnée à la diminution du poids de l'enfant par comparaison avec le poids normal, quelle que soit la cause de cette diminution de poids.

Ces atrophiques reprennent assez vite le poids normal lorsqu'on substitue le lait stérilisé aux aliments mal appropriés qu'ils recevaient antérieurement; mais il est essentiel de régler le nombre des tétées, de les espacer convenablement, et de donner à chaque tétée une quantité de lait proportionnée au poids de l'enfant et non à son âge. Convenablement employé, ce lait stérilisé a donné des succès nombreux à la consultation du dispensaire de Belleville, où l'on compte actuellement 100 nourrissons.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 26 Octobre 1898.

Culture du bacille de Ducrey.

M. Lenglet présente la culture pure de l'agent pathogène du chancre mou. Les preuves sur lesquelles il établit la réalité de cette assertion sont de trois ordres :

1° Des cultures pures, obtenues dans des conditions semblables, en partant de malades différents;

2° Des cultures de réensemencement;

3° Des inoculations positives à l'homme, faites en série avec ces cultures, et suivies de nouvelles cultures pures.

Enfin, une preuve histologique : la présence du bacille dans les chancres dus à l'inoculation de la culture pure.

Nouvelle étnde sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann, dite à tort pemphigus végétant.

M. H. Hallopeau. — Le type morbide, dont nous avons publié plusieurs observations sous le titre de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, est une forme suppurative de la maladie que Neumann a fait connaître sous le nom, désormais impropre, de pemphigus végétant. Cette maladie peut se présenter sous trois formes, l'une bulleuse, une autre pustuleuse et une mixte. L'existence de la forme pustuleuse ne permet pas de conserver à cette maladie le nom de pemphigus végétant. Nous proposons de l'appeler maladie de Neumann jusqu'au jour où l'on connaîtra l'agent infectieux qui en est la cause prochaine. Cette maladie est d'un pronostic relativement bénin; ses manifestations disparaissent sous l'influence d'antiseptiques appliqués localement. Cette maladie diffère de la dermatite herpétiforme par ses auto-inoculations, le caractère végétant de ses éléments, son asymétrie fréquente, l'inconstance des sensations douloureuses, la persistance au pourtour des orifices de végétations suppuratives, incessamment renouvelées sous l'influence d'irritations locales. Cette maladie diffère de l'impétigo herpétiforme par la profondeur des suppurations, l'absence des soulèvements épidermiques multiformes, l'absence de fièvre.

M. Brocq. — La malade que présente M. Hallopeau l'avait été autrefois par M. Vidal et par nous. Elle n'offrait alors des végétations qu'aux pieds; sur tout le reste du corps existait une éruption généralisée, vésiculeuse, bulleuse, érythémateuse et prurigineuse caractéristique de la dermatite herpétiforme de Dühring. Ce n'est que 2 ans plus tard que la forme morbide évolua, se transforma et prit d'autres caractères.

M. Leredde. — La maladie n'est point pustuleuse au point de vue histologique, mais bien vésiculeuse; la pustule est ici secondaire. On rencontre des cellules éosinophiles; aussi croyons-nous à un type morbide voisin de la dermatite herpétiforme.

Étude histologique sur un cas de maladie de Recklinghausen.

M. Jeanselme présente une femme âgée de 40 ans, chez laquelle on constate tous les signes de la neuro-fibromatose : tumeurs nodulaires, taches et placards hyperchromiques, nævi pigmentaires, pileux et vasculaires.

L'examen histologique a été fait de deux petites tumeurs dont l'une était saillante, tandis que l'autre, enchâssée profondément dans le derme, n'était accessible que par la palpation. Au niveau de cette dernière, la peau portait une tache rose lilas. Chacune de ces deux pièces a été divisée en deux fragments, dont l'un a été fixé par l'acide osmique et l'autre par l'alcool.

Sur ces coupes, on voit que chaque nodule est constitué par un petit fibrome bien circonscrit du volume d'un pois environ. Un grand nombre de mastzellen, dont le noyau est coloré en bleu clair et les granulations en rouge violet par la thionine, infiltrent le tissu scléreux.

Les organes contenus dans ces fibromes, les filets nerveux, les vaisseaux, les follicules pileux, les glandes sébacées, les glomérules sudoripares, les faisceaux de fibres lisses n'ont subi aucune altération.

M. Darier a vu des cas nombreux de neurofibromatose, les uns complets (avec tumeurs dermiques, tumeurs nerveuses, pigmentation) et les autres incomplets. Le névrome plexiforme est une forme géante et localisée de la même maladie. Histologiquement, les tumeurs nerveuses sont des fibromes nettement compris dans la gaine lamelleuse. Les tumeurs dermiques sont des fibromes nettement compris dans la gaine lamelleuse. Les tumeurs dermiques sont des fibromes mous, riches en cellules, développés en dehors des nerfs, vu que ceux qui traversent le néoplasme sont munis de leur gaine complète. Il n'en serait pas ainsi si la conception de Recklinghausen, qui en faisait des fibro-névromes terminaux, était exacte. La maladie est une dystrophie d'ordre congénital, quelquefois familiale, voisine des vices de conformation et des nævi.

Sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

MM. Hallopeau et Constensoux. — Ce fait est le premier, non seulement parmi les pemphigus, mais aussi parmi les maladies cachectisantes, dans lequel on ait signalé l'incurvation ostéomalacique des os. Il est probable que cette ostéomalacie est une conséquence de la maladie cutanée agissant par l'élimination, par la peau, d'une quantité anormale de sels de chaux. Ce sel est excrété par l'urine en proportions énormes. On peut se demander si la surface de la peau n'est pas le siège de formations acides qui seraient résorbées et iraient provoquer dans les os la décalcification; mais la surface cutanée est ici alcaline.

Note sur l'histologie du psoriasis.

M. Sabouraud présente, au nom de **M. W. J. Munro** (de Sidney), un travail sur l'histologie de la lésion élémentaire du psoriasis à son premier début.

D'après cette étude patiente et consciencieuse, on peut dire que la lésion primitive du psoriasis est constituée par de petits abcès miliaires de la couche cornée épidermique; et c'est autour de ces abcès préformés que la réaction épidermique détermine l'hyperkératose.

Ces recherches n'ont montré aucun microbe colorable dans les collections leucocytaires qui sont la lésion originelle du psoriasis.

Epithélioma du nez guéri par la méthode de Czerny.

MM. Gastou et Haury. — L'intérêt de ce cas est dans la structure histologique de cet épithélioma, dans lequel les cellules néoplasiques sont accompagnées, entourées ou dissociées par une infiltration abondante de cellules d'origine lymphatique. De cinq cas d'épithélioma de la face étudiés au point de vue de la constitution cellulaire dans ses rapports avec le pronostic et le traitement par la méthode de Czerny-Trunecek, il semble résulter que plus l'infiltration des cellules lymphatiques est abondante, mieux agit le traitement et meilleur est le pronostic. Dans les épithéliomas de la face, il y a antagonisme entre le développement des tissus épithélial et lymphatique.

Érythème polymorphe d'origine iodo-potassique.

M. Danlos présente un malade qui, à la suite de l'ingestion d'iodure de potassium, fut atteint d'un prurit intense associé à des lésions cutanées : érythème figuré, vésicules et bulles. Ces accidents persistèrent pendant 1 mois 1/2. A l'heure actuelle, le malade, qui a été traité par l'arsenic depuis le début de l'éruption, est presque complètement guéri.

Au point de vue clinique, ce malade soulève certains problèmes. Il présente tous les signes d'une maladie de Dühring aiguë. Doit-on le considérer comme atteint d'une dermatose de Dühring d'origine iodique ou d'un érythème polymorphe simulant cette dermatose? Il semble que la question ne puisse être tranchée cliniquement.

M. Leredde a pu étudier complètement ce malade au point de vue hématologique. Il a constaté, une quinzaine de jours après le début, la présence de cellules éosinophiles très abondantes dans les bulles et une éosinophilie sanguine de 10 à 14 p. 100. Dans le courant du mois d'octobre, cette éosinophilie s'est abaissée progressivement; elle n'est plus aujourd'hui que de 3 à 4 p. 100.

Cette décroissance de l'éosinophilie, le retour à l'état presque normal du taux des éosinophiles coïncident avec la disparition

des symptômes cutanés. Le malade doit donc être considéré comme atteint d'une dermatose de Dühring aiguë d'origine iodo-potassique. Il ajoute qu'il a trouvé en abondance dans le sang des cellules anormales qui ont leur origine dans la moelle. Il considère à l'heure actuelle que la maladie de Dühring, le pemphigus végétant, la dermatose d'Hallopeau, le pemphigus foliacé, où il a trouvé les lésions sanguines de la maladie de Dühring, s'accompagnent d'altérations de la moelle osseuse. Il en veut pour preuve la malade que présentent MM. Hallopeau et Constensoux et qui est atteinte d'ostéomalacie dans le cours d'un pemphigus foliacé.

Sur le mécanisme de l'alopécie produite par l'acétate de thallium.

M. Jeanselme présente une malade qui, pour combattre des sueurs nocturnes, ingéra, en trois jours, la dose de 27 centigrammes d'acétate de thallium. Une quinzaine de jours après la dernière prise, elle constate un soir, en se démêlant, que chaque coup de peigne entraîne d'abondantes mèches de cheveux. Bientôt le cuir chevelu fut presque entièrement dénudé, les rares cheveux qui restaient cédaient à la plus légère traction et sans que la malade en eût conscience. La plupart se brisaient dans l'intérieur du follicule pileux. Sur les préparations on peut voir que la fracture intra-folliculaire est nettement dirigée transversalement. Un mois après l'intoxication, quelques-uns des cheveux dont la croissance avait été ralentie, mais non pas supprimée, émergeaient du follicule pileux de 4 à 6 millimètres environ. En examinant un de ces poils à l'œil nu ou sous le microscope, on constate qu'il y a entre l'extrémité libre et la racine un étranglement. Cette forme traduit nettement les étapes de la souffrance du poil.

M. Jeanselme ne peut pas encore préciser le mécanisme intime dont relève l'alopécie thallique. M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu rechercher le thallium dans les cheveux de la malade à l'aide de l'électrolyse suivie de l'examen spectroscopique. Bien que cette méthode soit assez sensible pour mettre en évidence une cinquantième de milligramme de thallium, il a été impossible de déceler la présence de ce métal dans l'énorme quantité de cheveux mise à sa disposition.

Actuellement, trois mois après l'absorption du toxique, la reprise de croissance ne s'est montrée que dans un très petit nombre de follicules pileux, et il est à craindre que les autres follicules ne soient irrémédiablement perdus.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 7 Novembre 1898.

Gastrostomies.

M. Carrel-Billiard présente deux malades opérés par M. Bérard pour des rétrécissements néoplasiques de l'œsophage. Chez tous les deux, il a pratiqué une gastrostomie en deux temps. Chez l'un, on laissa écouler 8 jours entre la gastropexie et l'ouverture de l'estomac, et chez l'autre, 3 semaines. Ils furent, pendant ce temqs, nourris au moyen de lavements alimentaires jusqu'à ce que le spasme eût cessé. Dans les deux cas, pour éviter le réflexe du suc gastrique pas la fistule, on a fixé l'estomac aussi haut que possible à la paroi stomacale, en laissant toute la plaie opératoire se cicatriser en dehors de la future bouche stomacale qui occupe l'angle le plus élevé de cette plaie. On a fait, de plus, une très petite ouverture à l'estomac; dans le premier cas, sans maintenir la béance par un corps étranger, dans le second, en laissant pendant 12 heures seulement, un petit tube à demeure.

Enfin on s'est servi, pour les pansements répétés, deux fois par jour, de carbonate de magnésie et de vaseline.

Bacilles d'Eberth et coli dans les eaux potables.

MM. Mérieux et **Carré** ont recherché dans une série d'échantillons d'eaux potables les bacilles typhique et coli au moyen de la méthode de Péré (bouillons phéniqués). Sur 14 échantillons analysés, on a constaté une fois la présence du bacille typhique associé au coli, et 8 fois celle du coli seul.

La différenciation entre les deux bacilles a été faite par les procédés classiques (fermentation de la lactose, du lait, agglutination par un sérum de typhique). La réaction agglutinante semble être de beaucoup la plus sûre; pourtant MM. Arloing et Rottet ont plusieurs fois observé l'agglutination de cultures de coli au moyen du sérum de typhique.

Suppurations sus- et sous-diaphragmatiques et radiographie.

M. Destot rapporte diverses observations de suppurations ou d'épanchements sus- et sous-diaphragmatiques étudiés par lui soit avec la radiographie, soit avec la radioscopie. Il n'hésite pas à donner la préférence à cette dernière méthode, pour l'exploration du thorax. Il insiste à nouveau sur l'importance de l'étude des mouvements diaphragmatiques, et rappelle qu'il a pu, à propos de l'empyème pulsatile, expliquer par la solidarité qui unit le diaphragme au péricarde, la production de la pulsation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 9 Novembre 1898.

Cautérisation intra-utérine dans les fibromes.

M. Thévenot présente un utérus fibromateux enlevé par M. Fochier. Antérieurement, cet utérus avait été cautérisé par un médecin avec un crayon de chlorure de zinc, cette cautérisation avait déterminé une sclérose cicatricielle du col allant presque jusqu'à l'oblitération de sa cavité. C'est un nouvel exemple des dangers que peut présenter la cautérisation intra-utérine dans les fibromes au point de vue des conséquences tardives, surtout dans le cas de grossesse ultérieure.

Anévrysme artérioso-veineux.

M. Carrel-Billiard présente au nom de **M. Poncet**, un malade atteint d'anévrysme artérioso-veineux du creux poplité gauche, consécutif à un coup de tranchet, reçu il y a 2 mois. L'anévrysme commença à se développer moins de 15 jours après le traumatisme. M. Poncet se propose de pratiquer l'extirpation.

Radiographie.

M. Destot présente la radiographie d'un homme qui reçut, il y a 5 ans, une balle dans la tête, et fut trépané à la suite. Actuellement, l'orifice de la trépanation, où le tissu osseux est d'une faible densité, se marque en noir sur l'image radioscopique. Cette anomalie peut s'expliquer par le fait que l'oxyde de plomb, mélangé au sang, a persisté en ce point, qu'il s'agit d'un dépôt d'iodoforme ou enfin d'un kyste cérébral. La balle avait été extraite, et il est du reste facile de montrer, par des épreuves prises en diverses positions, qu'il ne peut s'agir actuellement d'un tel corps étranger.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 14 Octobre 1898

Exophthalmos de l'œil gauche avec hypertrophie du corps thyroïde droit et tachycardie.

M. Armaignac a présenté une jeune fille atteinte d'exophthalmos de l'œil gauche. L'œil droit est encore aujourd'hui absolument normal,

L'œil était projeté directement en avant, et l'exploration de l'orbite par le toucher digital et par l'auscultation directe ou au moyen du stéthoscope ne permettait de constater rien de particulier Tous les mouvements du globe et des paupières étaient normaux. Cependant, il existe déjà une tachycardie très prononcée, 120 à 150 pulsations à la minute, du tremblement des mains et un peu d'hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Cette jeune fille est très nerveuse, très impressionnable et fille d'une mère névropathe. Pas de goître chez les ascendants, et elle-même, au dire de sa mère, a toujours eu le cou très gros, mais sans augmentation appréciable dans ces derniers temps.

Tous les signes qui viennent de décrire existaient déjà au mois de juin dernier, mais l'exophthalmos a considérablement augmenté depuis 3 mois. Le signe de De Græfe fait défaut, et dans les mouvements d'abaissement de l'œil, la paupière supérieure l'accompagne très régulièrement et l'occlusion est aussi parfaite que du côté opposé. La santé générale est bonne, mais l'état nerveux semble s'exagérer depuis quelques mois. Le réflexe rotulien est un peu exagéré.

M. Lagrange pense que la malade, qui est manifestement atteinte de goître exophthalmique, verra bientôt se développer les autres symptômes de cette maladie qu'elle ne présente pas encore. En particulier, l'exophthalmos se manifestera dans 3 ou 4 mois, 6 mois au plus.

M. Pitres insiste sur ce fait, que le traitement médical du goître exophthalmique peut donner d'excellents résultats au début de cette maladie. L'hydrothérapie froide, en particulier, réussit merveilleusement dans certain cas. Mais si les moyens médicaux peuvent guérir assez facilement le goître exophthalmique au début, ils n'ont plus une grande valeur contre cette maladie bien établie.

Ces temps derniers M. Pitres a essayé d'obtenir la diminution et l'induration du corps thyroïde augmenté de volume, au moyen des injections d'éther iodoformé, faites dans le corps thyroïde. Ces essais ont montré que ces injections peuvent durcir et raccornir cette glande. Et en même temps que le corps thyroïde diminue de volume et devient plus dur, les accidents si pénibles du goître exophthalmique suivent une marche décroissante; si bien que si la guérison absolue n'est pas obtenue, l'amélioration acquise est telle que la vie des malades devient parfaitement supportable.

Ces injections ne sont pas seulement efficaces, elles sont encore sans danger. On n'a pas à craindre avec elles les névrites qu'on a signalées à propos des injections d'éther. Les injections, à condition d'être faites en plein corps thyroïde, sont arrêtées, en effet, par l'aponévrose qui entoure cette glande et ne pénètrent pas au-delà; le paquet vasculo-nerveux qui avoisine est donc absolument à l'abri.

M. R.-Saint-Philippe croit, comme M. Pitres, à l'efficacité du traitement médical dans la maladie de Basedow.

M. Mongour croit qu'il y aurait avantage à essayer le traitement thyroïdien, mais à petite dose pour commencer : un quart ou un cinquième de lobe par jour.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 Octobre 1898.

Des infections consécutives aux suppurations de l'amygdale.

M. Treitel fait observer que, d'après les recherches modernes, beaucoup de maladies infectieuses ont pour point de départ les amygdales. On sait que, dans les lacunes des amygdales, il existe normalement des streptocoques et des staphylocoques, mais on ignore si, en l'absence de toute lésion, ces microorganismes peuvent pénétrer dans la circulation.

Outre les bouchons caséeux que l'on voit à la surface des tonsilles et qui sont le résultat de processus inflammatoires, il peut exister dans la profondeur de ces glandes de véritables abcès susceptibles de s'enkyster et, par suite, de rester complètement méconnus. Or, ces abcès, aigus ou chroniques, peuvent devenir le point de départ d'une suppuration, soit locale, soit générale; en voici un exemple :

Un homme, âgé de 65 ans, après avoir eu plusieurs amygdalites successives, fut pris un jour de dyspnée, de douleurs à la gorge, et de gêne de la déglutition. A l'examen, on trouva les tonsilles saines, mais il existait un œdème de la glotte et des replis aryténo-épiglottiques. Les jours suivants, l'état du malade empira au point qu'on fut obligé de recourir à la trachéotomie. Au cours de l'opération, on ouvrit un abcès rempli de pus fétide; néanmoins, le patient succomba le lendemain.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une infiltration purulente du tissu latéro- et rétropharyngien qui s'étendait jusqu'au médiastin. Les deux sacs pleuraux renfermaient également du pus. Les tonsilles, dont la surface ne présentait aucune altération, étaient toutes deux le siège de plusieurs abcès, liés évidemment aux amygdalites répétées que le sujet avait eues auparavant.

Il est possible qu'en pareil cas, l'inflammation se transmette de l'abcès au tissu ambiant du pharynx, mais on peut admettre aussi une absorption directe des germes pathogènes qui vont infecter toute l'économie. Quoi qu'il en soit, la conclusion à tirer de ces faits, c'est que les angines doivent toujours être l'objet d'un traitement rigoureux que l'on devra compléter par une antisepsie parfaite de la bouche et de la gorge.

M. A. Fränkel estime que l'intégrité des amygdales est parfaitement compatible avec l'hypothèse d'une infection partie de leur surface.

Il a eu, il y a quelque temps, dans son service, une femme âgée de 30 ans, qui était entrée pour un ictère intense accompagné de fièvre, frissons, etc., etc. On ne put découvrir la source de l'infection et la malade succomba au bout de 24 heures. A l'autopsie, on trouva un tout petit abcès dans les amygdales; de plus, il existait une endocardite ulcéreuse.

Il est probable que les infections qui ont pour point de départ un abcès de l'amygdale s'effectuent par la voie des lymphatiques.

M. Benda ajoute que dans le cas dont M. Fränkel vient de parler, il a pu démontrer que la pyohémie dépendait d'une endocardite ulcéreuse avec destruction complète des valvules et dépôt de nombreuses colonies de streptocoques à la surface de l'endocarde. Ce fut là sans nul doute le point de départ de la pyohémie. Quant aux streptocoques de l'endocarde, ils provenaient eux-mêmes de l'abcès de l'amygdale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 2 Novembre 1898.

Protozoaires du cancer.

M. Jurgens a trouvé dans les mucosités gastriques d'un cas de cancer de l'estomac, et dans les mucosités bronchiques dans un cas de cancer du poumon, des grégarines qui se trouvaient également dans les cellules de ces deux néoplasmes. L'étude de ces grégarines a montré à M. Jurgens les faits suivants :

Le parasite est fusiforme et offre d'assez grandes dimensions. Il se compose d'une enveloppe extérieure contenant un grand nombre de petites spores, qui ressemblent parfois aux corpuscules de Rainey ou aux utricules de Miescher. Ces spores jouissent de mouvements amiboïdes et s'introduisent dans les cellules épithéliales où se meuvent dans leurs interstices; on peut aussi les trouver inclus dans le noyau.

Dès qu'un de ces spores a pénétré dans une cellule, il y augmente de volume au point de la remplir entièrement, de

sorte que c'est, en réalité, la membrane cellulaire externe qui constitue l'enveloppe du parasite. Une fois dégagé de la cellule, cet organisme se présente sous la forme d'un petit corps arrondi, granuleux, entouré d'une membrane à double contour. En se développant, ces petits globules acquièrent un aspect de plus en plus granuleux; mais, comme ils conservent toujours leur membrane à double contour, on ne peut pas les confondre avec des débris épithéliaux.

Que deviennent ces éléments? On sait que les grégarines se multiplient par conjugaison de deux éléments entre eux. Le résultat ultime de cette conjugaison est l'apparition d'un corps qui ressemble à un utricule de Mœscher. Or, ces utricules s'observent chez le bœuf, la brebis, la souris, le porc, le chevreuil et, d'une façon générale, chez tous les herbivores. On pourrait donc se demander s'il y a une relation entre ces utricules et les parasites du cancer. On peut, en particulier, supposer que les utricules de Miescher, à la suite de leur transport dans un autre organisme, manquent de caractère.

Maladie bleue.

M. Ewald a observé un cas de maladie bleue chez un homme de 72 ans qui était entré à l'hôpital avec une cyanose du visage et des extrémités et dont les doigts étaient terminés en baguettes de tambour. Il avait de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et respirait avec beaucoup de difficulté. Il présentait, en outre, une dilatation du cœur et un bruit de souffle systolique ayant son maximum au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux.

En présence de ces symptômes, on diagnostiqua une anomalie congénitale du cœur, à savoir, étant donné l'âge du malade, une persistance du trou de Botal.

L'autopsie vérifia ce diagnostic. On constata une absence complète de la cloison interauriculaire, et, de plus, une thrombose récente de l'artère pulmonaire, un léger degré d'insuffisance de la valvule mitrale et une dilatation avec hypertrophie des deux ventricules.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Tout d'abord, il résulte des renseignements que le père du malade a succombé à une affection cardiaque, et que son frère est également atteint de maladie bleue. Il y avait donc chez lui une hérédité manifeste.

En second lieu, l'âge avancé auquel est arrivé le malade est extrêmement rare, et dans la littérature il n'existe que trois cas de ce genre.

M. Hansemann a fait l'autopsie d'un homme de soixante-deux ans dont le cœur présentait presque les mêmes particularités que celui du malade de M. Ewald. Il a constaté également l'absence de la cloison interventriculaire chez un homme de soixante-dix ans. Il est remarquable de voir que, malgré l'étendue de la lésion, le sang des deux ventricules ne se mélange pas.

La péricardite chez les enfants.

M. Baginsky a observé depuis l'ouverture de son service 64 cas de péricardite chez des enfants âgés de moins de 14 ans, due le plus souvent au rhumatisme articulaire, à la tuberculose, à la pleuro-pneumonie, aux fièvres éruptives, aux maladies infectieuses, etc. Comme chez l'adulte, cette péricardite était ou séreuse ou fibrineuse ou hémorrhagique ou purulente,

Cliniquement, la péricardite séreuse débute par des symptômes graves. Les petits patients se plaignent de douleurs très vives, la température s'élève, le pouls est petit et bat de 120 à 150 fois à la minute. Le diagnostic de cette péricardite chez l'enfant est particulièrement difficile et exige une percussion très attentive du thorax. Tous les auteurs admettent que le diaphragme est un peu plus élevé chez l'enfant et que, par conséquent, le cœur est situé un peu plus haut que chez l'adul-il est également plus horizontal. D'autre part, comme chez les enfants le foie est relativement plus gros, il en résulte que la matité cardiaque se confond très souvent avec la matité hépatiqne; rien n'est donc plus facile que de méconnaître un épanchement péricardique. Il faut, en outre, se rappeler que l'augmentation de la matité cardiaque peut être due à une dilatation du cœur. Le souffle à la pointe qu'on rencontre dans certains cas, appartient plutôt à l'endocardite concomitante qu'à la péricardite.

Le diagnostic de la péricardite purulente est encore plus difficile que celui de la péricardite séreuse, l'épanchement étant en général moins considérable.

Dans les cas observés par M. Baginsky, la péricardite purulente est survenue à titre de complication dans l'érysipèle phlegmoneux, les angines graves, une carie des côtes, une pneumonie fibrineuse, une bronchopneumonie, etc. Ces péricardites peuvent survenir chez les tout jeunes enfants, et M. Baginsky en a observé un exemple chez un nourrisson âgé de 10 jours. Les microorganismes qu'il a notés dans le pus sont le bacterium coli, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille pyocyanique.

Les faits les plus importants de péricardite sont ceux qui compliquent la polyarthrite rhumatismale; cette complication est fréquente et précoce. Chez les enfants, il est très rare d'observer un rhumatisme polyarticulaire avec intégrité complète du cœur. Au fur et à mesure que les attaques rhumatismales se répètent, les lésions du péricarde s'aggravent, le cœur se dilate, des adhérences s'établissent entre ses enveloppes, et les sujets finissent par succomber à l'âge de la pubeté.

Au point de vue du traitement, M. Baginsky a toujours vu l'acide salicylique échouer dans les cas de polyarthrite rhumatismale compliqués de péricardite et d'endocardite, mais il a obtenu de bons résultats, notamment à l'égard de la dyspnée et des œdèmes, en administrant la digitale et la diurétine.

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 8 Novembre 1898.

Hypertrophie congénitale du pylore.

M. Cantley a observé 2 cas d'hypertrophie congénitale du pylore, caractérisée par une hypertrophie de la couche musculaire aboutissant à un rétrécissement de la lumière du pylore. Dans un de ces cas il s'agissait d'un nourrisson de 15 semaines ayant succombé dans le marasme après avoir présenté des vomissements qui sont survenus quand l'enfant avait 3 semaines et que rien ne pouvait expliquer. Dans le second cas, l'enfant a succombé à l'âge de 8 semaines.

Dans les 2 cas, le tableau clinique comprenait des vomissements survenant peu de temps après la naissance, sans cause connue, et persistant malgré tous les traitements; une constipation opiniâtre non accompagné de ballonnement du ventre ni d'autres signes d'obstruction intestinale, une dilatation de l'estomac et la présence d'une tuméfaction dans la région du pylore.

A l'autopsie de ces enfants, on trouva les lésions qui ont été signalées dans les cas de ce genre : un pylore hypertrophié, formant véritable tumeur, et dont l'hypertrophie est due à la prolifération des fibres musculaires circulaires formant la couche moyenne du pylore. La muqueuse paraît épaissie, mais l'examen histologique montre qu'elle est tout à fait normale. L'estomac et l'œsophage sont quelquefois dilatés et présentent les signes d'un catarrhe secondaire.

Le diagnostic de l'hypertrophie congénitale du pylore est relativement facile quand tous ces symptômes apparaissent pendant les premières semaines de la vie. Comme le traitement médical échoue ordinairement dans ces cas, M. Cantley se demande s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir dans ces cas par une gastro-entérostomie.

M. Rolleston fait remarquer qu'il a récemment publié 1 cas de ce genre chez un nourrisson de 2 mois, et qu'à ce moment il a trouvé dans la littérature 17 cas de ce genre.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Abcès de la langue,

Par M. Prosper Mossé,

Interne à la clinique de dermato-syphyligraphie de Toulouse.

Les abcès de la langue se divisent en : I. *abcès aigus;* II. *abcès chroniques.*

I. Abcès aigus.

Ces abcès se distinguent en : 1° *abcès superficiels;* 2° *abcès profonds.*

Dans le premier cas, ils siègent à la base dans la région de l'amygdale linguale; dans le second cas, ils n'ont pas de localisation fixe, et on peut les trouver sur tous les points de la base à la pointe de la langue.

Nous commencerons cette étude par les abcès profonds ou interstitiels.

1° Abcès profonds ou interstitiels. — Cette variété d'abcès n'est pas exceptionnelle, mais elle ne constitue pas non plus une variété banale puisque Demarquay, dans son article du « Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie », se contente d'en citer deux cas empruntés l'un à Blandin, l'autre à l'un de ses élèves, le docteur Cousin. Et encore dans les deux cas s'agissait-il d'abcès méconnus que l'on avait incisés croyant avoir à faire à des kystes. La structure de la langue permet d'expliquer la rareté des inflammations phlegmoneuses de cet organe; la texture musculaire, en effet, y est extrêmement serrée. Le tissu conjonctif est peu abondant dans les intervalles des fibres musculaires et la graisse y existe en très petite quantité. Ce sont là de mauvaises conditions tout au moins pour le développement de ces abcès interstitiels.

Il existe cependant dans la littérature médicale un nombre suffisant d'exemples pour que l'on puisse se faire une idée des causes, de la physionomie et de la marche de cette affection. Ces exemples se trouvent rassemblés dans les thèses de Caulier, de Thébault, de Magne, dans le traité de Chassaignac, et dans diverses observations, parmi lesquelles nous pouvons citer celles de Tapie, de Sabrazès et Bousquet. Nous pouvons y ajouter l'observation suivante inédite que M. le Dr Gally, chef de clinique à la Faculté, a bien voulu nous confier.

M. P..., 23 ans, Peyriac-de-Mer.

Le 24 février 1894, le malade, tenant un morceau de roseau arraché entre ses dents, est heurté par un camarade. Plaie de la langue assez profonde, hémorrhagie assez abondante arrêtée par un simple lavage de la bouche à l'eau fraîche.

Le malade souffre en parlant le soir même, ne peut pas dîner à cause de la douleur provoquée par tout mouvement de cet organe qu'il attribue à la plaie située sur la face dorsale de la ligne médiane un peu en avant du V.

Le lendemain, la langue est encore douloureuse, les mouvements de déglutition et de phonation un peu pénibles. Salivation abondante. Le blessé ne prend que des aliments liquides pour éviter le contact des matières alimentaires.

Le 27 février, la langue est très fortement tuméfiée, très douloureuse et gêne fortement le malade, la déglution est impossible, la phonation très pénible, presque indistincte. Fièvre, céphalée. Appelé auprès du malade le 3 mars, j'apprends les renseignements précédents et à l'examen de l'organe je vois la langue fort tuméfiée dans son ensemble; mais la tuméfaction est surtout marquée à droite.

Je ne trouve pas trace du traumatisme antérieur mais au niveau du siège présumé la tuméfaction semble maxima, la muqueuse linguale est desquamée offrant une surface de la grandeur d'une pièce de 50 centimes lisse, rouge sombre, au niveau la pression provoque une douleur très vive, fluctuation vague. Adénopathie sous-maxillaire douloureuse.

Le malade, qui a eu ces jours précédents des troubles respiratoires, au moins à ce que dit l'entourage, ne présente plus que les signes locaux précédents de la gêne de la déglutition et une phonation presque impossible au moment où nous l'examinons.

Nous portons le diagnostic de glossite suppurée traumatique et nous faisons séance tenante une longue incision au niveau de la tuméfaction maxima, incision partant de quelques millimètres en avant du V, s'arrêtant à un centimètre de la pointe. Quelques gouttes de pus en arrière, du sang dans la partie antérieure de l'incision. Lavages bucaux naphtholés, pulvérisations boriquées toutes les heures.

Le lendemain, 4 mars, mieux très sensible, la tuméfaction de l'organe est très diminuée, l'incision de la veille n'est presque pas apparente, la partie postérieure seule donne un peu de pus.

Antisepsie buccale à continuer comme précédemment, alimentation liquide.

Huit jours après, 12 ou 13 mars, petite ulcération suppurée du dos de la langue au niveau de la partie postérieure de l'incision, induration douloureuse des tissus.

Chloroformisation légère, langue attirée au dehors par une pince de Museux; nettoyage à la curette tranchante de l'ulcération qui nous permet de pénétrer avec l'instrument dans une cavité de la grosseur d'une petite noisette, et dont nous retirons un fragment de roseau de 1 centimètre de long sur quelques millimètres de large.

Guérison totale rapide après ce léger curetage.

Etiologie. — Les abcès profonds, qui constituent la forme suppurée de la glossite aiguë peuvent s'observer dans des états généraux diathésiques (diabète) ou infectieux (variole, pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle) ou même au cours d'une intoxication hydrargyrique. Mais la cause de beaucoup la plus fréquente, ainsi qu'en témoignent les observations, est l'infection locale produite soit par des microorganismes qui habitent normalement la cavité buccale, soit par des microorganismes autres, ou des poisons (venins) qui ont pénétré accidentellement dans ce milieu. La porte d'entrée est souvent bien apparente, c'est une excoriation bien nette, produite par une morsure, c'est une érosion beaucoup plus superficielle

produite par le heurt de la langue contre une dent brisée, ou par le frottement incessant de cet organe contre un corps étranger plus ou moins septique (le tuyau de la pipe par exemple). L'abcès peut encore être dû à la présence d'un corps étranger irritant ou septique dans la langue, comme en témoigne l'observation de M. le Dr Gally. Dans une de ses cliniques, Gosselin relate un cas d'abcès profond provoqué par la pénétration dans la langue, de la couronne d'une dent.

L'infection dans d'autres cas peut se faire par propagation, et l'abcès peut être consécutif à une inflammation du voisinage (angine, amygdalite phlegmoneuse, otites, etc.). Il peut enfin arriver que des kystes de la langue (glandulaires, muqueux, hydatiques) après être restés très longtemps latents, s'enflamment et suppurent soit à la suite d'une communication, soit peut-être à la suite d'une ulcération de la membrane qui les enveloppait et les délimitait. M. Magne vient tout récemment de consacrer le sujet de sa thèse à l'étude de ces *abcès aigus enkystés* de la langue que l'on n'a qu'exceptionnellement l'occasion de voir. Cependant, il y a bien des cas où la cause de l'abcès échappe complètement. N'est-il pas alors rationnel d'admettre qu'il y a eu préalablement une érosion de la muqueuse linguale, qui a pu guérir sans laisser de traces appréciables, tandis que le microbe transporté par la voie lymphatique colonisait profondément dans l'épaisseur de la langue et déterminait par sa présence l'inflammation et la formation de pus?

Signes. — Cet abcès est en général accompagné d'un cortège symptomatique imposant, mais dont la composition est naturellement variable suivant le siège de l'abcès. Il comprend des symptômes généraux (fièvre, frissons, céphalalgie, etc.), et des symptômes locaux dont les plus ordinaires sont les suivants : la tuméfaction de la langue, qui en général est assez considérable pour que cet organe ne puisse plus être contenu entre les arcades dentaires, en même temps qu'elle se tuméfie, la langue perd sa mobilité normale et arrive à pendre inerte entre les mâchoires écartées qui ont perdu tout leur jeu. La douleur est plus ou moins intense; elle est continue ou intermittente, elle est localisée ou généralisée, dans tous les cas elle est exaspérée par la pression du doigt au niveau du point lésé, ou par les mouvements de la langue. Ici, comme pour les abcès superficiels, nous retrouvons l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et latéraux.

La dysphagie, la dysphonie et la dyspnée sont les trois signes les plus fréquents. La voix est nasonnée, mal articulée, inintelligible. L'aphonie est parfois complète. Ces troubles de la phonation ne semblent pas spéciaux à l'abcès profond.

Ils se retrouvent dans la glossite aiguë non suppurée, dans les phlegmons de l'amygdale linguale, dans la grenouillette, etc.

Les symptômes asphyxiques sont surtout accentués lorsque l'abcès siège à la base de la langue. Ils donnent alors à l'affection, en même temps qu'un caractère de haute gravité, un aspect dramatique qui a frappé l'esprit de tous les observateurs. « Avec une physionomie qui ne peut ni se traduire ni s'oublier, je trouvai le malade assis sur son lit et offrant tous les phénomènes de l'asphyxie. Les yeux saillants exprimaient l'angoisse, dans sa plus déchirante expression, hors de la bouche pendait un énorme champignon couleur lie de vin; je n'avais pas à hésiter un instant, il fallait agir sur-le-champ ». (Lenduger-Formorel.)

Mais le tableau est souvent bien moins saisissant; les symptômes généraux font totalement défaut et la glossite suppurée ne se traduit que par des phénomènes d'acuité peu nets. « La preuve en est dans les cas de Blandin et de Cousin, qui furent pris pour des kystes jusqu'à l'incision. Cette erreur de diagnostic n'eût pas eu lieu si ces abcès avaient eu une marche franchement inflammatoire. » (Thébault.) Tout peut alors se borner à une tuméfaction plus ou moins bien circonscrite, avec des élancements spontanés, ou de légères douleurs qui ne sont provoquées que par la pression ou par les mouvements de la langue. Parfois, on voit sourdre des gouttelettes de pus à travers de fins pertuis. Mais cette particularité ne se présente que lorsque l'abcès est devenu superficiel. C'est encore dans ce cas que l'on arrive à sentir la fluctuation : mais cette fluctuation fait ordinairement défaut; on a beau palper la langue dans tous les sens, on ne la sent sur aucun point; ce qui s'explique suffisamment par l'épaisseur des parois charnues qui recouvrent le foyer. Le doigt explorateur pourra quelquefois reconnaître une mollesse, un empâtement spécial. Mais dans la grande majorité des cas, l'abcès de la langue diffère de ceux observés dans les autres régions, en ce qu'il présente une consistance ferme qui le fait ressembler à une tumeur solide (1). « C'est à la texture serrée de la langue et aussi à l'épaisseur de la muqueuse qui en recouvre la face dorsale qu'est due la physionomie toute particulière que prennent les abcès de cette région. Ils forment une tumeur très limitée, saillante et dure que le chirurgien prendra toujours, s'il n'est prévenu, pour une tumeur solide (2). La dureté particulière des collections purulentes de la langue peut donner le change pour une tumeur solide. C'est là un fait dont il faut être averti, car il est de nature à dominer les difficultés du diagnostic (3). »

Marche. — L'abcès de la langue a une évolution rapide, qui peut jusqu'à un certain point être considérée comme l'un des meilleurs caractères de cette affection. Dans quelques cas, elle est précédée d'une courte phase prodromique qui se traduit par de la gêne à la déglutition, de la rougeur ou des douleurs dans la langue et par un mauvais état général. D'autres fois, l'abcès se forme au milieu de symptômes plus ou moins violents éclatant brusquement et, *du jour au lendemain*, les progrès du mal peuvent être assez rapides pour menacer les jours du malade, si une thérapeutique énergique n'intervient pas. On peut même observer des cas à marche foudroyante. Sabrazès et Bousquet citent l'exemple d'une malade qui fut emportée en moins de quarante-huit heures, avant même que le phlegmon ne fût arrivé à la phase de suppuration. Une fois le pus collecté, les phénomènes généraux ou inflammatoires peuvent s'amender et même disparaître (période subaiguë); l'abcès persiste alors plus ou moins longtemps sous la forme d'une tumeur ou d'une induration qui se contente d'être gênante par sa présence. C'est dans ces cas qu'il pourra y avoir méprise et que l'on pourra croire avoir devant soi non pas un abcès aigu, mais une tumeur solide (kyste, gomme, abcès froid ou actinomycose linguale). La collection purulente finit en général par s'ouvrir spontanément. Cette ouverture se fait sur un point quelconque de la langue et le malade crache du pus. Mais il peut se produire aussi un trajet fistuleux et la collection fuse dans un point plus ou moins éloigné du siège primitif de l'abcès (région sous-hyoïdienne). Il n'est pas rare quand l'abcès s'ouvre spontanément qu'il se vide mal et petit à petit. La suppuration peut alors persister longtemps. Que l'ouverture

1. TILLAUX, *Chirurgie clinique*, p. 339.
2. TILLAUX, *Anatomie topographique*, p. 344.
3 TAPIE, *Société de médecine de Toulouse*, 1889.

soit spontanée ou qu'elle soit chirurgicale, on est surpris de voir, quand elle se produit au cours de la période aiguë, avec quelle rapidité extraordinaire l'amélioration et la guérison surviennent. On voit comme par enchantement, aussitôt le pus écoulé, la langue réintégrer sa cavité. Le malade respire à son aise, il parle sans difficulté, il n'éprouve plus qu'une gêne modérée pour avaler. Les mouvements de la langue sont libres. Le malade se proclame aussitôt guéri et effectivement le rétablissement complet s'obtient en quelques heures. Cette rapidité remarquable de la guérison se trouve notée dans la plupart des observations. Exemples : « Deux heures s'étaient à peine écoulées depuis l'incision que l'amélioration était bien netté. La langue ne débordait plus en aucun sens sous les arcades dentaires. Trois jours après le malade était parfaitement guéri. » (Chassaignac.) — « L'abcès est incisé le 26 au soir, le 28 il ne reste plus qu'un état saburral des premières voies, et, des profondes incisions faites l'avant-veille, il ne reste plus que deux petites lignes rouges, difficilement perceptibles. » (Lenduger-Formorel.) — « L'abcès s'ouvre à huit heures du soir, la langue rentre aussitôt dans la cavité buccale. Le lendemain tout est revenu à l'état normal et le malade mange comme à son habitude. »

Diagnostic. — Quelle que soit la netteté avec laquelle cette affection peut se présenter, il importe toujours de songer aux diverses maladies qui peuvent simuler l'abcès de la langue. Ce sont : 1° la glossite aiguë non suppurée ; 2° la grenouillette aiguë ; 3° les phlegmons de la loge thyro-épiglottique, pharyngo-laryngée, et les phlegmons du plancher de la bouche.

1° La glossite aiguë non suppurée se présente avec des symptômes qui rappellent souvent ceux de la glossite suppurée ; ils ne semblent en différer que par une intensité un peu moindre. C'est surtout par la marche que l'affection peut se juger. L'évolution de la glossite aiguë simple est extrêmement rapide ; les symptômes inflammatoires s'amendent spontanément en très peu de temps, ou bien cèdent très vite, avec des gargarismes émollients, des lavages antiseptiques de la bouche, ou des applications de topique sur la langue ; dans les cas plus tenaces, les scarifications ont raison de cette affection. Ces divers moyens échouent lorsque la glossite évolue du côté de l'abcès. Les symptômes généraux, au lieu de s'amender, acquièrent une acuité plus considérable. La langue reste tuméfiée et le toucher permet de reconnaître soit un point fluctuant, soit un noyau d'induration.

La ponction exploratrice, dans le cas de glossite catarrhale, reste négative ; elle peut, au contraire, être positive dans le cas d'abcès de langue. L'examen du pus obtenu par cette ponction permettra ultérieurement de connaître la nature de l'abcès.

2° La *grenouillette aiguë* apparaît, comme l'abcès de la langue, d'une façon brusque, et s'accompagne des mêmes phénomènes d'angoisse, de dyspnée et de dysphagie. Mais là s'arrête toute la ressemblance. La langue, qui n'est modifiée ni dans sa forme, ni dans son volume, est refoulée en haut et en arrière. Au-dessous d'elle, on trouve une tumeur molle, fluctuante, rénitente, qui laisse échapper à la ponction un liquide qui rappelle la salive. Il n'y a point de symptômes généraux. Pas de fièvre. Tout autres sont, comme nous l'avons vu, les signes de l'abcès de la langue.

3° Le *phlegmon du plancher de la bouche*, qui s'accompagne de symptômes généraux graves, de dysphasie, de dyspnée, peut également prêter à la confusion. Mais tandis que dans la glossite la langue est portée en avant et que le plancher conserve toute sa souplesse, dans le phlegmon du plancher il existe un bourrelet phlegmoneux sublingual d'une dureté ligneuse qui infiltre tout le plancher de la bouche et qui soulève la langue en masse (1). En admettant qu'il y ait eu propagation de l'abcès de la langue au plancher et à la région sous-maxillaire, on se souviendra que la phlegmasie a débuté par la langue au lieu de s'accuser au-dessous.

2° Abcès sous-muqueux superficiels. — Ces abcès superficiels sous-muqueux de la base de la langue, qu'on désigne encore sous les noms d'amygdalites et de périamygdalites linguales phlegmoneuses, ou de glossites folliculaires phlegmoneuses (Garzia, Massei), ne sont pas non plus très fréquentes. Escat, au Congrès d'otologie et de laryngologie, dans son Rapport sur la pathologie de la base de la langue, s'appuie sur une vingtaine d'observations environ pour la description de cette affection.

Nous avons déjà indiqué le siège de ces abcès qui est celui de l'amygdale linguale, formée chez l'enfant par de nombreux follicules (adénoïdes, et recouverts par la muqueuse), disséminés sur toute la surface de la langue comprise d'avant en arrière entre le V lingual, et les fossettes glosso-épiglottiques, et latéralement d'une amygdale palatine à l'autre. Cette amygdale linguale a une évolution régressive. Cependant, il n'est pas rare de voir subsister chez l'adulte quelques follicules constituant l'amygdale linguale hypertrophique. L'amygdalite phlegmoneuse est l'inflammation suppurative d'un de ces follicules. Dans la périamygdalite, admise par Simonowski, Ruault, Escat, le foyer phlegmoneux se développe au-dessous de l'organe, et a pour territoire le tissu cellulaire sous-muqueux. Au point de vue clinique, dans la plupart des cas, les deux formes se combinent et rendent toute distinction impossible.

Etiologie. — Ces amygdalites linguales phlegmoneuses constituent généralement une complication survenant au cours ou au déclin d'une angine catarrhale aiguë généralisée. Dans les cas de Cartaz et de Marion, rapportés par Escat, l'infection avait été consécutive à une cautérisation galvanocaustique et, dans les cas de Seifert et de Helary, à une blessure par corps étranger septique, un fragment de bois dans le premier cas, un fragment d'os dans le second (2).

Séméiologie. — Elle est très nette et se résume dans les signes suivants que nous ne faisons que mentionner : dysphagie, dyspnée, plus ou moins intense due soit à la tuméfaction de la langue, soit à l'infiltration œdémateuse de l'épiglotte, ou à son refoulement en arrière et en bas (Ruault) (3).

Engorgement des ganglions sous-maxillaires latéraux et médians. Immobilisation de tout ou partie de la langue. Existence d'une tumeur perceptible au miroir laryngien, siégeant sur le territoire de l'amygdale, et donnant au doigt plutôt une sensation de rénitence que de la fluctuation. Les signes généraux font rarement défaut, parfois ils sont au contraire très accusés (fièvre, céphalalgie, malaises, frissons).

La marche de l'abcès est assez rapide ; il évolue en 8 ou 15 jours, et s'ouvre en général spontanément à cette période, donnant issue en une seule fois ou en plusieurs reprises à une quantité de pus ordinairement minime. Dans l'observation d'Escat, le malade rejeta des flots de pus. L'ouverture de l'abcès amène la rémission immédiate des symptômes mentionnés. L'examen bactériolo-

1. Pathologie de l'amygdale linguale et de la base de la langue.
2. Escat, *loc. cit.*
3. Ruault, *Traité de médecine*, t. III, p. 82.

gique de ce pus n'a été fait qu'une seule fois, par le Dr Garzia, de Naples, qui obtint, dans deux cas de glossite folliculaire infectieuse, des cultures très nettes de staphilococcus pyogènes aureus.

Pronostic. — Le pronostic de ces abcès superficiels de l'amygdale semble bénin, puisque tous les cas observés jusqu'ici se sont terminés par la guérison, mais, comme le fait remarquer Ruault, on peut toujours redouter l'œdème de la glotte, complication qui cependant n'a pas été observée jusqu'ici. Elle serait particulièrement à craindre lorsque la conformation anormale de la membrane hyo-épiglottique permet au pus de fuser le long de l'épiglotte et d'atteindre l'espace prélaryngé.

Diagnostic. — Le diagnostic repose sur les signes énumérés plus haut, mais, pour être certain, il doit être confirmé autant que possible par l'examen au laryngoscope. Le diagnostic différentiel devra se faire avec le phlegmon du plancher de la bouche, le phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique, avec le phlegmon laryngo-pharyngé. Nous avons eu l'occasion d'examiner quelques-uns des signes de ces dernières affections, à propos du diagnostic des abcès profonds.

Traitement. — Lorsque le foyer phlegmoneux est bien localisé, que les symptômes douloureux sont supportables et qu'il n'y a pas menace de suffocation, on pourra, d'après Escat, s'abstenir d'inciser et attendre l'ouverture spontanée de l'abcès. Dans ce cas, l'on se trouvera bien de prescrire au malade des lavages antiseptiques de la gorge. On pourra quelquefois les soulager en leur prescrivant l'usage de la glace absorbée en petits morceaux, qu'ils laisseront fondre dans la bouche. Lorsqu'au contraire il y aura aggravation des symptômes et menace d'asphyxie, il faudra se hâter d'ouvrir l'abcès, soit au bistouri, soit au galvanocautère. Ruault a dû, dans un cas, afin d'éviter les récidives, inciser la région où avait persisté une fistule dont l'orifice siégeait à la limite latérale de l'amygdale linguale et dont le trajet s'étendait en dedans et au-dessous de la muqueuse décollée.

II. — **Abcès froids chroniques.**

Ils sont très rares et généralement d'origine tuberculeuse. Les deux premiers cas produits sont ceux de Fano en 1862 et de Gosselin en 1868. De 1868 à 1894, diverses observations sont publiées, et Wittman, qui les rassemble à cette époque dans sa thèse, en compte dix cas. De 1894 à 1896, quelques nouveaux cas viennent s'ajouter. Le dernier travail paru sur ce sujet est la thèse de M. Le Nadan, qui s'appuie sur 18 observations. On peut invoquer, pour expliquer la rareté de ces gommes tuberculeuses, les même raisons d'anatomie et d'histologie que pour les abcès profonds. Wittman fait remarquer avec raison que toute l'histoire des abcès tuberculeux est française.

Siège. — L'abcès superficiel siège à la base; l'abcès aigu profond n'a pas de siège d'élection, mais il est très rare à la pointe. L'abcès froid, au contraire, semble se localiser près de la pointe sur la moitié antérieure de l'organe lingual. Il est tantôt central, tantôt latéral. Ce dernier cas paraît plus fréquent. Il siège indifféremment sur le bord droit ou gauche de la langue. Dans une observation de Gade, l'abcès occupait toute la moitié gauche de la langue, à partir de 4 centimètres de la pointe, jusqu'à la base. L'abcès est tantôt situé au-dessous de la muqueuse, tantôt, au contraire, il est profond en plein tissu musculaire.

Dans le plus grand nombre des cas, on ne peut compter sur la langue du malade qu'un seul abcès tuberculeux. C'est même la règle, mais elle comporte des exceptions. Le malade de M. Barth présentait des abcès de toutes dimensions situés sur l'extrémité de la langue qui donnaient à cet organe un aspect franchement bosselé. Les dimensions de ces abcès sont variables, et vont du grain de chènevis à la noix; leur volume le plus ordinaire est celui d'une noisette.

Etiologie. — Sur les 18 observations consignées dans la thèse de Le Nadan, 16 ont trait à des hommes dont l'âge alternait entre 20 et 50 ans. La tuberculose n'est relevée dans les antécédents héréditaires que chez un seul de ces 18 malades. Il faut bien retenir que, le plus fréquemment, l'abcès se manifeste chez des sujets entachés soit de tuberculose pulmonaire, soit de tuberculose chirurgicale.

La gomme tuberculeuse (1) peut survenir chez un individu sain, ne présentant aucune manifestation tuberculeuse. Dans ce cas, le bacille de Koch ne peut pénétrer jusqu'au parenchyme lingual et y coloniser que s'il y a eu une altération préalable de la muqueuse. Ces cas paraissent absolument exceptionnels.

La gomme tuberculeuse apparaît chez des sujets entachés de tuberculose, mais ne présentant pas d'ulcération linguale.

L'agent pathogène est alors transporté par le courant lymphatique ou sanguin. Il s'y développe d'autant plus facilement qu'il peut être créé en ce point un véritable « locus minoris resistentiæ » par suite de l'état hygiénique déplorable de la bouche de certains individus (fumeurs, alcooliques, etc.).

Enfin, troisième cas de tous le plus fréquent, l'abcès tuberculeux lingual apparaît chez des sujets atteints de tuberculose laryngo-pulmonaire et présentant en même temps des ulcérations linguales.

Signes. — Cet abcès se traduit par une tumeur généralement unique et dont le siège ordinaire est situé en avant du V lingual, tumeur absolument indolente qui évolue sans provoquer la moindre réaction inflammatoire du côté de la langue, et qui ne devient gênante et apparente que lorsqu'elle a acquis un certain volume. Des douleurs névralgiques plus ou moins vives peuvent dans certains cas précéder la formation d'un de ces abcès; elles se calment et disparaissent une fois la gomme constituée.

Quand l'abcès est profond, il peut être complètement indépendant de la muqueuse, sur laquelle on n'observe ni œdème, ni changement de coloration, ni perte d'élasticité. La muqueuse garde tous ses caractères normaux. Tout autour d'elle, la collection purulente circonscrit une zone d'induration plus ou moins appréciable, mais incapable d'entraver la mobilité linguale lorsqu'il n'existe pas d'autres lésions de voisinage.

La palpation permet de reconnaître, dès que cette tumeur a acquis un certain volume, de la rénitence ou de la fluctuation. Ce dernier signe est d'autant plus marqué que l'abcès est plus volumineux et plus superficiel. A la pression, la tumeur conserve son indolence.

Les signes fonctionnels sont nuls lorsque la gomme n'est ni ulcérée, ni accompagnée d'ulcérations. Lorsqu'il existe au contraire des ulcérations, on peut observer : l'embarras de la parole, de la difficulté pour mastiquer et avaler, de la salivation incessante, et enfin des douleurs spontanées insupportables.

L'abcès tuberculeux lingual peut s'accompagner d'adé-

1. Voir thèse de Le Nadan.

nopathie sous-maxillaire, sans que cependant cela puisse être considéré comme une règle absolue. Les ganglions restent en général petits, durs et mobiles. Chez un malade de M. Dubreuilh (1), l'évolution des gommes s'est accompagnée d'une adénite sous-maxillaire double.

L'état général du malade est essentiellement variable puisqu'on peut poser en principe que la gomme tuberculeuse ne se manifeste que chez des individus entachés de tuberculose; leur état général sera donc subordonné à la gravité des diverses lésions tuberculeuses que l'on pourra observer chez eux; il s'agira, nous l'avons dit, le plus souvent de tuberculose laryngée ou de tuberculose pulmonaire à ses diverses périodes et, dans certains cas, de tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

Marche. — L'évolution d'un abcès tuberculeux de la langue est habituellement lente et comporte en général plusieurs mois. Dans le cas de Régnier, l'abcès, qui s'était manifesté chez un tuberculeux consécutivement à une blessure de la langue, offre un exemple exceptionnel d'évolution rapide. L'abcès, à mesure qu'il se développe, se rapproche de la muqueuse, qui rougit, s'amincit et finit par s'ulcérer, permettant au pus de se vider à l'extérieur. Dans certains cas, l'abcès s'ouvre sur un point plus ou moins éloigné du foyer tuberculeux, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux.

Diagnostic. — Le diagnostic des abcès froids de la langue est difficile. Il peut y avoir confusion soit avec les kystes de la langue, soit avec des gommes syphilitiques.

Les kystes (kystes muqueux, hématiques, glandulaires, hydatiques) ont pour point de ressemblance avec l'abcès froid, leurs caractères extérieurs, leur indolence et l'absence de troubles fonctionnels. Cependant, ces kystes, qui sont encore plus rares que les abcès froids, s'en distinguent en général par leur évolution qui est essentiellement lente, essentiellement chronique; leur apparition remonte le plus généralement à des années. Le moyen de diagnostic le plus sûr est une ponction exploratrice.

Les gommes syphilitiques profondes de la langue se diagnostiquent facilement. Il peut n'y avoir sur la langue qu'une seule gomme, mais en général ces gommes sont multiples et la langue paraît rembourrée de noisettes. Leur évolution est chronique, mais elles finissent toujours par aboutir à l'ulcération. Elles s'accompagnent très souvent de lésions de glossite scléreuse, superficielle ou profonde, qui donnent à la la langue un aspect chagriné ou parqueté, qui est comme le cachet de la maladie.

Le traitement par l'iodure de potassium seul et par l'iodure de potassium et le mercure est souverain dans le cas de syphilis. Il reste sans influence dans le cas de tuberculose, à moins qu'il ne donne dans ce cas un coup de fouet à la maladie, comme nous en avons un exemple par l'observation de Chauffard. Nous n'insistons pas sur l'importance des commémoratifs.

Dans certains cas cependant, les gommes syphilitiques linguales affectent une allure aiguë et s'accompagnent de phénomènes de glossite et de pus. Elles peuvent dans ces cas être d'un diagnostic difficile et prêter à la confusion. L'observation suivante que nous avons recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Audry, en témoigne. Chez notre malade, cette évolution avait permis de croire à une suppuration septique ou tuberculeuse de la langue alors qu'il s'agissait de gommes syphilitiques évoluant à la manière d'un abcès.

1. Voir thèse de Le Nadan.

Obs. II. — *Gommes syphilitiques de la langue.* — D..., Bernard, 43 ans, terrassier, entré à la salle Saint-Victor, le 1re avril 1898.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Ne signale aucune maladie grave jusqu'à 21 ans. A cette époque, il contracte une pneumonie (1876) pour laquelle il est envoyé dans un hôpital militaire. Peu après, il a un eczéma. En 1890, il va se fixer en Algérie, où il séjourne pendant 4 ans. Pendant les premiers temps de son séjour dans cette contrée, il paie son tribut au paludisme et a des accès de fièvre tous les deux jours. Au bout de 6 mois, ces accès disparaissent et n'ont plus reparu depuis.

D..., est buveur. Il consomme une très grande quantité de vin, de 5 à 6 litres par jour, à l'exclusion, paraît-il, des autres variété d'alcool qu'il n'apprécie pas.

Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis, et tout son interrogatoire permet de suppposer qu'il dit vrai.

Son état général est excellent; il est fort et vigoureux et ne présente aucune tare à signaler. Il a toujours été cependant sujet aux angines.

Du côté de sa bouche, nous voyons qu'il ne prend aucun soin de propreté. Ses dents jaunes, couvertes de tartre, n'ont jamais été nettoyées, il a plusieurs chicots. Pas de traces d'ulcérations dentaires.

Voici comment il a été amené à entrer dans le service :

En décembre 1897, à la suite d'une angine légère, il vit survenir des phénomènes inflammatoires du côté de sa langue, qui se tuméfia au point de gêner la respiration, de l'empêcher de parler et de manger. Un médecin consulté prescrivit quelques gargarismes; le malade cracha du pus, les phénomènes s'amendèrent et le malade se crut guéri.

Deux mois plus tard, les mêmes phénomènes se représentèrent et s'amendèrent après que le malade eut de nouveau craché du pus.

Au commencement de mars 1898, le malade voit pour la 3e fois survenir les mêmes accidents. Mais cette fois, après que les symptômes aigus sont calmés, il subsiste sur la face dorsale de la langue environ à 4 centimètres de la pointe de la langue et à gauche de la ligne médiane, une tumeur fluctuante ou pseudo-fluctuante qui a environ le volume d'une noix. C'est dans cet état qu'il se présente à la consultation du docteur Escat, qui incise alors cette tumeur à l'aide d'une sonde cannelée, puis débride avec l'index, donnant ainsi issue *à une cuillerée à bouche de pus* et de débris sphacélés. Sur les conseils de M. Escat, le malade entre le lendemain dans le service.

Du délabrement opéré la veille, il ne reste comme trace qu'une légère dépression linéaire ayant environ 1 centimètre et demi de longueur. En arrière et à gauche de cette dépression, on voit une cicatrice ayant à peu près la même longueur. Sur aucun point de la langue, on ne constate trace d'induration. On prescrit quelques lavages iodés de la bouche, et le malade sort au bout d'un mois paraissant parfaitement guéri.

Quelques jours plus tard, D..., se représente dans le service avec une nouvelle tumeur qui siège en plein tissu lingual et à la pointe de la langue. Cette tumeur est dure et arrondie, et son évolution à marche lente n'est pas accompagnée d'accidents aigus. Les choses restant stationnaires, on a recours à la ponction exploratrice qui permet de retirer quelques gouttes d'un liquide séreux, dont l'examen bactériologique et l'ensemencement n'ont donné aucun résultat positif. Une injection d'éther iodoformé démontre l'absence du trajet fistuleux.

Cette nodosité disparaît peu à peu sous l'influence du traitement spécifique mixte (frictions et iodure de potassium) que l'on ordonne au malade.

D... est sorti le 14 juillet et nous ne l'avons plus revu, il était complètement guéri sauf une légère induration en voie elle-même de disparition.

BIBLIOGRAPHIE

Chassaignac, *Traité pratique de la suppuration.*

Demarquay, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1875.

Caulier, thèse de Paris, 1885, N° 113.

Maurel, *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1890.

Tapie, *Revue médicale de Toulouse* 1889.

Thébaud, thèse de Paris, 1893-1894, n° 318.
Garzia, *Revue internationale de rhinologie et de laryngologie*, 1895, t. IV, p. 17.
Tillaux, *Traité d'anatomie et de chirurgie clinique.*
Sabrazès et Bousquet, *Presse médicale*, 1897.
Delbet et Le Dentu, *Traité de chirurgie*, t. IV. Articles de Morestin.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques, mai 1898, art. 17639.
Escat, *Pathologie de l'amygdale linguale et de la base de la angue*, 1898.
Withman, thèse de Paris, 1895.
Le Nadan, thèse de Bordeaux, 1896.

Présentation d'une malade opérée depuis un an de résection annulaire de l'estomac,

Présentation à l'*Académie de médecine*

Par M. le Dr Charles Perier.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une femme de 53 ans à qui j'ai enlevé, il y aura juste un an dans trois jours, toute la partie moyenne de l'estomac et le centre du mésocôlon transverse, pour un néoplasme qui avait à peu près la largeur de la paume de la main. Après cette excision annulaire les deux culs-de-sac se trouvaient entièrement séparés l'un de l'autre, je les ai réunis directement par un double plan de sutures, consolidées extérieurement par un adossement de l'épiploon.

Je n'insiste pas sur les détails de l'observation qui a été publiée dans la thèse récente du Dr Urbain Guinard, ancien interne de notre collègue le professeur Terrier.

Les opérations de ce genre sont entrées maintenant dans la pratique courante, aussi ne vous aurais-je pas entrenus de cette malade s'il n'y avait pas, suivant moi, intérêt à faire voir à ceux qui ne sont pas encore convaincus combien est justifiée l'intervention de la chirurgie contre les lésions de l'estomac :

Vous pouvez constater le bon état de santé de la malade et lui entendre dire combien elle est heureuse du changement.

Elle pesait 42 kilogrammes au moment de l'opération, aujourd'hui elle en pèse plus de 55 et dans ce dernier mois l'augmentation a été d'un kilogramme.

Enfin, il est impossible de sentir la moindre tumeur dans l'abdomen.

L'appétit est très bon, les repas sont réguliers, les digestions faciles, lait au réveil, potage à dix heures, déjeuner et dîner composés d'un plat de viande et d'un plat de légumes. La constipation est soigneusement évitée par la cascarine et les lavements de chaque jour.

Le résultat est donc des plus favorables, mais dans ce succès il entre un facteur auquel j'attache une importance des plus sérieuses et sur lequel j'ai le devoir d'appeler votre attention.

Chez un malade atteint de néoplasme des voies digestives supérieures, on s'attendrait à trouver toujours l'intestin plus ou moins vide : si c'est en effet la règle pour l'intestin grêle, il en est tout autrement pour le gros intestin. Il est souvent bondé de matières, surtout après le régime lacté, où il se fait de grands amas de caseum non digéré.

Ces amas peuvent par leur présence rendre funestes les suites de l'opération la mieux conduite.

Chez l'opérée que je vous présente, le côlon était distendu outre mesure par des matières qu'à l'aide de manœuvres de pression, nous avons pu, mon assistant le Dr Rochard et moi, faire glisser jusqu'à l'S iliaque et refouler aussi bas pue possible vers le rectum. C'est après trois jours, et grâce à des lavements répétés, à de nombreux suppositoires, que nous avons obtenu une grande débâcle. Or, jusqu'à la débâcle, l'état de l'opérée était des plus précaires. Mais, brusquement, après la débâcle, survint une amélioration grandissante et ininterrompue jusqu'à guérison complète.

J'appelle très sérieusemeut l'attention sur ce point, car, par comparaison, je me crois en droit d'attribuer à la rétention d'un pareil amas de matières l'insuccès d'une gastro-entérostomie que j'avais conduite sans autre incident, et qui devait certainement avoir une issue favorable si le contenu du gros intestin avait pu être évacué à temps.

Je crois donc qu'il est de règle de pratiquer le refoulement des matières intestinales au cours des laparotomies, quand leur accumulation fait craindre une évacuation sinon impossible, du moins difficile et dangereuse.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Fournier (Louis). *Des albuminuries intermittentes.* N° 475. (H. Jouve).

M. Lucas (André-Henri-Marie). *Contribution à l'étude des actions chimiques des courants électriques sur les tissus vivants.* N° 402. (Soc. d'Ed. scient.)

M. Bouchacourt (Léon). *De l'exploration des organes internes à l'aide de la lumière éclairante et non éclairante. Endoscopie par les rayons de Röntgen.* N° 474. (Steinheil.)

M. Mavrojannis. *La toxicité de la sueur (normale et pathologique).* N° 420. (Carré et Naud.)

M. Fachatte (Raymond). *La puberté et les premiers troubles menstruels, étude clinique.* N° 437. (H. Jouve.)

M. Theille (Ernest). *La néphrite syphilitique secondaire.* N° 598. (Paul Delmar.)

L'albuminurie intermittente, étudiée par M. Fournier, s'observe dans des conditions très diverses. Elle paraît se produire en vertu de prédispositions, parmi lesquelles l'hérédité tient une place prépondérante. La présence de l'albuminurie chez des gens bien portants est douteuse.

La constatation de l'albumine dans l'urine, quelles que soient les conditions de son apparition, mouvements, repos, fatigue cérébrale, fatigue musculaire, est toujours suspecte, car, lorsqu'on suit longtemps les malades on peut voir l'albuminurie passagère devenir continue et n'être que le début du mal de Bright. Aussi le pronostic de cette albuminurie doit-il être réservé. Le traitement doit être avant tout hygiénique et tonique. Le régime lacté n'agit pas toujours efficacement, parfois même on voit une albuminurie insignifiante s'aggraver dans son influence.

D'après M. Lucas, l'application d'un courant continu au corps humain produit, indépendamment des altérations locales aux points d'application des électrodes, des effets d'électrolyse sur tout son parcours. Le muscle traversé par un courant continu est altéré dans sa substance et perd plus ou moins complètement sa contractilité. Le désorganisation du tissu étant d'autant plus sérieuse que le courant est plus intense et qu'il a duré plus longtemps, c'est à l'intensité qu'il faut attribuer la prédominance. Il peut importer, dans certaines interventions électro-chirurgicales, de déterminer rationnellement les positions à donner aux deux électrodes pour éviter que l'action chimique du courant ne s'exerce sur d'autres parties que celles qu'il s'agit d'atteindre. On peut éviter tout effet électrolytique lorsque l'on fait usage d'un courant alternatif, pourvu que la forme de ce courant soit parfaitement symétrique. L'alternateur-inverseur décrit par l'auteur pourra être utilement employé pour obtenir le courant dont il s'agit.

Dans son important travail, M. Bouchacourt, s'il décrit les procédés en usage pour explorer les organes internes à l'aide de la lumière éclairante, insiste surtout sur l'explorateur par la lumière invisible (rayons de Röntgen). Il retrace très complètement l'histoire de la radioscopie et insiste surtout sur les méthodes techniques à employer. Le principal objet de sa thèse est l'endodiascopie à lumière interne qui permet tant l'exploration

par la voie buccale que l'exploration vaginale et rectale. Cette méthode, qui présente une innocuité absolue, à divers avantages qui sont les suivants :

α) Diminution de l'épaisseur des tissus à traverser.
β) Choix des organes qu'on veut impressionner.
γ) Élimination des tissus plus denses que celui qu'on examine.
δ) Absence de superposition des différents plans osseux.
ε) Possibilité de placer l'écran ou la plaque photographique le plus près possible, géométriquement, de l'organe à explorer, ce qui donne à l'image sa netteté maximum.

M. Mavrojannis conclut de ses recherches que la sueur normale est toxique chez le lapin à la dose de 60 à 70 cm. cubes par kilogramme de matière vivante. A cette dose la mort survient toujours dans un délai inférieur à 24 heures.

Les symptômes les plus remarquables de l'intoxication par la sueur totale sont : la dépression, la parésie des membres postérieurs, une légère hyperthermie, la diarrhée et une hémoglobinurie accompagnée d'amaigrissement assez considérable.

La toxicité de la sueur semble être due en grande partie (pour les deux tiers environ) à des substances à réaction acide, à odeur rappelant celle de certains acides gras volatils, solubles dans l'éther et qui ne sont autres très probablement que les acides gras. Il y a en outre dans le liquide sudoral des substances solubles dans l'eau, insolubles dans l'éther et l'alcool, qui sont capables de produire des accidents graves du côté du tube digestif et une hypothermie considérable et persistante. La sueur, débarrassée des substances solubles dans l'éther, n'amène plus la mort, même avec des doses triples de la dose normalement toxique.

Elle exerce une action dépressive sur la pression artérielle. Elle semble douée de faibles propriétés bactéricides.

Dans les cas pathologiques il se fait par la voie cutanée une élimination plus ou moins considérable de toxines cellulaires ou microbiennes, qui empruntent à la sueur des caractères particuliers.

La toxicité sudorale est légèrement augmentée dans certaines maladies infectieuses aiguës, telles que : la variole, la fièvre typhoïde, les fièvres palustres, le rhumatisme articulaire aigu (Queirolo). La sueur est hypertoxique dans la pneumonie et la diphthérie (Salter); elle reste normale dans le tétanos.

Dans la tuberculose, s'éliminent par les sueurs, spontanées ou provoquées, des toxines tuberculeuses en proportion assez considérable, susceptibles de provoquer des accidents lorsqu'on les injecte à des cobayes ou à des lapins.

Chez les épileptiques la sueur ne paraît pas jouir de propriétés toxiques et convulsivantes intenses. L'injection de sueur post-paroxystique, même à des doses assez considérables, ne provoque chez le lapin que quelques mouvements d'extension forcée de la colonne vertébrale; le sujet esquisse l'attitude de l'arc de cercle.

Enfin, chez les mélancoliques la toxicité sudorale n'est pas augmentée.

De ces recherches il résulte que les avantages thérapeutiques qu'on peut tirer de l'emploi des méthodes diaphorétiques paraissent bien douteux; la faible quantité de matières toxiques qui s'élimine par cette voie et les nombreux inconvénients qui accompagnent les sudations forcées ne permettent pas à l'émonctoire cutané de jouer un rôle efficace dans la protection de l'organisme malade.

Si souvent la puberté se passe sans incidents graves souvent aussi elle constitue une période troublée par l'apparition de maladies ou d'affections nouvelles qu'étudie plus spécialement M. Fachatte et dont la plupart dérivent de l'hystérie et de la chlorose.

Pour l'auteur les maladies aiguës ont, du fait d'une époque menstruelle voisine, une incubation plus courte.

Il insiste sur l'influence de la puberté sur la tuberculose et la syphilis acquise ou héréditaire dont elle paraît aggraver les manifestations. Elle a également une action défavorable sur les affections nerveuses et mentales préexistantes : chorée, démences précoces.

La menstruation une fois établie est sujette à des troubles variés : dysménorrhée, ménorrhagie, aménorrhée, déviation des règles, etc., qu'étudie successivement l'auteur.

Il insiste en terminant sur la nécessité de constituer dès les premiers signes précurseurs de la puberté une hygiène sévère à la fois morale et physique.

La néphrite syphilitique secondaire, conclut M. Theille, est une néphrite infectieuse; banale lorsqu'elle est très précoce, elle devient de plus en plus spécifique au fur et à mesure que la syphilis avance en âge. Les plus précoces de ces néphrites n'atteignent que l'élément parenchymateux (glomérulo-néphrites), rappelant en cela les néphrites des autres maladies générales ou infectieuses (scarlatine); et les néphrites un peu plus tardives relèvent de lésions interstitielles, rappelant en cela la prédilection du virus syphilitique pour le tissu conjonctif.

Ses symptômes : albuminurie, œdèmes, céphalée, douleurs lombaires, etc., ne la distinguent guère des autres néphrites infectieuses non spécifiques.

Aussi le diagnostic se fait-il :

1° Par la constatation d'une syphilis récente, dans les dix premiers mois de son évolution;

2° Par l'élimination, non pas des causes occasionnelles, telles que le refroidissement, l'alcoolisme, etc., mais des causes déterminantes qui, par elles seules, suffiraient à justifier la néphrite;

3° Par l'efficacité du traitement mercuriel.

Cette efficacité du traitement spécifique rend relativement peu grave le pronostic, au moins immédiat; car, pour ce qui est de l'avenir, il est bien évident que la néphrite syphilitique a mis le rein en état de moindre résistance.

Pour l'auteur le régime doit constituer, parallèlement au traitement antisyphilitique et au même titre que lui, la base de la thérapeutique.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1898-99.

M. Fischer (Georges). *Contribution à l'étude de la péricardite brightique.* N° 15. Lyon. (A. Rey.)

M. Raoult-Deslongchamps (Lucien-René). *Le staphylocoque pyogène. Etude expérimentale et clinique.* N° 17. (G. Steinheil.)

M. Eyraud (Georges). *Contribution à l'étude de la simulation de l'hystéro-neurasthénie traumatique.* N° 91. Lyon. (A. Rey.)

M. Doumenjou (Léon). *Le rein hépatique. Etude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique.* N° 66. Lyon.

M. Fischer distingue nettement la péricardite brightique, proprement dite, conséquence directe de l'altération, du milieu interne créé par la néphrite : 1° des péricardites qui peuvent accompagner une néphrite infectieuse; 2° des péricardites liées à des infections intercurrentes s'accompagnant d'albuminurie (pseudo-rhumatisme infectieux, scarlatine, angines, etc.).

La péricardite brightique se rencontre presque toujours, dans les néphrites chroniques et, non pas dans les néphrites aiguës; on la trouve rarement dans les néphrites parenchymateuses et, au contraire, très souvent dans les néphrites interstitielles. Elle n'est pas nécessairement liée à l'état urémique. Elle est exceptionnelle dans l'éclampsie gravidique.

Cliniquement, elle revêt le plus souvent la forme subaiguë; elle a une physionomie uniforme. Elle est sèche, apyrétique, et aboutit facilement à la symphyse.

Les lésions macroscopiques sont celles d'une péricardite sèche vulgaire. A l'examen microscopique, on trouve bon nombre de cellules myocardiques, occupant le plan des fibres unitives qui double le péricarde enflammé, présentant la lésion appelée : atrophie hyperplasmique, et quelquefois la dissociation segmentaire. Les reins sont généralement atteints de néphrite mixte à tendance interstitielle dominante.

La péricardite brightique ne semble pas due à la propagation d'une inflammation de voisinage; elle n'est pas non plus une localisation des œdèmes brightiques. On n'a jamais pu déceler le moindre microorganisme dans l'exsudat péricardique. Les toxines urinaires ordinaires retenues dans l'organisme, en vertu de l'insuffisance rénale, ne peuvent à elles seules déterminer son apparition.

Il faut, outre l'état dyscrasique créé par le brightisme accentué quelquefois par l'urémie, un lieu de moindre résistance, qui consiste en une myocardite brightique préalable.

Cette péricardite est souvent latente : pour être diagnostiquée de bonne heure, elle doit être recherchée quotidiennement par une auscultation soignée.

Le pronostic doit être réservé, car elle précède souvent de quelques jours le dénouement fatal.

Le traitement doit consister à : 1° soutenir la fibre cardiaque; 2° rouvrir la voie à l'émonction rénale insuffisante; 3° favoriser le départ des toxines accumulées dans le milieu intérieur et y jouant un rôle phlogogène par rapport à ta séreuse péricardique.

L'étude complète que M. Raoult-Deslongchamps consacre au staphylocoque est une monographie divisée en deux parties. La première, purement expérimentale, est consacrée aux caractères généraux de la suppuration, à l'histoire des staphylocoques et à l'exposé de leurs caractères, à l'examen microscopique ou en cultures, aux effets de son inoculation aux animaux, à ses produits solubles aux tentatives d'immunisation et de sérothérapie.

La 2e partie étudie le staphylocoque en pathologie humaine; après avoir insisté sur son rôle dans les affections de la peau et du tissu conjonctif, dans celles des os, des articulations et des muscles, l'auteur passe en revue les affections des divers organes où le staphylocoque peut jouer un rôle, pour terminer par l'exposé des infections générales à staphylocoque, de leur fréquence, de leurs symptômes et de leur pronostic.

Elève d'Arloing et de Courmont, l'auteur, s'il n'a pas apporté dans son travail un nombre considérable de faits expérimentaux ou cliniques personnels, a du moins fait une monographie fort complète de l'espèce microbienne qu'il étudiait, et par suite utile à consulter.

A propos de l'hystéro-neurasthénie traumatique, M. Eyraud conclut que le médecin expert a beaucoup plus souvent affaire à l'exagération qu'à la simulation. Cette exagération s'attaque surtout aux symptômes subjectifs difficiles à contrôler d'une façon exacte, symptômes que M. Lacassagne a dénommés « symptômes procéduriers ». La simulation peut avoir lieu par substitution d'origine des accidents; il faut avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'une intoxication alcoolique; la simulation roule rarement sur l'ensemble des symptômes : elle s'attaque plutôt à un petit groupe de symptômes difficiles à contrôler, d'où nécessité pour l'expert de serrer le plus possible l'examen objectif. L'expert devra, en outre, voir si les symptômes accusés que l'on a lieu de croire simulés cadrent bien avec le reste de sa déposition et ne sont pas en contradiction formelle avec l'allure générale de la maladie.

Tout en ayant toujours à l'esprit la possibilité de la fraude, l'expert devra toujours agir sans parti pris.

Les demandes seront faites aussi clairement que possible; il évitera les termes scientifiques qui pourraient n'être pas compris de son interlocuteur.

L'examen objectif précédera toujours l'interrogatoire et les demandes ne devront pas faire prévoir les réponses. L'aspect général du sujet, l'état de sa sensibilité, les paralysies, les contractures, le rétrécissement du champ visuel, l'état de l'ouïe, le fonctionnement de l'estomac, du cœur, les troubles vasomoteurs, les troubles génitaux, devront surtout attirer l'attention.

Il sera bon également que l'expert se mette au courant des antécédents pathologiques et des habitudes du patient.

L'emploi des moyens douloureux et des anesthésiques doit être rejeté.

L'auteur regrette l'internement des traumatisés proposé par Seeligmüller pour établir la réalité des affections dont ils se plaignent.

Hönig conseillerait un moyen plus pratique : faire visiter les traumatisés fréquemment par le même médecin, qui ne cesserait de les voir que le jour où tout phénomène morbide aurait disparu.

Il existe des lésions rénales relevant de l'insuffisance hépatique qu'étudie M. Doumenjou. Dans les affections hépatiques avec ictère, ces lésions rénales sont : l'infiltration pigmentaire, la désintégration granuleuse, l'éclaircissement progressif et parfois la dégénérescence graisseuse des épithéliums des tubes rénaux.

Dans les affections hépatiques sans ictère, on trouve des lésions identiques, moins l'infiltration pigmentaire.

Dans les néoplasies, on trouve des lésions présentant à la fois les caractères des lésions des affections avec ictère et des affections sans ictère, mais moins tranchés.

Dans la goutte, il existe de l'infiltration uratique, des lésions nécrosiques des épithéliums et des lésions irritatives de voisinage.

Dans le diabète qui, pour l'auteur, est, ainsi que la goutte, sous la dépendance d'une altération fonctionnelle du foie, il y a de l'hypertrophie et de l'infiltration glycogénique des cellules des tubes contournés, des lésions de néphrite interstitielle, des lésions de néphrite diffuse, de la nécrose et de la dégénérescence graisseuse des épithéliums.

En somme, les principaux caractères des lésions rénales d'origine hépatique sont les suivants : ce sont des lésions de nature dégénérative frappant l'épithélium des tubes contournés et des branches descendantes, plus rarement, celui des tubes collecteurs. Les glomérules, les vaisseaux, le tissu interstitiel généralement intacts dans les affections hépatiques avec ictère ou sans ictère, assez souvent touchés dans les néoplasies malignes hépatiques et parahépatiques, subissent constamment des altérations de nature irritative dans la goutte et le diabète. Les altérations n'atteignent qu'un nombre de tubes assez restreint et se trouvent souvent réparties par petits foyers.

Leur mécanisme pathogénique est toujours le même : le foie étant malade, et, par suite, insuffisant, les matières toxiques formées en dehors de cet organe ou dans cet organe même n'ont qu'une seule voie d'élimination importante, le rein. Leur passage à travers les tubes rénaux attaque les épithéliums qui s'altèrent et se détruisent avec plus ou moins de rapidité.

Dans les affections hépatiques avec ictère, la part principale dans la production des lésions rénales revient aux sels biliaires. Dans les affections hépatiques sans ictère, les lésions rénales sont dues surtout aux matières exactives (leucine, tyrosine, tourine) et aux peptones. Dans les néoplasies malignes hépatiques ou parahépatiques, elles sont probablement le résultat de l'action combinée des sels biliaires, des matières extractives et des peptones. Dans la goutte, elles sont imputables à l'urate de soude. Dans le diabète, elles sont sous la dépendance du sucre, de l'acétone et des corps similaires (acide β-oxybutyrique, acide éthyldiacétique, etc.). Enfin, dans toutes les affections susceptibles de produire l'insuffisance hépatique, plusieurs matières toxiques trouvées dans l'urine (acide oxalique, acide urique, acide hippurique, urobiline, etc.), ont certainement un rôle dans la genèse des lésions rénales.

Au point de vue séméiologique, les lésions rénales par insuffisance hépatiques se manifestent par des modifications de la diurèse. Mais, pour l'auteur, ni ces modifications dynamiques, ni l'albuminurie ne peuvent donner de renseignements importants. Il en est de même des urates, matières extractives, peptones, sels biliaires, acétone, etc. Les cylindres urinaires, au contraire, surtout les cylindres granuleux, ont une valeur séméiologique considérable.

Les lésions rénales dues à l'insuffisance hépatique aggravent très notablement le pronostic des affections génératrices de cette insuffisance hépatique, mais il est bien difficile de déterminer même approximativement la gravité des lésions, leur étendue, leur intensité, la rapidité de leur marche. L'hypertoxicité et l'hypotoxicité urinaires, la nature des cylindres urinaires ne donnent de renseignements que sur la gravité de ces lésions. La recherche seule de la perméabilité rénale fournit de précieuses et exactes indications sur la gravité de ces lésions, sur la rapidité de leur marche, sur leur étendue.

La thérapeutique de ces lésions doit favoriser la diurèse, provoquer la diaphorèse, donner au malade un régime aussi pauvre que possible en substances toxiques, faire l'antisepsie de l'intestin, éviter toute médication irritante pour le rein, soustraire autant que possible le malade à toute espèce d'infection. Il est indiqué aussi, surtout pour la goutte et le diabète, de traiter la maladie génératrice de l'insuffisance hépatique.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1898-99.

M. Boussaguet (Philémon). *Contribution à l'étude clinique de la pleuro-péritonite tuberculeuse subaiguë.* N° 263.

M. Fontan (Ismaël). *De l'utilité de la bactériologie pour le diagnostic précoce de la pneumonie centrale.* N° 256.

La tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë, étudiée par M. Boussaguet, doit être séparée du groupe des pleurésies et des péritonites tuberculeuses pour constituer un type clinique spécial nettement différencié. Il en retrace l'histoire étiologique et clinique, actuellement assez bien connue et insiste sur son évolution lente et surtout sur sa curabilité, qui pour lui la différencierait des autres variétés de tuberculoses pleurales ou péritonéales. Au point de vue thérapeutique il insiste sur l'utilité de ponction abdominale suivie de lavage à l'eau stérilisée chaude.

Dans un court travail, M. Fontan publie 5 observations de pneumonie centrale dans lesquelles la présence du pneumocoque fut révélé par l'examen de l'expectoration (avec ou sans cultures et inoculation à la souris), alors que les signes cliniques ne furent évidents que plusieurs jours après. Il insiste donc sur l'utilité de l'examen bactériologique pour le diagnostic précoce de la pneumonie centrale, examen dont il donne très rapidement la technique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Novembre 1898.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux.

M. Huchard. — J'ai signalé, à la suite des communications de M. Lancereaux, 2 cas malheureux : celui de M. Boinet et celui de M. Barth.

Dans ce dernier cas, la malade n'est pas morte d'urémie, comme l'avait objecté M. Lancereaux. En effet, à aucune période de sa maladie, elle n'a présenté d'albuminurie ; à l'autopsie, on n'a pas trouvé trace de lésion rénale.

Quant à l'époque de la formation des caillots, il est impossible de conclure s'ils se sont produits sous l'influence des injections de gélatine ou post-mortem.

Malgré la possibilité de ces accidents, je reste cependant partisan de la méthode.

On a cité des faits certains de guérison spontanée des anévrysmes ; si les injections de gélatine ne constituent pas une méthode infaillible, elles sont cependant utiles pour aider à la coagulation.

D'ailleurs, elles ne présentent pas de dangers plus grands que la guérison spontanée, à la suite de laquelle on a constaté également des gangrènes du pied ou de l'intestin.

Le régime alimentaire présente une importance considérable dans le traitement des anévrysmes. Il faut, par une bonne hygiène, éloigner les causes capables de retarder la coagulation sanguine ; parmi celles-ci, la plus dangereuse est l'hypertension artérielle.

Pour cette raison, rien n'est plus déplorable que le traitement des anévrysmes par la compression, qui augmente la tension artérielle et peut provoquer la rupture de l'anévrysme.

Il faut donc favoriser la diurèse en veillant sur la quantité et la qualité des boissons absorbées ; il faut proscrire de l'alimentation les substances riches en toxines alimentaires ; le meilleur régime est le régime lacté absolu ou mitigé.

M. Laborde. — Je veux présenter quelques observations nouvelles, en réponse à M. Lancereaux, sur le traitement des anévrysmes par la gélatine en injection sous-cutanée.

Au point de vue physiologique, la gélatine du commerce n'est pas soluble ; elle ne donne lieu, dans les véhicules aqueux, qu'à des suspensions au sein desquelles flottent des particules plus ou moins désagrégées de la substance ; la démonstration est simple : il suffit de placer sous le microscope quelques gouttes de la prétendue solution pour se convaincre de la réalité.

Comme déduction logique de ce fait, j'ai mis en doute l'absorption, par les voies physiologiques, des préparations de gélatine.

A cela, M. Lancereaux répond que la gélatine est prise par les lymphatiques qui la déversent dans le sang.

Et il appuie cette proposition sur des expériences dont il relate un spécimen sur le lapin.

Avant d'en examiner la valeur, je rappellerai que, quelles que soient les voies naturelles, physiologiques, de l'absorption, vaisseaux sanguins ou lymphatiques, les lois et le mécanisme de cette absorption ne changent pas ; et s'il est vrai que la gélatine n'est pas absorbable par les vaisseaux sanguins, je ne sais pas pourquoi elle le serait par les vaisseaux lymphatiques.

De plus, les expériences de MM. Gley et Camus, faites dans les mêmes conditions que celles de MM. Lancereaux et Paulesco, et avec toutes les précautions physiologiques nécessaires, montrent que cette absorption ne se produit pas et que la coagulabilité du sang n'est nullement modifiée.

Si on sacrifie l'animal en expérience 2 heures après, on retrouve dans le péritoine la presque totalité de la gélatine injectée et non modifiée.

La gélatine n'est pas dialysable, partant, elle n'est pas absorbable telle qu'elle est injectée.

Si l'on recherche la gélatine un jour ou plus après l'injection, elle peut avoir complètement disparu, grâce à une sorte de peptonisation ; modification qui, en tout cas, a notamment transformé la substance primitive, de façon à lui enlever la propriété coagulatrice qu'elle parait posséder.

Je dis « qu'elle parait posséder », car je suis amené à me demander si cette action appartient en propre à la gélatine ou bien à un élément étranger qu'elle doit à sa préparation industrielle, à l'acidité.

On sait, en effet, le rôle positif des acides dans le phénomène de la coagulation sanguine, et il est possible que la gélatine emprunte à l'élément acide sa propriété coagulatrice : c'est ce qui semble résulter des premières recherches de MM. Gley et Camus.

De ce fait que la gélatine n'est pas dialysable, ni, par conséquent absorbable, la méthode d'introduction de cette substance, à titre médicamenteux, par l'injection sous-cutanée ou l'injection intra-péritonéale, ne peut être rationnellement justifiée, et le but qu'elle vise ne saurait être atteint.

Dès lors, je me trouve nécessairement ramené à ma première conclusion :

Pratiquer l'injection dans la poche anévrysmale elle-même, pour avoir la certitude d'utiliser la propriété coagulatrice de la gélatine.

A propos de la toxicité de l'appendicite.

M. Le Dentu. — Dans la dernière séance, M. Dieulafoy a appelé notre attention sur un certain nombre d'accidents qui surviennent au cours des appendicites et qu'il attribue à une intoxication. Parmi ces accidents toxiques, il conviendrait, d'après notre collègue, de ranger certaines formes d'ictère avec urobilinurie et des troubles cérébraux assez graves pour être souvent mortels.

J'ai observé quelques faits qui se rapprochent de ceux que nous a signalés M. Dieulafoy. J'ai opéré, il y a 4 mois, d'une appendicite suppurée, une petite fille qui, 2 jours après mon intervention, fut prise de cris hydrencéphaliques et qui succomba au bout de 48 heures dans le collapsus. J'attribuai cette mort à une méningite métastatique secondaire.

Quant à l'ictère, je ne l'ai jamais observé dans les appendicites aiguës, mais je l'ai noté dans un certain nombre d'appendicites chroniques. Je me souviens, en particulier, d'un malade

qui souffrait depuis longtemps d'accidents gastro-intestinaux et qui était, de plus, ictérique lorsque je lui réséquai l'appendice; cette opération le débarrassa non seulement de ses troubles digestifs, mais encore de son ictère. S'agissait-il ici d'une intoxication ou d'une infection, je ne suis pas en mesure de le dire.

M. Dieulafoy a, en outre, déclaré qu'on ne devait pas mourir d'appendicite, voulant dire par là, je suppose, que si l'on opérait toutes les appendicites dans les premières heures qui suivent leur début, l'intervention aurait beaucoup de chances de sauver tous ou presque tous les malades.

Malheureusement, nous opérons les patients dans des conditions et à la période de la maladie où les médecins croient opportun de nous les présenter; il en résulte que même dans les cas aigus il s'en faut de beaucoup que nous soyons toujours sûrs du succès. Et puis il y a des cas compliqués et d'un diagnostic impossible; il y en a aussi d'insidieux qui, au début, n'appellent pas l'intervention; et sous cette bénignité apparente se cache parfois une gangrène en masse, comme j'ai eu l'occasion de l'observer il y a quelques mois. L'appendice que j'avais enlevé à un enfant était gangrené en son entier et c'est à peine s'il existait quelques exsudats autour de l'intestin. Malgré toutes les précautions prises, l'extirpation fut suivie d'une suppuration abondante de la fosse iliaque, à laquelle mon petit malade finit par succomber.

Je crois donc, contrairement à l'opinion de M. Dieulafoy, qu'en l'état actuel des choses, on mourra encore quelquefois d'appendicite.

MÉDECINE PRATIQUE

Recherches expérimentales sur la malarine, nouvel antipyrétique,

D'après M. le Dr Leo Schwarz (de Prague) (1).

La *malarine* (2) se présente sous forme d'une poudre blanc jaunâtre, presque insoluble dans l'eau froide, légèrement soluble à chaud sans se précipiter à nouveau par le refroidissement. On la rend facilement soluble en neutralisant avec de la soude.

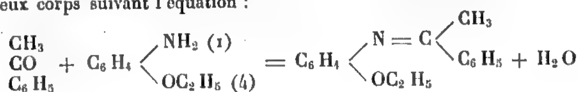
M. le Dr Leo Schwarz a entrepris, au point de vue purement expérimental, l'étude de ce corps nouvellement introduit en thérapeutique.

Il a essayé successivement son degré de toxicité et son action sur la température.

I. Etude de la toxicité. — Afin de vérifier sa *toxicité*, M. le Dr Schwarz injecta chaque jour, pendant 5 jours, 1 gramme de cette substance à un chien de 4 kilos. Il n'apparut aucun phénomène d'intoxication et la gaîté de l'animal n'en parut nullement incommodée. Des expériences semblables furent faites sur des lapins, à la nourriture desquels on ajouta, sans le moindre inconvénient pour eux, 2 grammes de malarine. Une fois entre autres, on injecta en l'espace de 40 minutes, dans la jugulaire d'un lapin pesant 1 600 grammes, 50 cm. cubes d'une solution de malarine à 1 p. 100 c'est-à-dire 0,5 gr. de substance active, et l'on ne put noter aucune modification ni du côté de la pression vasculaire ou de la fréquence du pouls, ni de la respiration.

Dans aucun cas, l'urine ne contint de l'albumine, cependant on y put constater la présence d'une substance réduisant la liqueur de Fehling, mais qui n'était pas du sucre. La phénacétine, qui se rapproche de la malarine, donne un résultat analogue. L'urine donnait également la réaction de l'indol.

1. *Prager med. Wochenschrift*, 15 septembre 1898, p. 465.
2. La malarine est le produit de condensation de l'acétophénone c'est-à-dire du méthyl p-phénylcétone et de la p-phénétidine c'est-à-dire de l'éthéréthyle du p-amidophénol. On l'obtient en chauffant ces deux corps suivant l'équation :



II. Action de la malarine sur la température. — Pour étudier l'action de la malarine sur la température, le Dr Schwarz a entrepris une série de recherches sur des lapins et une expérience sur un chien.

Les animaux furent mis dans une chambre à la température de 18° à 20° C. Un thermomètre fut introduit dans le rectum. En prenant régulièrement la température plusieurs jours de suite, le Dr Schwarz ne constata pas ces oscillations affirmées par certains auteurs. L'écart entre les différentes températures ne dépassa jamais 0°5 C.

Sur des lapins pesant 1 200 à 1 500 grammes avec 0,25 à 1 gramme de malarine on obtient un abaissement de température de 1° C. environ en l'espace d'une heure. La température reste basse quelques instants puis elle remonte et atteint le degré normal au bout de 3 heures. Avec 2 grammes, la température d'un lapin tomba de 39°5 à 38°0 c'est-à-dire de 1°5. L'action du médicament parut aussi plus durable, car 2 heures après la température était de 38°2.

Sur le chien le résultat fut analogue. La température baissa cependant moins rapidement.

Cathétérisme de la trompe d'Eustache par la bouche,

D'après M. le Dr Braden Kyle (de Philadelphie) (1).

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache par la bouche ou par le nez est connu depuis 200 ans.

L'habitude a fait adopter d'une manière définitive et exclusive le cathétérisme par le nez. Ce n'est pas cependant sans que de temps à autre quelques auteurs essayaient d'introduire dans la pratique la voie buccale.

De ceux-ci il faut citer Guyot en France, qui déjà au siècle dernier y eut recours. Mais ces essais isolés ne furent pas suivis et lorsque dans ces dernières années fut réglementée la technique du cathétérisme par le nez, la voie buccale fut complètement oubliée.

Et cependant le cathétérisme par la bouche a une grande supériorité sur le cathétérisme par le nez.

En premier lieu, il n'exige pas d'instrument spécial puis il peut être absolument aseptique, ce que n'est jamais le cathétérisme nasal. La méthode est la même pour tous les cas, tandis que par le nez la technique varie suivant les anomalies. Par la bouche on voit directement l'orifice de la trompe, ce qui rend l'introduction singulièrement plus sûre et facile. Par le nez, on n'a d'autre guide que le sens du toucher : on ne peut donc éviter les invaginations, ce qui est toujours possible par l'autre voie.

La technique du cathétérisme par voie buccale est facile.

Le malade tient lui-même l'abaisse-langue. De la main droite, l'opérateur tient un miroir laryngien qu'il met en position. On détermine ainsi facilement la position de l'entrée de la trompe d'Eustache, qui est sujette à de fréquentes anomalies. Il est ensuite facile de glisser la sonde dans l'orifice qu'on aperçoit.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi du 1er avril 1898 et l'Association générale des médecins de France.

Dans sa dernière assemblée générale, l'Association de la Gironde a chaleureusement applaudi un rapport très remarquable et très suggestif qui lui a été fait par Me Duthil, son conseil judiciaire, sur les conséquences de la *Loi sur les Sociétés de secours mutuels.*

1. *Philadelphia med. Journ.*, 24 septembre 1898, p. 623.

La publicité donnée à ce travail m'oblige à sortir de la réserve qui m'avait été imposée depuis le jour où le Conseil général de l'Association a, de son côté, sérieusement étudié les difficiles problèmes que soulève l'analyse de la loi nouvelle. Il importe, en effet, que tous nos confrères de province sachent bien que, si aucune communication ne leur a été faite jusqu'à ce jour, ce n'est point que nous n'ayons travaillé en vue de préparer, pour notre prochaine assemblée, un projet de statuts qui, nous l'espérons, sera adopté et obtiendra l'approbation du ministre de l'Intérieur. Mais notre silence, justifié par la crainte de susciter des polémiques qui auraient pu rendre plus difficiles encore les négociations que nous espérons mener à bien, n'a plus sa raison d'être aujourd'hui que la question est aussi nettement posée dans un journal de médecine.

Nous ne pouvons ici parler au nom du Conseil général de l'Association. Mais nous devons répéter, comme l'a dit son président, qu'il travaille avec l'assistance de ses conseils judiciaires et administratifs, qu'il s'éclaire des conseils de M. le sénateur Lourties, rapporteur de la loi nouvelle, de M. Marie, l'éminent actuaire, des plus autorisés parmi les mutualistes, enfin des hauts fonctionnaires qui, au ministère de l'Intérieur, seront chargés de surveiller l'application de la loi du 1er avril 1898.

Il nous sera bien permis, dès lors, puisque nous ne parlons qu'en notre nom personnel, de signaler le danger des publications qui, comme la consultation de Me Duthil, soulignent les infractions que nous avons commises à la loi de 1852, montrent les difficultés que nous aurons à vaincre pour obéir à la loi de 1898 et concluent en nous déniant le droit de continuer à nous dire *Société de secours mutuels*. L'analyse succincte du travail auquel je fais allusion va montrer pourquoi nous avons cette appréhension.

Après avoir indiqué les avantages que la loi nouvelle accorde aux sociétés de secours mutuels, Me Duthil recherche à quels signes caractéristiques on reconnaît une *société de secours mutuels*. Et il conclut en ces termes : « Celui-là seul est participant d'une société de secours mutuels qui, en échange de l'obligation par lui contractée de payer une cotisation, aura *droit* à un secours égal pour tous. Et par le mot *droit* il faut entendre non une possibilité, mais une certitude de secours donnant au besoin ouverture à une action devant les tribunaux pour contraindre à la délivrer en cas de décès, refus ou inexécution. »

Analysant nos statuts actuels, Me Duthil n'a pas de peine à montrer que les secours et même les pensions que nous accordons ne sont pas des allocations ou des pensions *de droit*, qu'elles ne sont allouées qu'à des médecins « réduits à un état de détresse », que dès lors notre association est plutôt une société de bienfaisance qu'une société de secours mutuels et il ajoute : « Elle a pu prendre ce titre autrefois, à une époque où la mutualité encore dans l'enfance était très mal connue... mais aujourd'hui il paraît bien certain que l'Association générale des médecins de France, telle que la constituent ses statuts approuvés du 4 février 1874, était, 10 ans avant la loi du 21 mars 1884 et, à plus forte raison après la loi du 30 novembre 1892, article 13, une *Union de syndicats professionnels*. »

« Comment, en effet, dit Me Duthil, s'exprimait au Sénat le président du Conseil, M. Loubet, lors de la discussion de cette loi de 1892 : « Ce que les médecins réclament, disait-il, c'est leur constitution en syndicat légal en vertu de la loi de 1884. Or, ces syndicats existent en fait. Quel est leur objectif? Je ne crois pas m'avancer beaucoup en affirmant que ces sociétés n'ont que deux buts dont elles n'ont jamais dévié. Le premier, c'est d'établir entre les membres qui les composent des liens de confraternité, d'assistance et de secours en cas de malheur.

« Le second but qu'elles poursuivent, c'est d'exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine. C'est là, peut-être, un but non pas aussi élevé, mais aussi important pour le public, pour les malades, pour l'ensemble de la nation que le premier l'est pour les médecins eux-mêmes. »

« Assurément, ajoute Me Duthil, ces paroles autorisées donnent une définition du double but de l'Association qui serre de bien près l'exactitude parfaite. Or, comment le président du Conseil appelait-il les associations dont il expliquait ainsi l'objet? Des sociétés de secours mutuels? En aucune manière. Il les appelait tout simplement et très exactement des syndicats. »

Il ne me déplaît pas de voir affirmer par un jurisconsulte aussi autorisé ce que j'ai si souvent dit lors de la création des syndicats et depuis. Les statuts de l'Association lui permettent de réaliser tout ce que demandent les médecins syndiqués et, le jour où elle sera autorisée à ester en justice, la Commission de défense professionnelle, créée au sein de notre Conseil général, aura tous les droits et pourra faire tout le bien que nous en espérions en provoquant sa formation.

Me Duthil conclut dans les termes suivants : « Les sociétés locales constituées en syndicats professionnels et l'Association centrale comme Union des syndicats professionnels peuvent parfaitement conserver leurs statuts adoptés dans l'Assemblée générale du 8 avril 1872 et qui vous régissent encore... Pour constituer une société de secours mutuels, les statuts de l'Association devraient, au contraire, subir des additions importantes, des suppressions notables, des modifications enfin qui changeraient complètement sa physionomie. Ces changements sont-ils désirables? Sont-ils même possibles? Grave question, qui mérite trop de réflexion et d'étude pour être traitée à cette heure, même superficiellement. Toutefois, qu'il soit permis de dire, en passant, qu'il paraît au-dessus des forces humaines, avec une cotisation annuelle de 12 francs et même de 20 ou de 30, d'organiser en faveur de tous les membres de l'Association des secours ou des indemnités pour maladie, à plus forte raison des pensions de retraite. Dans le domaine, au contraire, de la défense de vos intérêts professionnels, le champ d'action est vaste et la tâche de l'Association noble et belle. Elle a un rôle moral et pacificateur à remplir, un rôle actif aussi à jouer. »

L'éminent conseil judiciaire de l'Association de la Gironde, en nous conseillant de rester ce que nous sommes au point de vue de la défense des intérêts de la profession et de renoncer à ce que nous pouvons faire comme mutualistes, a oublié cependant d'envisager les conséquences de cette détermination. La loi, d'ailleurs, ne peut avoir d'effet rétroactif et ce n'est pas en 1858 seulement que nous avons été reconnus et approuvés comme *Société de secours mutuels*. C'est en 1873, alors que notre règlement de la caisse des pensions viagères d'assistance était approuvé. C'est en 1896, le jour où M. le Ministre approuvait explicitement, tels que je les avais rédigés, les statuts de la caisse des veuves et orphelins; c'est il y a quelques jours, alors que nous recevions la lettre ministérielle suivante : « J'ai l'honneur de vous informer que j'ai accordé à la *Société de secours mutuels des médecins*

de France une subvention de 10 000 francs en accroissement du versement qu'elle a fait en 1897 à son fonds de retraites ».

Ce qui nous était accordé sous l'empire de la loi de 1852 *et jusqu'à ce jour* nous sera-t-il refusé alors que tous ceux qui ont collaboré à la loi de 1898 affirment qu'elle a été inspirée par un sentiment libéral et pour donner plus d'essor aux Sociétés de secours mutuels? Deviendra-t-il nécessaire de refondre tous nos statuts, de bouleverser complètement notre organisation pour être traités désormais avec moins de bienveillance qu'avant le vote de la loi nouvelle? Pour ma part je ne le crois pas. J'ai confiance dans les promesses qui nous ont été faites et j'espère encore que nous pourrons continuer à faire œuvre d'assistance, en même temps que nous créerons des œuvres de prévoyance, à donner aide et protection à nos membres, à maintenir par une influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

Nos prédécesseurs ont créé une caisse de retraites qui possède à ce jour 1 912 038 francs, c'est-à-dire près de 2 millions. Cette somme considérable il nous est interdit de la retirer de la caisse des retraites. Ceux de nos confrères qui jouissent de pensions viagères de 600 francs ou de 800 francs ont des titres de pension que nul n'a le droit de leur réclamer. Sans doute il nous faudra, pour bénéficier des avantages accordés par l'article 21 de la loi nouvelle et ne pas tomber sous le coup de l'article 28, modifier le taux de nos pensions nouvelles sans léser les intérêts de nos pensionnés. Nous pensons avoir trouvé une formule qui répondra à ces nécessités de l'heure présente en attendant que, conformément au vœu exprimé par le Congrès de Reims, la loi soit elle-même modifiée.

Nous soutiendrons donc énergiquement les articles de nos statuts qui maintiennent, dans des conditions peu différentes de celles qui règlent leur fonctionnement, nos deux caisses de secours.

Mais on nous a trop souvent demandé de faire œuvre de prévoyance pour ne pas donner satisfaction aux vœux exprimés dans ce sens.

Nous aurons donc à rechercher s'il vaut mieux créer nous-mêmes une caisse d'indemnité-maladie dans les termes fixés par la loi de 1898 ou s'il n'est pas préférable de soutenir moralement et, dans des conditions bien déterminées, de subventionner matériellement une caisse de retraites et une caisse d'indemnité-maladie qui seraient annexées à l'Association générale tout en conservant une administration autonome.

Enfin et surtout nous continuerons à assurer devant toutes les juridictions la défense des intérêts de ceux de nos confrères qui, appartenant à l'Association, auront à soutenir des procès d'ordre professionnel.

Nous avons l'espérance de réussir dans la tâche, très ardue, nous le reconnaissons, à laquelle nous travaillons depuis plusieurs mois. Nous supplions donc nos confrères d'attendre nos propositions avant de faire ressortir et de déclarer insurmontables les difficultés que nous crée le texte de la loi nouvelle. La loi de 1852 nous interdisait de recevoir aucun legs. La jurisprudence constante du Conseil d'Etat ne permettait pas de nous accorder des legs immobiliers. Nous n'en avons pas moins touché près de un million de legs et nous avons reçu l'autorisation d'accepter le legs Marjolin qui consiste en prés, bois et fermes. Nous espérons bénéficier encore dans l'avenir de la bonne renommée qui s'attache à l'œuvre à laquelle nous sommes tous profondément dévoués.

Et c'est pourquoi nous demandons à nos âmis de la Gironde un crédit de quelques semaines. Ils ont été les parrains de l'Association générale des médecins de France. Ils seront les premiers à applaudir à notre succès puisqu'ils viennent de nous démontrer combien il aura été difficile à obtenir.

L. LEREBOULLET.

Les médecins et les sociétés de secours mutuels.

La Société des médecins de Nîmes avait récemment adressé aux Sociétés de secours mutuels de cette ville une circulaire pour réclamer notamment qu'aucune personne aisée ne fasse partie des Sociétés de secours mutuels à titre de membre participant et revendiquer pour le médecin traitant le droit de rester juge de la position de fortune du sociétaire, et, pour le bureau du Syndicat médical, la mission de requérir la radiation des membres aisés, abusivement inscrits en qualité de participants, sous peine, pour la Société, de se voir refuser le tarif consenti.

Pour formuler ces prétentions, la Société de médecine de Nancy se basait sur une circulaire de M. Barthou, en date du 1er décembre 1897. Dans une dépêche qu'il a adressée au préfet du Gard, M. Vallé déclare que ces prétentions sont « absolument inadmissibles » et que les médecins mêmes « dénaturent le sens et la portée » de la circulaire de son prédécesseur.

« La circulaire de mon prédécesseur, ajoute M. Vallé, engage, à titre de conseil, les présidents des Sociétés de secours mutuels à ne pas recevoir à l'avenir, des membres participants dont sa situation de fortune leur permet d'être membres honoraires et, en cela, elle précède les vues de la Société de médecine de Nîmes; mais elle ne pouvait leur conseiller, par un effet rétroactif, de radier ceux qui étaient préalablement inscrits.

« Allant plus loin, ce syndicat médical demande que les statuts des Sociétés de secours mutuels soient soumis à son approbation.

« Je vous prie de faire observer aux signataires de la circulaire syndicale que la définition des personnes aisées par le médecin traitant établirait un système inquisitorial sujet aux erreurs d'appréciation et que la demande de radiation de ces membres ne saurait être accueillie par les conseils d'aministration des Sociétés, attendu qu'un contrat est intervenu entre les sociétaires et les Sociétés auxquelles ils appartiennent et qu'il ne peut être rompu, sur le point visé, que par le consentement des ayants-droit. Il est hors de doute que les tribunaux condamneraient les Sociétés qui céderaient à cette injonction, si les exclus leur intentaient une action en réintégration et en dommages-intérêts.

« Relativement au droit poursuivi par le syndicat médical de vérifier les statuts des Sociétés de secours mutuels et de les approuver ou de les désapprouver avant de soigner leurs membres malades, ce droit appartient exclusivement à mon administration et je ne saurais tolérer dans l'espèce l'ingérence abusive des syndicats médicaux.

« Si l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 a accordé aux médecins le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, qui leur avait été dénié auparavant par les tribunaux de tous les degrés (jugement du tribunal de Domfront en date du 6 décembre 1884, arrêt de la Cour d'appel de Caen du 4 février 1885 et arrêt de la Cour de cassation du 27 juin 1885), c'était à la condition qu'ils ne s'en serviraient pas pour imposer des obligations léonines à leur clientèle et surtout pour empiéter sur les droits de mon administration.

« En conséquence, vous voudrez bien avertir les sociétés de secours mutuels de votre département qu'elles aient à considérer comme nulle et non avenue la circulaire susdite et vous inviterez le syndicat médical à s'abstenir désormais, en tant que corps collectif, de faire des communications de ce genre à des sociétés dont l'organisation et le fonctionnement sont du ressort de mon administration. »

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Corps étranger vivant, ayant déterminé un gros abcès de la cloison du nez,

Par le Dr Max Carrière (de Saint-Ybars).

A..., 15 ans, non menstruée.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts âgés, de congestion pulmonaire grippale.

Père. — Bien portant sauf une ankylose angulaire du genou gauche suite d'arthrite traumatique non suppurée.

Mère. — Nerveuse, arthritique. N'accuse aucune affection aiguë.

Antécédents personnels. — Rien de particulier dans le jeune âge, sinon, une facilité très grande à contracter l'hiver et par les temps humides un coryza toujours suivi d'une légère laryngite facilement curable par la chambre chaude (au dire de la mère).

Actuellement A... m'est présentée pour une tumeur ayant envahi lentement les deux narines, d'origine inconnue. Ce fut d'abord un *bouton* aperçu sur la portion membraneuse de la cloison dans la narine gauche, il y a quinze jours environ. On préconisa quelques lavages boriqués chauds au siphon de Weber.

Mais le « bouton » subit dès lors un accroissement rapide, si bien que la narine gauche s'obstruait tandis qu'un « bouton » semblable au premier apparaissait sur la cloison du côté de la narine droite bientôt bouchée à son tour.

Au moment où il me fut donné d'observer la jeune fille, la tête étant renversée, je notai l'état suivant : une fausse membrane rouge violacé, partie des deux côtés de la cloison, s'étendait vers les ailes du nez, laissant à peine un espace de un millimètre entre son bord externe et la face interne de l'aile du nez. Cet espace, incomplet à gauche en ce qu'il était nul en haut, était complet à droite et me permettait d'affirmer que la tumeur non encore analysée partait bien de la cloison, puisque le bord libre de l'aile du nez était indépendant entièrement.

J'introduisis un stylet très fin dans l'espace gauche et, après l'avoir enfoncé péniblement de un demi-centimètre environ, je tombai dans un espace large où la manœuvre ne paraissait nullement gênée, indolore d'ailleurs.

A droite, l'introduction plus facile me fit reconnaître également, à la même hauteur, la présence d'une chambre assez vaste où le stylet pouvait manœuvrer avec une liberté assez grande et sans déterminer aucune douleur.

La rhinoscopie postérieure me montra que le nasopharynx était libre et qu'il n'apparaissait aucun corps étranger dans les fosses nasales : un stylet courbe put pénétrer d'ailleurs derrière la luette et arriver aux orifices postérieurs du nez sans rencontrer rien de particulier.

Il était bien évident que je ne pouvais être en présence que d'une tumeur ayant pour siège la portion membraneuse de la cloison du nez et s'étendant sous la muqueuse refoulée devant elle jusqu'aux deux ailes.

Mais d'où venait cette tumeur?

Il me parut d'abord normal de rechercher les antécédents pituitaires de ma patiente : les parents et la jeune fille ne purent me donner aucun fait précis d'observation. J'appris seulement que l'évolution de la maladie avait été assez rapide et qu'elle avait paru recevoir une accélération notable quand on avait fait des lavages chauds au siphon de Weber. Les mucosités qui pouvaient sortir du nez avant l'obstruction complète étaient nombreuses mais on n'aperçut jamais, à part ceci, rien d'anormal. L'enfant n'avait jamais signalé de douleur bien vive.

C'est tout; c'est bien peu pour éclairer ma pathogénie et décider ma thérapeutique.

Je commande à l'enfant d'avaler un peu de liquide : une partie fuit dans le nez et, malgré les efforts faits par la patiente, s'écoule seulement goutte à goutte par la narine gauche. Le mouvement de déglutition fini, la tête mise en arrière, le liquide retombe dans l'isthme du gosier.

Je fais souffler la malade les lèvres fermées : il passe un peu d'air à droite, mais rien à gauche.

A la palpation de la fausse membrane tendue, je perçois à peine une légère rénittence et je conclus alors seulement à la présence d'une poche liquide de volume suffisant pour obstruer les deux narines.

La poche est assez dure dans son enveloppe puisqu'un stylet manœuvré difficilement n'a pas suffi à la faire crever. J'introduis de nouveau alors mon stylet à gauche et j'amène une tension plus élevée en l'appuyant en bas comme un levier : aussitôt la fausse membrane accuse une convexité plus grande. La même manœuvre produit le même effet à droite où je constate aussi une exagération de la convexité.

Profitant de ce que l'espace compris entre la tumeur et l'aile du nez est ici plus grand, j'introduis le manche

d'un scalpel que je fais basculer fortement en bas, et, à ma grande surprise je vois alors la poche droite s'aplatir presque tandis qu'à gauche la tension augmente. Avais-je maladroitement fait crever un pont membraneux compris entre la face gauche et la face droite de la cloison, ou bien avais-je purement rendu nette par ma manœuvre la communication pathologique des deux faces? Je ne saurais le dire; quoi qu'il en soit, mon parti fut pris aussitôt.

Laissant le manche de mon scalpel fortement appuyé à droite sur la tumeur, j'incisai largement en pleine convexité de ma tumeur à gauche et mon bistouri donnait issue à un pus jaune verdâtre qui, recueilli dans un mouchoir, me parut être à peu près égal au contenu d'un gros œuf de pigeon.

En examinant de près la matière purulente recueillie, je rencontrai un corps cylindro-conique inerte que je dus reconnaître bientôt comme semblable à une larve d'insecte. Ce corps lavé, puis écrasé me présentait, en effet, une organisation complète. J'avoue que je ne m'attendais nullement à devoir rapporter la cause de l'abcès que je venais d'ouvrir à un corps étranger vivant, né dans la cloison du nez.

Les suites de mon intervention ont été normales, et j'ai encore ma patiente en traitement antiseptique. La purulence diminue, et je ne désespère pas d'avoir tantôt une *restitutio ad integrum* parfaite, malgré la communication pathologique ou accidentelle des deux narines à la hauteur de la portion membraneuse de la cloison du nez.

Et reprenant mon observation, claire maintenant au point de vue pathogénique, j'analyse mon intervention.

Je dois confesser que c'est par hasard que j'ai reconnu la communication probable des deux orifices antérieurs du nez à travers la cloison médiane, et ce fait a commandé une intervention particulière. J'ai fait une seule incision large; n'en devais-je point faire une à droite et une à gauche?

Voici quels motifs m'ont décidé à une seule incision.

La première indication que je devais remplir était l'évacuation la plus radicale de la poche purulente : une incision devait suffire puisqu'il y avait communication, et j'avais plus tard le loisir de faire une nouvelle incision si la poche était de nouveau reformée, en me servant cette fois de tissus n'ayant subi aucun traumatisme.

En second lieu, je devais favoriser la cicatrisation rapide du point de départ de l'abcès, et ma pensée fut qu'en empêchant l'air de pénétrer à la fois par les deux narines dans la poche, je pouvais obtenir un meilleur résultat. Car il me restait seulement à stériliser les narines pour amener une guérison qui s'affirme aujourd'hui, et je crois que ma besogne fut bien réduite de par la simplicité de mon intervention.

Je livre telle qu'elle est mon observation à ceux qui s'occupent plus spécialement des maladies du nez, et je propose de résumer ainsi la pathogénie du cas. Un insecte, dont il ne m'est pas permis de finir la qualité et je le regrette, s'est introduit dans la narine gauche de la patiente, sans que celle-ci en ait aucun souvenir précis.

La piqûre faite n'a donc pas été bien douloureuse à moins qu'on n'admette, et c'est possible, qu'elle ait eu lieu aux heures de sommeil. Quelques œufs ont été déposés ensuite sur la cloison et l'un d'eux (je dis un, sans pouvoir affirmer autrement) a été dans des conditions favorables pour continuer son évolution et passer à l'état de larve. Dois-je dire qu'un pareil dépôt se soit fait au même moment à droite et à gauche de la cloison? Je ne sais, et, quand ce serait là la seule vérité, l'évolution de l'affection n'en serait que plus facile à expliquer.

Quoi qu'il en soit, notre larve, corps étranger situé évidemment à une certaine profondeur, a déterminé l'inflammation des membranes qui l'enveloppaient. Et l'organisme voulant se débarrasser a fourni une défense active : d'où production d'un abcès.

Je puis dire que l'évolution n'a pas été sans fièvre, car la malade accusait des accès surtout intenses la nuit. En outre, fait dont je vais essayer de donner une explication scientifique, on remarquait que la peau de la patiente était, le matin, couverte de plaques rouge vif qui disparaissaient l'après-midi pour reparaître au moment de l'accès de fièvre vespéral.

J'ai vu ces rougeurs, indistinctement répandues sur le corps tout entier, sans aucune localisation spéciale bien nette : et je les ai qualifiées d'érythème infectieux. La pression légère les pâlissait à peine : elles étaient dues à un état de dilatation aiguë des capillaires, sans doute sous l'influence d'une intoxication nerveuse.

Et maintenant que je sais qu'une larve était la cause de mon abcès du nez, je me demande si c'est à la larve elle-même dans ses excrétions d'être vivant ou bien si c'est à la résorption purulente de la poche infectée dans laquelle nageait cette larve que je dois attribuer le phénomène d'évidente paralysie périphérique vasculaire. L'analyse zoologique pourrait seule donner une conclusion absolue : mais mes connaissances en cette science ne sont pas assez étendues pour que je m'engage à conclure. D'autre part, l'impossibilité où je me trouve de faire l'analyse bactériologique du pus secrété ne peut point m'édifier sur l'identité microbienne des êtres qui ont participé à la purulence.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Entérocèle vaginale postérieure.

M. A. Martin (Rouen) a opéré une femme atteinte de prolapsus génital chez laquelle, au cours de la périnéorrhaphie, il a rencontré et blessé l'intestin grêle dans le Douglas à 4 centim. et demi à peine de la vulve. Il croit qu'il s'agissait d'une entérocèle avec adhérences de l'intestin au fond du cul-de-sac de Douglas, de telle sorte que l'intestin fut lésé sans qu'il y eût pourtant ouverture du péritoine. Il sutura l'intestin et sa malade guérit parfaitement.

Il reste, néanmoins, sous l'impression que, dans toute opération vaginale, qu'il s'agisse d'une simple colpotomie postérieure, d'une périnéorrhaphie ou d'hystérectomie vaginale, il importe de songer à la blessure de l'intestin grêle. Cet accident est encore plus à redouter dans les interventions entreprises chez les femmes atteintes de prolapsus vaginal.

Rétinite gravidique.

M. Guende (de Marseille). — La malade dont il s'agit à eu 6 grossesses; dans la première elle a eu de la manie; les trois suivantes n'ont donné lieu à aucune remarque spéciale; elle s'est morphinisée dans la cinquième et a avorté; dans la sixième, à l'abus de la morphine, elle a joint celui de la cocaïne. Au

8e mois sa vision a baissé, au point qu'elle était presque en état de cécité au moment de l'accouchement. Après la délivrance il y eut une petite amélioration et je vis la malade 1 mois après. J'ai constaté, à l'ophthalmoscope, des exsudats qui rappelaient l'aspect de la rétinite albuminurique. Cependant, il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines; à signaler seulement de la polyurie. Je crois qu'il s'agit là d'une de ces infections mixtes et encore mal connues de l'état gravidique.

Du diabète insipide chez les femmes enceintes.

M. Vinay (Lyon) a observé deux cas de diabète insipide chez des femmes grosses. L'action du diabète insipide sur la grossesse présente une certaine analogie avec celle qu'exerce le diabète sucré. Comme lui il peut offrir des formes intermittentes et récidivantes et déterminer également l'interruption de la grossesse. Le pronostic n'est pas sans une certaine gravité; ainsi, des deux malades dont l'histoire est racontée, l'une a succombé à une pneumonie embolique le 29e jour après ses couches, l'autre aux progrès rapides de la tuberculose pulmonaire.

M. Queirel, qui a fait 240 analyses d'urines, n'a que rarement trouvé du sucre; le diabète est donc peu fréquent chez les femmes enceintes.

M. Lop croit qu'il y aurait avantage à provoquer l'accouchement dans les cas de tuberculose pulmonaire compliquée de diabète.

M. Queirel n'est pas extrêmement partisan de l'accouchement prématuré provoqué chez les tuberculeuses.

M. Hirigoyen a observé 2 cas de diabète insipide chez des femmes enceintes et toutes deux avaient de l'hydramnios.

Le sérum antistreptococcique dans les infections puerpérales.

M. Eustache (Lille) a employé les injections de sérum antistreptococcique dans les infections puerpérales, Dans 4 cas graves il a eu des résultats décourageants; dans les cas moyens, il a semblé plutôt inférieur au traitement classique : injection, curetage, etc. Quant à son emploi préventif, il ne doit pas être conseillé, car l'asepsie et l'antisepsie permettent d'avoir des suites de couches sans accidents.

M. Jacob (Marseille) communique un cas où le sérum parait avoir causé la guérison.

M. Pinard fait observer qu'il est naturel de chercher à faire disparaître l'infection puerpérale par les injections préventives de sérum. Dans son service ces injections sont faites non à toutes les femmes, mais dès qu'on a la moindre appréhension. Ce sont, en quelque sorte, des injections plutôt précoces que préventives. Les résultats de cette pratique seront donnés quand le moment sera venu; pour le moment M. Pinard se borne à dire que depuis qu'il agit ainsi il fait moins de curetages.

M. Delore fait remarquer qu'à Lyon, M. Vinay a essayé avec le plus grand soin, à la Maternité, le sérum antistreptococcique, et les résultats ont été nuls. De son côté Courmont l'a expérimenté, et il prétend qu'il ne donne aucun résultat.

De l'interruption de la grossesse en dehors des rétrécissements du bassin.

M. Pinard. — Dans les rétrécissements du bassin on ne doit plus, grâce à l'innocuité des interventions chirurgicales, nécessaires en pareil cas, provoquer l'avortement.

Cette règle absolue ne comporte qu'une exception, c'est quand il s'agit de femmes naines n'ayant, en quelque sorte, ni cavité abdominale, ni cavité pelvienne et ne pouvant, par conséquent, conduire à bien une grossesse.

Ce n'est donc qu'en dehors des rétrécissements du bassin que la question de l'interruption de la grossesse se pose, et pour la résoudre on peut envisager 3 cas.

1° *Maladies survenant dans le cours de la grossesse.* — L'avortement provoqué est, dans ces cas, toujours inutile et quelquefois nuisible. Donc, on ne doit pas recourir à cette manœuvre.

2° *Accidents graves chez des femmes atteintes de maladies antérieures à la grossesse.* — L'indication de l'avortement peut se présenter surtout lorsque l'affection antérieure porte sur le rein ou sur le foie. Quant aux cardiopathies, on a exagéré leurs conséquences. La formule « fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement » n'est pas exacte, à condition que les reins et le foie soient sains. Mais, que l'affection des reins soit évidente ou latente, dès que les accidents graves se montrent et sont rebelles au traitement médical, il faut provoquer l'avortement; de cette façon, on sauve la vie de la mère, tandis que la mère et l'enfant mourront fatalement si on laisse la grossesse suivre son cours.

3° *Grossesse évoluant sur un organisme non-propre à la reproduction.* — Quand il est bien évident que l'enfant mène la mère à la mort, on doit interrompre la grossesse et, là encore, on sauve une existence.

En résumé, l'avortement ne doit pas se faire dans les rétrécissements du bassin, car c'est tuer un enfant qui doit vivre, tandis que dans les cas où nous conseillons cette pratique, la mère et l'enfant étant fatalement voués tous deux à la mort, nous sauvons la vie de la mère, sans qu'on puisse nous accuser de tuer l'enfant, puisque, de toutes façons, il ne peut vivre.

Entérite muco-membraneuse pendant la grossesse.

M. Poizat (Marseille) apporte une observation d'entérite muco-membraneuse survenant pendant la grossesse, à 7 mois 1/2, disparaissant après la grossesse, réapparaissant, mais plus atténuée, pendant une seconde grossesse.

Il insiste sur ces points : pas d'antécédents pathologiques; le terrain n'est point celui considéré comme classique jusqu'à ce jour; on n'a pas affaire à une névropathe; il n'existait pas de constipation habituelle; il n'y avait pas de troubles dyspeptiques exagérés.

Il ajoute : je ne pense pas que la nature de cette entérite muco-membraneuse, survenant pendant la grossesse, soit différente de celle que l'on observe dans la pratique journalière. Il est certain que la surproduction des fermentations intestinales est le facteur étiologique le plus important dans cette manifestation pathologique. Cette toxémie peut être la conséquence de la constipation habituelle aux femmes enceintes. L'entérite muco-membraneuse n'est pas rare dans la grossesse, mais elle passe souvent inaperçue à cause du peu de phénomènes auxquels elle donne lieu. L'élément microbien, encore imparfaitement étudié, contenu dans les muco-membranes, peut seul expliquer les accidents d'allure infectieuse qui surviennent au cours de cette maladie. L'auto-intoxication gravidique est un facteur très important de cette affection.

M. Vinay. — L'entérite muco-membraneuse est une complication rare de la grossesse. On peut la rattacher souvent à une parésie intestinale consécutive à l'imprégnation; du reste, auto-intoxication et état nerveux particulier, voilà les deux facteurs capitaux de toute la pathologie de la grossesse.

La pyélo-néphrite de la grossesse.

M. Vinay (Lyon) a observé 8 cas de pyélo-néphrite au cours de la grossesse. Cette pyélo-néphrite se manifeste par des symptômes locaux, comme la douleur lombaire à droite avec irradiation dans le pli de l'aine; les urines sont albumineuses et purulentes; le ballottement rénal est possible chez quelques femmes tolérantes; la vessie n'est pas douloureuse à la pression, et à l'exploration interne elle a conservé sa capacité ordinaire. Les symptômes généraux sont : fièvre avec frissons, céphalalgie, vomissements.

Cette maladie ne survient guère que dans la seconde moitié de la grossesse, alors que l'uretère droit peut être comprimé par l'utérus gravide. Les recherches bactériologiques ont montré l'existence, dans l'urine, du coli-bacille et plus rarement du streptocoque.

Le pronostic est plutôt bénin, malgré les allures graves du début. Le traitement doit consister dans le repos au lit, le lait, les laxatifs et l'usage d'eau alcalines faibles.

M. Lop (Marseille) fait remarquer que la pyélo-néphrite

peut être quelquefois la conséquence de la blennorrhagie et l'on doit, dans ces cas, rencontrer le gonocoque.

M. Vinay n'a jamais observé d'infection de cette nature; il croit plutôt que celle-ci se fait par la voie sanguine, par suite du lieu de moindre résistance créé au niveau du rein droit par la compression de l'utérus gravide.

Castration abdominale totale dans les affections septiques utéro-annexielles.

M. Jonnesco (Bucarest) se déclare partisan de la voie abdominale. Après avoir cité sa statistique personnelle qui porte sur 23 cas, il dit que par l'abdomen on voit ce qu'on fait et on sait ce qu'on fait. Pour éviter les suppurations consécutives aux sutures il emploie des fils d'argent.

M. Richelot dit que ce qui importe c'est d'enlever l'utérus et que la laparotomie ne doit se faire que pour être suivie de la castration abdominale totale. Dans tout autre cas il faut préférer la voie vaginale par laquelle on peut avoir des opérations incomplètes (ce qui est permis) mais non pas des opérations manquées (ce qui ne l'est pas). Il préfère l'hystérectomie vaginale, qui donne moins de mortalité et avec laquelle on est maître du pus.

M. Kiriac se déclare quand même partisan de la voie abdominale.

M. Pozzi dit que ce n'est pas toujours l'utérus qui est cause de la douleur quand il y a des lésions bilatérales; l'utérus sera cause de douleurs s'il est malade, sinon non. S'il y a catarrhe utérin, l'ablation des annexes suffira dans l'immense majorité des cas à le faire disparaître.

Il y a deux autres éléments dont il faut tenir compte : 1° la présence des fils (M. Pozzi a renoncé à la soie et n'utilise plus que le catgut); 2° souvent on a affaire à des femmes nerveuses, neuro-arthritiques, qui souffriraient même si on leur avait enlevé l'utérus.

M. Pozzi insiste avec M. Richelot sur les cas à infection intense (femmes qui font un pyosalpinx rapide) et sur les cas de suppuration diffuses.

Traitement des phlébites puerpérales des membres inférieurs par les abcès de fixation.

M. Fochier (Lyon) communique 3 cas qui lui ont montré les bons résultats donnés par les abcès de fixation dans les phlébites puerpérales. Il recommande cette méthode dans tous les cas de phlébite puerpérale des membres inférieurs, même quand l'état général est excellent, car, quelque bénigne que paraisse la phlegmatia alba, on ne peut pas affirmer qu'elle ne donnera pas naissance à ces arthrites, à ces œdèmes éternels qui constituent de véritables infirmités.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 4 et 18 Novembre 1898.

Imperforation de l'hymen; hématosalpinx avec torsion secondaire.

M. Morély montre les pièces d'un cas d'imperforation de l'hymen, traité chirurgicalement à l'âge de 20 ans, après trois années d'accidents de rétention des règles. Le vagin, l'utérus et les trompes étaient considérablement distendus par le sang. Le lendemain de l'opération, il se produisit une torsion de l'hématosalpinx sur son pédicule, accident qui n'a jamais été signalé en pareil cas.

M. Letulle fait remarquer les traces d'adhérences qui existent à la surface des ovaires, indice d'un travail inflammatoire ancien, et l'on sait que de pareilles adhérences sont souvent invoquées dans l'étiologie des ruptures de la trompe.

Cholécystite chronique calculeuse.

M. Termet montre une vésicule biliaire enlevée chirurgicalement; elle est remplie de calculs; sa paroi est très épaissie, sclérosée; au microscope, il s'agit d'une inflammation chronique, La dureté de la vésicule avait fait poser le diagnostic de néoplasme pendant la vie. Or, l'examen microscopique ne décèle aucune trace de processus épithélial.

Anévrysme de la crosse de l'aorte à diverticule sacciforme.

M. Rosenthal montre le cœur d'un malade mort subitement dans le service de M. Hayem. L'aorte offre une dilatation ampullaire à son origine, ectasie qui communique par un petit orifice avec un diverticule sacciforme qui formait, au niveau du 2e espace interscotal droit une tumeur pulsatile. L'orifice aortique était insuffisamment fermé par des valvules sigmoïdes altérées.

Calcul vésical en bissac.

MM. Héresco et **Cottet** montrent l'appareil urinaire d'un malade du service de M. Guyon; pendant la vie, une tumeur sus-pubienne persistait, même après l'évacuation de la vessie. Elle s'effaçait quand on vidait le rectum.

On constate un très gros calcul vésical, en bissac, la partie rétrécie répondant à un orifice qui fait communiquer une grande cellule vésicale avec la cavité du réservoir urinaire. Une portion du calcul est enchâtonnée dans cette cellule, l'autre est dans la vessie.

Il y a, de plus, hypertrophie considérable du lobe médian de la prostate, dilatation de l'urèthre et hydronéphrose bilatérale.

Appendicite et foie appendiculaire.

M. Robert Loewy présente les pièces d'un cas d'abcès péri-cæcal d'origine appendiculaire, avec infection du foie manifeste : pyléphlébite suppurée et abcès aréolaires au début. La lésion s'était manifestée par des signes d'occlusion intestinale.

M. Robert Loewy montre, en outre, un appendice perforé à sa partie moyenne, ce qui avait amené la formation de deux gros abcès. On constate un calcul à l'origine de l'appendice, un autre au point gangrené, et une bouillie calculeuse dans le fond de l'appendice.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 Novembre 1898.

Transmission de la tuberculose des mammifères aux gallinacées.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger**. — Dans une série de travaux antérieurs, nous avons montré qu'on peut inoculer la tuberculose humaine aux gallinacées. Mais les résultats positifs sont races et inconstants, en quelque sorte livrés au hasard. Après bien des tentatives infructueuses, nous sommes arrivés à une méthode qui permet de transmettre à la poule, presque à coup sûr, la tuberculose des mammifères.

Tous les 10 jours, nous introduisons dans la cavité abdominale 10 à 15 centimètres cubes de sérum de cheval pur ou additionné de 8 p. 100 de glycérine. Ces injections sont bien supportées, à la condition de porter le liquide à une température voisine de 60°, sans cette précaution, on détermine parfois la mort subite. 19 poules ou poulets ont été inoculés avec une culture virulente de tuberculose d'origine canine et, ont reçu, à partir de ce moment, les injections de sérum. Ces animaux ont succombé ou ont été sacrifiés au bout d'un temps qui a varié

de 2 à 5 mois. Chez 3 d'entre eux, nous n'avons trouvé aucune lésion; chez les 13 autres, nous avons constaté des granulations tuberculeuses au niveau du foie; discrets chez 3 poules, les tubercules étaient extrêmement abondants chez les autres et s'accompagnaient fréquemment de sclérose hépatique et de tuberculose péritonéale. Ainsi le grand nombre de résultats positifs que nous avons obtenus nous permet de conclure que les injections de sérum de cheval diminuent la résistance naturelle des gallinacées et permettent de leur transmettre, presque sûrement la tuberculose des mammifères.

Hématies nucléées et réaction de la moelle osseuse.

M. Dominici a montré depuis 2 ans que les états toxi-infectieux déterminaient dans le sang du lapin l'apparition d'hématies nucléées caractérisant la mise en action de la moelle osseuse. Au premier abord ce fait expérimental ne paraît pas offrir l'équivalent chez l'homme adulte.

Chez celui-ci la migration des cellules hémoglobinifères dans le sang circulant est un fait des plus rares et la moelle osseuse est représentée par un tissu adipeux indifférent.

Or, chez 18 adultes morts d'affections diverses M. Dominici a constamment trouvé le retour à l'état de la moelle osseuse diaphysaire du fémur. L'équivalence existe donc entre les phénomènes observés chez les lapins infectés ou intoxiqués et les réactions des appareils hématopoiétiques de l'homme adulte infecté, intoxiqué, anémié; mais dans ce dernier cas la réaction est voilée, les poussées d'hématies nucléées se produisent uniquement au sein du tissu de la moelle osseuse.

Chez les enfants la migration des hématies nucléées se produit facilement dans les vaisseaux périphériques à l'occasion des causes toxiques ou infectieuses.

Recherches sur la méningite tuberculeuse expérimentale.

MM. L. Martin et **Vaudremer** communiquent une série de faits prouvant que les bacilles tuberculeux sécrètent des poisons qui tuent le cobaye non seulement si on injecte ces poisons dans les centres nerveux, mais encore dans leur voisinage, dans le liquide céphalo-rachidien. Dès lors on peut se demander ce que deviennent ces poisons dans la méningite tuberculeuse. Les expériences de MM. L. Martin et Vaudremer ainsi que celles de Sicard et Péron permettent de dire qu'en plus de l'action de présence du tubercule qui souvent explique d'une façon insuffisante les symptômes observés, il faut aussi tenir compte des lésions produites par les poisons des bacilles tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Novembre 1898.

Traitement du goître exophthalmique par la résection du grand sympathique cervical.

M. Schwartz a traité avec succès 2 malades atteints de goître exophthalmique par la résection du grand sympathique.

Le premier cas a trait à une femme de 23 ans, qui fut prise, à l'âge de 17 ans, d'exophthalmie, d'accès de suffocation et de battements de cœur. Le goître qui apparut fut moins accentué à gauche qu'à droite. Des troubles digestifs survinrent et, l'état de la malade étant devenu précaire, M. Schwartz fit la résection du grand sympathique et enleva à droite, puis à gauche, le tiers inférieur du ganglion cervical supérieur et un segment du grand sympathique.

Les suites ont été simples. Le soir même, l'exophthalmie a considérablement diminué : les yeux, qui restaient toujours ouverts, se sont fermés. La tachycardie s'est améliorée : de 150 le pouls est tombé à 100 et 112. Le goître est resté tel quel ou à peu près, sans grande amélioration. Les symptômes généraux ont à peu près complètement disparu; et aujourd'hui, un an après l'opération, l'état de la malade est excellent.

La seconde observation date de février 1898. Il s'agissait d'une malade entrée pour goître très volumineux, tachycardie très intense, crises nocturnes très graves d'angine de poitrine; l'exophthalmie était peu marquée. M. Schwartz a fait la résection bilatérale, mais avec de grandes difficultés : le grand sympathique était noyé dans du tissu à la fois caverneux et scléreux. A droite, on a réséqué le ganglion cervical supérieur et 5 centimètres du grand sympathique. L'opération dura 1 heure. Le soir même, il y a eu une hémi-rougeur de la face, une diminution du goître et de l'exophthalmie à droite, mais les crises d'angine continuèrent. Au bout d'un mois, la résection fut faite à gauche avec les mêmes difficultés qu'à droite : l'opération dura encore 1 heure. Après cette 2e intervention, les crises d'angine de poitrine ont cessé définitivement. Actuellement, il reste encore un peu de tachycardie, mais tous les autres phénomènes se sont considérablement amendés.

Des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

M. Hue (de Rouen) a eu recours, avec l'aide de M. Nicolle, à l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique dans le cas suivant. Il s'agissait d'un enfant de 11 ans qui, à la suite d'une chute, se fit une fracture ouverte du poignet. Les suites furent graves et se compliquèrent de tétanos au 6e jour. Six centimètres cubes de sérum antitétanique furent injectés sous chloroforme dans les deux lobes frontaux et, en outre, plus de 20 centimètres cubes dans la cuisse. Le malade mourut dans les 24 heures, et l'autopsie montra qu'au niveau de l'injection, il existait, à droite, une cavité des dimensions d'une noisette, et, à gauche, une autre cavité renfermant un petit caillot sanguin.

M. Quénu a pratiqué 2 fois l'injection intra-cérébrale de sérum antitétantque. La première fois, dans un cas qui paraissait favorable, la mort survint le 3e jour par pneumonie; le tétanos semblait enrayé. Dans le second cas, l'injection n'a été suivie d'aucun mieux, car le malade, après l'injection, a eu des contractions de la nuque et du tronc qui n'existaient pas avant.

M. Lucas-Championnière a vu 2 cas traités par l'injection antitétanique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un tétanos d'origine abdominale; l'injection dans les lobes cérébraux a été faite dans les 24 heures. La malade est morte en 36 heures, sans avoir éprouvé le moindre soulagement. Dans le 2e cas, l'insuccès a été également complet.

Tout récemment enfin, une injection a été faite chez un malade atteint de tétanos incomplet datant de 8 jours; le malade va bien, mais c'était un cas de tétanos chronique.

M. Reclus a aussi employé l'injection antitétanique intra-cérébrale dans un cas de tétanos aigu, datant de moins de 24 heures. Le malade a succombé 12 heures après l'intervention. En outre, ce malade avait eu une injection préservatrice, ce qui rend cette observation encore plus douloureuse à relever. A l'Institut Pasteur, on a objecté qu'il aurait fallu répéter l'injection, attendu qu'il existait un foyer permanent de toxine tétanique. C'est exact, mais il n'en reste pas moins acquis qu'une seule injection préventive n'est pas suffisante pour obtenir la vaccination du sujet.

M. Chaput a fait l'injection intra-cérébrale de sérum chez un malade présentant des symptômes de tétanos consécutif à une plaie d'inoculation du doigt. Il lui a fait 2 injections intra-cérébrales de sérum antitétanique, 5 centimètres d'un côté et 3 centimètres de l'autre. Le lendemain, le malade était pris de dysphagie. On fit la gastrostomie. Tout fut inutile, et, en 36 heures, le malade était mort de tétanos.

M. Richelot a également un fait négatif dans un cas de tétanos abdominal consécutif à une laparotomie.

M. Hartmann a aussi observé un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine : 38 heures après le malade était mort. L'autopsie permit de constater l'absence de toute lésion au niveau des piqûres.

M. Nélaton a vu il y a 3 jours un homme pris de tétanos depuis 24 heures. Le malade avait 40°5 et le pouls était à 140.

M. Borrel ne voulut pas l'injecter, disant que c'était inutile; et, en effet, le malade mourut une heure après.

M. Peyrot a observé il y a 3 mois un homme qui avait tous les symptômes d'un tétanos grave. M. Borrel, appelé, posa le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Le malade guérit spontanément. M. Peyrot est convaincu qu'il y a beaucoup de cas de méningite cérébro-spinale méconnus et pris pour du tétanos.

M. Quénu ne croit pas qu'on ait tant de méningites cérébro-spinales prises pour du tétanos.

M. Championnière fait remarquer que de tout temps on a dit que le diagnostic de méningo-encéphalite était à faire avec le tétanos; mais ce n'est pas une cause fréquente d'erreur, car la méningo-encéphalite est une affection rare.

M. Poirier a vu récemment un cas dans lequel le diagnostic de tétanos a été impossible à porter dans l'espace de 48 heures, et pense qu'il ne faut pas dire que ce diagnostic est toujours facile à établir.

Corps étranger de la trachée.

M. Hue (de Rouen) a retiré par la trachéotomie et à l'aide d'une pince un embout d'un de ces petits ballons de caoutchouc à musique, qu'avait aspiré un enfant en jouant. Le corps étranger était situé dans la bronche gauche. Les suites ont été des plus simples.

Traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants.

M. Félizet décrit un nouveau procédé d'extraction des corps étrangers des fosses nasales, dans les cas où les procédés ordinaires échouent.

Dans les premiers temps, il avait recours aux manœuvres classiques : les pinces, les crochets, les curettes, et si, dans bien des cas, il a pu réussir sans grande peine, il conserva le souvenir de longues et laborieuses séances au cours desquelles on épuisait toutes les ressources avant de procurer la sortie du corps étranger.

M. Félizet a réussi plusieurs fois, par un petit artifice emprunté à la manœuvre du tamponnement des fosses nasales.

Une bougie fine, introduite d'avant en arrière, était accrochée par le doigt derrière le voile du palais. Un fil de soie était solidement amarré à l'olive, et ce fil, attiré d'arrière en avant, entraînait un petit tampon d'ouate de dimension convenable. Ce tampon écouvillant le nez, refoulait en avant le corps étranger, et tantôt l'amenait au dehors, tantôt l'approchait assez pour qu'une pince pût à coup sûr le saisir et l'extraire. La manœuvre était incertaine et toujours douloureuse.

M. Félizet a recours, depuis 5 ans, à ce procédé de douceur qui lui a toujours réussi, tant pour les faits d'introduction de date récente que pour les rétentions anciennes, et, parfois, au milieu des complications inflammatoires les plus contrariantes.

Quand on fait le lavage du nez au moyen du bock et du tube de caoutchouc, la pression de 2 mètres de haut répond à environ 1/5 d'atmosphère; elle occasionne une projection de 20 centimètres environ à la sortie par la narine opposée, une élévation du bock à 5 mètres fait une projection de plus de 60 centimètres à la sortie de la narine opposée.

C'est une force de près d'une demi-atmosphère, que l'on peut augmenter considérablement en faisant usage d'un appareil plus fort, d'une seringue, par exemple.

En supposant un noyau, une perle ou un haricot, logé dans la narine gauche, il suffit d'engager horizontalement, dans la narine droite, l'embout d'une seringue de 300 à 500 grammes, épousant nettement le pourtour de la narine.

La poussée d'eau tiède faite horizontalement est lente et douce pour commencer, afin que le voile du palais ne soit pas surpris et se tende bien et que la trompe d'Eustache ait le temps de se fermer. Elle s'accentue ensuite; on a le sentiment d'une résistance, et cette résistance vaincue se traduit soit par la projection du corps étranger au dehors, soit par la saillie d'un jet de liquide sous lequel on voit, à proximité de la narine, le corps étranger mobilisé prêt à sortir et facile à prendre.

Comme la pression ne semble pas dépasser, avec le plus grand effort du piston, les 2/3 d'une atmosphère, on peut admettre que les trompes d'Eustache ne courent pas le risque d'être incommodées en même temps que la caisse. M. Félizet n'a d'ailleurs jamais remarqué, pour sa part, un accident quelconque du côté de l'oreille moyenne.

La manœuvre est, on le voit, facile et certainement inoffensive.

Dans le cas où le diagnostic ne serait pas ferme, dans le doute sur la présence d'un corps étranger, l'injection nasale forcée permettra d'être fixé, sans avoir acquis la certitude au prix de grandes douleurs et parfois même de réels dangers que les explorations instrumentales répétées peuvent occasionner chez les petits malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Novembre 1898.

Contribution à l'étude de la gastro-entérite aiguë du nourrisson.

M. Lesage a étudié pendant la dernière épidémie de gastro-entérite qui a sévi aux mois d'août et de novembre de cette année, 365 enfants tant en ville que dans les hôpitaux; 211 étaient nourris au biberon (52 au lait ordinaire, 98 au lait stérilisé, 53 au lait à 100° et 45 au lait à 115°) et 56 au sein. Il s'agissait donc d'enfants soumis à une alimentation rationnelle. Et cependant leur mortalité a été considérable, même — quoique à un degré moindre — pour ceux nourris au sein. Il faut noter que cette augmentation de morbidité et de léthalité par entérite aiguë a coïncidé avec les fortes chaleurs et les orages. Mais pourquoi ce rapport? C'est le problème à résoudre.

Pour répondre à l'objection, à savoir que, en dehors de l'action de la chaleur et des orages, d'autres causes pourraient être invoquées, telles que l'emploi de lait ordinaire en fraude, de lait stérilisé débouché, de gavages intempestifs, etc.

M. Lesage ne s'appuie, pour ce qui va suivre, que sur les faits pour lesquels une enquête minutieuse lui a montré qu'il n'y avait pas eu de faute commise. Ces cas sont au nombre de 63, comprenant 28 nourrissons nourris au lait stérilisé à 115°, 14 au lait stérilisé à 100° et 21 au sein. Or, même pour ces 63 cas la proportion des entérites aiguës est considérable et elle ne paraît pouvoir s'expliquer que par l'action des fortes chaleurs que nous avons subies, coupées d'orages. On sait, du reste, que la période estivale a toujours une action nocive en pareil cas, sans que l'on trouve la porte d'entrée d'une infection quelconque de l'intestin, le lait absorbé (maternel ou stérilisé) ne contenant aucun microbe. Dans les 63 cas visés plus particulièrement, le lait stérilisé était parfait et les enfants le prenaient dès le stérilisation.

Conséquemment, on aboutit à l'une ou à l'autre des deux hypothèses suivantes : ou bien il y a une toxine dans le lait stérilisé, ou bien, sous l'influence de la chaleur et de l'orage, il survient une modification dans l'équilibre intestinal, d'où changement dans les propriétés microbiennes, acquisition de qualités toxiques, etc., etc.

Première hypothèse. — On peut dire qu'entre la traite et la stérilisation il se passe un certain temps pendant lequel le lait s'ensemence; les microbes s'y développent si la température est élevée; d'où production de toxine. La stérilisation se fait, mais la toxine n'est pas détruite par le chauffage et on ne s'en aperçoit pas, car le lait, à l'œil nu, avant la stérilisation, n'a subi aucune altération. La production d'acide lactique est encore légère et n'a pas encore atteint le chiffre de 8 p. 100 dont l'apparition provoque la coagulation spontanée.

Au premier abord, cette explication peut satisfaire, mais, quand on examine les faits de près, la conviction est fortement ébranlée. En effet, M. Lesage a vu en août des entérites chez des nourrissons alimentés avec du lait qui avait été stérilisé à 115° 3 mois auparavant par un temps frais. Il n'avait donc pas pu être influencé par la chaleur ambiante entre le moment de la traite et l'opération de la stérilisation. Inversement, du lait stérilisé par les fortes chaleurs a été employé en septembre,

octobre et novembre. Dans l'hypothèse ci-dessus ce lait aurait donc dû provoquer de nouvelles entérites. Or, il n'en a rien été; l'épidémie a cessé.

D'autre part, pour admettre qu'il existe une toxine dans le lait stérilisé il faut pouvoir la montrer. Or, malgré des recherches nombreuses, recherches faites au mois d'août, en pleines chaleurs, au moment du maximum épidémique, jamais on n'a pu isoler une toxine du lait stérilisé à 100 et à 115°, pas plus que du lait avant la stérilisation.

Deuxième hypothèse. — C'est celle d'après laquelle la chaleur modifierait les conditions biologiques de l'intestin. Cette hypothèse paraît la meilleure. Ainsi, en août M. Lesage a vu 5 enfants, nourris au sein, dont l'entérite apparaissait nettement avec l'élévation de la température et cessait avec la baisse thermique.

Quant aux accès d'intoxication que ces orages ont déterminé, ils varient dans leurs manifestations cliniques. La fièvre monta à 39, 40, 41° et même 41°6; puis l'enfant mourait en 12 heures, avec une baisse considérable du poids. Quant à la diarrhée, elle avait peu changé, comme intensité. Dans presque tous les cas, on note une poussée biliaire.

M. Lesage a cherché parallèlement quelles pouvaient être les relations entre l'état bactériologique de l'intestin et l'influence des orages. Il aurait de la tendance à dire que la présence d'une culture pure de B. coliforme dans l'intestin, au moment d'un orage, est beaucoup plus dangereuse que l'existence d'associations microbiennes. Celles-ci jouent plutôt un rôle important dans la cachexie digestive lente.

En résumé, après un examen minutieux de nombreux cas, M. Lesage est amené à penser que la chaleur a une action évidente sur certains intestins et que chaque été, malgré les laits stérilisés, on verra se produire des poussées de cette maladie. S'agit-il là d'une action de la chaleur sur la propriété des microbes de produire de la toxine dans l'intestin? Quiconque étudie les toxines sait combien il faut peu de chose pour diminuer ou augmenter leur pouvoir toxique.

A point de vue clinique il y a identité absolue entre les deux variétés de gastro-entérite aiguë (enfants nourris à un allaitement aseptique et enfants nourris à un allaitement septique). De même on rencontre, dans les deux variétés, la même flore microbienne. Donc, que les agents microbiens viennent du dehors ou ne soient que les habitants normaux de l'intestin, devenus nocifs pour telle ou telle raison, le résultat est le même. il y a production d'une toxine intestinale.

De 1888 à 1898, M. Lesage a étudié au point de vue bactériologique 770 cas de gastro-entérites aiguës des nourrissons. Cette étude bactériologique semble montrer en premier lieu, qu'il existe une relation entre le nombre des microbes, d'une espèce et la nocuité de ces éléments. Tels sont les cas où les microbes coliformes, où le proteus sont seuls observés, à l'exclusion des autres. La culture pure d'un microbe dans l'intestin paraît être un bon signe de l'activité nocive de ce microbe.

En second lieu, parmi ces associations microbiennes quelques-unes sont de véritables infections secondaires. Ainsi, il existe des cas où au début de la maladie le B. coli existait en culture pure et où, après quelques jours de persistance de l'entérite dans une salle d'hôpital, d'autres microbes venaient se surajouter, comme une infection secondaire : on voyait apparaître le microcoque, le streptocoque. Ces associations sont importantes à connaître, car elles peuvent permettre d'expliquer la variabilité des allures de l'entérite cachectique. En effet, à mesure que la maladie s'éternise, le milieu bactériologique intestinal présente moins de pureté et devient plus complexe.

En troisième lieu, si on ne se contente pas d'étudier la gastro-entérite aiguë en l'espace de quelques jours, mais sur un long espace de temps, on observe des faits intéressants. Ainsi, en 1895 et en 1896, le nombre des gastro-entérites à microbes coliformes, à l'état de pureté était considérable, à tel point que M. Lesage arriva à une statistique de 90-95 p. 100 des cas. En 1897 et en 1898, le nombre des entérites avec associations est, au contraire plus élevé. Bien plus, cette association est variable avec chaque hôpital. Ainsi, à la Crèche de la Charité, on observa surtout le streptocoque; à Trousseau, le staphylocoque et même, dans une salle de cet hôpital, les levures. De sorte que, au même moment, la variété dans l'association microbienne semble dépendre beaucoup de l'endroit où sont les enfants. De là à penser à des contagions secondaires, à des infections secondaires, il n'y a qu'un pas.

Mais si ces associations varient, il y a un fait constant : la nocuité des microbes coliformes qui forment la base de la bactériologie des gastro-entérites aiguës.

La diète aqueuse est le meilleur mode de traitement des gastro-entérites aiguës. On supprime le lait, qui est le milieu par excellence pour la production de la toxine.

Mais quel que soit le résultat de l'application de la diète hydrique, on ne peut la continuer plus de 48 heures. Quand il est impossible de donner le sein, il faut s'adresser au lait stérilisé (115°-110°). Pour la reprise de l'aliment M. Lesage procède comme suit :

Le troisième jour, une tétée de lait stérilisé pur et non coupé, matin et soir. Les autres tétées consisteront en eau.

Le quatrième jour, trois tétées de lait, le reste en eau. Puis augmenter progressivement la quantité de lait.

En tous cas, à la reprise de l'alimentation, il sera bon de n'employer ni les farines, ni les laits condensés, etc.

Si la diète hydrique ne produit aucun résultat, ce qui est assez fréquent à l'hôpital, quelle conduite devra-t-on tenir? Comme le conseille, avec juste raison, M. Marfan, on reprendra la diète aqueuse 3, 4, 5 jours après. On marchera par tâtonnements en usant d'une très grande prudence. On peut, de cette façon, obtenir la guérison lente d'une gastro-entérite tenace. On est parfois étonné de voir des enfants, arrivés au dernier degré de la cachexie digestive, rependre peu à peu et se rétablir complètement. Il ne faut donc pas désespérer dans la lutte contre l'intoxication digestive.

Ostéopathie chronique des extrémités inférieures à type inédit.

M. Edgard Hirtz montre un malade qui ne présente pas les caractères de la maladie de Paget. Les déformations osseuses, hypertrophiques, sont limitées aux membres inférieurs. La tête n'est pas augmentée de volume; les membres supérieurs, le thorax, le bassin sont indemnes. Le rachis est droit. Aucun des signes de l'acromégalie. Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise. Au surplus, le traitement spécifique n'a donné aucun résultat.

La coïncidence d'un mal perforant du pied droit avait fait penser un moment à un tabès, mais aucun signe de tabès. Le trouble trophique est cependant à retenir et donnerait à penser que le mal perforant et les lésions osseuses pourraient se rattacher à une lésion des nerfs périphériques ou de la moelle, suivant l'opinion de MM. Gilles de la Tourette et Marinesco.

Pancréatite hémorrhagique.

M. Ferrand communique l'observation d'un gardien de la paix, âgé de 39 ans, qui, il y a environ 10 mois, se heurta violemment contre un poteau, au niveau de la région épigastrique. Il y a eu quelques coliques pendant quelques jours, puis plus rien de bien net, sauf que l'appétit baissa et que le sujet ne se sentait pas dans son état ordinaire de santé. Subitement. il y a peu de temps, il ressentit une violente douleur au niveau du creux épigastrique, douleur pour laquelle il entra à l'hopital. On pensa à une colique hémorroïdaire, ou à une de ces entéralgies si fréquentes chez les arthritiques et qui sont causées par les contractions intestinales. Rien autre nulle part. Or, 24 heures après, le malade mourait.

A l'autopsie, comme unique lésion, on a trouvé une infiltration hémorrhagique du parenchyme pancréatique mêlée à une sorte de sclérose du stroma de l'organe. Cette sclérose était probablement consécutive à l'hémorrhagie qui, elle, semble devoir être rattachée au traumatisme antérieur.

On ne connaît, en France, que deux observations de ce genre dues l'une à M. Thiroloix, l'autre à MM. Chantemesse et Griffon. Dans les trois cas, le seul signe clinique caractéristique a été la douleur très vive au niveau du creux épigastrique, accompagnée d'angoisse. Elle s'irradiait dans la fosse iliaque droite dans le cas de M. Chantemesse. Cette irradiation n'existait pas chez le malade de M. Ferrand.

Sur un cas d'endartérite et d'endophlébite, probablement syphilitiques, des vaisseaux de la pie-mère spinale.

MM. Gasne et **Philippe** communiquent l'examen histologique détaillé de la moelle épinière d'un malade dont l'observation et l'autopsie macroscopique ont été relatés devant la Société par M. Marfan en mars 1897. Tous les vaisseaux pie-mériens de la moelle lombo-sacrée et de la queue de cheval présentent des lésions très accusées d'endartérite et d'endophlébite, avec intégrité des autres tuniques, moyenne ou externe. Ces lésions ont provoqué, d'une part, des caillots, pariétaux ou généralisés, par le mécanisme habituel des coagulations sanguines; d'autre part, des hémorrhagies arachnoïdiennes, pie-mériennes, ou intra-médullaires, par rupture de la paroi vasculaire. La moelle malgré les lésions énormes de ses vaisseaux nourriciers, n'a pas subi le moindre processus dystrophique de sclérose ou de dégénération parenchymateuse, par insuffisance circulatoire. Au niveau du renflement sacré, elle a été détruite, mais uniquement par des hématomyélies successives, dont on retrouve les masses fibrineuses ou les amas pigmentaires; de même, plus haut, en quelques points très limités, elle a été altérée plus ou moins profondément par la compression des veines dilatées et thrombosées. Cette endo-vascularite, développée lentement chez un enfant de 2 ans, sans infection antérieure, paraît devoir être rapportée à la forme vasculaire de la syphilis héréditaire précoce; ce malgré les résultats négatifs fournis et par l'interrogatoire et par l'examen des parents et de l'enfant.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 9 Novembre 1898.

Sarcome cérébral à évolution rapide au cours de la grossesse et pendant les suites de couche.

M. Henry Bernard rapporte l'observation d'une femme de vingt-deux ans, primipare, qui vit apparaître, au cinquième mois de la grossesse, une hémiplégie incomplète. L'accouchement se fit à terme. Mais, aussitôt après, les phénomènes paralytiques s'accusèrent : l'hémiplégie se compléta et devint douloureuse. La mort survint dans le coma dix-sept jours après l'accouchement, sans élévation de la température.

L'autopsie montra l'existence d'un sarcome cérébral, du volume d'une grosse noix, occupant la couche optique droite et qui était la cause des accidents observés.

L'orateur appelle l'attention sur les points suivants ;

1° L'apparition d'une tumeur maligne chez une femme jeune, mais que la grossesse mettait pour ainsi dire en état de moindre résistance;

2° L'évolution d'une tumeur maligne chez une femme enceinte, sans influence sur la marche de cette grossesse;

3° L'allure particulièrement rapide la tumeur, allure à laquelle l'accouchement semble encore avoir donné une nouvelle impulsion.

Recherches sur la glycosurie de la grossesse et de la puerpéralité.

M. G. Keim donne le résultat de ses recherches qui différencient la glycosurie avant et après l'accouchement.

Sur 25 accouchées, 20 eurent de la glycosurie : la glycosurie de la puerpéralité est donc presque la règle. Quelquefois, elle précède la montée du lait; cette glycosurie prélactée est un résidu de celle du travail. Ce qui produit la glycosurie puerpéale, c'est la sécrétion du lait; l'excrétion est secondaire. Cette glycosurie disparaît rapidement, et elle n'a pas été retrouvée chez deux nourrices de deux et cinq mois.

Sur 19 femmes enceintes, il y eut deux fois de la glycosurie avant l'accouchement et deux fois dans des cas pathologiques. Elle est donc exceptionnelle pendant la grossesse; elle ne dépend pas de la sécrétion mammaire, mais elle est un signe pathologique qui indique l'auto-intoxication gravidique, comme le prouvent une étude de la physiologie pathologique du foie et également les expériences de glycosurie alimentaire et d'opothérapie hépatique faites par l'auteur. Elles confirment que la glycosurie de la grossesse est un signe, inconstant, il est vrai, de la période d'éclampsisme décrite par M. Bar.

Ophthalmie purulente congénitale.

M. Chavanne présente un enfant de sept mois et demi, né le 7 novembre, avec un œdème très marqué des deux paupières. La conjonctive est très rouge; il s'écoule de la sérosité louche, et les cornées sont toutes deux opalines, surtout la gauche.

L'œuf était ouvert depuis le 4 novembre; le liquide amniotique qui s'écoulait était très odorant.

Depuis le troisième mois de la grossesse, la mère avait, par la vulve, un écoulement purulent et présentait des végétations très abondantes des deux grandes lèvres, et de la région interne et supérieure des cuisses.

Rupture de la symphyse pubienne au cours d'une application de forceps.

MM. Bar et **Keim**, rapportent l'observation d'une femme qui avait un bassin généralement rétréci avec un diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur de 10 centimètres.

L'enfant, volumineux (3100 grammes), se présentait par le sommet en OIDA, la tête fortement fixée au détroit supérieur. Deux tentatives de forceps avaient été faites inutilement en ville. On fait une application de forceps facile. Pendant les tractions exercées sur l'instrument, l'opérateur et les assistants entendent un craquement, et, tout à coup, la tête descend dans l'excavation. L'enfant est extrait vivant. L'examen pratiqué immédiatement montre que la symphyse pubienne est rompue; les parties molles situées au-dessous de celle-ci sont déchirées. On suture la plaie vulvaire; on place dans l'urèthre une sonde à demeure.

Il y avait une profonde déchirure du vagin, occupant presque toute la hauteur du vagin à droite; de cette plaie profonde, le sang coule en abondance. On fait, après avoir pratiqué la délivrance, un tamponnement utéro-vaginal serré; le suintement continue. On retire, une demi-heure après, le tampon et on en applique un nouveau; le suintement sanguin persiste. L'état de la femme est grave.

On retire le tampon, et on le remplace par de la gaze iodoformée imbibée d'une solution de gélatine à 10 p. 100 : l'hémorrhagie s'arrête. L'état de la femme reste grave, le pouls est rapide. Dès le lendemain, la température s'élevait à 39°. La mort survint le cinquième jour, avec des symptômes de septicémie suraiguë.

L'autopsie montra l'existence de végétations récentes sur la tricuspide. Il n'y avait pas de péritonite. Entre les pubis, il y avait un peu de sang. On a cultivé le sang, le liquide péricardique : ils contenaient du colibacille.

Les auteurs insistent sur le bon résultat donné par la gélatine, au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie. Il y aurait lieu de rechercher si l'usage de la gélatine, telle qu'ils l'ont employée, n'est pas sans inconvénients, et si celle-ci ne peut constituer un milieu de culture favorable pour certains microorganismes pathogènes (le colibacille, par exemple) qui sont fréquemment les parasites du vagin, et se développent souvent, à côté du streptocoque, dans les infections puerpérales.

Accouchement rapide avec chute de l'enfant et rupture du cordon.

MM. Bar et **Keim** communiquent l'observation d'une femme qui, étant enceinte pour la sixième fois, accoucha alors qu'elle sortait du bain, et se trouvait debout. L'enfant, mal retenu par une infirmière qui essaie de le saisir au passage, tombe le dos sur le sol. Le cordon s'est rompu à 3 centimètres de l'ombilic; du côté du placenta il est resté adhérent, mais la gaine amniotique s'est déchirée.

L'enfant était pâle, presque en état de mort apparente. On essaie de le ranimer, mais il meurt au bout d'un quart d'heure environ.

A l'autopsie, on a trouvé la cavité péritonéale pleine de sang. L'examen des viscères a montré qu'il n'y avait pas de rupture de la veine ombilicale, ni des veines sus-hépatiques. Mais, sur la surface convexe du lobe droit, la capsule de Glisson était largement déchirée. Cette rupture était la cause de l'hémorrhagie intra-péritonéale.

Il est assez difficile d'expliquer cette rupture du foie. On peut penser que l'enfant avait été vivement saisi par l'infirmière au moment où il tombait, et que son foie avait pu se trouver contusionné; mais cette interprétation est tout hypothétique, car M. Bar a observé une semblable lésion, avec hémorrhagie mortelle, chez un enfant né à la suite d'une opération césarienne *post mortem* pratiquée chez une femme éclamptique. Cet enfant n'avait subi aucun traumatisme semblable.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Novembre 1898.

Procédé pour empêcher le suintement persistant à la suite des ponctions d'ascite.

M. Gallois emploie dans ce but le procédé suivant : 1° après la ponction sécher soigneusement la peau qui environne le trou du trocart; 2° saupoudrer la région d'amidon; 3° appliquer sur le trou de ponction 3 petits carrés d'amadou de dimensions croissantes; 4° pendant que deux doigts exercent sur l'amadou une pression permanente et s'opposent ainsi à tout écoulement du liquide, on fixe sur l'amadou, à l'aide de collodion, deux bandes de ouate croisées perpendiculairement l'une à l'autre, puis on recouvre le tout d'une carapace de collodion s'étendant sur la peau à la distance de 3 à 4 centimètres.

On peut avoir intérêt à imbiber le premier carré d'amadou de gélatine ramollie par l'eau chaude, de manière à augmenter son pouvoir hémostatique.

Manifestations gastriques de l'urémie.

M. A. Mathieu communique l'observation d'un jeune homme dont les premiers symptômes de brightisme ont consisté en digestions difficiles, brûlures stomacales, état nauséeux, vomissements quotidiens; le malade ressentait, en outre, de la céphalée et avait souvent des brouillards devant les yeux. A ce moment, paraît-il, ses urines ne contenaient pas d'albumine.

On lui applique alors une série de vésicatoires au creux de l'estomac; au dire du malade, l'albumine serait apparue à ce moment (0,25 par litre).

L'état s'aggrave ensuite et l'albuminurie devient considérable (5 grammes par litre).

M. Mathieu voit le malade à ce moment; mais la situation est telle que tous les efforts thérapeutiques échouent; la mort survient dans le coma.

M. Mathieu considère comme des phénomènes toxi-urémiques les accidents gastriques qui ont été, chez ce malade, les premiers phénomènes symptomatiques, à une époque où l'albuminurie n'existait pas encore.

Ces troubles stomacaux, première manifestation de l'urémie chez des malades qui sont des brightiques latents, sont fréquemment l'objet d'erreurs de diagnostic; on pense à la dyspepsie, à de la gastrite, au cancer, à une névrose de l'estomac et on ne voit pas, derrière ces symptômes stomacaux l'affection rénale qui est leur cause déterminante : aussi est-il utile d'avoir l'attention éveillée de ce côté.

Dans bien des cas, le diagnostic peut être fait sans difficultés : l'examen des urines ou un bruit de galop du cœur gauche révèlent immédiatement la lésion rénale.

Mais le diagnostic devient particulièrement délicat quand l'albuminurie est à peine marquée ou quand il n'y a pas d'albumine du tout. On ne saurait donner dès maintenant une description complète et précise de la symptomatologie de ces formes de brigthisme : mais on peut dire tout au moins que, pour dépister la néphrite, on doit rechercher particulièrement les symptômes suivants : phénomènes nerveux du petit brightisme, tels que M. Dieulafoy les a décrits : état nauséeux spécial de l'estomac — il est rare, dans les autres affections, de voir les malades vomir avec un état nauséeux aussi marqué, et de noter une persistance aussi accusée de cet état nauséeux qui peut durer des mois entiers; vomissements qui revêtent plusieurs formes : vomissements jaunâtres, liquides, ressemblant à du bouillon tourné (Lancereaux), vomissements pituiteux œsophagiens, vomissements bilieux, vomissements acides; douleur stomacale appréciable à la pression épigastrique.

Lorsqu'on est en présence de ces troubles gastriques par empoisonnement urémique, quel traitement faut-il appliquer ?

La première indication est de supprimer toute intoxication alimentaire; le régime lacté, quand il est supporté, est alors très utile; mais cela ne suffit pas et on sera fréquemment amené à imposer pendant quelques jours la diète hydrique; à ce point de vue les vomissements incoercibles des malades sont quelquefois un bien; ils réalisent spontanément la suppression de l'alimentation et peuvent ainsi guérir une crise d'exacerbation de l'urémie. La deuxième indication est d'assurer l'antisepsie intestinale par des purgations énergiques répétées (scammonée, lavements purgatifs) et par des lavages de l'intestin.

En résumé, de même que l'urémie peut revêtir uniquement la forme dyspnéique, de même elle peut se révéler par de simples troubles gastriques; la thérapeutique doit alors s'adresser non pas directement à l'estomac, mais à l'intoxication, qui est la cause première de ces troubles.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 8 Novembre 1898.

Gommes de l'iris avec infiltration cornéenne.

M. Despagnet présente un malade atteint de gommes de l'iris et d'une infiltration circonscrite de la cornée dans sa partie inférieure. Cette infiltration siège non sur la membrane de Descemet, mais dans les couches profondes du tissu cornéen. Ce malade a eu, il y a 27 ans, un accident primitif. Il y a 1 an, il y eut un nouveau chancre induré, suivi d'accidents cutanés et de plaques muqueuses. C'est un cas de réinfection qui présente, par conséquent, de l'intérêt au point de vue de la pathologie générale.

Glaucome subaigu survenu à la suite d'une grippe infectieuse.

M. Despagnet communique l'observation d'une femme de 63 ans. Elle a été atteinte, il y a 3 mois, d'influenza : fièvre, courbature, céphalalgie, mal de gorge et bronchite. Après quelques semaines, ces symptômes disparaissent pour reparaître après un voyage à Paris. La fièvre persiste plusieurs semaines, laissant la malade dans un état de prostration assez marqué. C'est sur ces entrefaites que l'œil droit est atteint et que M. Despagnet voit la malade : il y a une légère injection péri-kératique, la pupille est dilatée et immobile, la cornée est normale. La pupille est congestionnée, les veines dilatées et variqueuses tandis que les artères sont petites, pâles et entourées en certains points d'un liséré blanchâtre. A la partie inférieure de la pupille, à cheval sur son bord, on voit une petite hémorrhagie bordée par un exsudat blanchâtre. L'acuité, normale à gauche, est de 4/10 dans l'œil malade. Le champ visuel est normal. Bien que la tension oculaire fût normale, M. Despagnet eut l'impression d'un glaucome et prescrivit des instillations de pilocarpine et l'ingestion de sulfate de quinine. Quatre jours après, et malgré ce traitement, les phénomènes glaucomateux avaient éclaté. M. Despagnet fit alors une iridectomie supérieure, et actuellement l'acuité est redevenue ce qu'elle était avant l'accès aigu d'hypertonie.

M. Parinaud a soigné, avec M. Dubois de Lavigerie, un malade qui eut un accès de glaucome à la suite d'une infection grippale. Mais l'accès avait été précédé de prodromes glaucomateux antérieurs à la grippe. L'évolution a été très particulière.

En 4 à 5 jours, la cécité était devenue complète, sans douleurs. L'infection grippale n'a sans doute joué qu'un rôle provocateur.

M. Jocqs a soigné une malade atteinte de glaucome au cours de la grippe, mais la fille de cette malade avait été opérée de glaucome, ce qui indiquerait bien qu'il y avait des prédispositions glaucomateuses dans la famille, et que la grippe n'avait joué qu'un rôle occasionnel.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances des 14 et 16 Novembre 1898.

Mal de Bright sans albuminurie.

M. Lépine rapporte le cas d'un malade de son service, âgé de 73 ans, qui présenta pendant 2 mois une polyurie notable, avec bruit de galop, sans albuminurie. Il succomba inopinément : à l'autopsie on trouva la prostate hypertrophiée, la vessie volumineuse et à colonnes, des uretères très dilatés et une néphrite.

L'intérêt du cas est à la fois dans cette néphrite ascendante sans albuminurie, et dans la manière dont le malade avait triomphé de la rétention d'urine due à l'hypertrophie prostatique.

Myopathie avec maladie de Thomsen améliorées par la médication thyroïdienne.

M. Lépine rappelle qu'il a antérieurement présenté un malade myopathique chez lequel l'ingestion de corps thyroïde avait produit une remarquable amélioration. La cessation du traitement avait été suivie d'une rechute, puis le malade a présenté tous les signes d'une maladie de Thomsen, qui, de même que la myopathie primitive, a été améliorée par le traitement thyroïdien.

Sur l'étiologie du rachitisme.

M. A. Pollosson rappelle les différentes controverses auxquelles ont donné lieu les théories sur la pathogénie du rachitisme proposées jusqu'à ce jour. Il pense, pour sa part, qu'il conviendrait de signaler un facteur nouveau, qui serait l'ingestion de matières amylacées dans le très jeune âge. Il a remarqué une série de cas dans lesquels les enfants n'avaient pas été soumis, durant leur première année, à une alimentation purement lactée, mais à une alimentation mixte dont la pomme de terre formait la base.

De plus, on sait que l'une des premières descriptions du rachitisme est due à Glisson qui considérait cette maladie comme nouvelle, et prétendait qu'elle n'apparut en Angleterre que 30 ans avant le moment où il écrivait son livre.

La date donnée par Glisson semble coïncider avec l'importation de la pomme de terre en tant qu'aliment.

Enfin, on pourrait encore faire remarquer que les animaux qui sont sujets au rachitisme sont également ceux dont la nourriture est composée des mêmes aliments hydrocarbonés.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 21 Octobre 1898

Traitement du goître exophthalmique.

M. Mongour tient à faire remarquer que l'opération de Jaboulay, dans le goître exophthalmique, n'est pas antiphysiologique, comme on l'a dit. Sa conception repose sur les recherches récentes de J. Dastre et Morat qui ont démontré l'existence de filets vaso-dilatateurs émanant de ganglions cervicaux du sympathique. Pour être complète, quand la maladie de Basedow se présente avec sa triade classique, il faudrait sectionner le au-dessous du ganglion cervical inférieur; mais ce ganglion est inabordable au chirurgien.

Quant au traitement de maladie de Graves par l'ingestion de corps thyroïde, il a donné, entre les mains de J. Voisin notamment, les meilleurs résultats. Mais dans quels cas le corps thyroïde fonctionne-t-il trop, trop peu ou mal? Aucun moyen clinique n'est à notre disposition pour répondre à cette question. Il faut tâter le malade et bien se souvenir que, même dans les cas favorables, l'emploi de thyroïdine donne toujours un peu de tachycardie au début.

M. Davezac estime que dans le goître exophthalmique il y a généralement hyperthyroïdisation. D'où il suit que l'ingestion de corps thyroïde n'est point rationnelle. Mais des faits existent qui démontrent la valeur de cette ingestion et qui doivent être enregistrés.

Une malade atteinte de maladie de Basedow et qu'il avait traitée avec peu de résultat par les tablettes de thyroïdine fut, il y a quelque temps, soumise par M. Pitres au traitement par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. Les résultats de ce traitement furent des plus heureux. La circonférence cervicale de ma malade diminua assez notablement. Il en fut de même de l'exophthalmie. La tachycardie resta la même. Mais, fait très important, le sommeil redevint parfait.

M. Davezac ajoute que les injections sont très douloureuses. Elles produisent aussi une certaine impression sur le médecin qui les pratique pour la première fois. Celui-ci entend, en effet, quand il fait pénétrer le liquide dans le corps thyroïde, une sorte de bouillonnement qui peut lui faire craindre d'avoir introduit de l'air dans les veines.

Les injections devront être faites d'une façon continue pendant un certain temps. Au début, elles seront effectuées tous les huit jours; plus tard, tous les quinze jours.

M. Mongour croit que lorsqu'on se trouve en face d'un malade atteint de goître exophthalmique, l'on doit d'abord employer le traitement médical, qui est inoffensif, et, si ce traitement échoue, recourir d'abord à l'ingestion du corps thyroïde, puis aux injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé, enfin au traitement chirurgical.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Séances des 4 et 11 Novembre 1898.

Amputation interscapulo-thoracique.

M. Jeannel présente un malade atteint d'ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, chez lequel il a pratiqué l'amputation interscapulo-thoracique par le procédé de Berger. L'auteur insiste sur l'excellence du résultat obtenu et fait remarquer combien cette opération offre de facilité et de bénignité dans les cas de néoplasmes, tandis qu'il n'en est plus de même en cas de traumatismes.

Hémiplégie spasmodique infantile.

M. Baylac donne la relation d'une autopsie pratiquée chez un homme de 65 ans ayant succombé au cours d'une attaque apoplectiforme. Il s'agissait d'un malade ayant présenté pendant la vie tous les signes d'une hémiplégie spasmodique infantile avec attaques épileptiques, diminution considérable de l'intelligence, troubles de la parole, nystagmus. La paralysie siégeait du côté droit avec prédominance au membre supérieur qui était rigide et dont la main et les doigts présentaient le type d'extension. A l'autopsie, on a constaté une atrophie notable de l'hémisphère cérébral gauche et surtout du lobe frontal; au niveau du pied de la 2e frontale existait un petit kyste du volume d'une noix, faisant une légère saillie sous la couche grise corticale. La partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes, la 2e pariétale, la 3e frontale, sauf le pied, se présentaient sous forme de minces crêtes et avaient une consistance très dure. On notait l'intégrité du lobule paracentral, de la 1re frontale, des parties antérieure et moyenne de la 2e frontale, de la partie inférieure des frontale et pariétale ascendantes et du pied de la 3e frontale. En écartant les deux lèvres de la scissure de Sylvius, on apercevait un deuxième kyste situé au-dessous des circonvo-

lutions atrophiées. Il n'existait pas de lésions des méninges ou des artères à ce niveau.

Angine diphthéroïde à bacilles fusiformes et spirilles.

M. Rispal (de Toulouse) présente un jeune homme atteint, depuis quelques jours, d'une angine ulcéreuse et diphthéroïde de l'amygdale droite; on constate une tuméfaction considérable de la tonsille et des piliers antérieur et postérieur avec rougeur de ces parties. L'amygdale est creusée d'une ulcération profonde et anfractueuse, s'étendant depuis son extrémité supérieure jusqu'à la base de la langue; cette ulcération est recouverte d'une fausse membrane très épaisse, gris jaunâtre, de consistance pulpeuse et caséeuse, quoique assez adhérente aux parties ulcérées qui saignent facilement. Il existe une adénopathie considérable sous l'angle de la mâchoire; la déglutition est très douloureuse, l'haleine fétide; malgré cela, l'état général est peu altéré et le thermomètre n'a pas dépassé le soir 38°5. On pense à une angine diphthérique ou à un chancre diphthéroïde de l'amygdale, mais l'examen de l'exsudat sur lamelles fit constater, outre l'absence du bacille de Klebs-Lœffler, vérifiée, d'ailleurs, par l'ensemencement sur sérum, l'existence d'un très grand nombre de bacilles fusiformes et de spirilles. Il s'agit donc d'un nouveau cas d'angine diphthéroïde absolument identique à la forme décrite par Vincent, en mars 1898, devant la Société médicale des hôpitaux.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 9 Novembre 1898.

Cathétérisme des uretères.

M. Casper fait observer qu'au point de vue thérapeutique, le cathétérisme des uretères n'avait encore rendu des services que dans quelques cas de pyélite aiguë ou chronique. Personnellement M. Casper l'a utilisé dans les cas suivants.

Le premier concerne un homme de quarante ans chez lequel le cathétérisme avait montré l'existence d'un calcul enchâtonné dans l'uretère droit. On injecta 50 grammes d'huile chaude dans l'uretère; le malade, qui avait une anurie réflexe, rendit dix minutes après 200 grammes d'urine; le lendemain, son calcul tombait dans la vessie, d'où il fut extrait.

De même, chez une femme de vingt-huit ans atteinte d'une pyonéphrite du côté droit, M. Casper a pu, grâce au cathétérisme de l'uretère, pratiquer des lavages du bassinet avec une solution de nitrate d'argent. Cette malade va actuellement tout à fait bien. M. Casper a guéri également un autre cas de pyonéphrose chez un homme de trente-quatre ans au moyen du même traitement.

Enfin, lorsqu'on a affaire à une affection rénale, le cathétérisme des uretères permet de se rendre compte de la façon dont fonctionne le rein supposé sain. Et l'on sait de quelle importance est cette notion quand il s'agit d'entreprendre une néphrectomie.

A ce sujet M. Israel a dit dans l'avant-dernière séance que lorsque la quantité d'urée dépassait la moitié du chiffre normal, on pouvait conclure à l'intégrité de l'un des reins et faire l'ablation du rein lésé.

M. Casper estime que le taux de l'urée excrétée pendant les vingt-quatre heures ne prouve donc rien au point de vue de l'insuffisance de la fonction rénale. Cette question ne peut être tranchée qu'en recueillant séparément, au moyen du cathétérisme des uretères, l'urine excrétée par chaque rein.

Bien que ce cathétérisme soit inoffensif, on ne doit pas y avoir recours dans les cas de tuberculose rénale ou de processus inflammatoires du rein accompagnés de fièvre.

Tumeur gommeuse syphilitique de la base du cerveau.

M. Virchow a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une malade chez laquelle il avait diagnostiqué une tumeur syphilitique du chiasma des nerfs optiques.

A l'autopsie on a trouvé une tumeur du volume d'une cerise, qui adhérait solidement à la gaine du nerf optique. Les os sous-jacents n'étaient pas intéressés. L'examen microscopique permet d'affirmer que cette tumeur n'était ni sarcomateuse, ni carcinomateuse, ni tuberculeuse. On voit sur les préparations un un grand nombre de petites cellules entourées d'un tissu fibreux et dont quelques-unes sont en voie de dégénérescence graisseuse. On peut donc très bien admettre le diagnostic de tumeur gommeuse syphilitique.

Syphilis du péritoine; dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux.

M. Pick montre des pièces anatomiques provenant d'une femme de cinquante-six ans qui succomba à des lésions syphilitiques tertiaires. L'autopsie permit de constater, à côté d'altérations amyloïdes de la rate, du foie et des reins, une lésion syphilitique circonscrite du péritoine. Cette lésion était constituée par des granulations miliaires, dont la nature syphilitique fut démontrée par l'examen microscopique. Certaines parties de l'utérus étaient également le siège d'une dégénérescence amyloïde très nette. M. Virchow a publié un cas à peu près semblable en 1856.

La femme à laquelle se rapporte l'observation de M. Pick n'ayant jamais subi aucun traitement mercuriel, ce fait prouve une fois de plus que le mercure ne saurait être rendu responsable des lésions tertiaires de la syphilis, ainsi que quelques médecins l'ont prétendu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 Novembre 1898.

De la distribution du psoriasis dans ses rapports avec les irritations cutanées.

M. Heller relate trois observations de psoriasis à localisation subordonnée à des irritations cutanées.

Le premier cas a trait à une jeune fille qui, après avoir été atteinte de psoriasis de la face postérieure des bras, a vu cette affection se localiser, sous la forme linéaire, à la face antérieure du bras gauche, par suite de grattages dans cette région.

La seconde observation concerne un jeune homme dont le psoriasis suit exactement les contours d'un tatouage.

Enfin, chez le troisième malade, les plaques de psoriasis occupent les cicatrices de pustules vaccinales.

M. Blaschko présente une jeune fille atteinte de psoriasis unilatéral, qui affecte une disposition linéaire sans qu'il soit possible de constater une relation nette entre ces lignes et le trajet des nerfs de la région; il se peut, cependant, que le système nerveux prenne une certaine part à cette distribution particulière des placards psoriasiques.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 11 Novembre 1898.

Sarcome primitif de la synoviale du genou à récidives purement locales.

M. Marsh a relaté un cas de sarcome de l'articulation du

genou chez un jeune homme qui, dans l'espace de six ans, a dû subir, pour ce néoplasme, cinq interventions successives, la tumeur se reproduisant après chaque extirpation.

La première opération fut pratiquée quatorze mois après l'apparition du néoplasme, lorsque celui-ci avait atteint les dimensions d'une mandarine. La tumeur se trouvait au-dessus du condyle interne, près de son bord articulaire, et occupait exclusivement le tissu sous-synovial. L'examen microscopique montra qu'ils'agissait d'un sarcome mixte, à cellules rondes et fusiformes. Toutes les récidives de ce sarcome sont restées purement locales, se produisant successivement en divers points de la synoviale du genou. Deux mois après la cinquième ablation de la tumeur, on peut constater à la partie postérieure de l'articulation du genou la présence d'un nouveau noyau néoplasique qui avait déplacé l'artère poplitée, de telle sorte que ce vaisseau était situé immédiatement sous la peau; le patient se plaignait de douleurs vives au mollet; il n'existait nulle part de tuméfactions ganglionnaires. La tumeur augmentant rapidement de volume, on amputa le membre au milieu de la cuisse.

M. Marsh fait remarquer que ce cas est intéressant aussi bien à cause de l'extrême rareté des sarcomes primitifs des synoviales qu'en raison du caractère purement local des récidives.

M. Hutchinson dit avoir observé, chez un garçon, âgé de dix ans, un fibrosarcome primitif du ligament postérieur du genou. La tumeur réapparaissant après chaque ablation, on dut procéder à la désarticulation de la hanche, qui fut suivie de mort.

M. Langton rappelle le cas de fibroïde récidivant du pied décrit par James Paget et dans lequel la tumeur cessa de se reproduire après la douzième extirpation.

M. Marsh estime que dans l'observation de James Paget il s'agissait d'un fibrosarcome.

Hyperpyrexie dans un cas de bronchectasie.

M. Newton Pitt a communiqué l'observation d'une femme de 26 ans présentant depuis 1891 une expectoration abondante et des hémoptysies et considérée au début comme une phthisique. De temps en temps il survenait chez cette malade des attaques de dyspnée qui duraient 2 ou 3 jours, et étaient précédées au moins d'une diminution notable, de l'expectoration et pendant lesquelles la température prise dans l'aisselle gauche était de 2 à 4 degrés plus élevée que celle de l'aisselle droite, mesurant par exemple 110° F à droite et 114° à gauche. Cette température très élevée persistait ordinairement une ou deux heures et se terminait par une transpiration abondante de tout le corps. On avait encore noté que pendant l'acmé de la crise la fente palpébrale gauche était moins large que la fente palpébrale du côté droit. Malgré cette élévation extrême de la température, l'urine ne contenait pas d'albumine.

M. Dyce Duckworth fait remarquer que ces températures anormalement élevées s'observent généralement chez les hystériques et que souvent il s'agit là d'une tricherie de la part des malades.

MM. Clement Lucas et **Sidney Phillips** citent chacun un cas où les malades, qui avaient des températures très élevées, furent surpris en train de manipuler le thermomètre.

M. Douglas Drew a observé une malade qui avait été opérée pour une nécrose de l'os frontal et chez laquelle la température se maintint pendant 10 jours à 109° F. Il n'y avait pas de fraude.

M. Eastes rappelle le cas de Teale dans lequel, après un traumatisme de la colonne vertébrale et du sympathique du cou, on a vu la température monter à 110° et même 122° F. Le malade guérit néanmoins.

Résection de l'intestin pour fistule stercorale consécutive à la herniotomie.

M. Clement Lucas a eu l'occasion de faire la résection de l'intestin chez un garçon de 5 ans chez lequel la herniotomie pour hernie inguinale étranglée, faite deux mois auparavant avait donné lieu à la formation, au niveau du scrotum, d'une fistule intestinale par laquelle passait presque la totalité de matières fécales.

Après avoir bien désinfecté l'anse intestinale qui se trouvait dans le scrotum, M. Lucas fit la laparotomie, et ayant trouvé l'anse herniée il la sectionna au niveau de l'orifice interne de l'anneau inguinal, entre deux pinces et pratiqua l'entéro-anastomose au moyen du bouton de Murphy. Il retira ensuite, après l'avoir libérée, l'anse qui se trouvait dans le scrotum, et ferma le ventre ainsi que la plaie scrotale.

L'enfant guérit et rendit le bouton anastomotique 24 jours après l'intervention.

Restauration du cubitus par la greffe d'un fémur de lapin.

M. Arbuthnot Lane a eu l'occasion d'intervenir chez un enfant atteint d'une malformation congénitale du cubitus, ayant amené une atrophie musculaire avec impotence fonctionnelle du membre correspondant.

Le cubitus se composait de deux fragments séparés dont les extrémités effilées se superposaient et dont les axes avaient chacun une direction différente; l'extrémité inférieure du cubitus descendait plus bas que celle du radius correspondant.

Pour remédier à cet état M. Lane mit à nu les deux fragments et les libéra des parties voisines. Puis il prit un fémur de lapin, le fendit longitudinalement et fixa chacune des moitiés de façon à réaliser une contention exacte des deux fragments du cubitus dans l'axe de l'avant-bras et à empêcher en même temps la descente du fragment inférieur. L'opération réussit aussi bien au point de vue fonctionnel qu'à celui de la forme de l'avant-bras.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 4 Novembre 1898.

Résorption du cubitus consécutive à une fracture de cet os.

M. Schnitzler a montré un paysan, âgé de dix-neuf ans, qui, il y a huit mois environ, à l'occasion d'un effort violent, éprouva une sensation de déchirement au niveau du coude gauche. Le membre traumatisé devint le siège d'une tuméfaction considérable qui ne se dissipa qu'au bout de plusieurs semaines. Le patient put alors reprendre son travail, bien qu'il restât incapable d'exécuter des mouvements d'extension de l'articulation scapulo-humérale.

Quatre mois après l'accident, on vit apparaître à l'avant-bras et à la partie inférieure du bras du côté gauche un érysipèle qui débuta au-dessous de la jointure du coude; il se forma bientôt à la partie supérieure du cubitus un petit abcès qu'on dut inciser. Lorsque la tuméfaction des tissus se fut suffisamment atténuée pour permettre la palpation des os du membre atteint, on constata que le cubitus présentait à sa portion moyenne une perte de substance sur une étendue de plusieurs centimètres, fait qui fut confirmé par l'examen radiographique.

M. Schnitzler pense que la résorption de l'os s'est produite ici à la suite d'une fracture sous-cutanée et il fait remarquer, à ce propos, qu'il n'a été consigné jusqu'ici dans la littérature médicale qu'un seul cas de ce genre, cas cité par M. von Bruns et dans lequel un humérus avait disparu presque en totalité, après avoir subi plusieurs fractures successives. M. Schnitzler croit que chez son malade l'érysipèle intercurrent a dû contribuer pour sa part à la résorption de l'os.

M. Paltauf estime qu'il s'agissait dans l'observation de M. Schnitzler d'une atrophie osseuse consécutive à la non-consolidation de la fracture du cubitus.

Le Gérant : Pierre Masson.

EDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis,

D'après le Dr Edmond Fournier,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La syphilis a deux modes de conséquences héréditaires : ou bien elle se transmet en *nature*, en *substance* de l'ascendant au descendant, c'est l'*hérédité syphilitique* proprement dite ; ou bien elle transmet au descendant divers caractères pathologiques n'ayant rien de syphilitique en soi, et consistant soit en des infériorités natives de constitution, de tempérament, de résistance vitale, soit en des retards, des imperfections, des déviations du développement physique ou intellectuel, soit en des malformations organiques, soit même en des monstruosités. C'est là l'*hérédité* dite *parasyphilitique, dystrophique, toxinique*, etc. Si ces deux modalités de l'hérédité spécifique n'ont rien d'incompatible et sont souvent associées chez le même sujet, elles sont indépendantes et peuvent s'exercer isolément. L'hérédité dystrophique, par les stigmates qui en sont la manifestation et qui, souvent, constituent les seuls ou les principaux éléments du diagnostic si important de la syphilis héréditaire tardive, donc une importance clinique de premier ordre.

C'est à grouper, à coordonner ces stigmates dystrophiques, à analyser et discuter leur valeur qu'est consacré le remarquable travail de M. Ed. Fournier (1), qui apporte à l'appui de ses conclusions un nombre considérable de faits de tout ordre (plus de 400 observations) et dont nous allons exposer les principaux éléments (2).

Les tares héréditaires de la syphilis qui n'affectent pas la modalité syphilitique vraie revêtent, pour la plupart, le caractère de manifestations dystrophiques, consistant, en effet, presque toutes en des défaillances natives du développement, amenant pour l'individu un amoindrissement de vitalité et de résistance, une infériorisation l'acheminant à des degrés proportionnels, vers la dégénérescence, d'où le nom souvent donné à ces dystrophies de stigmates de dégénérescence.

Ces dystrophies peuvent être réparties en 3 groupes : 1° *dystrophies d'ordre général* portant sur tout l'être, l'affectant d'ensemble et dans toutes ses parties ; 2° *dystrophies* n'intéressant l'individu que de façon *partielle*, dans un système, un segment de système, ou même un seul organe ; 3° *dystrophies* se caractérisant par l'excès même de la malformation, *monstruosités*.

I. Dystrophies d'ordre général. — A. Habitus. — *Faciès. Constitution.* C'est presque exclusivement à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance que la tare hérédo-syphilitique s'affirme par les témoignages les plus nets. Elle se traduit alors par la *chétivité native* sous ses diverses formes. Au degré le plus marqué, c'est l'*inaptitude à la vie* décrite par A. Fournier ; les enfants succombent en quelques heures, quelques jours ou plus, mais sans raison apparente, sans symptômes spécifiques, sans maladie surajoutée, parfois sans lésions appréciables à l'autopsie : ils meurent *de rien*. En réalité, ils meurent d'une dystrophie générale qui les a privés du degré de force, de résistance organique, d'énergie nécessaires à la vie. Plus souvent, l'enfant naît avec des apparences meilleures ; mais ou bien, né malingre et chétif, il ne fait que dépérir et perdre du poids, progressivement s'émaciant, s'atrophiant et succombant ; ou bien, s'étant pour un temps développé normalement, il périclite et décline tout à coup, mourant de façon hâtive ; ou bien, et c'est beaucoup plus fréquent, l'enfant, après s'être accru de façon à peu près normale, pendant quelques semaines, se met à ne plus profiter, puis décline soit en coïncidence avec l'explosion d'une poussée spécifique, soit plus rarement en l'absence de toute manifestation spécifique. Il ne fait plus alors que dépérir graduellement, s'affaiblit, s'émacie, se ride, tombe dans un état cachectique qui prélude à la mort.

C'est alors que l'enfant prend le faciès qu'on a considéré comme caractéristique, voire pathognomonique de la syphilis, « avorton rabougri, atrophié, chétif, débile à ne pouvoir ni crier, ni teter, à visage ridé offrant l'aspect d'une décrépitude, d'une sénilité lamentable ; c'est un vieillard en miniature à face ridée, à peau terreuse, bistrée, flasque, plissée : c'est même, a-t-on dit aussi, un simien. » Il n'y a pourtant rien là qui appartienne en propre à la syphilis, c'est le faciès et l'habitus de *l'athrepsie* portés à un très haut degré ; mais dans tout le jeune âge, cet ensemble objectif et spécialement cet aspect sénile sont réalisés par la syphilis plus souvent que par n'importe quelle autre maladie ; c'est donc un véritable stigmate d'hérédo-syphilis infantile.

Dans un âge plus avancé, la tare héréditaire n'a plus d'expression aussi accentuée. Si certains enfants sont malingres, chétifs, voire « valétudinaires », il n'y a là aucun caractère spécial à la syphilis et constant. Un caractère négatif important est l'*absence du faciès et de l'habitus scrofuleux chez les hérédo-syphilitiques non entachés de tare scrofuleuse*.

Enfin, dans l'âge adulte, l'estampille originelle de la tare héréditaire continue à s'atténuer, puis à devenir inappréciable, et il est presque exceptionnel de rencontrer des sujets hérédo-syphilitiques qui, dans un âge plus ou moins avancé, se trahissent par quelque particularité d'habitus, de faciès, de constitution.

1. Ed. Fournier, th. de Paris, n° 391, Rueff, 1898.
2. Au moment où cette revue était terminée, a paru dans la *Gazette hebdomadaire* (29 septembre 1898) un intéressant article de M. Platon sur le même sujet, mais qui pourtant, croyons-nous, ne fera pas double emploi avec celui-ci, qui est plutôt appelé à le compléter.

B. Retards et imperfections du développement physique. — 1° *Infantilisme.* De façon très commune, les enfants entachés d'hérédo-syphilis présentent dans leur développement physique soit des retards, soit des arrêts plus ou moins complets de l'évolution de tout ou partie de leur être. Le retard, qui porte au début sur la taille, la marche, la parole, la dentition, peut ultérieurement porter sur des organes soit entravés momentanément dans leur évolution, soit frappés définitivement d'imperfection, restant *infantiles;* cet infantilisme se traduit par les symptômes ordinaires de cet état (testicule rudimentaire, absence de développement du système pileux, taille petite, membres grêles, retard ou absence des règles), et a été assez fréquemment observé. M. Fournier en résume 17 observations démonstratives. Parfois, et sans arriver jusqu'au nanisme, on voit l'hérédo-syphilis produire des individus remarquablement réduits de toute proportion, rapetissés, rabougris.

2° *Rachitisme.* On ne croit plus actuellement que, comme l'admettait Parrot, le rachistisme n'est qu'un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la 2e année de l'existence. La syphilis, tout en n'étant pas seule à le produire, en est néanmoins un des principaux agents, mais un agent indirect qui exerce sur l'organisme une influence dépressive et dystrophique amenant le rachitisme. La connexion du rachitisme avec la syphilis ressort de 3 ordres de considérations cliniques :

a) On voit très communément le rachitisme s'associer sur des hérédo-syphilitiques à diverses manifestations de la syphilis.

b) On voit assez souvent plusieurs enfants issus de parents syphilitiques présenter à la fois des accidents de rachitisme et des accidents de syphilis.

c) On voit parfois le rachitisme et la syphilis alterner leurs manifestations sur plusieurs enfants issus de parents syphilitiques. Le rachitisme peut même constituer à lui seul l'expression d'une tare hérédo-spécifique.

3° *Exostoses ostéogéniques.* Actuellement considérées comme une maladie générale du développement osseux étant presque toujours le privilège d'organismes tarés, mal formés, les exostoses ostéogéniques peuvent-elles être sous la dépendance de la tare hérédo-syphilitique? Il est difficile de répondre actuellement à cette question, pourtant M. Fournier en cite 3 observations (Cruveihier, Clado, Smith).

II. **Dystrophies partielles.** — L'hérédo-syphilis peut restreindre ses effets, localiser son influence nocive à un organe ou à un système et provoquer ainsi des dystrophies partielles, leur multiplicité même empêche de les classer autrement que suivant un ordre artificiel, organe par organe, région par région.

Malformations craniennes. — Déformations soit natives, congénitales, soit se manifestant dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie mais liées à une dystrophie originelle, on les rencontre : 1° *sur le front* où elles peuvent se présenter sous trois types : *a*) front proéminent en masse tombant en avant anormalement développé en hauteur et en largeur, *front olympien* (ventru des Anglais); *b*) front à *bosselures latérales* présentant de chaque côté de la ligne médiane une bosselure comparable à la bosse frontale normale très amplifiée, parfois inégalement développée de chaque côté, d'où asymétrie plus ou moins prononcée; *c*) front *en carène* avec sur la ligne médiane une saillie suivant le trajet de la suture médio-frontale.

2° Sur les *parties latérales* et *postéro-latérales* du crâne on observe des malformations analogues quoique moins apparentes, consistant soit en bosselures latérales soit en un élargissement transverse du crâne, soit en une forme plus accentuée mais plus rare en ce qu'on appelle le *crâne natiforme* renflé à sa partie supéro postérieure en deux moitiés globuleuses par une ampliation sphéroïdale de la région occipito-pariétale, parcourue sur la ligne médiane et dans le sens antéro-postérieur par une rigole intermédiaire aux deux renflements latéraux.

L'*asymétrie crânienne*, les *synostoses crâniennes,* les *anomalies de forme du crâne* sont relevées dans un certain nombre de cas d'hérédo-syphilis. Dans le dernier ordre de faits on a observé soit le crâne *acrocéphale* (à voûte notablement élevée) soit le crâne *dolichocéphale,* soit un type exagéré de cette forme, dit *scaphocéphalie,* dont M. Fournier signale un cas observé par lui dans les galeries du Muséum.

Enfin la *microcéphalie* a été nombre de fois constatée sur des sujets issus de parents syphilitiques, dans des conditions qui font admettre une relation de cause à effet entre l'hérédité spécifique et cette malformation crânienne.

Hydrocéphalie. — Longtemps considérée comme n'ayant aucun rapport avec la syphilis, l'hydrocéphalie est pourtant d'observation assez commune dans la syphilis. Le professeur Fournier affirmait cette origine possible dès 1880 (1) déjà signalée par Hutchinson, Berensprung et Méric et démontrée récemment par MM. Moncorvo (2), Haushalter et Thiry (3), D'Astros (4). M. Ed. Fournier a pu réunir 170 cas dûment authentiques d'hydrocéphalie s'étant produite sur des sujets hérédo-syphilitiques. L'influence hérédo-syphilitique peut donc pour lui se traduire par l'hydrocéphalie et constitue un affluent important à l'étiologie de cette affection. L'hydrocéphalie peut être considérée comme un stigmate d'hérédo-syphilis.

La *circulation crânienne supplémentaire* qui s'observe souvent avec l'hydrocéphalie peut également se rencontrer indépendamment de l'hydrocéphalie. Elle consiste en une exagération de la circulation veineuse crânienne que l'on aperçoit sous les téguments du front et du cuir chevelu. Le professeur Fournier, en décrivant récemment ce signe, note qu'il s'observe avec une notable fréquence dans l'hérédo-syphilis et qu'il est excellent pour constituer un indice qui dirige le diagnostic vers la recherche de l'hérédo-syphilis.

Dystrophies du système dentaire. — C'est le système dentaire qui est affecté le plus souvent par l'influence hérédo-syphilitique et les stigmates dits dentaires occupent toujours le premier rang dans l'hérédo-syphilis. Plus fréquentes et d'une importance diagnostique plus grande sur la seconde dentition que sur la première, les dystrophies dentaires sont le plus souvent *multiples* et *symétriques*, mais il est des exceptions assez nombreuses à cette règle, que les dystrophies dentaires soient limitées à un très petit nombre de dents ou même à une seule, qu'une dent se trouvant affectée, la dent homologue du côté opposé se présente normale.

Toutes ces dystrophies sont issues d'un trouble nutritif ayant surpris la dent au cours de son évolution, et l'ayant frappée d'une empreinte indélébile; il ne s'agit nullement de dents, nées saines et bien formées, altérées ultérieurement par une lésion d'ordre syphilitique.

1. Fournier, Syphilis et mariage, Paris, 1880.
2. Moncorvo, Sur la pathogénie de l'hydrocéphalie congénitale (*Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, oct. et nov. 1897).
3. Haushalter et Thiry, *Revue de médecine*, août 1897.
4. D'Astros, *Association française pour l'avancement des sciences*, Marseille, sept. 91, et *les Hydrocéphalies*, Steinheil, 1898.

Tantôt il s'agit de simples *retards de l'évolution dentaire* portant spécialement sur la première dentition, tantôt, et c'est plus important, l'influence héréditaire se traduit par des *anomalies* et des *dystrophies* qui portent sur la dent; extrêmement variables elles affectent quatre modes principaux : *érosions dentaires, microdontisme, anomalies de forme* ou *amorphisme, vulnérabilité dentaire.*

I. *Erosions dentaires.* — Elles peuvent se localiser ou sur la couronne même de la dent ou sur son sommet.

A. *Dystrophies coronaires : a*) soit des *érosions en cupules* consistant en des dépressions circulaires se constituant à la surface de la dent, petites (*pointillées*) ou plus larges (en *godet*) parfois uniques, parfois multiples;

b) *Erosions en sillon*, constituées par une rainure linéaire creusée dans la couronne de la dent suivant un trajet horizontal, superficielles ou profondes, facilement appréciables à la vue, généralement uniques, parfois multiples et alors superposées horizontalement à la façon de lignes parallèles (en *gradins*);

c) *Erosions en nappe*, rares, la dent se présentant avec une couronne inégale, rugueuse, raboteuse, semée de saillies et dépressions alternantes parfois très accentuées (dents en *gâteau de miel* de Tomes).

B. *Dystrophies cuspidiennes.* Communes et moins bien définies de forme elles consistent en des atrophies du sommet dentaire se présentant sous des aspects très variés suivant l'espèce de dent affectée, dent *courte, en plateau lisse* pour la première grosse molaire, dent échancrée circulairement à son sommet, de l'échancrure surgissant un tronçon conique et exigu pour les canines, dent *élimée, laminée*, en *clou de girofle* pour les incisives, et surtout pour ces dernières dent à *échancrure semi-lunaire*, ou *dent d'Hutchinson;* elle se localise pour Hutchinson aux incisives médianes supérieures, est essentiellement constituée par une échancrure semi-lunaire occcupant le bord libre de la dent, demi-circulaire, régulièrement arciforme, à convexité tournée vers le collet de la dent; elle a parfois une configuration spéciale rappelant l'aspect du tournevis, élargie au niveau de son collet, rétrécie au niveau de son bord libre. Enfin les incisives médianes supérieures sont fréquemment déviées comme direction par suite d'une implantation vicieuse, légèrement inclinées en dedans, donc *obliques, convergentes.* La dent d'Hutchinson n'est pas identique à elle-même à tous les âges de la vie, originairement l'échancrure est en partie comblée par de petites végétations atrophiques du tissu dentaire; plus tard l'échancrure s'affaisse peu à peu jusqu'à disparaître. Si ce type peut s'observer sur diverses dents (incisives et canines) Hutchinson n'attribue de valeur séméiologique qu'à l'échancrure affectant les incisives médianes, supérieures de deuxième dentition.

S'ils peuvent exister seuls, ces divers types d'érosion s'associent le plus souvent. De plus, l'érosion dentaire a ses dents de prédilection, premières grosses molaires, incisives, canines, épargnant au contraire le groupe des petites molaires, les deuxième et troisième grosses molaires. Ces érosions multiples symétriques occupent rigoureusement le même niveau sur la couronne des dents homologues, et sont situées à des hauteurs différentes sur les dents d'ordre différent.

II. *Anomalies de volume.* — A. *Microdontisme. Infantilisme dentaire.* Il se présente sous deux formes : 1° forme généralisée exceptionnelle s'étendant à tout le système dentaire.

2° *Forme partielle* se montrant sur quelques dents, parfois sur une seule; au milieu de dents de taille normale, on en voit de petites, exiguës, remarquables par leur réduction de volume en toutes proportions; parfois ce microdontisme exagéré dégénère en ce qu'on appelle le *nanisme dentaire*, assez rare.

B. *Gigantisme* presque toujours partiel ne se rencontrant guère que sur les incisives médianes supérieures, quelquefois encore sur les molaires, d'ailleurs tout à fait exceptionnel, à l'inverse de ce qu'on observe chez les idiots ou dégénérés d'autre genre, chez lesquels le gigantisme dentaire serait d'observation assez commune (Bourneville, M[me] A. Sollier).

III. *Anomalies de forme.* — Communes, généralement partielles, elles sont variables à l'infini (dents *déviées de type, torses, effilées* ou *en touches de piano, dents de poisson, dents amorphes* ou *monstrueuses* parmi lesquelles les dents *en cheville, en corne, en tricorne, cannelées, polytuberculeuses, en caillou*, etc).

IV. *Vulnérabilité dentaire.* — Les dents des hérédo-syphilitiques s'altèrent facilement, s'usent, se brisent, s'émiettent, sont envahies prématurément par la carie, présentent fréquemment des lésions de traumatisme par usure progressive, brisure, éclat, émiettement. Souvent chez les hérédo-syphilitiques on observe une dent *courte, en plateau lisse, dent de vieux*, raccourcie parce qu'elle a perdu son sommet. Plus que d'autres ces dents sont exposées à la *carie*, prenant chez l'enfant une teinte foncée et véritablement noire, d'où le nom de *carie noire.* Il est même des cas où les dents tombent presque aussitôt après leur apparition, et on a cité des cas d'*édentation* presque complète vers 25 ou 30 ans, absolue vers 40 ans.

V. *Absence de certaines dents. Persistance des dents de lait.* — *L'absence de certaines dents* est une dystrophie majeure en ce qu'elle implique la non-formation ou l'arrêt complet du développement des follicules dentaires; cette dystrophie se limite presque toujours à un petit nombre de dents, une, deux, trois, rarement davantage. Bilatérale et symétrique, elle peut être unilatérale et affecte le plus souvent le groupe des incisives et surtout des incisives supérieures, ayant une prédilection pour l'incisive latérale supérieure.

La *persistance des dents de lait* est une dystrophie de même ordre, car la permanence d'une dent temporaire n'est due qu'à l'absence de la dent qui devait la remplacer. Elle s'observe surtout sur les secondes prémolaires, puis les premières prémolaires, les canines et les incisives; généralement partielle elle se borne à la persistance d'une, de deux ou trois dents, quatre au plus; dans un seul cas (Ferras) elle fut généralisée (1).

VI. *Malformation des mâchoires.* — Etudiées par Jullien (2) elles portent surtout sur le maxillaire supérieur et consistent en *rétrécissement transverse de la mâchoire supérieure, ogivalité de la voûte palatine, dystrophie de l'arcade dentaire supérieure* plus courte, moins haute, *dystrophie de l'os incisif, asymétrie;* à la mâchoire inférieure on n'observe guère que l'*aplatissement transverse de la mâchoire*, et le *prognathisme inférieur.* De ces malformations variées résultent diverses conséquences dont l'*engrenage vicieux des arcades dentaires* entraînant souvent un aspect absolument disgracieux de la physionomie. Enfin, aux dystrophies des maxillaires semblent dues les irrégularités d'implantation dentaire (désorientation) et l'espacement anormal de certaines dents.

Bec-de-lièvre. — Relevée dans l'étiologie possible du bec-de-lièvre par Lannelongue, Fournier, Broca, etc. la syphilis héréditaire est notée par Kirmisson 8 fois sur

1. Ferras, *Annales de derm. et syph.*, 1891, p. 313.
2. Jullien, *Annales de derm. et syph.*, 1894, p. 1015.

23 observations. Ed. Fournier donne comme raisons de cette influence hérédo-syphilitique que le bec-de-lièvre est un arrêt de développement, et que l'hérédo-syphilis est par excellence une maladie à arrêts de développement, qu'il a été observé chez nombre de sujets hérédo-syphilitiques, sur plusieurs enfants dans une famille hérédo-syphilitique, en coïncidence avec d'autres malformations, dont l'influence hérédo-syphilitique est responsable, enfin plusieurs fois en même temps que d'autres enfants étaient irrécusablement syphilitiques ou touchés de diverses façons par la syphilis. Il faut évidemment de nouveaux faits pour admettre une relation causale entre l'hérédo-syphilis et le bec-de-lièvre, d'autant que dans nombre d'observations l'hérédo-syphilis n'a pas été recherchée; Ed. Fournier cite 27 cas où cette origine peut être mise en cause.

Dystrophies nasales. — Une dystrophie commune est ce qu'on appelle le *nez écrasé de base;* cette malformation consiste en ceci que le nez au-dessous de l'épine nasale du frontal est absolument déprimé, épaté, aplati, élargi en surface; la cause anatomique de cette malformation caractéristique est encore ignorée; une autre malformation, exceptionnelle celle-là, est l'occlusion congénitale des narines (Nicolas) (1).

Dystrophies oculaires. — Extrêmement rares et consistant en *malformations palpébrales, coloboma des paupières, de la pupille,* des *membranes du fond de l'œil, anomalies pupillaires, dissymétrie oculaire, dénivellation oculaire* résultant de l'asymétrie cranio-faciale elles entraînent divers troubles fonctionnels très variés comme forme et comme degré : diminution de l'acuité visuelle, astigmie, amblyopie, myopie, strabisme, etc. Le *strabisme* surtout est fréquent, et si l'interprétation du symptôme fait encore défaut (2) il se présente à l'observation d'une façon tellement fréquente qu'il constitue un véritable *stigmate fonctionnel* d'hérédo-syphilis.

Malformations du pavillon de l'oreille. — Les anomalies congénitales du pavillon se rencontrent assez souvent en relation avec des états dégénératifs de divers ordre; en tant que conséquences de l'hérédo-syphilis elles sont plus rares et font défaut sur la grande majorité des hérédo-syphilitiques, même les plus avérés. Lorsqu'elles existent, elles comportent des formes diverses et des degrés multiples; souvent elles ne consistent qu'en de simples irrégularités morphologiques partielles, peu frappantes et pouvant échapper à l'attention; plus fréquemment ce sont des modifications d'ensemble intéressant tout le pavillon et lui imprimant diverses variations morphologiques (*oreille ronde, oreille en plat à barbe, oreille de faune, oreille difforme, oreille en anse, oreille géante* ou au contraire *infantile,* ou même *absence complète du lobule de l'oreille,* etc.).

Dystrophies rachidiennes. — I. *Scoliose.* Des déviations rachidiennes de tout ordre observées chez les hérédo-syphilitiques, la plus fréquente est la scoliose tantôt coïncidant avec les manifestations variées du rachitisme, tantôt existant seule comme manifestation exclusive.

II. *Spina bifida.* Le spina bifida consiste en une malformation constituée par une tumeur plus ou moins grosse faisant hernie par une fissure des arcs vertébraux, et renfermant ordinairement la moelle et ses enveloppes; l'étiologie en est encore fort obscure, et la pathogénie ne peut expliquer nettement ni l'arrêt de développement osseux amenant la fissure vertébrale, ni l'hydro-rachis et la relation intime entre lui et l'hydrocéphalie si fréquemment concomitante. Or, pour M. Ed. Fournier aucune autre étiologie ne saurait être plus apte que *l'infection* à expliquer d'une part l'arrêt de développement, d'autre part l'hydropisie médullaire; et, parmi toutes les infections susceptibles d'être incriminée, il n'en est guère de plus légitimement suspectée que la syphilis. Cette notion étiologique, déjà mentionnée dans plusieurs observations des professeurs Lannelongue et Fournier est retrouvée par Ed. Fournier dans 23 observations.

Dystrophies des membres. — L'influence hérédo-syphilitique peut se traduire du côté des membres par des imperfections de développement allant jusqu'à l'*hypotrophie,* des membres ou des segments de membre restant bien au-dessous du développement normal qu'ils auraient dû acquérir, d'où des asymétries plus ou moins accentuées d'un côté à l'autre du corps. Des hypotrophies semblables peuvent se produire au niveau des côtes (arrêt de développement considérable des côtes dans un cas de Wegner (1), thorax en entonnoir dans 3 cas de Legrain).

Mais l'hérédo-syphilis, Springer et Serbanesco l'ont récemment démontré à l'aide de la radiographie, peut amener des troubles profonds dans l'évolution du cartilage de conjugaison (2); dans nombre de cas son influence se traduit par *l'allongement excessif des os* : tel celui de Werther (3) relatif à un jeune homme infantile par le tronc et les membres supérieurs, mais géant par les membres inférieurs. A côté de ces cas de *gigantisme partiel* il peut en exister de *gigantisme général* et Ed. Fournier en cite quatre cas où les sujets étaient manifestement hérédo-syphilitiques. Il montre de plus que plusieurs fois se sont associés au gigantisme des signes non douteux d'infantilisme (absence de barbe et de poils du corps, microdontisme, réduction de volume des organes génitaux, etc.). D'autres fois c'est le *nanisme* qu'on observe, *nanisme partiel,* exception des plus rares, *nanisme général,* dont le cas célèbre de Bébé, le nain du roi Stanislas Ier, est un des plus nets.

Divers troubles du côté des extrémités, bien qu'ils constituent des raretés au cours de l'hérédo-syphilis y ont été quelquefois notés : *polydactylie, syndactylie, brachydactilie, ectrodactylie* voir même *ectromélie* et *hémimélie.*

Dystrophies pelviennes. — L'influence hérédo-syphilitique peut porter parfois sur le bassin et devenir cause possible d'accidents variées de dystocie. M. Pinard et son élève Turquet (4) l'ont démontré. Assez fréquemment vicié chez les femmes ou les enfants hérédo-syphilitiques, le bassin n'offre d'ailleurs pas de caractéristique spéciale dans ses anomalies (bassins plats et symétriques, bassins à diamètres obliques ou transverses rétrécis par le fait d'exostoses, etc. Les observations en sont d'ailleurs encore peu nombreuses.

Luxation congénitale de la hanche. Considérée actuellement avec Lannelongue comme une malformation due à un arrêt de développement, la luxation congénitale de la hanche peut avoir une origine hérédo-syphilitique, l'action dystrophique de la syphilis peut servir de raison première à la malformation, ainsi qu'en témoignent diverses observations (Lannelongue, Fournier, Gasne, Perrin).

1. Nicolas, *Soc. méd. de l'Isère,* 10 juillet 1891; *Revue de clinique et de thérapeutique,* 1891, p. 680.
2. Voir Antonelli, Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire (thèse de Paris, 1897).

1. Wegner, *Archives de Virchow,* Berlin, 1870, L, p. 305.
2. Springer et Serbanesco, Hérédo-syphilis et cartilages de conjugaison (*Ann. de dermatol. et de syphil.,* 1897, p. 738).
3. Werther, *Deutsche med. Wochenschrift,* 1891, p. 802.
4. Turquet, thèse de Paris, 1884.

Pieds bots. — Résumant la pathogénie du pied bot M. Ed. Fournier admet que le pied bot est une malformation survenue dans le cours du développement du fœtus, malformation soit primitive (compression) soit secondaire et relevant dans ce cas, de l'influence exercée sur le système nerveux par un agent infectieux ou toxique. Or, parmi les causes infectieuses, la syphilis, en tant qu'affection fréquente, durable, exerçant sur l'organisme une réaction profonde, ayant des conséquences héréditaires dystrophiques fréquentes, doit tenir un rang important qu'il appartient à l'observation clinique de déterminer nettement. M. Ed. Fournier en réunit 25 cas dont 15 inédits.

Dystrophies cérébrales et médullaires. — I. Celles qui intéressent le cerveau sont de beaucoup les plus fréquentes, qu'il s'agisse de *réduction de volume et de poids* de l'encéphale sans malformations cérébrales, qu'il s'agisse de *malformations cérébrales* qui n'existent presque jamais en coïncidence avec diverses malformations d'autres sièges. II. Du côté de la moelle on a noté soit son absence complète (Septours), soit sa transformation en cordon fibreux (Lancereaux) (1), soit absence de développement des cordons antéro-latéraux de la moelle (Gardié) (2), soit lésion congénitale systématisée des cordons de Goll (Porak et Durante) (3).

Surdi-mutité. — Conséquence plusieurs fois observée de l'hérédo-syphilis elle est tantôt congénitale, tantôt plus ou moins tardive; elle existe quelquefois comme seul phénomène de la syphilis héréditaire, d'autres fois coïncide avec tel ou tel phénomène syphilitique ou parasyphilitique notamment avec des symptômes d'encéphalopathie héréditaire.

Dystrophies cardiaques et vasculaires. — Signalée par divers auteurs, notamment par Moussous (4) comme pouvant jouer un rôle dans la production des malformations cardiaques, l'hérédo-syphilis est en effet notée par Ed. Fournier dans 1 cas d'*absence du cœur droit*, dans 4 cas de *persistance du trou de Botal*, dans 5 cas de *communication interventriculaire*, dans 9 cas de *maladie bleue;* dans 2 cas il a noté des *anomalies* et des *atrésies de gros troncs vasculaires* de la base du cœur, dans 1 cas un rétrécissement mitral, dans 1 cas une insuffisance aortique. La microsphygmie a été observée 2 fois (Gastou et Emery (5), la *maladie de Raynaud* mortelle 2 fois chez des nouveaux-nés hérédo-syphilitiques (Durante).

Dystrophies de l'appareil digestif. — M. Ed. Fournier a pu relever un nombre de malformations intestinales suffisant pour permettre d'attribuer un rôle important à l'hérédo-syphilis, dans la pathogénie de cet ordre de dystrophies. Elles sont toutes liées à un *arrêt de développement* [intestin réduit de longueur, intestin réduit et borgne à chaque extrémité, imperforation anale (10 cas) *hernies congénitales* (25 cas)].

Dystrophies génito-urinaires. — Toutes ces dystrophies, de l'opinion de la plupart des auteurs, résultent d'arrêt de développement : *exstrophie de la vessie, épispadias, hypospadias, ectopie testiculaire, cryptorchidie, malformations vulvaires, vaginales utérines.* Or la cause première de ces arrêts de développement semble la syphilis dans un certain nombre de cas, M. Ed. Fournier réunit 28 observations où l'hérédo-syphilis fut constatée.

Dystrophies cutanées. — Bien que la question soit encore mal connue, il semble que la syphilis ne soit pas étrangère à la genèse de quelques dystrophies ou affections cutanées. L'*ichtyose*, très rare dans l'hérédo-syphilis y a pourtant été observée dans un certain nombre de cas. Plusieurs cas d'*alopécie peladoïde* ont été notés chez des hérédo-syphilitiques par le professeur Fournier, qui, par exclusion, fut amené à croire qu'il s'agissait là de plaques alopéciques par dystrophie native résultant de l'hérédo-syphilis. Les *nævi*, notamment les nævi vasculaires, ont été signalés chez les hérédo-syphilitiques mais d'une manière trop rare pour qu'on puisse affirmer leur relation avec l'hérédo-syphilis. Les *kystes dermoïdes* ont été notés plusieurs fois par le Dr Legrain. La *sclérodermie* a été notée dans un cas observé par Grasset (1) et Platon (de Marseille) concernant un homme désigné sous le nom d'*homme-momie* et considéré par ces auteurs comme un hérédo-syphilitique affecté de sclérodermie. Enfin le *prurigo chronique de Hebra* a été plusieurs fois relevé chez des sujets hérédo-syphilitiques.

Dystrophies des annexes fœtales. — M. Bar a observé 2 cas (2) de dystrophies de cet ordre présentées par deux fœtus hérédo-syphilitiques, affectés en plus de différentes malformations. Dans l'un, le *cordon ombilical, complètement désagrégé*, revêt un aspect moussu, véritablement indescriptible, dans l'autre, il s'agit d'un *arrêt de développement de l'amnios.* MM. Macé et Durante (3) ont publié une observation de *dissociation des vaisseaux du cordon* par fonte du tissu gélatineux. Sans se prononcer catégoriquement, M. Ed. Fournier cite en outre 3 observations qui lui donnent à penser que l'influence syphilitique n'est peut-être pas étrangère à la *môle.*

III. **Monstruosités.** — L'influence hérédo-syphilitique peut, dans certains cas, réagir assez fortement sur l'embryon pour le constituer à l'état de monstre, car la monstruosité n'est que l'exagération de l'anomalie, l'amplification de l'arrêt de développement ou la réunion d'un certain nombre d'anomalies. M. Ed. Fournier cite 23 cas de cet ordre ou tantôt les malformations étaient incompatibles avec l'existence, tantôt elles permettaient de vivre un certain temps, voire plusieurs années (éventration, absence du palais et de la langue, anencéphalie, pseudencéphalie, absence de divers organes, malformations diverses et surtout crâniennes, méningocèle, etc.).

Dystrophies du développement intellectuel. — L'influence hérédo-syphilitique se traduit sur le développement intellectuel comme sur le développement physique suivant deux modalités : retard du développement, imperfection ou arrêt du développement. Tantôt, en effet, l'enfant est simplement en arrière sur son âge, constituant un *mauvais écolier*, un *arriéré*, tantôt il reste *borné comme intelligence, imbécile*, voire même *idiot;* parfois plusieurs enfants d'une même famille sont frappés de *déchéance intellectuelle* à des degrés divers; parfois, à côté d'enfants arriérés ou idiots, on en trouve présentant des stigmates de déchéance physique ou affectés de diverses névroses (Tarnowsky, Barthélemy).

Dystrophie de prédisposition. — L'organisme hérédo-syphilitique est sujet à toute une série de prédispositions morbides aussi multiples que variées. L'appauvrissement

1. Lancereaux, Des affections viscérales de la syphilis héréditaire (*Ann. de derm. et de syphil.*, 1872-1873).
2. Gardié, thèse de Paris, 1889.
3. Porak et Durante, *Bulletin de la Soc. obstétricale*, 1898, n° 4.
4. Moussous, *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Marfan, Comby).
5. Gastou et Emery, *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 24 mars 1898.

1. Grasset, *Leçons de clinique médicale*, IIIe série.
2. Bar et Tissier, *Soc. obstétr. et gynécol.*, 13 juin 1895, p. 274, et obs. inédite.
3. Macé et Durante, *Soc. obstétr. et gynécol.*, 13 juillet 1895.

et l'adultération du sang (Lancereaux, Loos, Dominici) (1) déterminent parfois chez l'enfant hérédo-syphilitique une véritable *diathèse hémorrhagique* se traduisant par des accidents multiples (omphalorrhagie, hématémèse, melœna, hémorrhagies sous-cutanées, syphilides hémorrhagiques, etc.). C'est à une cause analogue qu'il convient de rapporter l'*hémoglobinurie paroxystique* qui se rencontre de temps à autre chez les hérédo-syphilitiques. Parfois, on observe chez ceux-ci une *adipose* générale ou partielle qui doit être rapportée à une dyscrasie humorale, rarement elle se concentre sur un point (1 cas d'*hypertrophie mammaire* signalée par Tuffier chez une jeune fille de 10 ans).

D'autre part, si le faciès scrofuleux est rare chez l'hérédo-syphilitique pur, la syphilis n'en prépare pas moins un terrain propice à l'apparition de la *scrofulo-tuberculose;* aussi la syphilis et la tuberculose se montrent-elles fréquemment associées. Cinq manifestations scrofuleuses sont principalement observées : *adénopathies strumeuses, tuberculisation pulmonaire, mal de Pott, tumeurs blanches.*

Enfin, l'influence hérédo-syphilitique s'affirme sur le *système nerveux* par des accidents multiples variés et graves : *convulsions* survenant en dehors de toutes causes incidentes (cas de Hermet : 5 enfants d'un père syphilitique, tous morts de convulsions), *méningites* tantôt d'ordre syphilitique, tantôt d'ordre banal, vulgaire, parasyphilitique, *affections para-syphilitiques* de tout ordre : [*tabès, paralysie générale* (2), *tabès congénital spasmodique* ou *syndrome de Little, névroses* (épilepsie, hystérie, neurasthénie, nervosisme général)], enfin symptômes nerveux isolés (bégaiement, tics, incontinence d'urine, etc.).

DISCUSSION. — Telle est l'ensemble des manifestations qu'on peut observer chez les hérédo-syphilitiques et que M. Ed. Fournier, sous le nom de *stigmates dystrophiques*, étudie et distingue nettement des *stigmates spécifiques* proprement dits. La seconde partie de son travail est consacrée à discuter leur nature et leur valeur.

Extrêmement variées comme nombre, comme localisations, comme qualité, comme importance, extrêmement variables aussi d'un sujet à un autre, tantôt imprimant à l'habitus et à la physionomie un véritable cachet de déchéance, tantôt laissant, au contraire, les hérédo-syphilitiques grands et bien faits sans tares extérieures, ces stigmates dystrophiques se présentent avec une *fréquence très inégale*. De la statistique personnelle du professeur Fournier portant sur 247 observations, des observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis, de celles relevées dans les *Annales de dermatologie* (223 cas), M. Ed. Fournier conclut que les dystrophies dentaires tiennent le premier rang et avec une prédominance très marquée (97 et 110 cas), puis viennent par ordre de fréquence décroissance, l'infantilisme, le rachitisme et l'hydrocéphalie; seuls les stigmates crâniens sont beaucoup plus fréquents dans la seconde statistique que dans la première (75 cas contre 19). Sur 100 enfants entachés d'hérédo-syphilis, on trouve donc en moyenne 78 dystrophies se répartissant de la façon suivante : 43 cas de dystrophies dentaires, 20 cas de dystrophies crâniennes, 11 cas d'infantilisme, 2 cas de rachitisme, 2 cas d'hydrocéphalie. Quant aux autres dystrophies mentionnées plus haut, relevées sur un nombre d'hérédo-syphilitiques indéterminé, il est impossible d'établir d'elles une proportion précise.

Fréquemment, c'est même là le cas usuel, on constate *simultanément des stigmates divers de lésions spécifiques antérieures et des stigmates de dystrophie native.* Tel un malade qui présente en même temps des stigmates syphilitiques sous forme de reliquats d'anciennes affections oculaires et osseuses, et des stigmates dystrophiques multiples (malformations de la mâchoire, irrégularités d'implantation dentaire, érosions et capules dentaires, infantilisme, incontinence d'urine, arrêt du développement intellectuel, etc.). Mais, à l'inverse de cette coïncidence, les stigmates peuvent aussi rester indépendants et se présenter à l'observation d'une façon exclusive, qu'il n'y ait que des stigmates issus de lésions syphilitiques antérieures, avec absence absolue de tout stigmate d'ordre dystrophique, qu'il n'y ait inversement que des stigmates dystrophiques avec absence absolue de tout stigmate syphilitique. Enfin les stigmates de l'un et de l'autre ordre peuvent se réduire à un véritable minimum, c'est-à-dire peuvent être uniques ou à peine accentués.

Mais les stigmates dystrophiques impliquent-ils la syphilis chez le sujet qui les porte? De par les stigmates dystrophiques est-on autorisé à admettre que ce soit un sujet sûrement contaminé, en puissance de syphilis susceptible d'entrer en évolution un jour ou l'autre? Il est certain, en effet, que les sujets à stigmates dystrophiques ont tous risques pour être syphilitiques et ne le sont que trop souvent, la dystrophie ne faisant que prélude aux explosions de la syphilis vraie. Mais il n'en est pas toujours de même, et nous n'avons pas le droit de considérer comme affectés de syphilis, même latente, tous les sujets qui, issus de souche syphilitique, sont marqués de tels ou tels stigmates dystrophiques. Car on peut rencontrer de tels sujets qui n'en sont pas moins restés exempts de manifestations spécifiques (et M. Ed. Fournier peut en citer un certain nombre de cas longtemps suivis et très démonstratifs). Et de plus, on a vu de tels sujets contracter la syphilis de leur fait, par contamination personnelle, ils n'étaient donc pas héréditairement syphilitiques de par les stigmates qu'ils présentaient, car la syphilis ne se double pas à part de rarissimes exceptions.

Il est commun de voir des syphilis acquises sur des sujets présentant des dystrophies dentaires, parfois même des dents d'Hutchinson (le professeur Fournier a observé plus de 30 cas de ce genre); on a observé aussi plusieurs fois la syphilis acquise sur des sujets offrant une série d'autres dystrophies semblant témoigner en faveur de l'hérédité spécifique; enfin on a observé la syphilis acquise chez des sujets non seulement affectés de stigmates dystrophiques, mais *issus de souche incontestablement syphilitique* (cas de Fournier, de Taylor, de Le Pileur) (1). Donc *les stigmates dystrophiques n'impliquent pas la syphilis par eux-mêmes chez le sujet qui les porte.* Ces stigmates dénoncent une tare héréditaire sans attester que le sujet soit infecté de syphilis.

Que sont donc au juste ces dystrophies? Sont-ce des manifestations émanant directement de la syphilis, sont-ce au contraire, et les considérations précédentes militent plutôt en faveur de cette opinion, des expressions d'ordre commun pouvant procéder originairement de la syphilis, mais ne comportant plus rien de syphilitique, c'est-à-dire des manifestations analogues à ce que sont les affections para-syphilitiques? Nombre d'arguments sont invoqués par M. Ed. Fournier en faveur de cette dernière

1. DOMINICI, Les altérations du sang dans la syphilis primaire et secondaire (*Presse médicale*, 6 avril 1898).

2. RÉGIS, *l'Encéphale*, 1883-1885; *Mercredi médical*, 1895, p. 241; *Congrès de Toulouse*, août 1897; — THIRY, th. de Nancy, 1897-1898, n° 5, et *Gaz. hebd*., 5 juin 1898, n° 45.

1. LE PILEUR, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896. p. 1455.

opinion. Des dystrophies de même ordre peuvent s'observer et s'observent fréquemment comme conséquences d'hérédité de tout autre ordre n'ayant rien de commun avec la syphilis. La non-viabilité sans raison matérielle et appréciable, l'*inaptitude à la vie* pour fréquente qu'elle soit dans l'hérédo-syphilis (avortements, accouchements prématurés, naissance d'enfants morts ou mourant rapidement) s'observent également comme conséquence de la *tuberculose*, de l'*alcoolisme*, du *saturnisme* des générateurs, de même pour le tabac; ces mêmes causes peuvent, comme la syphilis, provoquer la *polymortalité infantile.* De même l'*infantilisme* est tributaire de l'hérédo-tuberculose aussi bien que de l'hérédo-syphilis; il a été signalé à la suite de l'alcoolisme, de diverses intoxications, de la lèpre; il s'observe en même temps que nombre de maladies dystrophiques (paludisme, crétinisme, myxœdème.

Les recherches expérimentales tant sur les animaux inférieurs (Pouchet, Hertwig, Dareste) que sur des animaux plus élevés (Gley et Charrin (1), Féré, etc.), ont montré l'influence des poisons chimiques et microbiens sur la production des monstres et prouvé l'influence tératogénique du géniteur infectieux sur sa descendance. Or le géniteur syphilitique étant par excellence un géniteur infectieux, l'hérédité syphilitique doit logiquement conduire aux conséquences héréditaires des maladies infectieuses. La *tuberculose*, comme Landouzy (2), Hanot (3), l'ont montré, peut soit se transmettre directement au descendant (hérédité homœomorphe), soit lui transmettre des dystrophies de divers ordres (hérédité hétéromorphe) énumérées par Hanot, par Ricochon (4), et que M. Ed. Fournier a pu retrouver dans un certain nombre de cas, aux consultations de l'hôpital Saint-Louis (chétivité originelle, retard du développement physique, infantilisme, dystrophies dentaires, malformations crâniennes, incurvation rachitique des membres, bec-de-lièvre, cyanose congénitale, etc.). L'*alcoolisme* peut se traduire dans la descendance par des mortalités dystrophiques analogues ou semblables; on peut même y rencontrer toute la série des dystrophies trouvées le plus habituellement chez les hérédo-syphilitiques. Il en est de même pour d'autres intoxications et infections, on peut donc admettre que les *dystrophies que réalise l'hérédité syphilitique ont leurs pendants dans celles que réalisent d'autres hérédités infectieuses ou toxiques*, elles n'appartiennent pas en propre à la syphilis; ce sont des stigmates de tare, de dégénérescence héréditaire et rien de plus.

Pourtant, si aucune de ces dystrophies n'est pathognomonique de l'hérédité syphilitique, au sens strict du mot, certaines sont réalisées par elle d'une façon plus particulière et presque exclusive, tels le crâne natiforme et la dent d'Hutchinson; de plus la syphilis est dystrophique à sa manière et, par exemple, les dystrophies dentaires des hérédo-syphilitiques sont très différentes de celles des idiots étudiées par Mme A. Sollier (5). Chez ces derniers les érosions dentaires sont rares, la dent d'Hutchinson fait défaut, les stries verticales et les crénelures du bord libre sont au contraire communes, le mégalodontisme est fréquent, les anomalies dentaires affectent fréquemment chez l'idiot une exagération de type exceptionnelle dans l'hérédo-syphilis; enfin les anomalies des arcades dentaires y sont aussi beaucoup plus fréquentes. Aussi peut-on admettre un *type hérédo-syphilitique*, qui à l'état complet est réalisé par un sujet petit, exigu de formes, paraissant plus jeune qu'il n'est, infantile par tel ou tel détail, à crâne bizarre, mal formé, parfois à face asymétrique, à dentition dystrophiée (érosions dentaires, vulnérabilité dentaire, implantation vicieuse, microdontisme, amorphisme dentaire, échancrure d'Hutchinson, absence native de quelques dents, etc.). Ce type, auquel peuvent se joindre d'autres dystrophies, est presque caractéristique, et sans qu'il soit impossible qu'on le voie réalisé comme conséquence d'autres hérédités morbides, *c'est l'hérédité syphilitique qui, avec une prédominance numérique considérable, le réalise le plus souvent;* il est donc *presque révélateur de l'hérédo-syphilis.*

L'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis peut-elle se continuer au delà de la première génération? A cette question, M. Barthélemy (1), notant un certain nombre de dystrophies chez des sujets de seconde génération, répond nettement par l'affirmative. Les faits de MM. Etienne (2) Gibert (3), A. Fournier, Jacquet (4), militent également en faveur de cette opinion. Mais l'hérédité seconde se traduit-elle aussi sur le fœtus et l'enfant par ces états de non-viabilité, d'inaptitude à la vie, de déchéance vitale qui sont si souvent les conséquences de l'hérédité prime? Le professeur Fournier et divers auteurs ont noté des avortements, des accouchements prématurés, voire même une série d'avortements dans les ménages où l'un des conjoints était hérédo-syphilitique. Donc si l'on ne peut affirmer la fréquence avec laquelle l'hérédo-syphilis s'exerce sur le produit de conception, du moins peut-on admettre l'hérédo-syphilis comme cause possible d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Cette question en soulève une autre qui est celle de l'hérédité des dystrophies en tant que dystrophies; on sait en effet que si un générateur porteur d'une monstruosité peut procréer un être non porteur de cette même difformité, ou porteur d'une autre difformité, inversement un générateur sain (au moins en apparence) peut procréer un être porteur d'une difformité; on explique ce dernier cas en admettant que le générateur porte en lui les éléments constitutifs d'un caractère qu'il a hérité de ses ascendants mais qui est resté chez lui à l'état latent. Or ce cas a été observé plusieurs fois par M. Ed. Fournier dans l'hérédo-syphilis; il admet donc que la syphilis doit figurer dans l'étiologie des dystrophies, des malformations, des monstruosités non seulement au titre d'une cause immédiate, prochaine, mais au titre d'une cause médiate, distante, *ancestrale*; un sujet issu de parents syphilitiques et resté indemne peut donner naissance à des enfants porteurs de stigmates dystrophiques.

Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis ont une importance *diagnostique* et *thérapeutique* considérable, ainsi que le montre M. Ed. Fournier à la fin de son travail. Le diagnostic de toute manifestation de syphilis héréditaire tardive repose sur la triade séméiologique suivante : signes d'anamnèse, signes tirés des caractères de la manifestation actuelle, signes tirés des stigmates (natifs ou acquis). Or les deux premiers éléments de cette triade peuvent faire défaut ou n'aboutir qu'à l'incertitude, et les stigmates acquis peuvent eux-mêmes faire fréquemment défaut, ce sont alors seuls les stigmates

1. Gley et Charrin, *Acad. des sciences*, nov. 95, *Soc de biologie*, février 1896.
2. Landouzy, *Revue de médecine*, 1891.
3. Hanot, *Revue de la tuberculose*, Paris, 1895, t. III, p. 19.
4. Ricochon, *Revue de la tuberculose*, 1894, p. 11.
5. Mme A. Sollier, De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés (th. de Paris, 1887).

1. Barthélemy, Congrès de Moscou, *Annales de dermat. et syph.*, août sept. 1897.
2. Etienne, *Ann. de derm. et syph.* 1894, p. 302.
3. Gibert, *Normandie médicale*, août 1890.
4. Jacquet, *Ann de derm. et syph.* 1891, p. 1012.

dystrophiques qui peuvent éclairer le diagnostic. Les indications thérapeutiques à tirer de ceux-ci ne sont pas moins importantes. M. Ed. Fournier le résume ainsi : 1° L'indication du traitement spécifique s'impose dans tous les cas où, sur un sujet actuellement affecté de lésions ou de symptômes pouvant ressortir à la syphilis, le médecin constate quelqu'un ou plusieurs des stigmates dystrophiques sus-énoncés. 2° Etant donné un sujet qui présente tels ou tels des stigmates précités, il peut y avoir indication à le soumettre préventivement au traitement spécifique en l'absence de toute manifestation spécifique soit antérieure, soit actuelle. 3° Lorsque dans une famille entachée de syphilis, vient à naître un enfant présentant de tels stigmates dystrophiques, l'indication formelle est de soumettre les parents à un traitement antisyphilitique prolongé, en vue de conjurer une influence permanente de l'hérédité spécifique sur les grossesses ultérieures. 4° Au cas où une grossesse vient à se produire dans une famille dont un ou plusieurs enfants ont présenté tels ou tels stigmates de dystrophie native, l'indication formelle est de soumettre la mère au traitement spécifique pendant le cours de sa grossesse.

Ces préceptes thérapeutiques, bien que susceptibles d'être discutés, le second surtout, puisque l'auteur prouve lui-même que ces stigmates n'impliquent pas par eux-mêmes la syphilis, même latente, chez le sujet qui les porte, ont été longuement pesés par M. le professeur Fournier qui les a énoncés en se basant sur des considérations théoriques et pratiques de haute importance; c'est ainsi que le second précepte s'applique non pas à tout sujet porteur de stigmates dystrophiques, mais à ceux-là seuls qui, nourrissons ou enfants, c'est-à-dire très jeunes encore, se trouvent sous le coup des assauts possibles d'une syphilis héréditaire ou d'atteintes pouvant intéresser son développement: tous ces préceptes sont justifiés par des exemples nombreux dont l'heureuse terminaison a légitimé l'intervention thérapeutique : qu'il s'agisse soit de cas de manifestations dystrophiques enrayées dans leur développement, soit de familles où après nombre de grossesses terminées avant terme ou par la naissance d'enfants avec stigmates dystrophiques, le traitement donné aux parents a permis des grossesses ultérieures normales terminées par la naissance d'enfants sains exempts de stigmates dystrophiques, soit enfin de cas où le traitement donné préventivement à la mère gravidique a permis la naissance d'un enfant sain, indemne de ces stigmates.

Au point de vue clinique et thérapeutique la parasyphilis héréditaire, traduite objectivement par les stigmates dystrophiques, méritait donc d'être mise en lumière, distinguée de l'hérédité syphilitique proprement dite; c'est ce que l'important travail de M. Ed. Fournier a pleinement réalisé, et les nombreux faits qu'il a réunis et groupés permettent de séparer désormais nettement les stigmates dystrophiques des stigmates acquis, de même que pour la syphilis acquise les travaux du professeur Fournier, justifiés par de nombreux faits, ont séparé les accidents syphilitiques proprement dits des accidents parasyphilitiques.

P. L.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Quidet (Léon). *Essai historique sur les indices du début de la tuberculose pulmonaire*. N° 393. (Carré et Naud.)

M. Ratner (Charles). *Du cœur dans la tuberculose*. N° 380. (H. Jouve.)

M. Margouliss. *Contribution à l'étude des troubles nerveux dans la tuberculose pulmonaire*. N° 647. (Jouve.)

M. Lajaunie (Auguste-Elie-Henri). *Les eaux sulfureuses dans les maladies chroniques du nez, de l'oreille, du pharynx et du larynx*. N° 573. (Carré et Naud.)

M. Lefournier (Gaston). *De la mort subite dans la pneumonie*. N° 462. (Imp. Davy.)

M. de Combarel (Marie-Eugène-Alfred). *Du poumon chez les brightiques. Œdème et hémoptysie*. N° 486. (H. Jouve.)

M. Signeux (Henri). *Les rayons de Röntgen et le déplacement du cœur à droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche*. N° 621. (Soc. d'éd. scient.)

M. Smolianoff (Alexandre). *Nature et traitement des pleurésies séro-fibrineuses primitives*. N° 469. (Imp. Cornois.)

M. Quidet insiste sur ce fait que les modalités cliniques du début de la tuberculose pulmonaire dépendent surtout du terrain, reposent sur le malade et non sur la maladie. L'organisme actionné par une seule et même cause réagit différemment suivant sa résistance ou sa réceptivité.

Ces modalités de début peuvent, d'après le symptôme prédominant, se diviser en forme irritative ou inflammatoire chronique; forme hémoptoïque; forme pleuro-pulmonaire; forme pseudo-chlorotique; forme adénopathique, qui sont les formes les plus fréquentes, non les seules.

Ces formes de début ne sont pas l'expression d'une altération tuberculeuse consommée; elles sont la simple manifestation de l'envahissement bacillaire.

La connaissance de ces modalités cliniques initiales permet donc un diagnostic relativement précoce, qui seul permet au médecin de formuler les indications d'une hygiène et d'une thérapeutique certainement efficaces.

Dans une courte revue, M. Ratner examine le cœur des tuberculeux à deux points de vue, celui des lésions non spécifiques (atrophie du cœur, dégénérescence, dilatation aiguë ou chroniques, etc.) et celui des lésions spécifiques (péricardite tuberculeuse, endocardite tuberculeuse, myocardite tuberculeuse) dont il donne les principaux caractères anatomiques.

M. Margouliss insiste sur la fréquence des troubles nerveux dans la tuberculose. Leur existence et le développement de la tuberculose chez des sujets dont le système nerveux est taré semblent prouver que le système nerveux joue un grand rôle dans la défense de l'organisme contre le bacille. A propos de quelques observations qu'il rapporte il rappelle qu'il faut se garder, en présence d'une complication nerveuse éclatant chez un phthisique, de la rapporter aveuglément à la tuberculose et qu'elle peut être due à l'état nerveux antérieur, à une infection secondaire ou à une intoxication.

Etudiant les caractères et les effets des eaux sulfureuses. M. Lajaunie montre qu'elles sont un médicament complexe dont la composition change avec chaque groupe et avec chaque source. Les effets locaux des eaux sulfureuses se manifestent par une excitation locale, qui varie avec les formes que revêt le principe sulfureux : très marquée dans les eaux polysulfurées, elle est moindre dans les eaux sulfitées et hyposulfitées, et presque nulle dans les sources qui contiennent du soufre en suspension. Enfin la base calcique paraît atténuer les effets dus au principe sulfureux.

Les effets généraux des eaux sulfureuses s'exercent sur les fonctions d'assimilation et désassimilation, et se traduisent par une suractivité dans les échanges nutritifs. Les scrofuleux et les lymphatiques réclament les sulfurées sodiques, riches en sulfures, ou encore les chlorurées sulfureuses. Les hydrosulfurées calciques conviennent aux affections qui revêtent un caractère inflammatoire ou subinflammatoire. Aux arthritiques, on conseillera les eaux à faible sulfuration, et, de préférence, les eaux hyposulfitées alcalines. Enfin, dans la syphilis, les sulfurées sodiques, principalement, jouent le rôle d'adjuvant de la médication spécifique.

Les modes d'emploi mettent en jeu les facteurs hydrodynamiques (température, pression de l'eau, etc.) qui viennent ajouter leurs effets particuliers à ceux qui appartiennent à la minéralisation de l'eau.

Les applications des eaux sulfureuses au traitement des maladies du nez, du pharynx, du larynx et de l'oreille découlent des effets locaux et généraux de la médication, et l'indication de telle ou telle station, de telle ou telle source, de tel ou tel procédé hydriatique, se déduit de l'état général du malade, en même temps que de l'affection de ses voies aériennes. L'état constitutionnel indiquera donc au médecin spécialiste la station, au médecin thermal la formule du traitement général, et l'affection particulière déterminera la source et le procédé local.

La terminaison de la pneumonie est rarement soudaine. Cependant, la mort subite existe comme terminaison de cette affection. M. Lefournier montre que si elle s'est rencontrée surtout chez les vieillards et chez les aliénés, on en trouve également des exemples chez des sujets jeunes et chez des adultes.

La pneumonie latente comme la pneumonie à évolution ordinaire peuvent se terminer par la mort subite.

C'est à une période avancée de la maladie que la mort subite arrive. Elle correspond à la période d'hépatisation grise.

Toujours la lésion prédominante est la lésion pulmonaire. Il y a intégrité presque absolue des autres organes.

On ne peut incriminer en rien les pneumonies du sommet, de la base ou de la partie moyenne, ni la bilatéralité, ni les localisations à droite ou à gauche, ni la grossesse. En général, on a affaire à une pneumonie qui semble bénigne.

Dans toutes les observations, l'effort semble avoir joué un rôle important dans la production de la mort subite.

Son mécanisme reste obscur, mais, d'après le cas rapporté par l'auteur, elle ne semble pas due à une myocardite, non plus qu'à une coronarite; myocarde et artères coronaires étaient demeurés sains.

M. de Combarel étudie les états broncho-pulmonaires décrits par Lasègue sous le nom de bronchites albuminuriques, il insiste notamment sur la forme avec hémoptysie et sur celle qui s'accompagne d'œdème aigu du poumon. Mais pour lui, chez les malades qui en sont atteints, les accidents pulmonaires surviennent, alors qu'ils ne sont encore que rénaux, et que les lésions aortiques ne sont pas cliniquement appréciables. Aussi n'admet-il pas l'opinion de M. Huchard pour lequel une lésion cardio-aortique est l'intermédiaire obligé entre la lésion rénale et l'œdème pulmonaire.

L'examen des urines et la recherche des signes de brightisme devront toujours être pratiqués chaque fois que l'on se trouvera en présence de troubles pulmonaires dont on ne saurait retrouver la cause. L'auteur insiste surtout sur les malades qui présentent de la congestion des bases ou des hémoptysies. L'examen des urines s'impose, en particulier, chez ces derniers quand ils ont dépassé 40 ans, âge de la néphrite artérielle.

Le repos au lit, le régime lacté constituent pour toutes les formes la base du traitement. La saignée devra être pratiquée sans retard pour l'œdème aigu et suraigu du poumon.

M. Signeux a cherché comment s'effectue le déplacement du cœur dans les épanchements abondants de la plèvre gauche; est-ce la pointe seule qui se transporte dans l'hémithorax, le cœur subissant en même temps un mouvement de torsion sur son axe devenu oblique en bas et à droite? Ou bien, au contraire, le cœur est-il porté en masse du côté opposé à l'épanchement, sa direction restant la même qu'à l'état normal? Pour cela il s'est adressé : 1° aux méthodes d'exploration usuelles : percussion, palpation, auscultation, sphygmographie, qui ont été insuffisantes; 2° aux faits anatomo-pathologiques qui n'ont pas pu lui fournir un seul exemple de déplacement de la pointe seule avec torsion du cœur, mais lui ont montré plusieurs cas de déplacement en masse, sans torsion; 3° à l'expérimentation qui n'a pu arriver à produire la torsion du cœur; le cœur a toujours été transporté en totalité à droite; dans sa nouvelle position, le cœur serait plus ou moins vertical; 4° aux rayons de Röntgen qui, pour lui, sont seuls capables de trancher la question. Quatre fois il a pratiqué l'examen radioscopique ou radiographique. Quatre fois il a trouvé le cœur transporté à droite avec la direction en bas et à gauche qu'il possède normalement. Pour lui, l'examen par les rayons X devra donc être pratiqué sur tous les cas d'ectopie cardiaque par pleurésie gauche; et il est à présumer qu'il montrera toujours le cœur déplacé en totalité, et conservant sa direction normale. A côté de ce résultat, les rayons de Röntgen, en permettant d'apprécier exactement la situation du cœur déplacé et la mesure de son déplacement, donnent des renseignements très utiles sur l'opportunité de la ponction.

En dehors des pleurésies séro-fibrineuses des tuberculeux avérés ou suspects, il y a des pleurésies séro-fibrineuses primitives qui sont, dans l'immense majorité des cas, la première manifestation de la tuberculose, bien que pouvant survenir chez des sujets apparemment bien constitués. Cliniquement, on peut affirmer leur origine tuberculeuse dès que l'on constate le schème de congestion du professeur Grancher. Expérimentalement, le liquide de ces pleurésies, inoculé à des cobayes, leur communique la tuberculose, dans une très forte proportion. M. Smolianoff rappelle à ce propos les importantes et récentes recherches de Le Damany tendant à montrer que la pleurésie séro-fibrineuse est une inflammation de nature tuberculeuse de la plèvre. L'auteur dont le travail est surtout consacré au traitement des pleurésies, admet qu'en raison de la très grande fréquence de la tuberculose dans ces pleurésies, il y a tout intérêt à instituer, aussitôt la phase aiguë passée, le traitement diétético-hygiénique — le seul rationnel jusqu'ici.

La tuberculose pleurale a une tendance naturelle à la guérison (Grancher).

La thoracentèse, n'ayant aucune action curative sur l'élément causal de la très grande majorité des pleurésies primitives, devra être réservée pour conjurer le danger des épanchements abondants.

D'après l'auteur, le terrain nettement tuberculeux, les lésions avancées surtout du poumon sous-jacent à l'épanchement doivent être pris en considération, quand on décide la thoracentèse, car la phthisie aiguë pourrait en être la conséquence (Litten, Dreyfus-Brissac et Bruhl, Galliard). La granulie peut suivre la résorption rapide d'un épanchement (Litten). La thoracentèse, pratiquée de bonne heure, permet l'extension de la tuberculose de la plèvre au poumon.

On observe quelquefois, à la suite de la thoracentèse, une élévation thermique dont il est difficile, à l'heure actuelle, de préciser la cause.

L'auteur rappelle que l'épanchement pleurétique paraît jouir d'un faible état bactéricide envers les microbes pathogènes et conclut que, des anciennes médications, il n'y a lieu de conserver que celles qui s'adressent à l'élément douleur.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1898-99.

M. Roger (F.). *Hôpitaux et dispensaires pour enfants malades particulièrement à Toulouse.* N° 280.

M. Mandoul (Antoine). *Les eaux d'alimentation de la ville de Toulouse.* N° 261.

M. Amans (Joseph). *Etude sur la loi Roussel.* N° 264.

M. Rouma (Joseph). *Contribution à l'étude de la toxicité du sérum sanguin normal et pathologique.* N° 262.

M. Costes (Marius). *La vie psychique des hystériques et leur responsabilité devant la loi pénale*. N° 274.

Le travail de M. Roger est consacré à l'étude des hôpitaux et dispensaires d'enfants. Il montre en s'appuyant sur de nombreuses statistiques comment à Toulouse la clinique des maladies infantiles a permis grâce à son organisation, de donner des soins à des malades extrêmement nombreux et variés; il insiste également sur l'utilité, qui n'a plus besoin d'être démontrée, des colonies scolaires de vacances, qui pour lui doivent être le corollaire indispensable des hôpitaux et dispensaires d'enfants.

Faisant pour la ville de Toulouse un travail analogue à celui de M. Imbeaux pour le département de Meurthe-et-Moselle (thèse de Nancy 1897). M. Mandoul montre que la ville de Toulouse, qui a recours pour son alimentation à la filtration naturelle, reçoit des eaux d'origine et de nature diverses, mais dont le mélange donne une eau de canalisation suspecte, qui explique que l'état sanitaire de la ville, au point du vue typhique, ne soit pas encore complètement satisfaisant. De plus, la distribution d'eau naturelle insuffisante au point de vue de la qualité, l'est encore au point de vue de la quantité; aussi d'importantes améliorations ayant surtout pour but l'adduction d'eaux de nouvelles sources sont-elles proposées; pour l'auteur, si l'adduction de l'eau des lacs ou des sources des Pyrénées a le défaut d'être trop onéreuse, du moins serait-elle définitive et satisferait-elle tous les desiderata hygiéniques; il conseille donc de l'étudier avec soin tout en reconnaissant que la distribution d'eau actuelle améliorée pourra assurer le service de l'alimentation de la ville de manière assez satisfaisante.

Si importante et si utile que soit la loi Roussel, elle présente pour M. Amans quelques lacunes. Après avoir reproduit son texte et l'avoir discutée, l'auteur demande : plus d'énergie pour la défense des droits de l'enfant; l'extension de la surveillance obligatoire à tous les enfants élevés hors du domicile de leur mère et la surveillance facultative pour les autres; la suppression des commissions locales et leur remplacement par les médecins-inspecteurs; la fixation de l'âge de l'enfant de la nourrice à 7 mois avec faculté pour le médecin-inspecteur d'augmenter ou de diminuer cet âge suivant les cas; la suppression absolue des bureaux de placement qui seraient remplacés par le corps médical; augmentation considérable du nombre des visites du médecin pendant la première année; l'obligation pour le médecin-inspecteur de faire les visites nécessaires à l'enfant devenu malade avec garantie d'une rétribution suffisante.

Les résultats obtenus dans la recherche de la toxicité du sérum sanguin sont extrêmement variables et ne peuvent être comparés entre eux. Pour M. Rouma, la cause la plus importante de cette divergence est due à la différence des méthodes suivies par les divers expérimentateurs : les uns ont recherché la toxicité éloignée ou à distance; les autres ont recherché la toxicité immédiate.

Les conditions techniques étant constantes, et toutes choses égales d'ailleurs, les résultats sont parfois contradictoires.

La valeur toxique du sérum doit donc être considérée comme extrêmement relative.

Au point de vue clinique, il semble fort difficile de déduire du coefficient sérotoxique des indications précises pour le pronostic. Il reste sensiblement le même quelle que soit la terminaison de la maladie.

Néanmoins, dans un cas grave d'éclampsie puerpérale terminé par la guérison, la toxicité a été extrêmement faible : 47 centim. cubes par kilog. de poids.

Dans un cas de tétanos observé chez le cheval, l'auteur a obtenu de l'hypertoxicité (137 centim. cubes 8).

Dans d'autres cas au contraire, l'hypotoxicité est d'autant plus accusée que l'infection est plus grave.

Pour apprécier ces divers résultats, il est indispensable de connaître le coefficient normal dans chaque cas, mais ici les mêmes divergences s'y rencontrent. Le coefficient sérotoxique obtenu chez l'homme normal (25 centim. cubes, en moyenne) par M. Rouma est bien différent de ceux obtenus dans des conditions identiques par les autres auteurs.

On est ainsi conduit, à l'heure actuelle, à faire les plus grandes réserves sur la valeur de la toxicité du sérum sanguin qui paraît liée à des facteurs complexes encore mal connus et mal dissociés.

Après avoir étudié la vie psychique des hystériques, décrit les anesthésies, l'aboulie, l'amnésie hystérique, insisté plus spécialement sur la suggestion, l'idée fixe, les folies hystériques, M. Costes étudie la question de la responsabilité des hystériques et conclut que, en présence de l'hystérique dont les stigmates mentaux proclament le rétrécissement du champ de la conscience, la désagrégation psychologique, le dédoublement de la personnalité, lorsque les circonstances atténuantes ne sont pas applicables, on doit, dans les cas où la conscience s'obscurcit davantage, prononcer l'acquittement, sauf à s'entourer de toutes les précautions légales pour l'empêcher de nuire davantage s'il devenait dangereux.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sclérodermie lardacée en coup de sabre de la région frontale, crises épileptiformes concomitantes, par L. Spillmann (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. III, p. 140). — Les deux bandes frontales de sclérodermie répondent aux trajets du nerf frontal externe et du nerf frontal interne; elles sont accompagnées d'une plaque chéloïdienne.

Pour les crises épileptiformes, sans songer à une sclérose des circonvolutions, ne pourrait-on pas admettre une lésion intracrânienne analogue à la plaque chéloïdienne, produisant une irritation du côté de la zone rolandique.

Il est à noter en outre que le malade est un dégénéré.

L'ensemble des faits relevés dans cette observation vient à l'appui de la théorie nerveuse de la sclérodermie.

Note sur la paralysie du facial supérieur dans l'hémiplégie par lésion cérébrale, par Ch. Féré (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. III, p. 147). — Dans les hémiplégies cérébrales, le facial supérieur est ordinairement touché, mais cela d'une façon peu intense et transitoire; ce qui est rare, c'est la persistance de signes grossiers de la paralysie du facial supérieur.

La malade de M. Féré a eu dans son enfance une hémiplégie droite transitoire, n'ayant laissé que des troubles fonctionnels négligeables. Après plus de 30 ans, à la suite d'émotions morales, la lésion cérébrale de l'enfance a rappelé sa présence par des menaces d'épilepsie partielle (spasmes dans les membres du côté droit).

Les vestiges de l'hémiplégie de l'enfance s'étendent à la face et en particulier à la région supérieure de la face, et la participation de l'orbiculaire à la paralysie est remarquable non seulement par sa persistance, mais aussi par sa prédominance.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Novembre 1898.

Traitement de l'acromégalie par l'hypophysine.

M. de Cyon. — Les glandes thyroïdes et l'hypophyse sont des organes destinés à protéger le cerveau contre les dangers des congestions.

Ces glandes arrivent à remplir cette fonction protectrice par voie mécanique et chimique. On peut comparer l'action du corps thyroïde à celle d'une écluse dont le jeu serait réglé par l'hypophyse. Les substances chimiques produites par ces glandes, l'iodothyrine et l'hypophysine, sont destinées à entretenir ces organes en bon état de fonctionnement, en agissant sur les centres des nerfs cardiaques et vasomoteurs.

L'auteur a essayé le traitement de l'acromégalie par l'ingestion d'hypophyse. Il s'agit d'un malade âgé de douze ans et frère de deux acromégaliques, obèse et atteint de troubles visuels depuis l'enfance. Depuis l'âge de trois ans il souffre de maux de tête horribles qui n'ont fait qu'augmenter avec l'âge, en même temps que les troubles visuels. Son nystagmus continuel date de la même époque. L'enfant était très apathique, ne bougeait pas et avait dû quitter l'école depuis longtemps à cause de sa demi-cécité. Son intelligence était peu développée. Le cœur ne présentait pas de lésions organiques, mais le pouls était irrégulier, faible, et offrait des intermittences. Son poids, au commencement du traitement, était de 54 kilos, son tour de taille était de 1 m. 15.

Après six à sept semaines de traitement avec les préparations à l'hypophyse, le poids du malade est tombé à 45 kil. 1/2, son tour de taille à 80 centimètres. Les maux de tête ont considérablement diminué d'intensité et de durée, le pouls s'est régularisé, le nystagmus a diminué. L'intelligence commence à se réveiller, l'enfant est moins apathique et s'intéresse davantage à ce qui l'entoure.

Sur l'appendicite.

M. Labbé proteste contre ces paroles de M. Dieulafoy : « On ne meurt pas d'appendicite ». Assurément un diagnostic précoce, une intervention rapide augmentent beaucoup les chances de guérison dans cette affection; mais, malgré l'habileté du chirurgien, il peut encore se produire des accidents mortels dans l'appendicite, de même que la chloroformisation, même lorsqu'elle est pratiquée avec toutes les précautions nécessaires, peut amener la mort.

De quelques troubles paludéens de l'apparell respiratoire.

M. Laveran lit, à l'occasion d'un travail de **M. Triantaphyllidès** (de Batoum), un rapport dont voici le résumé :

Pour M. Triantaphyllidès, les troubles de l'appareil respiratoire pouvant se développer sous l'influence du paludisme sont, en dehors de la pneumonie, la toux, le spasme trachéal, le hoquet, la bronchite, l'œdème du poumon, l'asthme, l'angoisse respiratoire, etc.

D'après le rapporteur, lorsque ces troubles respiratoires s'observent chez des sujets atteints de cachexie palustre ou chez lesquels le paludisme est manifeste, la relation existant entre celui-ci et les modifications de l'appareil respiratoire est sinon démontrée dans tous les cas, du moins très admissible.

Au contraire, pour les malades qui ont eu antérieurement des accès de fièvre, mais chez lesquels on ne constate, en même temps que les troubles de l'appareil respiratoire, ni fièvre, ni signes de cachexie, ni protozoaires du paludisme, il y a lieu de faire des réserves sur l'origine des troubles respiratoires.

Le paludisme est très fréquent au Caucase; on comprend donc que des affections aussi communes que la bronchite, la congestion et l'œdème pulmonaires s'observent souvent chez des individus ayant eu antérieurement des accès de fièvre palustre sans qu'il y ait une relation entre ces maladies et le paludisme.

Le fait invoqué par M. Triantaphyllidès que les troubles morbides disparaissent à la suite de l'administration de la quinine ne prouve pas d'une façon péremptoire leur nature palustre. L'argument ne serait valable que si les troubles morbides, après avoir résisté à d'autres médicaments, cédaient rapidement à l'emploi de la quinine et si cette action était constatée à plusieurs reprises, lors des rechutes qui ne manquent guère quand il s'agit d'une manifestation du paludisme.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'endométrite par les crayons de salicylate de méthyle et d'airol,

D'après le rapport lu au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*

Par M. le Dr Mériel (de Toulouse).

L'usage des crayons médicamenteux pour les pansements intra-utérins s'est rapidement répandu dans la pratique gynécologique. Certes ce n'est pas une thérapeutique capable de supplanter les interventions chirurgicales; mais celles-ci sont le privilège de quelques-uns car, en outre de l'habileté opératoire, elles exigent des locaux, un outillage, des assistants, etc. Toutes choses hors de la portée du praticien. Or le nombre des femmes atteintes de génitopathies est toujours considérable et il est bon que le médecin ait à sa disposition un traitement palliatif commode et presque sans danger. C'est à ce besoin que répond l'usage des crayons intra-utérins; mais si, dans ce traitement, les échecs balancent les succès éphémères, il faut, d'après nous, en chercher peut-être la cause dans les substances qui entrent dans la composition de ces crayons. Ceux-ci ont été successivement à base d'iodoforme, de salol, de sublimé, d'aristol (Swicka), de phénosalyl (Christmas), d'alumnol, d'ichtyol, etc., mais les résultats n'ont pas été complètement satisfaisants.

Nous avons pensé qu'il fallait trouver d'autres substances capables d'atteindre l'infection non plus à la surface de la muqueuse, mais plus loin, en plein tissu utérin, au sein des glandes, et de tarir ainsi tout écoulement purulent. Nous avons essayé comme topiques remplissant ces conditions, le salicylate de méthyle et l'airol.

Ces substances ont été éprouvées par d'autres dans des affections analogues, et la lecture de leurs observations nous a déterminé à faire à notre tour un nouvel essai thérapeutique.

C'est d'abord M. Duquaire qui en 1896 propose d'incorporer dans une injection uréthrale, dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme, quelques grammes de salicylate de méthyle. M. Jouin (de Paris) propose à la Société de thérapeutique (1897) un pansement intra-utérin au salicylate de méthyle, dans certaines endométrites. Après avoir dilaté l'utérus, il plaçait dans cette cavité une mèche de gaze enduite de salicylate de méthyle. Cette substance porterait, d'après lui, son action au delà de la muqueuse, au sein du parenchyme glandulaire.

Vers la même époque MM. Legueu et Lévy avaient essayé l'airol (oxyiodogallate de bismuth) dans le traitement de la blennorrhagie et avaient constaté la prompte cessation de l'écoulement.

Les travaux de Haegler, de Cassan, de Causeret avaient déjà mis en évidence son pouvoir antiseptique égal à celui de l'iodoforme ainsi que ses énergiques propriétés siccatives.

Dans la métrite chronique, après avoir dilaté la cavité utérine à l'aide de tiges de laminaire ou de bougies de Hegar, Delbet introduit dans cette cavité une mèche de gaze aseptique bien imbibée d'une émulsion d'airol; puis il remplit le vagin avec une émulsion plus étendue.

Ces expériences nous déterminèrent à essayer une combinaison d'airol et de salicylate de méthyle dans le cas d'endométrite chronique dont nous rapportons l'observation.

Marie R..., 37 ans habitant les Sept-Deniers, banlieue de Toulouse. Père et mère bien portants. La malade est une chlorotique et une nerveuse.

Réglée à 14 ans, mais toujours règles irrégulières et peu colorées. Mariée à 19 ans, 4 accouchements. La 1re grossesse se termine par une fausse couche de 5 mois, la 2e de 7 mois (fièvre typhoïde) puis la 3e couche est normale. Il y a 4 ans, nouvel accouchement à terme, mais l'enfant meurt au bout d'un mois.

Les symptômes de l'endométrite avaient apparu après la 1re fausse couche. La dernière couche a été suivie d'accidents puerpéraux sur lesquels la malade nous fournit peu de rensei-

gnements mais qui ont été assez graves puisqu'ils ont obligé celle-ci à garder le lit pendant près de 3 mois.

La malade nous affirme avoir eu, depuis sa première fausse couche, des pertes blanches, de la douleur dans la fosse iliaque droite et tous les symptômes généraux de la métrite chronique. Il y a 3 ans, 1 an par conséquent après son dernier accouchement, on pratique un curetage. Cette opération procura une amélioration de courte durée, car le médecin traitant fut obligé de reprendre comme auparavant les pansements vaginaux, les cautérisations; il se servit même de crayons à l'iodoforme, au sublimé, à l'ichtyol. Ce traitement fut suspendu et la malade découragée se contenta d'injections vaginales au sublimé.

Le 16 novembre 1897 la malade nous fit appeler; elle éprouvait alors des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, les pertes étaient si abondantes qu'elles souillaient continuellement sa chemise, la malade ne se levait plus, par crainte de renouveler ses pertes, avec cela anorexie, débilité générale, douleurs lombaires, etc.

Le toucher vaginal nous révèle un utérus encore mobile et dont le col dilaté et entr'ouvert présente deux déchirures latérales et une perpendiculaire à la lèvre antérieure du col. Au spéculum, on constate les déchirures précédentes ainsi qu'un léger ectropion des lèvres du col. L'hystéromètre indique une profondeur de 9 centimètres. Enfin, au palper abdominal le corps de l'utérus est mou et difficile à sentir, la pression dans la fosse iliaque droite est très douloureuse.

Le diagnostic d'endométrite avec propagation aux annexes du côté droit ne faisant pas de doute, nous entreprîmes de calmer la congestion annexielle par des lavements chauds, à la manière de Reclus, et des cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre.

Pendant ce temps, nous fîmes composer des crayons intra-utérins avec 20 centigrammes d'airol et 10 centigrammes de salicylate de méthyle, le tout enrobé dans de la gélatine pour leur donner une suffisante consistance. Ces crayons furent conservés à l'abri de l'air dans des tubes de verre analogues à ceux qui contiennent les crayons Chaumel.

Le 20 novembre après une antispsie minutieuse du vagin, le spéculum étant appliqué, nous essayons l'introduction d'un de ces crayons. L'orifice interne n'opposant aucune résistance, nous pouvons nous passer d'une dilatation préalable. Cette introduction procure très peu de douleur, et nous appliquons ensuite un tampon de gaze iodoformée sur le col, tampon muni d'une ficelle. Le soir, le tampon est retiré et nous faisons une injection vaginale avec une solution phéniquée.

Le lendemain 21 novembre, nouvelle application d'un crayon; le tampon est retiré le soir par la malade, et une injection phéniquée est faite.

Les 22 et 23 novembre, même traitement.

Le 24 nous suspendons, car les règles doivent venir; elles ne se manifestent que le 26 novembre.

Celles-ci terminées, la malade déclare souffrir beaucoup moins dans la région annexielle droite, quant aux pertes blanches, il n'y en a pas trace. Au spéculum, l'orifice externe du col est étanche.

Nous conseillons encore quelques pansements vaginaux à la glycérine et des lavements chauds. Une semaine, quinze jours, un mois se passent sans que les pertes aient reparu, la malade reprend des forces, tous les symptômes disparaissent et les règles du mois suivant viennent à époque fixe et sont normales. Nous avons suivi et examiné cette malade à plusieurs reprises, et au moment où nous écrivons, dix mois après ce traitement, l'éoulement leucorrhéique n'a pas reparu. Les règles sont assez abondantes et l'état général est bon.

Un de nos confrères de la région a tenté sur une de ses malades l'emploi de nos crayons intra-utérins et il nous affirme leur efficacité. Enfin, nous-mêmes suivons depuis deux mois une malade atteinte d'endométrite chronique d'origine blennorrhagique chez laquelle ce traitement a supprimé les pertes blanches.

Nous possédons, comme on le sait, trop peu de faits pour induire de ces trois exemples à la généralité de ces essais; mais le premier que nous avons observé nous paraît instructif et de nature à retenir l'attention.

Notre malade, après les traitements palliatifs usuels, voire même après un curetage, était dans l'impossibilité de se livrer au moindre travail. Or nous avons tenté à notre tour un traitement palliatif dont nous ne pouvions augurer l'issue; il nous a donné un excellent résultat et nous pensons que comme tel, avant toute opération — au sens propre du mot — il n'en coûte rien de le tenter chez des malades pusillanimes.

Faut-il nous expliquer cette cessation d'écoulement par l'action du salicylate de méthyle sur les glandes du tissu utérin et l'action siccative de l'airol? Les exemples de Delbet dans la thèse de Cassan (1897), de Jouin, et les nôtres nous portent à le croire.

L'écoulement ne reparaîtra-t-il pas plus ou moins tard? nous l'ignorons; nous reprendrions, le cas échéant, le traitement qui a déjà procuré à la malade un soulagement qu'elle n'osait plus espérer.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La veuve d'un médecin qui cède moyennant profit les livres d'adresse des clients de son mari a-t-elle un droit de contrôle sur les honoraires perçus ultérieurement?

Dans son audience du 17 novembre 1898, la 5e Chambre du tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant :

Une dame Y..., veuve d'un médecin de Paris décédé en 1896, avait cédé au Dr X... les registres de son mari à la condition qu'elle partagerait, pendant un certain temps, les honoraires que le Dr X... toucherait des anciens clients de Y... A cet effet, les livres d'adresse de ce dernier furent remis au Dr X..., et, de plus, pour faciliter cette transmission de clientèle, une circulaire fut rédigée par le Dr X... et distribuée avec la carte de Mme veuve Y..., en guise de présentation, suivant les indications des registres. Le Dr X... paraît avoir trouvé un accueil favorable auprès de la plupart des personnes à qui son prédécesseur donnait des soins, car, dans le courant de l'année 1896, il put verser à Mme Y... une somme de 1 200 francs environ, représentant la moitié des honoraires payés par les anciens clients de Y... Toutefois, à la fin de l'année 1897, le Dr X... déclara à Mme Y... qu'il n'avait à lui verser, pour les honoraires par lui reçus dans le dernier trimestre, que la somme de 580 francs. Mme Y... contesta l'exactitude de ce chiffre et prétendit avoir le droit de consulter les registres nouveaux tenus par M. X..., pour vérifier le nombre des visites faites aux anciens clients de son mari. Le Dr X... refusa en invoquant l'obligation du secret professionnel. Mais le tribunal n'a pas admis cette manière de voir, et il a accueilli la demande de Mme Y...

Le jugement rendu par la 5e Chambre porte que, s'il est vrai que le secret professionnel doive mettre la clientèle des médecins à l'abri de toute indiscrétion et permettre à ceux-ci de se refuser à faire part à quiconque ne peut justifier d'un intérêt étranger à toute idée de spéculation ou de curiosité, des renseignements relatifs à leur clientèle, ce secret ne doit pas être étendu à la comptabilité proprement dite que les médecins sont dans l'habitude de tenir, à Paris, sur des registres spéciaux. Le tribunal s'est appuyé, en outre, pour rejeter le moyen de défense invoqué par le Dr X..., sur ce qu'il avait reçu des mains de Mme Y... les fiches de renseignements médicaux et le livre d'adresses des clients de Y...

En conséquence, le tribunal a donné acte au Dr X... de ce qu'il était prêt à payer pour la part d'honoraires revenant à Mme Y... dans la période écoulée du 2 novembre 1896 au 3 novembre 1897, la somme de 3077 francs. Mais il a condamné le Dr X... à laisser prendre par Mme Y... communication des livres et registres en question, à peine d'une astreinte de 10 francs par jour de retard pendant un mois.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Broca.

Mastoïdite suppurée ; ostéomyélite à foyers multiples (tibia, humérus, clavicule),

Par MM. Pierre Audion,
Interne du service,
et Albert Mouchet,
Ancien interne, ancien aide d'anatomie.

Maurice G..., 9 ans, entre le 9 août 1898 à la salle Legendre, dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Broca, avec le diagnostic de *mastoïdite droite*.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler, mais l'enfant lui-même a toujours été sujet aux bronchites, aux blépharites; les paupières étaient constamment rouges et douloureuses; c'est à la suite d'une de ces blépharites rebelles qu'il fut envoyé aux bains de mer vers le 15 juin. Il y resta 1 mois. Il en est revenu guéri; mais, 5 jours après son retour, environ 13 jours avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que son oreille droite commençait à couler : l'écoulement était purulent, abondant, mais ne s'accompagnait que de phénomènes douloureux légers. En quelques jours est apparue la tuméfaction rétro-auriculaire très douloureuse que l'on constate à l'entrée et qui, le 7 août, reconnue fluctuante, a été incisée en arrière, sur l'apophyse même, par un médecin de la ville : une assez grande quantité de pus fut évacuée, mais la plaie, non drainée, se referma; la douleur avait à peu près disparu.

Quand on nous amène l'enfant, l'acuité auditive est très diminuée du côté droit, le conduit auditif externe est rempli de pus, l'otorrhée n'est donc pas tarie, de plus, après le nettoyage du conduit, on observe la chute de la paroi postéro-supérieure.

La région mastoïdienne droite est tuméfiée et fluctuante, le pavillon de l'oreille est écarté du temporal : la pression dans le sillon rétro-auriculaire et à la pointe de l'apophyse éveille une douleur vive. La trépanation mastoïdienne est décidée, mais, l'enfant se plaignant aussi du genou gauche et du coude droit depuis deux jours seulement, on examine ces articulations et on note dès ce jour les phénomènes suivants :

La partie interne du genou gauche est rouge, tuméfiée, l'enfant marche difficilement et sans fléchir la jambe sur la cuisse; la pression localisée révèle un point douloureux à la partie antérieure du plateau interne du tibia, de même le condyle externe de l'humérus droit est douloureux à la pression.

Le 9 août 1898, l'incision rétro-auriculaire permet l'issue du pus qui était retenu sous un vaste décollement du périoste s'étendant jusqu'à la pointe de l'apophyse : à ce niveau même, la pression fait sourdre du pus. Il n'y a pas de perforation de la table externe. On pratique la trépanation au lieu d'élection mais on ne trouve pas l'antre; le tissu osseux est dense et très vasculaire, (apophyse diploïque), le ciseau met à nu le sinus sans faire découvrir de pus, et ce n'est qu'en bas et en avant, vers la pointe de l'apophyse, que l'on découvre une petite cellule mastoïdienne pleine de pus.

L'excavation osseuse est régularisée à la curette et bourrée de gaze iodoformée.

Le soir, la température était encore de 38°.

Le 10 elle montait à 38°4 le matin, 39°8 le soir.

Le pansement enlevé, on trouve du pus sous le décollement périostique qui s'est étendu en arrière vers l'écaille du temporal et au niveau de la pointe de l'apophyse; lavage au sublimé faible et drainage. Pansement humide.

Le 11, une fusée purulente partant du foyer mastoïdien menaçe de gagner le cou et la nuque, comme dans une mastoïdite de Berold; une contre-ouverture cervicale est faite sur la sonde cannelée et un drain assure l'évacuation du pus. La température descend à 39° le soir.

Le 12, la tuméfaction de la face interne du genou gauche a augmenté, la douleur est vive. De plus, le membre supérieur droit est œdématié depuis la région deltoïdienne jusqu'au poignet, le gonflement est maximum au niveau du coude; sur le côté externe de l'extrémité inférieure de l'humérus, il existe une plaque rouge de la dimension d'une pièce de 5 francs, au niveau de laquelle on note de la fluctuation et une douleur à la pression extrêmement vive. Le diagnostic d'*ostéomyélite aiguë du tibia et de l'humérus* s'impose, et l'intervention chirurgicale est immédiatement pratiquée.

Une longue *incision* sur le bord externe du coude gauche donne issue à une grande quantité de pus et montre une dénudation étendue des faces externe et

interne de l'humérus au-dessous de l'extrémité articulaire. On *trépane* l'os.

Une *incision analogue* est pratiquée sur le plateau interne du tibia gauche, elle permet l'évacuation d'un verre à Bordeaux environ de pus, elle est de suite complétée par une large *trépanation*.

L'examen *bactériologique* du pus, fait par M. le Dr Tollemer, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau, n'a déterminé aucune espèce microbienne.

Le 13 août la température se maintient élevée (40°), et le genou gauche, qui paraissait indemne, est si tuméfié que l'on pratique une arthrotomie interne et qu'on draine largement la synoviale articulaire.

Le 14 août le thermomètre marque 39°4 le matin et 41° le soir; le 15 on remarque un gros gonflement, avec rougeur de la peau et dilatation des veines sous-cutanées à la partie supérieure de l'espace delto-pectoral gauche. Ce gonflement s'étend jusque sur le tiers externe de la clavicule, qui est très douloureuse à la palpation. Nous diagnostiquons un nouveau foyer d'ostéomyélite qui est ouvert immédiatement par une incision sur le bord antérieur de la clavicule. On trouve du pus sous le périoste (une cuillerée à soupe environ), et le bord antérieur de la clavicule est dénudé. Trépanation de l'os.

Le même jour, du pus s'écoulant en grande quantité par l'incision interne du genou gauche, on pratique une contre-ouverture sur le côté externe, et l'on place un drain qui passe transversalement d'une incision à l'autre.

Un nouvel examen *bactériologique* du pus claviculaire ne donne aucun résultat.

Le 16 août, mort à 10 heures du soir.

Pour cause d'opposition, l'autopsie n'a pu être faite. Néanmoins la cause de la mort nous paraît devoir être rattachée à l'*ostéomyélite*, dont les formes à foyers multiples sont d'un si grave pronostic, bien plutôt qu'à la lésion du temporal et de l'oreille moyenne. En effet, il n'y a pas eu dans les derniers jours de phénomènes méningitiques, ni de signes de phlébite du sinus latéral.

Magré l'absence d'examen nécroscopique, nous nous croyons également en droit de penser que nous étions en présence d'une apophyse du type diploïque, caractérisée par la densité du tissu osseux, la petitesse de l'antre, dont la situation devait être profonde par rapport à la surface externe de l'os, la rareté des cellules enfin, dont l'une, curetée par nous, paraissait isolée : or, on sait que, contrairement au type pneumatique, le type diploïque présente des cellules petites et n'ayant avec l'antre que des rapports de contiguïté, cellules dont la cavité n'est pas tapissée par un prolongement de la muqueuse de l'antre.

La présence du pus dans cette cellule isolée et fermée, permet d'affirmer qu'il y a eu ostéite véritable, et d'écarter, malgré l'étendue du décollement périostique, le diagnostic d'otite périostique de Duplay.

Enfin cette ostéite apophysaire n'était pas primitive puisque l'écoulement purulent de l'oreille a précédé tous les phénomènes mastoïdiens, et, bien que l'on n'ait pas trouvé, au cours de l'opération, de communication entre le petit foyer osseux et la caisse, nous ne nous croyons pas autorisés à porter le diagnostic rétrospectif d'ostéomyélite temporo-mastoïdienne, par infection générale et à considérer ces accidents mastoïdiens comme des phénomènes du même ordre que les foyers d'ostéomyélite du tibia et de l'humérus qui en étaient contemporains.

Etant donné les portes d'entrées multiples qu'à présentées le petit malade (blépharites et surtout otite) nous pensons que les cellules mastoïdiennes et le périoste ont été envahis par l'infection de proche en proche, probablement à la faveur des pertuis vasculaires qui relient, au travers de la table externe de l'os, la muqueuse de la caisse et de l'antre au périoste. La même porte d'entrée a permis l'apparition de foyers multiples d'ostéomyélite dans l'économie : tibia gauche, humérus droit, clavicule gauche. Nous ne croyons d'ailleurs pas avoir favorisé l'infection générale en mettant à nu le sinus latéral au cours de la trépanation, car, le jour même de l'entrée du malade, avant l'opération de la mastoïdite, les foyers du tibia et de l'humérus avaient été reconnus.

Nous ferons remarquer en terminant les résultats négatifs de l'examen bactériologique dans cette forme d'ostéomyélite grave; il est possible que des microbes anaérobies dont la recherche n'a point été faite soient à incriminer. Rist vient de montrer dans sa thèse la présence fréquente de ces microbes dans les suppurations mastoïdiennes.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.

SECTION DE PÉDIATRIE

Hydrocéphalie hérédo-syphilitique guérie par le traitement spécifique.

M. H. Audéoud (Genève) communique l'observation d'un enfant de 16 mois qui a été atteint d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique guérie par le traitement spécifique. Mère nettement syphilitique, père sain : garçon né à terme, présente des accidents cutanés et muqueux qui guérissent par le sirop de Gibert. A l'âge de 5 mois se développent peu à peu les signes d'une hydrocéphalie bien nette avec nystagmus, grosse tête, faciès hébété, etc. Les symptômes s'amendent beaucoup après 3 mois 1/2 de traitement, et après 1 an l'enfant n'en présente plus trace.

A côté de cela il existe une obésité peu fréquente chez les hérédo-syphilitiques : à 16 mois l'enfant pèse 16 kilog. 410, soit le poids moyen d'un enfant de 4 ans 1/2.

Cette observation fait toucher du doigt le développement de certains cas d'hydrocéphalie et permet d'en espérer la guérison.

M. d'Astros. — L'hydrocéphalie des hérédo-syphilitiques est, en général, due à des malformations; quelquefois, cependant, elle est sous l'action directe de la syphilis. Ces derniers cas sont les seuls curables par le traitement spécifique.

M. Broca. — Malgré le grand nombre de ces petits malades que j'ai eu à soigner, je ne possède qu'un cas, qu'un seul cas de guérison par cette médication.

M. Weil. — Fochier a eu 2 cas de guérison. Un de ces petits malades était atteint de spina bifida; après l'opération se développa l'hydrocéphalie, qui guérit sous l'influence du traitement spécifique.

M. Broca. — J'ai eu l'occasion de voir un de ces malades 3 ans après l'opération. Le bon résultat ne s'est pas maintenu. C'était un demi-idiot.

Hystérie simulant chez l'enfant les affections organiques.

M. Bézy (Toulouse) a observé 1 cas de méningisme hystérique pris pour une méningite tuberculeuse; 1 cas d'érythème noueux apparaissant et disparaissant brusquement chez une petite fille, et qui a paru nettement de nature hystérique; une péritonite localisée, chez un garçon de 11 ans, a semblé également d'origine nerveuse et la suite de l'observation a montré le bien fondé de mon opinion.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, il faut donc toujours, en présence d'une affection quelconque, songer à l'hystérie, cette grande simulatrice.

Traitement des infections pulmonaires par la créosote.

M. Cassoute (Marseille) communique un cas de gangrène pulmonaire, avec fétidité très marquée des crachats et de l'haleine, survenu chez un garçon de 10 ans après plusieurs poussées de broncho-pneumonie et qui a guéri sous l'influence du traitement par le carbonate de créosote. La température a cédé 48 heures environ après l'administration du médicament, mais la lésion a été très longue à disparaître et le petit malade a dû prendre du carbonate de créosote pendant 4 mois avec des intervalles de repos. Les fonctions digestives se sont parfaitement effectuées; ce qui le prouve c'est que pendant la convalescence, non seulement l'alimentation était bien supportée, mais encore on a pu administrer des doses journalières de 6 cuillerées à soupe d'huile de foie de morue sans aucun trouble digestif.

Le traitement n'a pas été essayé dans les broncho-pneumonies secondaires de la rougeole et de la diphthérie. Dans cette maladie, en particulier, il y aurait sans doute quelque danger à cause de l'apparition précoce de l'albumine.

Contribution à la phosphaturie rachitique.

M. Bézy communique les résultats de ses recherches sur la phosphaturie dans le rachitisme. Ses malades se divisent en 3 catégories.

La première catégorie comprend 2 sujets qui éliminent, par kilog et par 24 heures, l'un 0,092 m. c., l'autre 0,098 m. c. Leur rachitisme est surpris au début. La deuxième catégorie élimine de 0,043 m. c. à 0,063 m. c. Les malades sont des rachitiques anciens, mais dont les lésions sont en voie d'évolution. Dans la troisième catégorie, formée de rachitiques anciens et presque guéris, l'élimination varie de 0,067 m. c. à 0,075 m. c. Si on prend comme chiffre normal 0,067 m. c. à 0,077 m. c., on voit que la première catégorie comprend des hyperphosphaturiques, la deuxième des hypophosphaturiques et la troisième des phosphaturiques normaux. Si on rapproche l'état général de l'état phosphaturique, on peut poser les 3 équations suivantes : rachitisme au début = hyperphosphaturie; rachitisme en voie de guérison = hypophosphaturie; rachitisme ancien ou guéri = phosphaturie normale.

Lithiase urinaire chez l'enfant.

M. Challan de Belval. — Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, depuis plus de 2 ans et malgré la plus étroite surveillance, s'adonnait à une masturbation effrénée provoquée par un état continu de demi-érection et un prurit insupportable, limité au gland. Il n'avait, du reste, ni incontinence diurne, ni incontinence nocturne, seulement des envies plus fréquentes d'uriner, de temps à autre quelques vagues douleurs intra-vésicales provoquées par la gymnastique et bientôt calmées par le repos, et enfin un léger suintement habituel du méat. L'urine était normale, mais dans la toute première enfance, elle donnait lieu à des dépôts jaune-rougeâtre. Après l'inutilité des bains, des topiques et des sédatifs, j'introduisis un cathéter mou, beaucoup plus dans le but de frapper l'imagination de l'enfant que de rechercher un calcul que je ne soupçonnais même pas, et dont l'existence cependant, me fut immédiatement révélée. L'enfant en fut débarrassé par la lithotritie.

L'évolution symptomatique classique de la lithiase urinaire est fort rare, dans l'enfance surtout, et certains indices de peu d'importance apparente, tels, notamment, que le prurit glandulaire, un état habituel de demi-érection et des habitudes de masturbation doivent suffire pour justifier l'exploration méthodique de la vessie.

Syndrome de Little consécutif à une naissance asphyxique et dû probablement à une hémorrhagie méningée.

M. Boinet (Marseille) présente un enfant âgé de 2 ans et 9 mois, né à terme, mais après un accouchement laborieux qui n'a pas duré moins de 24 heures. Il n'y a ni syphilis ni alcoolisme chez les parents. Au moment de la naissance, les paupières, les lèvres étaient boursoufflées, fortement cyanosées; la face avait une teinte lie de vin. L'enfant était asphyxié, inerte; des frictions, des insufflations et la respiration artificielle doivent être pratiquées pendant 1/4 d'heure; l'enfant respire alors normalement; il n'a jamais eu de convulsions; il reste flasque, sa tête balance inerte et ne peut être maintenue par les muscles du cou; les membres supérieurs et inrérieurs étaient ballants et flasques. Cette paralysie des 4 membres a persisté pendant 15 jours, puis a été suivie de contracture symétrique, bilatérale, prédominante, puis localisée aux 2 membres inférieurs; enfin la rétrocession s'est faite de bas en haut.

Le syndrome de Little, constaté chez ce petit malade, paraît tenir à des hémorrhagies méningées provoquées par un accouchement laborieux.

Empoisonnement provoqué par un pansement phéniqué du cordon ombilical.

M. Coste. — Chez un enfant né à terme et bien constitué, quelques heures après la naissance, un pansement fait sur le cordon ombilical avec un mélange d'acide phénique et de glycérine, provoqua bientôt des phénomènes d'empoisonnement auxquels le petit malade succomba le lendemain.

Avec l'aide de M. Richard, vétérinaire aux abattoirs, un pansement du cordon, fait avec de la glycérine fortement colorée au bleu de méthylène chez 3 agneaux, ne montra à M. Coste, par la coloration verdâtre des urines, quelques heures après le pansement que du bleu de méthylène du pansement avait été absorbé. Les divers tissus qui entourent les vaisseaux du cordon ombilical ne sont donc pas purement protecteurs, ils sont susceptibles d'absorption pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, et aussi, sans doute, dans le cours de la vie intra-utérine. Propriété d'absorption dont il faut tenir grand compte, quand il s'agit des soins antiseptiques ou autres qu'exige le pansement dit du cordon ombilical.

Disparition d'un strabisme divergent après curetage du naso-pharynx chez un adénoïdien typique de dix ans.

M. Thomas (Marseille). — Le malade eut, dit le père, à 22 mois, une méningite à la suite de laquelle il présenta les troubles suivants : otorrhée double, strabisme divergent, semi-idiotie. L'auteur porta le diagnostic d'adénoïdite aiguë au lieu de méningite et proposa le curetage du cavum. Opération le 10 septembre dernier. Premier pansement des oreilles le 12, disparition du strabisme si complète que les personnes qui connaissaient l'enfant crurent qu'on avait opéré les yeux. Il s'agit certainement de la suppression d'un acte réflexe dû à la présence de végétations adénoïdes énormes.

De la réduction en une seule séance des gibbosités pottiques.

M. Jonnesco (Bucarest) a opéré 62 malades par la méthode de Calot, avec cette seule différence qu'il a fait la traction mécanique au lieu de la traction manuelle. De ces 62 malades 13 sont morts; 2 immédiatement par syncope chloroformique, 11 par généralisation tuberculeuse. Quant aux autres, 4 seulement ont pu supporter 3 appareils c'est-à-dire l'immobilisation pendant 9 mois.

A l'actif de cette intervention il faut signaler la disparition des paralysies viscérales et rectales. Par contre l'opération n'enraya pas les abcès froids déjà existants; il ne semble pas qu'elle prévienne cet accident, car nous en avons vu trois se produire sous l'appareil. A signaler aussi la fréquence des eschares, 36 sur 62 malades.

Radiographie et affections chroniques de la hanche.

M. Gilles (de Marseille). — On sait que les affections chroniques de la hanche, et surtout celles qui se montrent dans le jeune âge, amènent une série de déformations et des atrophies osseuses par arrêt de développement; or, la radiographie seule

permet de déterminer exactement ces lésions. Les signes cliniques, la palpation méthodique exposent à des erreurs graves, Enfin, la radiographie seule permet de connaître la localisation des lésions dans les arthrites tuberculeuses.

M. Nové-Josserand (de Lyon). — L'importance de la radiographie dans la coxalgie est capitale, car elle seule permet de reconnaître les petits séquestres, et de différencier les vraies luxations des fausses.

Le problème du traitement de la scoliose.

M. Hoffa (de Würzburg). — Il a été fait beaucoup de progrès dans le traitement de la scoliose dans les dernières années. Selon moi, on doit, pour obtenir des résultats du traitement, se baser tout à fait sur l'anatomie pathologique de l'épine dorsale scoliotique. On doit, de même que dans le redressement modelant du pied bot, chercher à trouver les différents composants de la difformité de la scoliose, pour pouvoir alors corriger chacun de ces composants.

La chose principale est la mobilisation complète de la colonne vertébrale par la gymnastique et le redressement modelant dans les différents appareils, que j'ai inventés pour ce but. Le but de ce redressement passif est de rendre le rachis assez mobile pour que les malades apprennent peu à peu à redresser eux-mêmes activement la scoliose.

Quand on a atteint par la gymnastique la mobilisation du rachis, on doit fixer dans un bon appareil le corps dans sa propre position.

Si on fait systématiquement ce traitement pendant un temps assez long, on obtient, en effet, de très bons résultats, ainsi que le démontrent un grand nombre de photographies de Röntgen prises avant et après le traitement.

Ozène et électrolyse cuprique chez l'enfant,

M. Thomas (de Marseille). — Des nombreux traitements employés dans l'ozène, l'électrolyse paraît le plus favorable; l'auteur l'emploie depuis 3 ans et cite à l'appui deux observations. Mais elle est difficilement acceptable et il faut recourir à l'anesthésie chloroformique.

Traitement des angiomes par l'électrolyse bipolaire.

M. Carayon (de Marseille). — Le traitement électrolytique m'a donné une guérison dans un cas d'angiome occupant les 3/4 de la lèvre inférieure chez un enfant de 10 ans; après quatre séances, la tumeur a presque complètement disparu. J'ai employé la méthode bipolaire. Plusieurs aiguilles étant enfoncées dans les tumeurs, les unes étaient reliées au pôle positif, les autres au pôle négatif. L'intensité du courant a varié de 25 à 30 milliampères et la durée de l'application a été de 2,5 à 3 minutes. Au bout de ce temps l'intensité étant ramenée à 0, on faisait l'inversion du courant, afin d'éviter une hémorrhagie.

Dans le but de supprimer ou d'atténuer la douleur produite par l'introduction des aiguilles et le passage du courant, j'ai eu l'idée d'utiliser les pulvérisations de chlorure d'éthyle comme anesthésique local. Grâce à cet agent, l'électrolyse a pu se faire dans de bonnes conditions.

Quelques causes d'endocardite chez l'enfant (érysipèle, grippe, infection amygdalienne à staphylocoques).

M. L. d'Astros. — L'endocardite érysipélateuse, étudiée chez l'adulte par MM. Jaccoud et Sevestre, n'a pas, à ma connaissance, été signalée chez l'enfant. Chez un enfant de 7 ans, au cours d'un érysipèle de la face avec symptômes généraux graves et état adynamique profond, les premiers troubles cardiaques, caractérisés surtout par un bruit de galop et un léger degré d'arhythmie ont apparu le 7e jour, la température étant à ce moment de 41°6. Le surlendemain nous constations un souffle systolique très net à la pointe. L'examen du sang (ensemencement avec 5 centim. cubes de sang extrait de la veine), pratiqué ce jour même un peu tardivement, il est vrai, ne fit pas constater de streptocoques. L'érysipèle guérit, mais l'endocardite progressa et, 2 mois après, l'enfant présentait toujours un souffle systolique avec propagation dans le dos, caractéristique d'une lésion initiale constituée.

Dans une famille de ma clientèle, où l'influenza avait déjà fait plusieurs atteintes, le jeune E. B..., âgé de 6 ans, présente successivement plusieurs localisations de la maladie : angine et otite avec température élevée, douleurs rhumatoïdes dans la continuité des membres inférieurs sans localisation articulaire, détermination broncho-pulmonaire, légère mais persistante avec quintes de toux spasmodique. L'endocardite se développa chez lui insidieusement, mais elle se manifesta ensuite par de l'essoufflement, de la dilatation cardiaque et la présence d'un souffle systolique apexien, qui prit bientôt le caractère musical et se propagea jusqu'à la colonne vertébrale. L'enfant présenta même des symptômes nets d'asystolie : œdème de la verge et du scrotum, des membres inférieurs, pouls veineux, etc. Actuellement l'enfant est dans une période de compensation, mais le cœur est notablement hypertrophié, la pointe battant dans le 6e espace intercostal, très en dehors du mamelon; le souffle est toujours très intense. L'interprétation pathogénique de cette endocardite est délicate en raison des infections secondaires qui se greffent souvent sur l'infection grippale. Il est probable que les lésions broncho-pulmonaires, quelle qu'en soit la notion microbienne, ont été l'intermédiaire entre l'infection grippale et la localisation endocardiaque.

Un enfant de 10 mois est apporté à l'hôpital avec une angine membraneuse légère à bacille de Löffler; il guérit en peu de jours par le traitement sérothérapique. La mère le reprend, mais le ramène au bout de 5 jours dans un état alarmant, avec une température de 40°8, des amygdales rouges et tuméfiées sans point blanchâtre, des ganglions sous-maxillaires assez développés, un écoulement nasal muco-purulent. L'examen bactériologique fait constater l'absence du Löffler; il donne une culture à peu près pure de staphylocoque. Le 3e jour on constate un léger souffle à la base du poumon gauche. L'enfant succombe le soir même. A l'autopsie on constate un petit noyau de pneumonie lobulaire à gauche; du côté du cœur une couronne de petites végétations récentes sur le bord de la valvule mitrale, sur sa face auriculaire. L'ensemencement du sang du cœur et de la rate donne des staphylocoques. L'endocardite, ici, n'eut pas le temps de se constituer en lésions organiques chroniques. Elle me paraît relever directement de l'infection à staphylocoques, la diphthérie antérieure ayant pu préparer le terrain au développement et surtout à l'allure grave de l'infectiou secondaire,

Du diagnostic de la diphthérie associée.

M. d'Astros. — Le diagnostic de diphthérie associé ne peut se faire que par l'ensemble des renseignements bactériologiques et cliniques. L'examen de la fausse membrane a, bactériologiquement, la plus grande valeur, mais il est rarement possible. Dans le laboratoire du service départemental antidiphthérique, où nous pratiquons annuellement de 400 à 500 examens bactériologiques, nous devons nous contenter le plus souvent de tubes ensemencés par les médecins. Dans ce cas, nous indiquons tout d'abord l'absence ou la présence du bacille diphthérique. Quant aux autres microbes nous les énumérons en indiquant si les colonies sont rares ou nombreuses. C'est une simple coexistence que nous signalons. Au médecin traitant de reconnaître, d'après les renseignements cliniques, si cette coexistence constitue une association morbide.

Au point de vue de la diphthérie maligne, il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, elle relève d'associations microbiennes. Mais, d'après quelques-uns de nos examens bactériologiques et avec quelques auteurs, nous serions portés à admettre que certaines de ces formes avec cou proconsulaire, jetage nasal, peuvent être exceptionnellement le résultat de diphthéries pures sur des organismes auto-intoxiqués.

Ictère splénomégalique.

M. Boinet. — Il s'agit d'un jeune garçon, âgé de dix-huit ans, qui est atteint, depuis trois ans, d'un ictère chronique survenu dans la convalescence d'une longue fièvre typhoïde,

Depuis, cet ictère a présenté des poussées successives. Le malade est anémié. Des épistaxis peu abondantes se reproduisent à intervalles assez éloignés. On ne trouve aucune trace soit d'œdème, soit d'ascite. Le cœur et les poumons sont sains, le foie déborde le rebord costal d'un travers de doigt; il n'est pas douloureux à la pression. Malgré l'absence de tout antécédent palustre, la rate est dure, volumineuse; son bord inférieur, très appréciable à la palpation, est à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Les urines sont foncées, leur quantité est normale, elles ne renferment ni sucre, ni albumine, elles contiennent 15 grammes d'urée par litre et une petite quantité d'urobiline. L'addition d'acide azotique ne donne plus, comme autrefois, les réactions des pigments biliaires. La toxicité des urines n'est pas augmentée.

La sœur de ce jeune homme, âgée de quinze ans et demi, a toujours été indemne d'impaludisme; elle a eu, en 1897, une fièvre typhoïde avec délire, qui a nécessité un séjour au lit de deux mois. Au moment de la convalescence un ictère intense s'est déclaré; il s'est atténué, mais il n'a jamais disparu complètement. Les selles ne sont pas décolorées; le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal, la rate est dure, son bord inférieur, très facilement perceptible à la palpation. se trouve à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Il n'existe ni œdème, ni ascite. Cette jeune fille est très anémiée, elle se plaint d'une grande lassitude. On perçoit un léger bruit de souffle anémique. Les poumons sont normaux. Les urines sont fortement colorées, elles ne contiennent ni sucre ni albumine, elles renferment 23 grammes d'urée par litre et une quantité insignifiante de pigments biliaires. Leur toxicité n'est pas notablement augmentée.

Ces deux observations établissent une transition entre la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot et les cas de splénomégalie sans ictère.

De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.

M. Jacques (Marseille) fait remarquer que les objections faites à l'usage de l'intubation en dehors de l'hôpital sont : 1° l'obstruction du tube et 2° son expulsion spontanée. Or, l'obstruction est un accident bien rare. Pour sa part, M. Jacques n'a jamais observé, dans les 190 intubations qu'il a faites en ville ou à la campagne l'obstruction du tube, obstruction rapide et assez complète pour amener l'asphyxie et la mort en peu de temps. Plus d'une fois, il a dû retirer l'appareil pour un encrassement ou obstruction partielle, qui résistait au lavage de la gorge. Dans l'obstruction plus soudaine, plus grave, le malade s'agite, fait de grands efforts de respiration et de toux qui le débarrassent de l'obstacle qui s'oppose à l'entrée de l'air. Les sécrétions trachéo-bronchiques et les fausses membranes sont alors rejetées au dehors, et entraînent parfois le tube avec elles. En cette circonstance, l'expulsion de l'appareil est un incident heureux puisqu'elle fait cesser une situation critique.

Quant au déplacement du tube, c'est une complication assez fréquente, il est vrai, pouvant atteindre le 20 p. 100 des cas, mais de peu de gravité.

Souvent, il n'y aura plus à remettre la canule en place, si sa chute n'a pas eu lieu trop tôt. Et dans les cas où la sténose n'est pas encore suffisamment améliorée, au moment de l'accident, le tirage reparaît sans doute, mais il ne s'établit que lentement. Un intervalle de 4 à 16 heures en moyenne s'écoule, avant que la présence du médecin devienne indispensable. Ce délai est suffisant pour qu'on puisse secourir un malade, même assez éloigné.

Urologie normale de la seconde enfance.

M. Bézy (Toulouse) indique le type d'urine normale dans la seconde enfance. Ce type par kilogramme d'enfant et en 24 heures, sont les suivants :

Le volume est d'environ 30 à 38 centimètres cubes; c'est une fois et demi à deux fois supérieur à celui de l'adulte. Le chiffre de l'azote total est de 30 à 33 centimètres cubes (celui de l'adulte étant 28 centimètres cubes). L'élimination de l'urée varie selon l'âge de 0,61 à 0,73 centimètre, chiffre double de celui de l'adulte. Le rapport de l'azote urée à l'azote total varie de 88 à 90 p. 100. Le chiffre de l'acide urique, dont les origines sont multiples, varie de 0,009 à 0,010 mètre, celui de l'adulte étant 0,008 mètre. Le chiffre de l'acide phosphorique est, de 1 à 5 ans, de 0,077 mètre (Thadée), de 0,067 mètre (Carron de la Carrière et Monfet). Il diminue avec l'âge.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Nature et traitement de la rétroversion utérine. Un procédé de vagino-fixation.

M. Richelot (Paris). — Il y a des cas où la déviation n'est qu'un épiphénomène sans importance au milieu des lésions infectieuses de la cavité pelvienne. Mais il y a aussi des rétroversions indépendantes qui méritent d'être traitées pour elles. Elles surviennent chez les arthritiques nerveuses, ont pour cause le relâchement des tissus fibreux et en particulier des ligaments utérins. L'utérus dévié est en même temps congestionné et névralgique. Or, souvent la réduction fait cesser, comme par enchantement, tous les troubles. Il y a donc un traitement de la rétroversion.

La question ainsi posée, le traitement de la rétrodéviation utérine se compose de trois termes : *a*) pessaire et ceinture abdominale; *b*) massage utérin; *c*) hystéropexie. La ceinture n'est qu'un utile auxiliaire. Le pessaire peut être efficace dans les cas simples, mais il est illusoire ou impossible chez beaucoup de femmes. Le massage est infiniment supérieur, il rend de grands services. Mais il est d'une application délicate, quelquefois impossible, et il ne met pas toujours à l'abri des récidives.

Le traitement opératoire mérite notre confiance et ne doit pas être abandonné. L'hystéropexie abdominale est une excellente opération, qu'on a trop calomniée. Elle favorise la conception et guérit un bon nombre de femmes. Les accidents pendant la grossesse, les présentations vicieuses et les dystocies sont le résultat d'une mauvaise technique.

De même pour l'hystéropexie vaginale. Les procédés de Dührssen et de Mackenrodt assurent contre la récidive, mais ils sont responsables de nombreux accidents pendant la grossesse et à terme; c'est qu'ils sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie, et emprisonnent le fond de l'organe. Avant tout, le fond doit rester libre.

Voici comment je propose de simplifier et d'améliorer la vagino-fixation.

Le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince à traction. Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et on s'achemine avec précaution vers le cul-de-sac péritonéal, qui, à son tour, est largement ouvert. On peut alors explorer le petit bassin, détacher quelques adhérences, etc., puis on procède à la fixation. Les parois vaginales étant écartées, on voit, dans la plaie du cul-de-sac antérienr, la surface péritonéale de l'utérus. L'organe, saisi avec une pince-érigne à deux centimètres au-dessus de l'isthme, est attiré en avant, tandis qu'on ôte la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière. L'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. Il est bien entendu qu'on laisse le fond libre, qu'on ne l'insère pas dans la plaie, qu'on ne cherche pas à le voir. Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision, dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur), et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe; on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus, et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (toujours du catgut) est ainsi placé. Il faut songer à ne pas blesser la vessie. Le trajet intra-pariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines, de manière à laisser le fond libre, tout en permettant d'échelonner deux autres fils au-dessous du premier. Le second et le troisième sont placés de la même façon, au-dessus de l'isthme, bien entendu. En serrant les trois fils on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture.

Le cul-de-sac vésico-utérin est supprimé et la surface utérine d'adhésion est unie au vagin lui-même dans toute sa hauteur. Elle n'est pas unie à la vessie et ne lui demande rien; il ne

s'agit, à aucun degré, d'une vésico-fixation. Elle est à peu près la même que dans l'hystéropexie abdominale, et doit avoir la même solidité. La seule différence est que l'utérus conserve sa place naturelle dans le petit bassin.

M. Albert Martin envisage la question au point de vue obstétrical; il dit qu'il faut placer les fils très bas pour permettre une distension facile dans le cas d'une grossesse toujours possible.

L'hystérectomie vaginale amène une antéversion exagérée et nécessite souvent une nouvelle opération; l'hystéropexie abdominale a fait ses preuves, l'hystéropexie vaginale n'a pas fait les siennes; il attend le complément des études de M. Richelot.

M. Dubourg rappelle l'utilité du curetage, du massage utérin et du redressement avec l'Hegar dans les déviations utérines.

M. Pozzi dit qu'il ne veut pas parler des rétrodéviations dues à une métrite ou à une annexite qui sont la majorité. Il s'occupe seulement des utérus sains, intacts, qui restent en arrière; il rappelle les résultats de la vagino-fixation, en Allemagne, où on a eu, à un moment donné, un véritable engouement pour cette opération; ces résultats ont été mauvais car, ou on fixe peu, et alors ça ne tient pas, ou on fixe trop haut, et alors on risque de compromettre l'évolution d'une future grossesse et d'amener des accidents dystociques. La vagino-fixation est bonne pour les utérus sains, chez des femmes ayant dépassé la ménopause (et il y en a peu). M. Pozzi conclut en disant que l'hystéropexie vaginale est mourante à l'étranger où elle a eu tant de vogue.

Valeur comparative de l'hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des fibromes utérins et du cancer du col.

M. Dubourg (Bordeaux) qui a eu l'occasion de pratiquer 44 hystérectomies, tant vaginales qu'abdominales, pour le traitement des fibromes utérins et du cancer du col, tire du dépouillement de ces observations les conclusions suivantes :

Dans le traitement des fibromes utérins l'hystérectomie vaginale est une méthode peu sûre, difficile parfois, longue et laborieuse si l'utérus descend mal ou présente un trop grand volume; même dans les cas les plus simples, la septicémie ou l'hémorrhagie peuvent amener des désastres, sans compter tous les accidents qui peuvent résulter de la blessure de la vessie ou des uretères.

L'hystérectomie abdominale, mieux réglée, plus sûre, reste l'opération de choix. Sa statistique deviendra bien meilleure quand on ne la réservera plus seulement aux cas les plus graves, comme on l'a fait jusqu'ici.

Elle sera partielle ou totale, partielle pour les petits fibromes, mobiles, avec intégrité des ligaments larges ou du col utérin; totale pour les cas plus compliqués, où de grands désordres dans le tissu cellulaire pelvien sous-ligamenteux nous autoriseront à faire un drainage par la brèche vaginale, après avoir reconstitué, toutefois, dans son intégrité le péritoine pelvien.

Quant aux cancers de l'utérus, il semble démontré que les grandes interventions par la voie vaginale, aussi complètes qu'elles puissent être, n'ont pas donné de meilleurs résultats que les opérations palliatives, avec plus de dangers à courir.

M. Pozzi estime que l'hystérectomie vaginale est préférable dans les cas de fibromes au-dessous de l'ombilic, qui ne s'étendent pas trop transversalement et qu'on pourra bien abaisser. Il conseille l'amputation du col, pour donner de la place et pouvoir faire une forte prise à la partie postérieure du corps. Il préconise l'effondrement de l'utérus par hémisection antérieure. Suivant les cas, on réussira plus ou moins vite; il reconnaît que l'hystérectomie abdominale est séduisante, mais surtout au point de vue de l'opération. Pour l'épithélioma il est absolument de l'avis de M. Dubourg; on n'a que des survies de treize mois environ. Par le traitement palliatif (curage et non curetage), l'évidement, non pas avec le thermocautère, mais avec le vieux cautère olivaire de Percival-Pott, car l'action de la chaleur rayonnante tue les cellules néoplasiques et fait sélection entre les éléments, on obtient d'aussi longues survies et on n'a pas laissé d'illusion à la malade.

Cancer secondaire de l'ombilic.

MM. Demons et Verdelet (Bordeaux). — Dans le cancer de l'ombilic symptomatique d'une affection de l'estomac ou de l'intestin, il est reconnu qu'il s'agit d'un épithélioma reproduisant tous les caractères de l'intestin; au contraire, dans les cas de tumeurs secondaires aux affections utéro-ovariennes, l'examen histologique n'a pas été fait ou a donné des résultats nuls. Dans l'une de nos observations nous avons vu qu'il s'agissait d'un cancer à cellules atypiques, sans qu'il soit possible de se prononcer sur l'élément primordial. Dans l'autre, au contraire, la tumeur ombilicale reproduisait absolument les caractères des tumeurs malignes de l'ovaire.

Accidents qui se produisent du côté de l'intestin au cours de l'hystérectomie.

MM. Verdelet et Binaud (Bordeaux) présentent deux observations de fistules recto-vaginales, produites secondairement chez des malades ayant subi l'hystérectomie.

Dans le premier cas il s'agissait d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome de l'utérus. Au 3e jour, il se produisit une fistule recto-vaginale imputable à la chute d'une eschare déterminée par les pinces placées momentanément sur les tranches vaginales et les ligaments au cours de l'opération. Après quelques phénomènes septiques, la guérison se fit rien que par des moyens médicaux (injections, lavements). Dans le second cas, il s'agissait d'une hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite double. La marche de l'affection fut la même. Les auteurs insistent sur le pronostic favorable de ces accidents et leur guérison facile sans intervention nouvelle.

M. Richelot fait observer que les accidents du côté de l'intestin grêle ne doivent pas entrer dans le programme de l'hystérectomie vaginale. Ce ne sont pas les pinces à forcipressure qu'il faut accuser, mais bien leur mauvaise application. Il ne faut pas employer une pince trop longue, et il faut conduire l'instrument avec le doigt, de haut en bas du ligament large.

Action de la ligature des artères utérines dans les hémorrhagies de l'utérus.

M. Mangin a essayé ce procédé à plusieurs reprises, depuis quelques années, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° La ligature des artères utérines est une opération simple et sans danger, ne nécessitant pas la narcose, l'anesthésie par la cocaïne ou l'eucaïne B pouvant être suffisante.

2° Cette opération sera utile dans les hémorrhagies rebelles aux traitements médicaux, lorsque les lésions de la muqueuse sont insuffisantes pour les expliquer.

3° Elle fera disparaître le plus souvent les hémorrhagies des fibromes et amènera fréquemment l'atrophie de ces tumeurs, surtout lorsqu'elles sont placées au voisinage du col.

4° Elle sera une opération d'attente dans les cas graves, opération pouvant parfois devenir curative.

5° Dans les cancers du col au début, elle semble pouvoir retarder la récidive. En tous cas elle modère les hémorrhagies.

6° La seule contre-indication bien nette à cette opération est une affection des annexes.

Valeur thérapeutique des injections de spermine de cobaye chez les cancéreuses.

M. Platon (Marseille) apporte les résultats d'un essai tenté à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les injections de spermine de cobaye amènent une augmentation de poids, une amélioration de l'état général, un réveil de l'appétit. Ces injections ont été appliquées à des cancéreuses inopérables ou susceptibles d'un seul traitement palliatif. Peut-être les résultats seraient-ils meilleurs avec des extraits d'ovaire, selon la pratique de Spillmann qui a préconisé ces extraits dans la chloro-anémie des jeunes filles.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

De l'accouchement prématuré spontané.

M. Queirel (Marseille). — Sur 2082 accouchements ayant eu lieu à la Maternité, dans ces trois dernières années, on trouve 462 accouchements prématurés, soit plus du 5e, il y en a eu 207 au 8e mois, 129 au 7e mois et 126 au début du 9e mois.

C'est surtout chez les femmes qui ont travaillé durant les derniers temps de la gestation que l'on relève le plus grand nombre d'accouchements prématurés. Les professions qui paraissent le moins favorables à la bonne marche de la grossesse sont celles de journalières, domestiques, cuisinières, repasseuses, modistes, couturières, probablement à cause du travail pénible, des gaz toxiques, de l'air vicié des ateliers, de la conduite des machines à coudre et bien souvent, en outre, de la misère. C'est de 20 à 29 ans que l'on observe le plus souvent l'accouchement prématuré spontané.

La cause de beaucoup la plus fréquente est incontestablement l'insertion du placenta sur le segment inférieur, plus de la moitié des cas; viennent ensuite la syphilis et l'albuminurie.

La mortalité maternelle a été nulle; la mortalité infantile, par contre, a été effrayante. Ces 462 accouchements ont donné le jour à 468 enfants; 333 sont nés vivants, 135 sont mort-nés dont 55 macérés. 111 enfants ont succombé avant le 12e jour. La mortalité, dans les accouchements prématurés, atteint donc plus de la moitié des enfants. Une grande proportion serait sauvée si l'on avait des refuges pour les femmes enceintes.

Un cas d'éclampsie sans albuminurie.

Mme Ginsburg (Valincolle, Basses-Alpes) a été appelée, auprès d'une primipare de 37 ans, entrée en travail la veille au soir; depuis 8 heures il y avait cessation complète des douleurs et apparition de crises d'éclampsie. Mme Ginsburg fait chloroformiser la malade puis, avec le forceps Tarnier, elle extrait successivement deux enfants qui viennent en état de mort apparente. Dans les urines de cette femme on n'a pas trouvé d'albuminurie. La grossesse avait été normale, sauf quelques douleurs de tête dans le dernier mois.

Au mois de février 1898 cette femme vint la consulter parce qu'elle était enceinte de 6 mois. On lui prescrivit le régime lacté absolu pendant les 6 semaines qui devaient précéder l'accouchement. Celui-ci fut normal et facile.

Hérédité de la grossesse gémellaire.

M. Lop (Marseille). — Sur 82 observations, l'hérédité fait défaut 47 fois; l'hérédité maternelle directe s'est rencontrée 13 fois; dans le reste des cas, on trouve l'hérédité paternelle ou encestrale.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Bessonnet (René). *Essai sur les hallucinations conscientes.*
M. Dorliat (Alexis). *Contribution à l'étude de la neurasthénie envisagée spécialement au point de vue de son étiologie et de ses rapports avec la médecine légale.* N° 601. (Maloine.)

On peut avec M. Bessonnet diviser les hallucinations conscientes en trois groupes : α) les hallucinations très nettement conscientes.

ρ) Les hallucinations où l'individu doute pendant un certain temps de la réalité objective de ses fausses perceptions et finit par en avoir conscience.

γ) Les hallucinations où le sujet, après avoir eu conscience de ses sensations illusoires, finit par admettre leur réalité.

Dans le premier groupe, on trouve : les hallucinations qui se rencontrent chez ces prédisposés relativement normaux au point de vue mental, les hallucinations hypnagogiques, les hallucinations observées au cours des fièvres graves, des congestions et de certaines intoxications, par le haschich, le datura, etc.

Dans le second groupe, on trouve les hallucinations des dégénérés héréditaires, de certains alcooliques.

Dans le troisième groupe on trouve les hallucinations qui se rencontrent à la première période de l'aliénation mentale.

Lorsque les hallucinations précèdent le délire elles peuvent être conscientes; si le délire est la cause des hallucinations, elles ne sont jamais conscientes.

Les hallucinations des divers sens ne créent pas en nous des tendances de même intensité à croire à la réalité de leur objet. On peut les classer à ce point de vue dans l'ordre suivant : vue, ouïe, odorat, toucher, goût, sensibilité générale.

Les hallucinations conscientes ont en général un pronostic favorable, elles peuvent être cependant la première manifestation d'une psychose grave.

M. Dorliat énumère les causes diverses et nombreuses de la neurasthénie et montre qu'à côté des neurasthéniques passagers, qui ne sont que des affaiblis cérébraux momentanés, il y a des neurasthéniques graves, or l'on peut considérer la névrose comme un stigmate de dégénérescence, marquant l'épuisemenf héréditaire du système nerveux. Pour lui chez ces malades la neurasthénie confine à la folie et les symptômes secondaires y prennent parfois une importance supérieure aux stigmates proprement dits.

Au point de vue social, ce qui caractérise le neurasthénique, c'est son indétermination, l'absence ou la diminution des manifestations volontaires. Cette aboulie peut dans certains cas conduire à une certaine atténuation de la responsabilité.

Dans la majorité des cas, cependant, la responsabilité du neurasthénique reste entière, et ce n'est que dans les formes vésaniques qu'il y a lieu de tenir compte de la neurasthénie en médecine légale. La fréquence de la neurasthénie entre, pour une large part, dans l'augmention des suicides.

Pour l'auteur, dans la neurasthénie traumatique, lorsque le médecin expert a pu établir nettement son origine, la responsabilité civile des auteurs de l'accident est certaine et a déjà été confirmée par les jugements antérieurement rendus. Il est à regretter cependant, que, dans certains cas, il puisse y avoir une trop grande disproportiou entre l'indemnité reçue et la gravité des accidents, soit que l'indemnité soit insuffisante ou au contraire que la condamnation soit excessive. Cela vient de la difficulté, l'impossibilité même de porter un pronostic. Peut-être serait-il désirable qu'une nouvelle disposition législative intervînt pour établr les conditions d'un recours secondaire ou, au contraire, pour permettre de revenir sur une condamnation trop excessive.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 Novembre 1898.

Fracture du crâne; plaie du cerveau.

MM. Robert Lœwy et **Raoult** présentent le cerveau et le crâne d'un homme qui fut frappé d'un coup de barre de fer à la tête et entra en plein coma dans le service de M. Le Dentu. Au bout de trois jours, il reprit connaissance, et l'on constata une hémiplégie droite. Le malade mourut neuf jour jours.

A l'autopsie on trouva du côté gauche du crâne une ouverture très étendue, et, au-dessous, une plaie du cerveau intéressant presque toute l'étendue de la partie antérieure de la face

externe de l'hémisphère gauche. Il y avait d'autre part, fracture de la gouttière latérale, sans hémorrhagie du sinus.

Cancer primitif du bassinet.

MM. Toupet et **Paul Guéniot** montrent un cancer primitif de l'uretère à deux foyers, l'un à la naissance du conduit, où l'on note une série de bourgeons faisant saillie dans le bassinet; l'autre à quelque distance de sa terminaison dans la vessie. Le rein est transformé en une poche remplie de liquide hématique.

Au microscope, il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Ils l'ont trouvé chez une femme de quatre-vingt-neuf ans, qui accusait des douleurs dans le ventre, avec irradiations vers la cuisse, et présentait, à l'exploration, une tumeur lombaire rétropéritonéale, de consistance kystiqve.

M. Letulle fait remarquer que le foyer cancéreux primitif a dû être le supérieur; il s'agit d'un épithélioma du bassinet, avec greffe secondaire de cellules néoplasiques à la partie inférieure de l'uretère. Si le foyer inférieur avait été le premier, on constaterait une distension infundibuliforme de l'uretère, et non une dilatation cylindroïde comme celle que l'on observe ici.

Cancer et kyste du pancréas.

MM. Bacaloglu et **Trémolières** apportent un cas de cancer primitif de la totalité du pancréas, ayant déterminé une obstruction du cholédoque et les signes de l'ictère chronique par rétention, chez un malade de soixante-dix ans, à qui l'on pratiqua la cholécystostomie.

On constate des noyaux secondaires dans le foie, et, d'autre part, une poche kystique de la queue du pancréas, remplie d'une substance crayeuse.

Squirrhe du sein généralisé à la dure-mère.

M. Bacaloglu apporte les pièces de l'autopsie d'une femme atteinte de squirrhe atrophique du sein, qui présenta une généralisation de son cancer dans les viscères, et, en particulier, à la face interne de la dure-mère qui était tapissée de bourgeons néoplasiques, sans que, pendant la vie, on ait noté de phénomènes de compression cérébrale. A la base du crâne, il y avait, sur le rocher droit, des masses cancéreuses qui englobaient le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le facial et l'auditif. Cette lésion se traduisait cliniquement par une paralysie presque complète des muscles de l'œil et de la face; l'ouïe, du côté droit, était abolie.

Sur la face externe de l'os frontal, il y avait quelques bourgeons aplatis, qui auraient pu faire penser à des gommes syphilitiques.

Greffe de la peau sur la muqueuse vésicale.

M. R. Marie a remplacé, chez le chien, un fragment de muqueuse vésicale par un morceau de peau de la paroi abdominale, et a sacrifié l'animal au bout de trois semaines. Il a trouvé le lambeau cutané greffé absolument intact.

Les différents éléments de la peau étaient conservés et vivants; on constatait les poils qu'on n'avait que rasés lors de l'opération, avaient légèrement poussé. Le derme était parsemé de cellules inflammatoires, et, à sa face profonde, de cellules géantes provenant peut-être des cellules adipeuses, suivant un processus spécial sur lequel l'auteur reviendra ultérieurement.

Cancer de l'estomac avec ascite prise pour une rétention d'urine.

M. Le Fur apporte un cancer de l'estomac avec très petite lésion végétante du côté de la muqueuse gastrique et grosse masse bourgeonnante en dehors de la petite courbure dans le petit épiploon.

L'affection s'était manifestée par de l'ascite, et, comme le malade, âgé de quatre-vingts ans, n'urinait pas, on avait songé à une rétention d'urine d'origine prostatique. La ponction sus-pubienne fût pratiquée d'urgence.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 Novembre 1898.

Recherches sur les lésions des centres nerveux produites par l'hyperthermie expérimentale.

M. G. Marinesco. — On peut diviser les lésions produites par l'hyperthermie expérimentale en 3 groupes, suivant que la température a été plus ou moins élevée et sa durée plus ou moins longue.

Dans un premier groupe d'expériences, les animaux sont gardés à l'étuve, pendant 40 minutes, à 47°; la lésion de la cellule nerveuse affecte la forme d'une désintégration ou d'une chromatolyse périphérique; les éléments périnucléaires et leurs noyaux sont d'apparence à peu près normale et les prolongements de la cellule ne sont pas colorés. Ces altérations sont réparables.

Dans un second groupe de faits, les animaux sont mis à l'étuve de 45 à 50 minutes, et la température oscille aux environs de 45°. Le corps cellulaire et les prolongements de la cellule sont colorés d'une façon diffuse; la périphérie est pâle et ses éléments chromatophiles sont fondus au centre et mal individualisés.

Dans un 3e groupe de faits, les animaux sont maintenus plus d'une heure à une température inférieure à 45°; l'opacité du protoplasma cellulaire est telle qu'il est presque impossible d'en étudier la structure fine.

L'élément artificiel de la température détermine dans la structure de la cellule nerveuse des modifications dans la constitution des substances albuminoïdes qui relèvent en grande partie de la coagulation.

On ne peut attribuer à la fièvre toutes les lésions qu'on trouve dans le système nerveux des fébricitants; d'autres facteurs interviennent dans leur production.

Sur les lésions précoces des centres nerveux dans la rage.

M. V. Babes. — Dans la rage expérimentale, le siège principal des lésions est dans le bulbe et dans les cornes antérieures de la moelle épinière.

Des dernières recherches de l'auteur, il résulte que la rage produit des lésions vasculaires et cellulaires de la substance grise, notamment une hypérémie, une leucocytose, une prolifération vasculaire et une diapédèse, de même que des lésions particulières des cellules nerveuses qui sont déjà manifestes 1 ou 2 jours avant l'apparition des premiers symptômes rabiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 Novembre 1898.

De la non-spécificité des colibacilles des infections gastro-intestinales des jeunes enfants.

M. P. Nobécourt. — Etant donné le caractère épidémique que revêtent les diarrhées infantiles pendant la saison chaude, on doit se demander si, dans les cas où ces diarrhées paraissent dues à des colibacilles virulents, ces colibacilles ne se différencient pas des colibacilles vulgaires de l'intestin, ou, au contraire, appartiennent à une race spéciale, spécifique.

La connaissance du phénomène de l'agglutination a permis d'aborder la solution du problème avec des méthodes nouvelles. Avec M. Widal, nous avons montré, l'année dernière, par des mensurations exactes du pouvoir agglutinatif, qu'il existe des différences considérables entre des colibacilles de provenances diverses. Continuant ces expériences dans le service du professeur Hutinel, à l'hospice des Enfants-Assistés, nous avons recherché si la séro-réaction permettait de différencier ou au contraire d'identifier les colibacilles virulents des infections gastro-intes-

tinales des jeunes enfants. Cette étude nous a conduit aux conclusions suivantes :

1° Dans les infections gastro-intestinales aiguës, le sérum du malade n'acquiert pas la propriété d'agglutiner le colibacille virulent isolé des selles, comme le prouvent des examens répétés quotidiennement pendant tout le cours de la maladie. Au contraire, dans des infections à colibacilles non virulents, on peut constater une agglutination légère de ces colibacilles. Le sérodiagnostic de ces infections gastro-intestinales n'existe donc pas, comme l'a constaté d'ailleurs récemment Escherich.

2° Avec les sérums expérimentaux, obtenus en inoculant des animaux avec ces mêmes colibacilles, on constate l'existence de la réaction agglutinante de ces sérums vis-à-vis les échantillons de colibacilles infectants, et il est facile d'en déterminer le taux par des mensurations. Mais ces sérums sont sans action sur d'autres échantillons de colibacilles isolés dans d'autres cas de diarrhées infantiles, dans le même temps et dans le même lieu. On ne saurait donc se baser, contrairement à l'opinion émise l'année dernière par M. Lesage, sur une communauté d'agglutination, pour établir l'existence d'une race de colibacilles spécifiques des infections gastro-intestinales des jeunes enfants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 Novembre 1898.

Traitement du tétanos par le sérum antitétanique.

M. Reclus lit deux observations envoyées par **M. Bousquet** (de Clermont-Ferrand), et qui ont trait la première à un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique, avec amputation du doigt, siège de la lésion infectante. La mort survint le soir même de l'intervention.

Le second cas concerne également un cas de tétanos, observé le 6e jour : la thérapeutique a consisté en chloral et en injections sous-cutanées répétées de sérum antitétanique. La guérison est survenue.

M. Beurnier communique une observation de tétanos traité par l'injection de sérum antitétanique. Il fut d'abord pratiqué une ponction lombaire, donnant issue à 10 grammes de liquide céphalo-rachidien, et une injection, par cette voie, de sérum antitétanique. Quelques heures après 8 grammes de sérum furent injectés dans les lobes cérébraux. La mort survenait 48 heures après. L'autopsie n'a permis de relever aucun fait important.

M. Villon (de Versailles) est intervenu dans deux cas.

Le premier cas a trait à un tétanos consécutif à une amputation de jambe pour gangrène. Le tétanos apparut, et, en même temps, la plaie de l'amputation suppura; dans le pus, on ne trouva pas le bacille de Nicolaïer. Ce malade subit une amputation de cuisse, une injection intra-cérébrale de 14 cm. cubes et 9 injections espacées de sérum antitétanique sous la peau. La guérison survint.

Dans le second cas, il s'agissait d'un tétanos compliquant une fracture comminutive du métatarse avec plaie. On fit une injection intra-cérébrale et, en outre, en plusieurs fois, 150 cm. cubes de sérum antitétanique furent injectés sous la peau. Le malade a guéri.

Les injections intra-cérébrales ont été faites dans les 8 premières heures de l'apparition du tétanos.

De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse.

M. Quénu relate les deux observations suivantes de péritonite tuberculeuse, compliquée d'accidents d'occlusion intestinale.

Dans le premier cas, l'occlusion fut le premier signe de la péritonite tuberculeuse. Il s'agit d'une femme opérée pour salpingo-ovarite double enkystée, très adhérente, mais sans traces de généralisation péritonéale. Cette intervention avait été suivie de succès : 5 mois après apparaissaient des symptômes d'occlusion intestinale aiguë qu'on crut due à des brides. Une incision dans la fosse iliaque droite fit reconnaître une poussée de tuberculose péritonéale. On referma le ventre et tous les symptômes d'occlusion disparurent. Le malade succomba à l'évolution de la péritonite tuberculeuse.

Dans le second cas, il s'agit d'une petite fille de 12 ans, qui fut prise brusquement d'accidents péritonéaux rapportés à une appendicice aiguë. On pratiqua l'incision classique de l'appendicite et on trouva du liquide et des granulations tuberculeuses dans le péritoine. Tous les accidents cessèrent immédiatement, mais, au bout de 48 heures apparurent des symptômes de méningite qui emportèrent la malade 2 jours après.

M. Brun cite deux cas qui montrent que la péritonite tuberculeuse donne parfois naissance à des symptômes péritonéaux aigus ne permettant pas de faire un diagnostic exact.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 7 à 8 ans, entré à l'hôpital avec des symptômes de péritonite sous-hépatique. On fit la laparotomie à droite et on trouva une éruption granulique limitée à la partie droite de l'abdomen. Il y avait un peu d'ascite. Une amélioration subite survint, l'enfant guérit et est resté en bon état de santé depuis 18 mois, date de l'intervention.

Dans le second cas, il s'agissait d'une enfant que l'on croyait atteinte de maladie d'Addison : brusquement elle fut prise de symptômes péritonéaux très graves qui firent songer à une péritonite par perforation appendiculaire.

A l'ouverture de l'abdomen on tomba sur une péritonite tuberculeuse et on trouva, au milieu d'anses intestinales recouvertes de granulations récentes, des noyaux caséeux anciens. L'enfant guérit et l'est restée après un séjour à Berck.

M. Nimier signale l'évolution aiguë de certains cas de péritonite tuberculeuse. Il est intervenu une fois dans ces conditions : son malade n'a survécu que 6 semaines. Il s'agissait d'un adulte atteint de péritonite bacillaire compliquée de lésions pulmonaires.

M. Ferraton a rapporté un autre cas de péritonite tuberculeuse aiguë traitée par la laparotomie et qui, cette fois fut suivie de guérison.

Cystotomie sus-pubienne pour corps étranger de la vessie.

M. Richelot lit un rapport sur une observation envoyée par **M. Malapert** (de Poitiers), où il s'agit d'une cystotomie sus-pubienne pratiquée pour l'extraction d'une sonde en caoutchouc rouge introduite en entier dans la vessie.

Nouveau procédé de traitement des cystites chroniques.

M. Bazy décrit un nouveau procédé de traitement des cystites chroniques, basé sur le fait physiologique suivant : toutes les fois qu'on injecte dans la vessie un liquide moins dense que l'urine, ce liquide n'est expulsé qu'en dernier lieu, après l'urine. Par conséquent, si on introduit dans la vessie de l'huile chargée d'un principe médicamenteux, le malade, en surveillant son jet, pourra conserver le topique, tout en expulsant son urine.

Ainsi, contre la cystite tuberculeuse, M. Bazy recommande d'injecter 20 à 30 grammes d'huile de vaseline iodoformée à 1/20. Le malade peut continuer à uriner, mais il a soin d'arrêter la miction dès que l'huile apparaît. Il a vu ainsi des patients conserver deux, trois, quatre et cinq jours leur topique médicamenteux dans la vessie, et, dans une autopsie de cystite compliquée de pyélite, il a pu retrouver, quinze jours après l'injection, de l'iodoforme dans les voies urinaires, et jusque dans le bassinet où il était remonté.

Ce traitement donne des résultats palliatifs excellents.

M. Peugniez (d'Amiens) présente un malade auquel il a pratiqué une série d'interventions pour une pseudarthrose de l'humérus. La première opération a consisté dans l'enchevillement des fragments par une cheville d'ivoire. La dernière, qui a seule réussi, a consisté en une suture largement avivée des fragments.

M. Robert montre un malade porteur d'une lésion considérée par M. Poncet comme actinomycosique. Il n'y a pas d'actinomyces dans le pus.

M. Legueu présente une malade à laquelle il a pratiqué, sans inconvénient, la ligature de l'iliaque primitive d'un côté et

la ligature de l'iliaque externe de l'autre côté, au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer.

M. Pierre Delbet montre un malade auquel il a pratiqué une amputation ostéoplastique de jambe. Le résultat est excellent.

M. Picqué montre un gros paquet d'épiploon qu'une folle s'était arraché après s'être ouvert l'abdomen. Après intervention, la malade a guéri.

M. Ricard présente un appendice et des annexes qu'il a enlevés à une même malade. Il y avait coexistence des deux affections, mais les deux organes n'étaient pas en contiguïté.

M. Potherat montre un polype naso-pharyngien qu'il a enlevé par la voie palatine avec l'anse galvanique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Novembre 1898.

Discussion sur la gastro-entérite aiguë des nourrissons.

M. Marfan fait remarquer que la théorie de M. Lesage, sur l'origine endogène du choléra infantile s'appuie principalement sur ce fait à savoir que des enfants prenant du lait aseptique peuvent contracter le choléra infantile. Or, d'après M. Marfan il est assez difficile d'affirmer qu'un enfant n'a pris que du lait aseptique. En second lieu, il peut y avoir des infections dont la source n'est pas dans le lait. En portant ses doigts à la bouche, en suçant son pouce, l'enfant peut introduire dans son tube digestif des produits septiques et l'infecter ainsi.

Mais d'un autre côté M. Marfan, malgré les réserves précédentes, pense, comme M. Lesage, que le choléra infantile peut se développer chez un enfant nourri au lait stérilisé. Cette hypothèse est fondée sur ce que, dans ce cas, la stérilisation avait été tardive, que 16 heures s'étaient écoulées entre la traite et le chauffage. Pendant ce laps de temps, surtout pendant l'été, les microbes pullulent abondamment et peuvent élaborer des toxines que la chaleur ne détruisait pas toujours.

Quant au rôle du colibacille, M. Marfan est porté à penser que le bacterium coli, qui intervient, en effet, très fréquemment, n'intervient que secondairement, par auto-infection, lorsqu'un autre microbe ou une action toxique lui ont préparé les voies.

M. Barbier a observé, comme M. Marfan, une toxicité du contenu intestinal des entérites, surtout dans les diarrhées vertes, à teinte bleu vert. Il filtre les matières diarrhéiques sur un simple papier à filtre et l'inocule dans le système veineux du lapin. Il a pu ainsi observer des selles qui étaient d'une toxicité remarquable. La méthode de M. Lesage, qui consiste à filtrer sur bougie Chamberland et à inoculer sous la peau le liquide filtré, paraît une méthode insuffisante, car on laisse de côté ce qu'il y a sur le filtre.

M. Widal demande à M. Lesage si, pour lui, le pouvoir agglutinatif peut servir à différencier, chez le même enfant, les diverses races de microbes coliformes qui se trouvent dans les entérites?

M. Lesage ne croit pas, vu la variabilité de l'agglutination, que cette méthode puisse servir beaucoup dans l'étude des entérites. L'agglutination lui paraît un fait accessoire, qui n'a rien à voir avec les autres questions de l'infection et de l'intoxication.

Deux cas de spondylose.

M. Milian présente deux hommes atteints d'ankylose vertébrale, l'un âgé de 48 ans, l'autre de 43 ans.

Chez tous deux l'ankylose immobilise la tête en une position telle que le menton vient presque toucher le sternum, et que le malade est condamné à regarder perpétuellement son abdomen. Il y a, de plus, aplatissement du thorax dans le sens antéro-postérieur avec atrophie de ses muscles et ankylose de ses petites articulations. Il en résulte que le type respiratoire est devenu abdominal.

Le premier malade est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout; il y a, de plus, hypertrophie uniforme, mais considérable, de tout le squelette, sauf de la tête, des mains et des orteils. Pas de troubles accentués du système nerveux ni des autres appareils; anémie très marquée sans éléments figurés anormaux. Pas d'altérations des articulations des membres.

Ce malade reproduit assez bien le type de la maladie décrite récemment par M. Pierre Marie, sous le nom de « spondylose rhizomélique ». Mais, ici, l'ankylose des racines des membres n'est qu'apparente et l'hypertrophie osseuse n'a pas été signalée dans l'observation de M. Marie. Il ne s'agit pas non plus d'acromégalie. A cause de l'hypertrophie osseuse générale, l'auteur pense qu'il s'agit d'une maladie de Paget.

Le deuxième malade peut encore se tenir debout. La colonne vertébrale et le thorax sont seuls atteints. Etant donné le tempérament migraineux du sujet, sa légère obésité, une hydarthrose antérieure, les craquements qu'on observe dans les autres articulations, il pourrait peut-être s'agir de rhumatisme chronique, quoiqu'il n'y ait pas de déformations des doigts ni des orteils. Le sang de ce malade ne présente pas d'altérations notables (Dominici).

Oreillons sous-maxillaires et dermatite herpétiforme d'origine iodo-potassique.

M. Danlos. — Il s'agit d'un malade de 50 ans atteint de prurigo, légèrement artério-scléreux, sans polyurie ni albuminurie. Ayant éprouvé quelques fourmillements dans le bras gauche, accompagnés de douleurs légères dans le côté droit de la tête, ce malade fut soumis à l'iodure de potassium. Il en prit un premier jour 50 centigrammes, le lendemain 1 gramme, le surlendemain 50 centigrammes. Or, dès le lendemain de la première prise, il sentit son cou se gonfler. Le 3e jour la région sus-hyoïdienne, très tuméfiée, avait absolument l'apparence qu'elle aurait prise en cas d'oreillons limités aux glandes sous-maxillaires. La suppression de l'iodure amena celle du gonflement. Deux fois, à 8 jours de distance, la reprise du médicament détermina de nouveau la tuméfaction des glandes sous-maxillaires, mais à un degré beaucoup moins prononcé que la première fois.

Un second malade, variqueux, ancien syphilitique, fut mis pour la première fois, au début de septembre dernier, à l'usage de l'iodure à la dose de 3 grammes par jour. Huit à dix jours après, il ressentit des démangeaisons très vives et vit se développer une éruption érythémato-bulleuse disséminée. Malgré la suppression de l'iodure, le prurit resta très violent et les poussées érythémato-bulleuses continuèrent à se produire pendant plus de six semaines. Ce temps écoulé, soit spontanément, soit sous l'influence de l'arséniate de soude, elles s'espacèrent, diminuèrent et finirent par disparaître complètement.

Cette persistance prolongée des poussées éruptives sépare ce fait des cas d'érythème polymorphe d'origine iodurée et le rattache à la dermatite herpétiforme aiguë. Ce cas est, jusqu'à présent, unique.

Infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie.

MM. Duffocq et **Lejonne** rapportent une observation de pneumonie remarquable par la multiplicité des déterminations pneumococciques, d'abord dans le poumon lui-même, qui a présenté neuf foyers successifs de pneumonie et de congestion pulmonaire, puis dans le reste de l'organisme où l'on put, pendant la vie et après la mort, découvrir cinq localisations pneumococciques extra-pulmonaires, à savoir une arthrite suppurée de l'épaule gauche, un abcès prélaryngien, un engorgement des ganglions inguinaux et cruraux, une psoïte suppurée et enfin une méningite terminale.

Dans ces divers foyers, sauf pour la psoïte et l'engorgement des ganglions qui ne purent être examinés à ce point de vue, les auteurs ont constaté la présence de nombreux pneumocoques sous le triple contrôle de l'examen direct, des cultures et de l'inoculation à la souris.

Enfin, fait important qui explique toutes ces disséminations microbiennes, M. Duflocq a pu déceler, par les cultures et l'inoculation à la souris, la présence du pneumocoque dans le sang puisé dans une veine du pli du coude pendant la vie du malade.

C'est la deuxième fois que M. Duflocq constate par la même méthode la présence du pneumocoque dans le sang pendant la vie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Novembre 1898.

Manifestations gastriques de l'urémie.

M. Soupault. — Les accidents gastriques, les dyspepsies ne sont pas rares au cours des néphrites; ils peuvent affecter différentes formes cliniques que l'on peut cependant rattacher à deux types principaux : un type affectant la forme du syndrome dyspeptique flatulent, un autre type affectant la forme du syndrome atonie gastro-intestinale. Les malades qui sont le plus souvent atteints sont les artérioscléreux.

La pathogénie de ces accidents n'est pas unique; souvent ils sont dus à l'élimination de l'urée par la muqueuse digestive; mais, dans la majorité des cas, ce sont, je crois, des accidents d'auto-intoxication.

Quelques usages de l'acide lactique en gynécologie.

M. P. Dalché, en se basant sur la teneur en acide lactique des sécrétions vaginales, admet que cet acide est un antiseptique naturel pour la cavité vaginale. Partant de ce fait, il a employé les lavages avec une solution d'acide lactique à 3 p. 100 dans la leucorrhée et a obtenu la disparition ou la diminution notable de l'écoulement. Il s'est servi également, pour toucher le col et la cavité cervicale, soit d'acide lactique étendu de moitié d'eau, soit de tampons imbibés du mélange suivant :

Acide lactique	3 gr.
Glycérine	100 gr.

Ces attouchements n'ont pas été douloureux et n'ont amené aucun accident.

Dans la leucorrhée, les résultats ont été bons : la leucorrhée a été diminuée dans presque tous les cas. Dans la métrite, les résultats ont été variables ; les résultats ont été surtout excellents dans la métrite chronique où le col utérin est pâle et blafard.

Le strophantus principe actif du laurier-rose.

M. Bardet appelle l'attention de la Société sur une note communiquée par MM. **Dubigoudoux** et **Durieu** relative à la composition du latex du laurier-rose, si commune en Algérie. L'après ces auteurs, le principe actif du laurier-rose ne serait autre que la strophantine.

Injections sous-cutanées de solutions salines.

M. Camescasse développe cette idée que c'est à tort qu'on s'adresse à l'eau salée à 5 p. 1000 pour réaliser le lavage du sang; la dialyse cherchée exige précisément que le liquide interstitiel soit à un degré de concentration moléculaire inférieur à la molécularité des éléments nobles de nos tissus. Pour diluer le liquide interstitiel, il faut introduire de l'eau simple. Mais, pour cette introduction, il faut s'abstenir de la voie veineuse, voire même de la voie hypodermiques; la voie la meilleure est la voie rectale, quand la voie buccale ne peut être utilisée.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 8 Novembre 1898.

Rétrécissement congénital du gros intestin.

M. de Richemond montre un petit malade de 2 ans 1/2 entré dans le service de M. Moussous avec une distension considérable de l'abdomen. D'après les renseignements fournis par le père, l'enfant dès sa naissance et jusqu'au 3e mois aurait rendu son méconium d'abord, puis ses matières fécales par la bouche. Les évacuations anales sont rares et difficiles, malgré de nombreux purgatifs et des irrigations intestinales. Néanmoins, l'enfant se développa normalement, mais son abdomen devint énorme; de temps en temps l'enfant se couche à plat ventre, se faisant ainsi un massage forcé de l'intestin qui lui fait évacuer des gaz par la bouche et l'anus; à la suite de ce massage, le ventre reprenait son volume normal, mais ne tardait pas à redevenir énorme.

Actuellement, sa circonférence est de 82 centimètres, à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. La palpation fait dessiner à la surface de la peau le côlon ascendant et transverse énormément distendu. Une sonde uréthrale n° 21, introduite de 25 centimètres, n'amène l'évacuation d'aucun gaz, il a fallu, pour en diminuer le volume, ponctionner l'intestin en deux points avec une aiguille capillaire. On a extrait ainsi 3 lit. 500 de gaz, qui contenaient surtout de l'acide carbonique.

On a donné de l'eau de chaux au malade, mais sans grand résultat. Malheureusement, le père de l'enfant ne voulut point le laisser à l'hôpital, où M. Binaud lui proposait une intervention chirurgicale exploratrice et curatrice (laparotomie après ponction capillaire de l'intestin et ablation de l'obstacle). Il semble, en effet, que la cause de cette pneumatose soit un rétrécissement congénital du gros intestin, situé à plus de 25 centimètres de l'anus, à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque, laissant passer les matières, mais non les gaz.

M. Binaud, quand il vit l'enfant, s'était demandé s'il s'agissait bien d'un rétrécissement congénital de l'intestin ou bien d'une de ces faiblesses congénitales de la paroi intestinale qui amènent des ptoses généralisées. C'est ainsi qu'il conseilla la ponction capillaire pour amener le retrait de la paroi; mais la palpation, pratiquée alors, ne donna encore aucun résultat.

Ostéotomie du radius pour cal vicieux chez un enfant.

M. Binaud présente un garçon de 13 ans qui fit, il y a 3 mois, une chute sur l'avant-bras droit; un pharmacien, qui se chargea du traitement, conclut à une simple foulure. Le bras était consolidé en position vicieuse quand le garçon fut amené le 5 octobre à l'hôpital des Enfants.

Le fragment supérieur du radius faisait un angle très accentué avec le fragment inférieur. L'ostéoclasie n'ayant pas été possible, on arriva sur le foyer de la fracture par une incision menée entre le grand palmaire et le long supinateur, et une résection trapéziforme fut faite avec l'ostéotome de Mac-Ewen; la fracture réduite se consolida rapidement sous un appareil plâtré, sans suture osseuse.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

ROYAL MEDICAL AND CHIRURGICAL SOCIETY

Séance du 22 Novembre 1898.

Suppuration non tuberculeuse de la hanche.

M. E. Owen attire l'attention sur une forme particulière d'arthrite de la hanche, arthrite aiguë suppurée qui doit être nettement différenciée de la coxalgie tuberculeuse.

Cette arthrite suppurée aiguë dont M. Owen a observé 4 cas chez des enfants et des jeunes gens, est causée par l'invasion de l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur, par les microorganismes habituels de l'ostéomyélite. Comme l'extrémité supérieure de la diaphyse fait partie de l'articulation de la hanche, il s'en suit que cette ostéomyélite se complique régulièrement d'arthrite suppurée de la hanche.

Ce qui caractérise cette arthrite c'est son début brusque, la marche aiguë et une gravité toute particulière des symptômes.

Souvent elle éclate après un traumatisme ou une maladie générale, laquelle maladie en affaiblissement la vitalité des sinus a pu ainsi favoriser l'invasion des microorganismes pyogènes. Si le diagnostic exact n'est pas posé et si l'affection n'est pas traitée convenablement, elle peut se terminer par la septicémie et la mort.

Le traitement doit consister dans la large ouverture de l'articulation suivie d'ablation de l'épiphyse et des parties malades de la diaphyse. Les lavages antiseptiques et le drainage de l'articulation amèneront la guérison.

M. W. G. Spencer a observé trois cas de cette arthrite qui avait frappé une fois la hanche, une fois le genou et une fois le coude. Il estime que si le diagnostic est fait de bonne heure, l'arthrotomie simple peut suffire pour amener la guérison, sans qu'il soit nécessaire de faire encore des résections osseuses. La trépanation de l'os peut suffire dans les cas où il y aurait une thrombose des canaux de Havers.

M. F. C. Wallis cite l'observation d'un enfant de 18 mois chez lequel à la suite d'un traumatisme de la hanche gauche s'était développée une tumeur fluctuante dans l'abdomen et une tuméfaction autour de l'articulation traumatisée. La laparotomie a permis d'évacuer trois quarts de pinte de pus et de constater que la tête du fémur après avoir perforé l'acétabulum avait passé dans l'abdomen.

M. C. Golding-Bird a eu l'occasion d'intervenir chez un garçon de 8 ans chez lequel, à la suite d'un traumatisme, se manifestèrent les symptômes d'une arthrite suppurée de la hanche. L'arthrotomie suivie de lavage et de drainage de l'articulation amena rapidement la guérison.

M. Stuart Mac Donald a observé un garçon dont les symptômes furent d'abord attribués à une arthrite rhumatismale de la hanche; l'arthrotomie ayant donné issue à du pus contenant des staphylocoques et des diplocoques on fit une injection de sérum antistreptococcique. L'enfant succomba 14 heures après l'opération avec une élévation considérable de la température.

A l'autopsie on trouva un épanchement purulent dans l'articulation de la hanche. Le périoste du col du fémur était épaissi et décollé, celui de la diaphyse et la diaphyse elle-même étaient normaux. La rate, les reins et le sang pris au cœur renfermaient des staphylocoques.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance des 11 et 18 Novembre 1898.

Traitement du lupus érythémateux par les rayons de Röntgen.

M. Schiff a montré un malade qui présentait un lupus érythémateux occupant presque toute la moitié gauche de la face, et qui fut traité par les rayons de Röntgen à l'action desquels fut exposée la partie malade. Au bout de 2 mois de ce traitement, le lupus disparaît presque complètement en laissant à sa place une peau lisse, légèrement pigmentée.

M. Schiff croit que l'effet thérapeutique des rayons de Röntgen doit être produit par l'action chimique de la radiation spéciale.

M. Kaposi explique l'action de ces rayons par l'hypérhémie des tissus et la dégénérescence des éléments inflammatoires qu'ils provoquent.

Gangrène du pénis.

M. Lang a communiqué l'observation d'un homme de 27 ans atteint d'une gangrène du scrotum et du pénis. Après l'élimination des eschares, le scrotum conserva sa forme normale. Mais pour éviter la formation d'un tissu rétractile au niveau de la peau du pénis, M. Lang fit une série de greffes avec des lambeaux pris à la peau du ventre. L'autoplastie a réussi et le malade est aujourd'hui guéri, avec un pénis dont les érections s'effectuent normalement.

Myosite hémorrhagique des gastrocnémiens.

M. Schlesinger a présenté un malade chez lequel, à la suite d'une rupture de varices, s'était développée une tuméfaction inflammatoire diffuse de la face postérieure de la jambe droite, puis de la jambe gauche. Lorsque les phénomènes inflammatoires se furent dissipés, on constata l'existence d une tuméfaction diffuse des muscles jumeaux, et la biopsie montra qu'il s'agissait d'une myosite hémorrhagique avec dégénérescence cirrheuse des fibres muscles.

Comme ce malade présente, en même temps, des palpitations sans qu'à l'auscultation on entende le moindre bruit anormal, M. Schlesinger se demande si ce sujet n'est pas atteint en même temps d'une myosite de son muscle cardiaque.

Ulcérations bucco-pharyngiennes dans la syphilis héréditaire.

M. Ebstein a montré une fillette de 8 ans qui, à côté des stigmates de la syphilis héréditaire (opacités des cornées, effondrement du nez, rhinite purulente, fissures labiales, etc.), présente une série d'ulcérations des muqueuses buccale et naso-pharyngienne, qui se sont développées dans l'espace de 15 jours. Le pharynx est transformé en une vaste ulcération qui remonte jusqu'au naso-pharynx et descend jusqu'à l'épiglotte.

Paraplégie consécutive à une réduction de luxation congénitale de la hanche.

M. Schlesinger a communiqué l'observation d'une fillette qui, à la suite de la réduction non sanglante d'une luxation bilatérale de la hanche, a présenté de l'incontinence de l'urine et des matières fécales pendant 5 jours, puis une paraplégie complète avec anesthésie. Aujourd'hui encore, les membres inférieurs sont presque complètement paralysés et présentent une anesthésie qui remonte jusqu'au bassin.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 11 Novembre 1898.

Malformations cardiaques.

M. Vandervelde présente le cœur d'un enfant de 3 mois sur lequel il n'a pu avoir aucun renseignement clinique; tout ce qu'il sait, c'est que ce sujet est mort d'une broncho-pneumonie double. Le cœur, qui pèse 35 grammes, présente les anomalies suivantes :

1° Absence de sillon interventriculaire.

2° Epaisseur égale des parois des ventricules.

3° L'origine de l'aorte se trouve au-devant de celle de l'artère pulmonaire;

4° Les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité : la cloison interventriculaire n'existe pas; elle est remplacée, à la partie moyenne de la face postérieure, par une crête musculaire verticale.

5° Les divers orifices, d'ailleurs normaux comme structure, sont modifiés dans leurs dispositions par suite de l'agénésie de la cloison interventriculaire.

6° Il existe entre les deux oreillettes une solution de continuité suffisante pour laisser passer le petit doigt.

Il est remarquable de voir l'individu porteur de ces anomalies, vivre trois mois. M. Vandervelde pense que rien dans ce cas ne justifierait l'hypothèse d'une myocardite ayant évolué durant la vie intra-utérine.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Hôpital Necker. — Service de M. le Dr Barth.

Sur un cas d'abcès du cerveau. Difficultés du diagnostic. Confusion avec l'urémie cérébrale et la méningite tuberculeuse,

Par P. Lereboullet,
Interne des hôpitaux.

La fréquence relative des abcès du cerveau consécutifs aux otites, aujourd'hui bien établie, a permis d'exposer assez complètement la symptomatologie habituelle de ces abcès; pourtant leur diagnostic reste parfois difficile, surtout lorsque ni la notion d'une otite antérieure, ni la présence d'une otorrhée, ni la constatation d'une mastoïdite ne viennent mettre sur la voie du véritable diagnostic. Dans ces cas, l'erreur est fréquente; elle est presque fatale si les signes de localisation font défaut, et si l'on constate seulement, avec une fièvre à marche irrégulière, des symptômes cérébraux diffus dus à l'hypertension intra-crânienne.

Chez une malade que nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de notre maître M. le Dr Barth, et dont nous publions ci-dessous l'observation, la confusion fut double : dans une première période de son affection, la malade fut considérée comme en proie à des accidents d'origine probablement urémique; dans une seconde période, l'hypothèse de méningite tuberculeuse sembla la plus vraisemblable. L'autopsie vint démentir ce double diagnostic, montrer un abcès du lobe temporal avec méningite suppurée consécutive et expliquer les symptômes observés; les renseignements recueillis après la mort de la malade, et qu'il avait été impossible d'obtenir de son vivant, vinrent en outre éclaircir l'étiologie de cet abcès; c'est donc surtout au point de vue des symptômes présentés, que cette observation nous a paru, malgré ses lacunes, intéressante à publier.

Observation. — Augustine M..., âgée de 32 ans, journalière, entre à l'hôpital Necker le 28 septembre 1898, salle Lasègue, n° 23, pour maux de tête violents, avec lassitude générale et fièvre intense.

Des renseignements qu'on peut en recueillir, il résulte qu'elle est de bonne santé habituelle. Elle a eu 6 grossesses, les 5 premières ont évolué normalement (3 enfants vivants et bien portants, 2 enfants mort-nés).

C'est à sa dernière grossesse, la 6e, que la malade fait remonter l'origine de ses accidents. Celle-ci avait débuté normalement mais, 5 mois avant l'accouchement, la malade serait devenue impotente du fait d'une enflure considérable, non seulement des membres inférieurs, mais des bras et des mains; elle n'eut d'ailleurs pas de convulsions et ses urines ne furent pas examinées à cette époque; elle entra vers la fin de juillet 1898 à la maternité de Boucicaut et y accoucha le 5 août, dit-elle, après un travail long et pénible ayant nécessité l'emploi du forceps, d'un enfant qui mourut peu après sa naissance, elle aurait présenté de l'albuminurie; ces renseignements, ainsi qu'une enquête ultérieure l'a révélé, étaient en grande partie erronés (1).

Rentrée dans le courant d'août chez elle, la malade commença à souffrir d'une céphalée intense, et tomba dans un état soporeux qui la fit conduire à l'hôpital Necker le 8 septembre. Elle y resta à peine 24 heures, sortit sur sa demande, et dut rentrer le lendemain au même hôpital, salle Peter (service du Dr Cuffer remplacé, à cette époque, par le Dr Toupet). Elle était alors dans un état soporeux très marqué, presque comateux, avec céphalée intense, fièvre élevée, et légère quantité d'albumine dans les urines; au bout de 48 heures, la température était redevenue à peu près normale; la malade, sortie de sa torpeur, donnait des renseignements assez contradictoires sur sa maladie et gardait un état mental étrange; dans la nuit du 13 au 14 septembre, elle eut une crise de convulsions frappant tout le côté gauche et se répétant à plusieurs reprises jusqu'au matin (la seule crise convulsive qu'elle ait présenté); son état alla ensuite en s'améliorant et, sans qu'on ait pu porter de diagnostic formel, on tendit alors à la considérer comme atteinte d'urémie cérébrale à forme céphalalgique, hypothèse que rendaient plausible la marche des accidents, la date récente de l'accouchement, la présence d'albumine. Ce dernier symptôme disparut lui-même au bout d'une dizaine de jours, mais la malade restait, malgré cette amélioration évidente, d'allures bizarres, se plaignant toujours de céphalée, ayant des idées assez incohérentes, etc.

Le 21 septembre, la malade sortit sur sa demande.

Elle resta 8 jours chez elle, présentant à nouveau de la fièvre, de la céphalée, de la prostration; les urines étaient pourtant assez abondantes; les symptômes allant s'aggravant, la malade s'amaigrissant considérablement, au dire du mari, celui-ci la fait entrer de nouveau à l'hôpital Necker, salle Lasègue, le 28 septembre au soir, dans le service du Dr Barth alors suppléé par le Dr Méry.

Le 29 septembre au matin, on trouve la malade dans un état soporeux très marqué, dont on la sort difficilemens en la questionnant; elle répond péniblement et assez vaguement; elle garde la tête tournée à droite et se plaint d'une *céphalée* intense occi-

1. Notre collègue M. Macrez a bien voulu, en effet, nous renseigner au sujet du séjour de cette malade à Boucicaut. De ce qu'il nous a dit résulte que la malade a accouché normalement le 5 août sans forceps; les membranes étaient rompues depuis 4 jours et 5 heures, le travail dura 13 heures; l'enfant mourut le 9e jour d'une infection évidente, mais non déterminée, ayant ses règles. Quant à la mère, elle ne présentait aucun trouble organique, si ce n'est la présence d'une faible quantité d'albumine pendant et après le travail.

pito-frontale, sans prédominance marquée du côté droit. Elle dit avoir eu des *vomissements*, mais ne peut en préciser ni la date ni les caractères ; elle se plaint de *troubles de la vue* passagers et d'intensité variable, sans diplopie, caractérisés surtout par ce fait que la malade voit moins nettement et voit trouble.

Le faciès est pâle, fatigué, l'expression douloureuse. Pas d'inégalité pupillaire, pas de myosis (pupilles même plutôt dilatées), pas de strabisme ni de paralysies oculaires.

Lorsqu'on cherche à tourner la tête du côté gauche, on détermine une vive douleur; la raideur de la nuque est, en revanche, très modérée.

Langue saburrale, épaisse; ventre souple sans douleurs localisée. Pas de diarrhée, mais plutôt constipation, pas de raie méningitique appréciable. Rétention d'urine.

Membres flasques. Réflexes rotuliens abolis ou tout au moins très diminués. Pas d'hyperesthésie ni d'anesthésie. Lorsqu'on assied la malade dans son lit, l'extension des membres inférieurs, quoique difficile, est encore possible (pas de signe de Kernig).

Battements cardiaques bien frappés, sans bruit de galop ni souffles. Pouls régulier mais d'amplitudes inégales, lent (60).

Respiration superficielle mais régulière, un peu plus fréquente que la normale. Sonorité thoracique normale, murmure vésiculaire normal, tant aux sommets qu'aux bases.

Température 39°8 le soir de son entrée, 38°9 le lendemain matin.

Urines assez claires (un peu plus d'un litre), nettement albumineuses, l'albuminurie paraît d'ailleurs peu abondante et non rétractile.

Pas d'otorrhée. Pas de douleur mastoïdienne. La malade dit d'ailleurs n'avoir jamais souffert de ce côté.

Le diagnostic reste hésitant entre la possibilité d'une *urémie cérébrale* à forme céphalalgique contre laquelle la fièvre intense, l'absence du myosis, la relative abondance des urines semblent lutter, et celle d'une *méningite* aiguë tuberculeuse ou non, que la discordance du pouls et de la température, la céphalée, l'allure assez lente de la maladie font porter à accepter. Lavement purgatif.

Le lendemain 30, la température est à 38°4 le matin, 39°2 le soir, le pouls est à 80, la céphalée et la torpeur restent stationnaires, la plupart des symptômes constatés la veille persistent, l'absence de myosis s'observe encore, la raie méningitique est plus accusée, l'albuminurie est assez prononcée. Le lavement purgatif a amené des selles abondantes et normales.

L'état général est plus satisfaisant; la notion des antécédents observés dans le service de M. Toupet, *l'absence de tout antécédent tuberculeux*, *l'absence de syphilis* (1) semblent confirmer le diagnostic d'urémie à forme céphalalgique. La malade est mise au régime lacté. On lui administre de plus un purgatif drastique.

Le 1er octobre, la nuit a été agitée, la malade se plaignant continuellement de céphalée. Les urines abondantes n'ont pu être recueillies. Selles abondantes. Température 38°4 le matin, 39° le soir. Pouls 60.

Le 2 octobre, la malade est un peu moins prostrée, le faciès est moins fatigué, la langue est moins blanche et plus humide, pourtant la douleur de tête est toujours tenace; de plus, la malade se plaint de sa nuque, dont la raideur est assez marquée; la fièvre se maintient élevée (38°8 et 39°2). Pouls faible à 80. Albuminurie peu prononcée, non rétractile.

Le 3 octobre, état à peu près stationnaire; pourtant la céphalée semble devenir de plus en plus intense et la malade s'en est plaint toute la nuit. Fièvre élevée (39°6 et 39°8). La rémission légère des jours précédents semble cesser.

Le 4 octobre, la malade a passé une nuit très agitée, se plaignant beaucoup de sa tête et de sa nuque dont la raideur est très nette. Subdélire, la malade pousse des cris inarticulés. Dilatation relative avec immobilité de la pupille droite; par instant strabisme interne du même côté par parésie du moteur oculaire externe droit, la malade se plaint de faiblesse de la vue. Réflexes rotuliens abolis. Sphincters relâchés, incontinence des matières et des urines. Fièvre toujours élevée (39°6 et 39°2). Pouls d'amplitude inégale (96 pulsations).

1. Le mari, interrogé à ce double point de vue, put donner les renseignements les plus formels; sa femme n'a jamais présenté aucun signe de *tuberculose* pulmonaire; elle n'a pas été, pas plus que lui, *syphilitique*.

Urines plus abondantes que la veille, et avec albuminurie peu marquée, non rétractile.

Raie méningitique assez accentuée.

Le diagnostic d'urémie à forme céphalalgique, quoi que encore possible, semble pourtant moins acceptable et la méningite paraît plus probable.

On administre 10 centigrammes de calomel en 10 paquets et pour calmer les douleurs et l'agitation assez vive de la malade qui se plaint sans cesse, on prescrit une injection de morphine de 1 centigramme.

Le 5 octobre, la malade est plus reposée, la nuit a été calme, la céphalée est moins vive, mais la raideur de la nuque persiste L'albuminurie est massive, beaucoup plus abondante que le jour précédent (5 grammes par litre). P. 108, temp. 39° matin et soir. Respiration normale mais superficielle; l'auscultation des poumons reste négative, on note pourtant un peu d'engouement des bases.

Le 6 octobre, le calme s'est maintenu depuis la veille sans nouvelle injection de morphine. Le matin, état soporeux. Contracture douloureuse des muscles du côté droit du cou entraînant la rotation de la tête du même côté (la malade a toujours eu depuis son entrée dans le service tendance à tourner la tête de ce côté), inégalité pupillaire plus accentuée, parésie toujours très marquée du moteur oculaire externe droit. Pas de déviation des traits, mais quelques contractions cloniques des muscles de la face. Pouls petit et régulier mais presque incomptable 150 environ. Respiration irrégulière avec tendance à la périodicité. Langue humide, peu saburrale, la malade la tire facilement, bien qu'elle semble à peu près complètement inconsciente. Pas de vomissements (la malade n'en a pas présenté durant tout le temps de son séjour à l'hôpital), selles normales. Raideur très marquée de la nuque et du dos s'exagérant dans la position assise; en même temps les membres inférieurs s'immobilisent en demi-flexion, l'extension n'est possible et encore imparfaitement qu'au prix d'une vive douleur (le signe de Kernig existe donc assez nettement). L'auscultation du poumon reste comme la veille à peu près négative, néanmoins le diagnostic de méningite semble évident, méningite probablement tuberculeuse de par son évolution.

Dans la nuit du 6 au 7 octobre la malade meurt sans nouveaux symptômes à une heure du matin; elle est restée dans le même état soporeux, toujours la tête tournée du côté droit, les yeux ouverts le regard vague; la respiration était régulière, les sueurs très abondantes. La malade a encore semblé reconnaître ses enfants dans l'après-midi, mais n'a pu prononcer de paroles nettement articulées.

Autopsie le 8 octobre. *Cavité crânienne :* après ouverture de la boîte crânienne et incision de la dure-mère la convexité des deux hémisphères apparaît à peu près saine; congestion assez marquée pourtant, il existe de plus une traînée purulente à la partie initiale de la sylvienne gauche mais peu développée. On soulève facilement les lobes frontaux mais en dégageant les lobes temporaux, la main est obligée de rompre des adhérences d'ailleurs peu marquées à la fosse temporale droite et un pus jaune verdâtre abondant, épais, bien lié, sans grumeaux, s'écoule à la partie antérieure et interne de ce lobe temporal droit; la main en prenant sur la face antéro-inférieure de ce lobe détermine l'issue de 60 grammes environ de ce pus qui s'écoule facilement; en continuant à dégager le cerveau, on voit que le pus s'est répandu en nappe à la base du cerveau spécialement au niveau des pédoncules et du bord supérieur de la protubérance; il existe là un exsudat fibrino-purulent abondant baignant les origines des nerfs, plus marqué à droite qu'à gauche. On trouve le même exsudat fibrino-purulent sur la face supérieure et le contour du cervelet. Cette méningite purulente si accentuée à la base n'a en revanche nullement envahi la corticalité si ce n'est à la partie initiale de la sylvienne gauche; les centres moteurs corticaux semblent absolument indemnes.

En se reportant sur la base du cerveau, au point d'où sort le pus épais signalé plus haut, on voit que ce point correspond à la partie antérieure et interne du lobe temporal, à l'extrémité antéro-interne de la 2e circonvolution temporo-occipitale, en arrière de la vallée de Sylvius. En coupant l'hémisphère à ce niveau, on découvre une cavité d'abcès située à la partie antéro-interne du lobe temporal du volume d'un œuf de poule à parois

irrégulières et d'aspect tomenteux, friables, cavité séparée par une mince couche de substance blanche du cortex, et située immédiatement au-dessous de la portion sphénoïdale du ventricule latéral avec lequel elle entre en communication; le pus a, en effet, pénétré dans le ventricule latéral par un petit pertuis, mais en partie seulement, la cavité de l'abcès restait encore distendue par le pus.

Outre cet *abcès du lobe temporo-sphénoïdal et la méningite suppurée de la base*, on ne note pas d'autres lésions cérébrales. Pas de foyer purulent dans le cervelet.

La dure-mère porte à droite des traces d'adhérences assez nombreuses dans la fosse temporale; on arrive à la décoller assez facilement du rocher sous-jacent; pas d'abcès extra-dural. La surface du rocher mis à nu paraît saine; pas de point nécrosé.

Les *poumons* présentent une légère congestion des bases avec emphysème assez marqué du bord antérieur; par places et en plein parenchyme, on note à la section une teinte noirâtre semblant indiquer une tendance au sphacèle; quelques tubercules crétacés aux sommets.

Le *cœur* est flasque, dilaté, sans lésions d'orifices.

Le *foie* est volumineux, gras et congestif.

Les *reins* sont gros, lourds, congestionnés. A la section, piqueté hémorrhagique de la substance corticale, aspect violacé et congestif des pyramides. A l'*examen microscopique*, on retrouve sur les coupes la congestion intense notée à l'examen macroscopique, avec petits foyers hémorrhagiques sous-corticaux. En outre, l'épithélium des tubes contournés est tuméfié, trouble, prend mal les colorants, au moins en certains points; les anses de Henle et les tubes droits paraissent sains; les glomérules sont en grande majorité indemnes; certains semblent pourtant plus volumineux et plus compacts qu'à l'état normal; d'autres très peu nombreux présentent un épaississement marqué de leur capsule; en certains points, le glomérulite a envahi la totalité du glomérule; autour de ces glomérules altérés, le tissu interstitiel du rein semble plus développé, et on y constate une infiltration embryonnaire d'ailleurs modérée. Il semble donc qu'il y ait des lésions de néphrite aiguë avec congestion marquée, mais lésions récentes et encore assez peu accentuées.

Les *organes génitaux* examinés paraissent sains. L'utérus est encore un peu volumineux, mais il n'y a pas trace d'inflammation endo- ou péri-utérine. Annexes saines.

L'*examen bactériologique* du pus de l'abcès cérébral a montré tant par examen direct que par cultures la présence exclusive et en grande abondance du *pneumocoque* avec ses caractères habituels.

Enfin, il faut ajouter de suite que le mari, interrogé après la mort de la malade, déclare que sa femme avait eu des maux d'oreille violents 8 jours avant son entrée à l'hôpital, et que son oreille droite avait coulé, mais qu'elle n'avait jamais été soignée pour cette affection, bien qu'elle ait eu depuis bien des années des maux d'oreille; l'otorrhée fut passagère puisqu'à son premier séjour à l'hôpital, elle n'en présentait plus aucune trace (1).

L'ensemble de ces renseignements, étiologiques et anatomo-pathologiques permet maintenant de reconstituer nettement l'histoire clinique de cette malade. Otite moyenne droite avec otorrhée vraisemblablement de date ancienne; abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit se développant insidieusement et se traduisant au début par des troubles cérébraux diffus relevant de l'hypertension intra-crânienne (céphalalgie intense, vertiges, ralentissement du pouls, affaissement intellectuel, etc.) auxquels se joint la fièvre, irrégulière, traduisant la suppuration; puis rémission assez marquée durant une dizaine de jours; reprise de la fièvre et des symptômes cérébraux qui s'aggravent et s'accompagnent de signes d'irritation méningée (discordance de la fièvre et du pouls, inégalités du pouls, raie méningitique, troubles du côté des nerfs crâniens, etc.); ces signes sont d'abord très peu accentués (au moment de son entrée à la salle Lasègue), puis deviennent plus marqués; ils relèvent de la méningite suppurée secondaire; mort par aggravation progressive de ces symptômes, l'ouverture dans le ventricule latéral a dû précéder de peu la terminaison fatale.

Si l'histoire clinique est dès lors facile à expliquer, il nous semble néanmoins que l'erreur de diagnostic était à peu près fatale; car si la plupart des symptômes observés ont été donnés comme ceux des abcès cérébraux par les classiques (1), rien ne dirigeait l'attention de ce côté; au contraire, l'accouchement récent de la malade, les conditions où, d'après elle, il s'était effectué, la présence d'albumine dans l'urine, devaient amener à considérer les accidents comme liés vraisemblablement à l'urémie et la rémission observée sous l'influence apparente du régime lacté était également en faveur de cette opinion; pourtant certains symptômes empêchaient de l'adopter complètement (absence de myosis, urines relativement abondantes avec albuminurie peu rétractile et d'intensité moyenne, fièvre élevée, longue durée des accidents, etc.); l'absence des symptômes de localisation : troubles oculaires, aphasie (facile à comprendre vu le siège à droite de l'abcès), douleur localisée à la pression, paralysies ou convulsions localisées, etc., aidait encore à la confusion; enfin et surtout la notion de l'otorrhée manquait, et rien dans les antécédents recueillis ne pouvait la faire admettre; c'est l'otorrhée seule qui, dans un cas récent publié par Bousquet (2), où les accidents survinrent dans des conditions analogues aux nôtres, laissant aussi le diagnostic hésitant, fit penser avec raison à l'abcès du cerveau et pratiquer une intervention chirurgicale, d'ailleurs insuffisante à empêcher la terminaison fatale. L'absence de renseignements sur l'otite antérieure explique donc l'erreur commise; c'est, disons-le en passant, l'erreur inverse de celle que rapporte Byron Bramwell dans un travail sur la chirurgie cérébrale (3); il cite, en effet, un cas où il rapporta à un abcès, en raison d'une otite, les troubles cérébraux qu'il observait, et fit trépaner par Cotterell la malade qui était simplement urémique; les troubles cérébraux cessèrent d'ailleurs et l'opérée guérit; un cas analogue à celui-ci a été signalé par Abbe, dans lequel les troubles cérébraux observés étaient dus non à l'otite suppurée coexistante, mais au diabète; l'opération et l'autopsie montrèrent l'intégrité parfaite des méninges et de l'encéphale (4).

Ces cas de divers ordres montrent donc combien le diagnostic exact peut être entouré de difficultés; mais ils sont et resteront exceptionnels, et les conditions étiologiques et cliniques qui, dans notre cas, faisaient penser à l'urémie, ne peuvent que rarement se rencontrer; plus fréquente au contraire est l'erreur commise dans la seconde période du cas observé par nous. La rechute rapide après une incomplète accalmie, la persistance des accidents depuis lors, l'apparition des symptômes méningés devaient en effet faire porter le diagnostic de méningite, probablement tuberculeuse; l'état de la malade se rapprochait de celui observé dans certaines méningites tuberculeuses de l'adulte, et l'évolution re-

1. Pour diverses raisons, l'autopsie a dû être écourtée et faite incomplètement; l'examen de la caisse n'a pu être pratiqué, mais cette lacune a été en partie comblée par les renseignements recueillis après mort.

1. Voir notamment Broca et Maubrac, *Traité de chirurgie cérébrale*, 1896, p. 325; Mignon, *Complications septiques des otites moyennes*, 1898, p. 482, et P. Delbet, *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 37.

2. Bousquet, *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 5 avril 1897, et *Gaz. hebd.*, 1897, n° 44, p. 525.

3. Byron Bramwell, *Edinburgh medic. Journal*, juin 1894, t. XXXIX, 2e partie, p. 1084.

4. R. Abbe, *New York med. Journal*, 9 août 1890, p. 150; cité par Broca et Maubrac, p. 95.

lativement lente contredisait l'idée d'une méningite aiguë non tuberculeuse; ce fut, bien qu'à aucun moment, le diagnostic n'ait pu être formellement posé, l'impression de M. le Dr Méry qui vit la malade lors de son entrée, au moment où les signes méningés commençaient à apparaître ; ce fut ultérieurement celle de M. le Dr Barth. Ici encore nous croyons qu'il était difficile de porter un autre diagnostic; les erreurs de ce genre sont d'ailleurs assez nombreuses, le tableau clinique de l'abcès du cerveau étant parfois pleinement celui d'une méningite tuberculeuse, comme le montrent le cas de Hanot rapporté par Luzet (1) (et où l'étiologie resta obscure), ceux plus récents de Péron (2), de Meslay (3); même en présence d'une otorrhée manifeste si le sujet a des antécédents tuberculeux avérés, le diagnostic de la nature des troubles cérébraux peut être fort difficile (4).

Néanmoins, nous croyons qu'en pratique, les cas du genre de celui que nous venons de rapporter sont si rares qu'ils n'infirment pas la règle générale; dans la pratique ordinaire, la difficulté n'est pas dans le diagnostic différentiel des complications intracrâniennes des otites et des accidents cérébraux non auriculaires, mais bien, en présence d'une otorrhée accompagnée d'accidents cérébraux et fébriles, dans la recherche de la nature de ces complications intracrâniennes, et, si l'on reconnaît un abcès, dans la détermination du siège de cet abcès (Broca et Maubrac). Sans doute, on peut observer de temps à autre des cas analogues au nôtre, mais dans ceux-là l'erreur est fatale, à moins que l'on ne puisse arriver à la notion de l'existence d'une otorrhée, qui facilite le diagnostic, sans toujours permettre de l'affirmer. Il faut donc, comme le recommandent Broca et Maubrac, en présence d'accidents cérébraux quels qu'ils soient, s'enquérir de l'état actuel et passé des oreilles par l'examen local et l'anamnèse; mais il n'est pas toujours aisé, et notre observation en est un exemple, d'obtenir ces renseignements en temps opportun, et, de plus, il est des cas, si rares soient-ils, où l'abcès cérébral est indépendant de toute otite ou de tout traumatisme.

C'est donc, nous le redisons en terminant, surtout au point de vue de l'évolution clinique avec ses deux périodes, la première se traduisant par des symptômes diffus d'hypertension intra-crânienne, la seconde par des symptômes méningés, évolution concordant si complètement avec les résultats anatomo-pathologiques, que cette observation nous a paru mériter d'être signalée ici.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire,

Par MM. Auché et Chavannaz (de Bordeaux).

On sait que, chez les animaux, l'introduction dans le péritoine de cultures microbiennes est loin d'être toujours suivie du développement d'une péritonite mortelle. Le péritoine de l'homme possède lui aussi la propriété de se défendre contre les microorganismes. Nous avons donc été amenés à nous demander, pour les laparotomies terminées par guérison, quelle était la proportion des cas dans lesquels le chirurgien pouvait affirmer ne pas avoir introduit de germes dans le cœlome au cours des différents temps d'une intervention ayant nécessité l'ouverture large du péritoine et des manœuvres plus ou moins prolongées au sein même de sa cavité.

Pour cela, nos recherches ont porté sur 5 cas : 2 hystérectomies abdominales totales pour fibrome, une ovariotomie pour cysto-épithéliome de l'ovaire, enfin deux laparotomies, l'une pour péritonite tuberculeuse, l'autre pour contusion de l'abdomen. Ces opérations ont été faites avec toutes les précautions que dictent les conquêtes récentes de la chirurgie aseptique. Elles se sont toutes terminées par guérison. Nos 5 cas peuvent se diviser en 2 groupes; l'un constitué par 3 opérations et où la cavité péritonéale, au moment de l'ouverture, ne contenait pas de liquide; l'autre au contraire où il y avait un épanchement péritonéal (contusion de l'abdomen, péritonite tuberculeuse).

Nous avons procédé de la façon suivante : dans la première série, vers la fin de l'intervention, nous avons aspiré dans des pipettes de Pasteur quelques gouttes du sang épanché dans la cavité péritonéale.

Dans la deuxième série nous avons de même recueilli du liquide péritonéal dès l'ouverture du ventre; dans un de ces cas nous avons en plus à la fin de l'intervention aspiré dans d'autres pipettes quelques gouttes du contenu péritonéal.

Chez certains sujets il a été établi un drainage à l'aide d'un gros drain en caoutchouc, pénétrant profondément dans l'abdomen. Chez ces malades nous avons prélevé à des dates différentes du liquide des drains.

Ces différents liquides ont été ensemencés en bouillon et aussi sur milieux solides.

Nos recherches nous ont permis de poser les conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas, les liquides recueillis dans le péritoine vers la fin de l'intervention ont cultivé et ont donné du staphylocoque blanc.

2° L'infection est bien due à l'acte opératoire lui-même puisque dans les cas de la deuxième série les liquides recueillis dès l'ouverture de l'abdomen se sont montrés stériles.

3° Dans les 3 cas où un drainage a été établi, les liquides aspirés par les drains, de 3 à 5 jours après l'opération, ont donné à la culture 2 fois du staphylocoque blanc et une fois du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré.

4° Les cultures microbiennes n'ont été obtenues qu'après de larges ensemencements; la quantité de microbes contenus dans les liquides était donc peu considérable.

5° Les cultures obtenues, injectées dans le péritoine de lapins, à la dose d'un centimètre cube n'ont pas amené la mort de l'animal par péritonite et n'ont pas déterminé de réaction générale.

6° Sans vouloir généraliser trop vite, il est probable que beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, en dépit des précautions prises par les chirurgiens, le péritoine est infecté au cours des laparotomies, mais que cette infection est peu durable ou reste fort bénigne, comme le montrent la guérison de nos 5 malades et aussi la latence absolue de cette infection au point de vue clinique, dans au moins 3 des cas que nous avons observés.

(Des recherches ultérieures montreront s'il y a lieu de modifier ces conclusions.)

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Gloppe (Emile). *Les crèches, étude d'hygiène infantile.* N° 508. (Henri Jouve.)

M. Gentson (Michel). *De l'œuf clair (œuf afœtal).* N° 579. (Maloine.)

1. Luzet, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1890, t. II, p. 599.
2. Péron, *Soc. anat.*, 21 juillet 1894.
3. Meslay, *Soc. anat.*, 15 février 1895.
4. Voir notamment les cas rapportés par Mignon (*loc. cit.*, p. 543), et plus récemment par Coville et Lombard (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, novembre 1898, p. 424).

M. Brosset (G.). *De la délivrance artificielle après l'accouchement spontané à terme ou près du terme.* N° 526. (Carré et Naud.)

M. Goin (Emile). *Sur quelques résultats obtenus par l'étude de l'élimination du bleu de méthylène dans l'urine des éclamptiques.* N° 843. (Steinheil.)

M. Hurtrel (Eugène). *De l'allaitement artificiel et de l'inspection des enfants en nourrice dans le département de la Somme.* N° 373. (Ollier-Henry.)

M. Kopp (Léon). *Contribution à l'étude de la mortinatalité parisienne pendant les années 1891-1896.* N° 499. (Bordier et Michalon.)

M. Rondot (L.). *Des insertions vicieuses du cordon ombilical.* N° 363. (Bordier et Michalon.)

M. Dardel (Paul). *Sur l'évaluation du diamètre bipariétal du fœtus pendant la vie intra-utérine et sur l'absence de rapport entre le diamètre et le poids du fœtus.* N° 482. (G. Steinheil.)

M. Bruyère (Adolphe). *Un procédé de fœtométrie.* N° 613. (Carré et Naud.)

M. François (Eugène). *Etude sur la lipémanie anxieuse.* N° 569. (Carré et Naud.)

M. Rozier (Victor). *L'épilepsie sénile.* N° 492. (H. Jouve.)

M. Ballard. *Comment meurent les épileptiques.* N° 584. (H. Jouve.)

M. Hoisnard (Léon). *Contribution à l'étude de la neurofibromatose généralisée.* N° 464. (G. Steinheil.)

M. Gombault (G.). *De la confusion mentale.* N° 311. (H. Jouve.)

M. Verger (Martial). *Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique.* N° 377. (H. Jouve.)

M. Farabeuf (Paul). *Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés.* N° 566. (Imp. Maretheux.)

M. Rabaud (Étienne). *Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale.* N° 568). (Carré et Naud.)

M. Péchoutre (F.). *Lésions médullaires dans le tétanos et mécanisme des contractures.* N° 490. (Carré et Naud.)

Mlle Bélianine (Catherine). *Troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile.* N° 487. (Maloine).

M. Aghavnian (K.). *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hémiplégie organique.* N° 514. (Ollier-Henry).

M. Bratiano (D.). *Étude sur l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie.* N° 513. (H. Jouve.)

M. Ganault (E.). *Contribution de quelques réflexes dans l'hémiplégie d'origine organique.* N° 542. (Imp. Maretheux.)

M. Rosenthal. *De la douleur dans la syringomyélie. Sa valeur comme symptôme initial dans cette affection.* N° 519. (Carré et Naud.)

M. Edwards (Frédéric-Georges-Henry). *Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë de l'adulte et de sa nature.* N° 491. (G. Carré et Naud.)

A la suite d'une consciencieuse étude sur les crèches, M. Gloppe arrive aux conclusions suivantes : le but de la crèche n'est pas de se substituer à la mère, mais de l'aider à nourrir son enfant de son lait, tout en lui permettant de gagner honnêtement sa vie. Le rôle de médecin est multiple; il doit consacrer tous ses efforts à instruire la directrice et les berceuses, et dans cet ordre d'idées la création de crèches-mères où directrices et berceuses apprendraient leur métier serait une excellente innovation.

Par l'observation de prescriptions hygiéniques, telles que la désinfection quotidienne des linges et vêtements des enfants, l'usage de l'eau stérilisée interne et externe, le médecin évitera les maladies contagieuses qui déciment si facilement la population des crèches. On n'emploiera que du lait de bonne qualité, consommé 48 heures au maximum après sa stérilisation. Pour éviter les accidents qui résultent à l'usage du lait stérilisé depuis trop longtemps, il serait désirable que les industriels indiquassent sur chaque flacon la date de la stérilisation. Au besoin les municipalités devraient apposer leur poinçon. Enfin chaque enfant aura un petit carnet ou dossier sanitaire sur lequel seront consignés les différents poids et renseignements relatifs à sa santé et à son régime.

L'œuf clair ou *afœtal*, c'est-à-dire l'œuf dans lequel on ne trouve plus trace d'embryon, se présente sous l'aspect d'une masse mollasse, charnue, tomenteuse, de couleur rose ou grisâtre suivant les points. Cette masse est recouverte d'abord par la *caduque* reconnaissable à ses nombreux orifices, puis par le *chorion* qui se distingue par les villosités chevelues. En dehors enfin on rencontre l'*amnios*. La cavité circonscrite par ces 3 membranes contient un liquide quelquefois clair et citrin, le plus souvent épais, louche, ressemblant à une dissolution gommeuse ; c'est le liquide amniotique altéré. Pas de trace d'embryon, quelquefois un vestige du cordon ou de la vésicule ombilicale.

La mort de l'embryon est presque toujours causée par des hémorrhagies, qui se produisent sur la face utérine de la caduque utéro-placentaire. Si la pression exercée par le sang est assez forte, le sang peut rompre le chorion et pénétrer dans l'espace amnio-chorial; il distend alors l'amnios et forme des petits sacs proéminant dans la cavité utérine, remplis de sang coagulé. Le sang peut aussi glisser entre les deux feuillets de la caduque non accolés avant le 3e mois, arriver dans la cavité utérine et s'écouler par le vagin. Il est probable, d'après M. Genton, que ces hémorrhagies sont dues à des maladies de la muqueuse utérine.

L'embryon frappé de mort subit la dissolution, rendue facile par la composition de son corps qui, à 2 mois renferme 97,54 d'eau p. 100. Il se produit d'abord une transformation graisseuse des cellules de l'embryon, suivie d'une émulsion dans le liquide amniotique qui devient épais et blanchâtre. Traité par l'éther ce liquide reprend sa limpidité.

Un temps variable après la mort de l'embryon (de 15 jours à 9 mois), l'expulsion est annoncée par des douleurs lombaires et abdominales, et par un écoulement de sang plus ou moins abondant.

Le diagnostic s'établira de par les signes suivants : absence des règles; cessation des phénomènes dits sympathiques de la grossesse; défaut de parallélisme entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse. A ces signes il faut en ajouter d'autres donnés par le palper : perception difficile de l'utérus, même volumineux, à cause de sa mollesse; ou au contraire constatation d'un globe constamment dur. En même temps existe un écoulement sanguin ou roussâtre à peu près constant.

Enfin, fait important au point de vue du pronostic, une femme peut expulser plusieurs œufs clairs sans perdre l'espoir de mener à bien des grossesse ultérieures.

Les indications de la délivrance artificielle peuvent se classer en trois groupes : 1° tantôt c'est une hémorrhagie interne ou externe qui devient inquiétante, par son abondance ou sa continuité; dès que le pouls dépasse 100 pulsations, il faut extraire au plus vite le placenta; 2° la délivrance tarde à se faire; quand une heure après l'accouchement, l'expulsion du délivre ne s'est pas produite, il faut se demander quelle est la cause de ce retard, administration d'ergot de seigle, malformation de l'utérus, faiblesse et rareté des contractions utérines, existence de fibromes, etc.; 3° après la délivrance, il reste dans l'utérus des cotylédons placentaires; l'examen de l'arrière-faix démontre l'absence d'une portion du placenta ou d'un cotylédon aberrant. Souvent ces trois indications se confondent et l'hémorrhagie, par exemple, accompagne fréquemment le retard de la délivrance ou la rétention cotylédonnaire.

Au point de vue du manuel opératoire, dit M. Brosset, il faut distinguer en clinique deux cas : 1° la délivrance est facile. On introduit la main aseptisée, soit dans l'intérieur, soit en dehors de l'œuf. Au hasard de la pénétration, guidé par le cordon, on va à la recherche du placenta, tandis que l'autre main, placée à plat sur la paroi abdominale, maintient l'utérus et l'empêche de fuir. Après avoir décollé le placenta avec le bord cubital de la main ou avec l'extrémité des doigts, on rassemble la masse des caillots et de l'arrière-faix dans la main recourbée en cuiller, et on cherche à l'entraîner au dehors.

2° Deux circonstances peuvent rendre difficile la délivrance artificielle ; c'est, d'abord, l'adhérence anormale du placenta, qui

est vraiment exceptionnelle, mais surtout c'est la rétention du placènta dans l'utérus par une contracture de cet organe. Dans ce cas, il faut essayer de produire doucement la dilatation de l'anneau contracturé avec le doigt ou avec un ballon. Une injection intra-utérine est nécessaire après la délivrance artificielle.

On sait que MM. Achard et Castaigne ont imaginé un moyen nouveau de diagnostiquer la perméabilité rénale d'après l'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau à faibles doses. M. Goin a cherché à déterminer l'état de la perméabilité rénale chez les éclamptiques à l'aide du même procédé et il a obtenu les résultats suivants : dans 6 observations, le bleu s'élimina normalement, d'après ce que Chauffard a appelé le type continu cyclique. Dans 5 cas, l'élimination du bleu fut irrégulière; tantôt très lente et discontinue polycyclique (3 fois), tantôt lente et continue polycyclique; tantôt enfin discontinue polycyclique sans retard. Donc, le bleu est, suivant les malades, éliminé normalement, ou son élimination peut être troublée dans la durée de sa continuité.

Dans le premier cas, il faut penser que la perméabilité rénale est suffisante. Chez les autres éclamptiques, il est probable que la perméabilité rénale est insuffisante. Mais il importe de remarquer les intermittences qui ont été rencontrées dans 60 observations. Ces intermittences qui indiquent en général une insuffisance hépatique, doivent s'observer souvent dans l'éclampsie, maladie dans laquelle la cellule hépatique est presque constamment atteinte. Il est probable que si les intermittences n'ont pas été constatées plus souvent, cela tient surtout à ce qu'on ne connaissait pas bien encore les précautions nécessaires pour le surprendre.

Après avoir étudié l'allaitement artificiel et l'inspection des enfants en nourrice, M. Hurtrel conclut en disant que l'allaitement maternel devrait être seul employé et l'on ne doit avoir recours au biberon qu'en cas de contre-indication absolue.

Dans le cas où la mère ne peut nourrir elle-même son enfant, dans un but d'intérêt général, on devra conseiller l'allaitement artificiel avec le lait stérilisé, de préférence à l'allaitement mercenaire.

Le lait de vache cru a des inconvénients inhérents à la difficulté de la digestion et aux germes qu'il contient.

L'ébullition du lait remédie en partie à ces désavantages et son emploi diminue la mortalité infantile.

Le lait stérilisé industriellement ne pouvant être livré au public que sous forme de spécialité, peut ne pas présenter toutes les garanties désirables de pureté et d'égalité.

Le lait de vache stérilisé au bain-marie est facilement digéré; il ne contient pas de microbes pathogènes.

Ce lait doit être employé dans les 24 heures qui suivent la stérilisation.

Le pourcentage de la mortalité infantile est diminué considérablement grâce à l'usage du lait stérilisé.

La maternisation du lait est une question à l'étude et le prix de revient de ce lait est trop élevé.

A l'aide de chiffres puisés dans les tableaux mensuels de la statistique municipale de la Ville de Paris, M. Kopp établit que la mortinatalité des garçons l'emporte de beaucoup sur celle des filles, sans que l'on puisse donner la véritable raison de cette différence. Les chances de mort du fœtus sont très grandes pendant les quatre premiers mois, relativement faibles pendant les 6e, 7e et 8e mois, et s'élèvent brusquement pendant le 9e. La mortinatalité est en rapport avec l'âge du père, et avec celui de la mère après 20 ans: de même l'illégitimité, le degré d'aisance des parents contribuent dans une large mesure à augmenter la proportion des enfants morts-nés.

Sous le nom d'insertions vicieuses du cordon, M. Rondot décrit 2 variétés : l'insertion vélamenteuse et l'insertion marginale ou en raquette.

L'insertion vélamenteuse, bien décrite par Lobstein et Benekiser, est une anomalie peu fréquente; moins fréquente que l'insertion marginale. Elle peut avoir des conséquences graves d'abord pendant la grossesse : c'est ainsi que l'on a accusé des insertions vicieuses de nuire au développement du fœtus et d'amener sa mort par compression du cordon entier ou d'un seul vaisseau; d'autres fois, à la suite de tiraillements sur le cordon, elles exposent à un décollement prématuré du placenta et consécutivement à une hémorrhagie rétro-placentaire. La rupture prématurée des membranes est souvent due à une insertion vicieuse du cordon. M. Rondot en rapporte 24 observations. Cette rupture prématurée est la complication la plus grave, parce qu'elle amène presque fatalement et à bref délai l'accouchement prématuré, et parce qu'elle est souvent une cause d'infection.

Pendant l'accouchement, on peut observer aussi la rupture précoce des membranes, et un accident plus sérieux, la procidence du cordon. La procidence du cordon est inévitable si le placenta est implanté sur le segment inférieur et si l'insertion de la tige funiculaire sur le placenta est située à peu de distance de l'orifice utérin. Dans ce dernier cas, la mort du fœtus peut survenir pendant l'extraction par compression du cordon, même en dehors de toute procidence. Le fœtus peut ainsi succomber à la suite de la rupture d'un gros vaisseau du cordon.

La délivrance est quelquefois rendue difficile ou dangereuse du fait de l'insertion vicieuse, quand le cordon a été rompu, ce qui arrive assez souvent à cause de sa fragilité plus grande. De plus, on a remarqué que la présence du cotylédon accessoire coïncidait souvent avec l'insertion vélamenteuse; il faut alors examiner les membranes avec beaucoup d'attention pour éviter de laisser dans l'utérus une masse placentaire.

La détermination du volume de la tête fœtale et principalement du diamètre bi-pariétal a une importance capitale en obstétrique. Aussi s'est-on efforcé de l'évaluer par tous les moyens possibles. L'âge de la grossesse, le sexe de l'enfant, la taille du père ne peuvent donner que des renseignements peu précis, par ce que ces influences sont variables et qu'il existe des différences individuelles considérables. Du poids approximatif du fœtus peut-on déduire l'étendue du diamètre BP? L'étude à laquelle s'est livré M. Dardel lui a permis d'affirmer que chez les enfants ayant le même poids, on trouvait des différences de 20 à 25 millimètres entre les diamètres BP. La méthode d'Ahlfeld (mensuration de l'axe fœtal intra-utérin), la céphalométrie externe (mensuration du diamètre OF à travers la paroi abdominale), ne peuvent donner de résultats satisfaisants, car les mesures ainsi obtenues n'ont pas avec le diamètre BP des rapports constants. L'évaluation directe de BP, à l'aide de l'appareil de Farabeuf, reste une méthode d'exception difficile et dangereuse. Le palper mensurateur seul permet de se rendre compte assez exactement des rapports respectifs du diamètre BP et du diamètre promonto-pubien minimum du bassin.

Gönner a prétendu connaître exactement le poids du fœtus par la mensuration du pied. M. Bruyère établit à l'aide de chiffres que le procédé de Gönner est trompeur, dangereux par conséquent, qu'il n'y a pas un rapport constant et défini entre la longueur du pied et le poids du fœtus. En prenant le diamètre transversal des malléoles et des condyles fémoraux, et en faisant la moyenne de ces deux mensurations, on obtient, d'après lui, une moyenne qui représente le volume du fœtus. Si, par exemple, le diamètre bi-malléolatre est de 3 centimètres, le bicondylien 4 cent. 2, la moyenne donne 3,6, le poids est obtenu en ajoutant 2 zéros = 3600. Les résultats concordent à peu près avec ce qu'il est habituel d'observer en clinique.

Il existe une maladie mentale, d'aspect bien particulier, que la plupart des auteurs confondent parmi les états mélancoliques, tandis que d'autres tendent à en faire toute la mélancolie. Sans rien préjuger de ses rapports réels ou supposés avec quelques formes d'aliénation, telles que l'hypochondrie, la dépression vésanique simple ou délirante, la confusion mentale, la stupeur et la stupidité, M. François pense qu'elle doit avoir sa place en nosologie, et estime que la dénomination de lypémanie anxieuse est celle qui lui convient.

Ce type clinique est caractérisé par un ensemble symptomatique dont les éléments principaux sont : l'anxiété, la douleur morale expansive, des craintes vagues, un sentiment d'humilité, d'indignité et de culpabilité, la difficulté des opérations intellectuelles, l'irrésolution, l'incapacité à se déterminer; et, sur cette base affective et volontaire, des conceptions délirantes secondaires, qui peuvent manquer.

Les illusions sensorielles et les troubles de la sensibilité générale sont fréquents. Les malades présentent parfois des décharges psycho-motrices, intéressant la fonction du langage (*hallucinations verbales motrices* de M. Séglas) ou dans la motilité générale (secousses dans les membres). Ils ont assez souvent des hallucinations visuelles, et plus rarement des hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

La présence au milieu de ces divers symptômes d'un délire hypocondriaque ou d'un délire de négation (*syndrome de Cotard*), aggrave généralement le pronostic. Dans certains cas chroniques et incurables, ces délires finissent par occuper toute la scène morbide. Mais fréquemment, la chronicité n'est marquée que par l'atténuation des signes ordinaires de la forme aiguë, avec ou sans transformation du délire.

La lypémanie anxieuse survient la plupart du temps sur un terrain vésanique ou névropathique, et la neurasthénie précède quelquefois son apparition. Diverses influences pathogènes, notamment les maladies infectieuses, les intoxications, sont capables de la créer de toutes pièces, mais dans un organisme ayant déjà subi des causes de déchéance, surmenage, chagrins, sénilité, etc.

Elle consiste essentiellement : au point de vue physique, en un trouble vaso-moteur et nutritif général ou exclusivement cérébral, déterminant un état pénible de la *cénesthésie ;* au point de vue psychique, en une dissociation de la personnalité, en un défaut de contrôle et d'assimilation des états de conscience nouveaux.

La maladie est souvent curable, et sa durée est alors variable, de quelques semaines à quelques mois, un an ou davantage. Quand elle se prolonge, elle peut offrir des rémissions. Les récidives ne sont pas rares.

Le traitement est à la fois médical et moral.

M. Rozier entend par épilepsie sénile celle qui se développe après l'âge de 60 ans. La manifestation n'en est pas exceptionnellement rare.

L'hérédité pathologique, l'alcoolisme, la syphilis, l'artériosclérose, les affections cardiaques, peuvent intervenir dans sa production. Ces causes sont souvent multiples pour un même malade. Les manifestations de l'épilepsie sénile sont sensiblement celles de l'épilepsie vulgaire.

La précocité de la démence et la fréquence des troubles intellectuels sont cependant plus grandes dans l'épilepsie sénile.

Le bromure et la digitale feront la base du traitement, suivant les cas.

L'épilepsie est souvent mortelle.

Les épileptiques, comme le montre M. Ballard, meurent de manières bien différentes; tantôt ils sont victimes d'un accident dans leur chute, tantôt ils sont asphyxiés par un violent paroxysme; d'autres fois ils meurent en état de mal; enfin ils peuvent être emportés par une maladie intercurrente ou succomber à la cachexie progressive. L'auteur montre par de nombreuses observations et des tableaux statistiques la fréquence relative de ces diverses causes de mort.

A propos d'une observation personnelle, M. Hoisnard étudie à nouveau la neurofibromatose généralisée, ou maladie de Recklinghausen.

Ce cas prouve une fois de plus, que la transformation fibreuse d'un grand nombre de nerfs quels qu'ils soient constitue bien le *substratum* de cette singulière affection, bien que les fibromes des nerfs puissent manquer, comme dans le cas de Chauffard.

Toutes ces manifestations étudiées sont congénitales mais non héréditaires chez le malade de M. Hoisnard.

Une particularité intéressante relevée à l'autopsie de ce malade concerne les altérations du tissu osseux, en particulier des os de la cage thoracique d'une friabilité extraordinaire; la coïncidence de ce fait avec les déformations osseuses si accusées chez un malade de M. P. Marie font admettre à l'auteur qu'il s'agit bien là d'une manifestation sinon nouvelle du moins non encore signalée du processus neurofibromateux.

C'est en quelque sorte une cachexie osseuse ajoutée à la cachexie générale.

Un point important à noter c'est la rapidité avec laquelle, chez les deux malades, ces altérations osseuses ont évolué.

Une autre particularité de ce nouveau cas consiste dans les symptômes de diabète présentés passagèrement par le malade. Leurs relations avec la neurofibromatose paraissent probables à l'auteur.

Il pense que la neurofibromatose généralisée ne consiste pas seulement en une compression continuelle et même progressive des troncs nerveux, mais que les centres eux-mêmes quels qu'ils soient y participent.

M. Gombault, dans une importante étude sur la confusion mentale, admet que celle-ci n'est qu'un syndrome consistant en un désordre plus ou moins accentué des facultés allant de la torpeur intellectuelle à la stupidité complète, mais toujours sans manifestation délirante. C'est un état morbide de l'esprit, non un délire. Ce syndrome, qui peut être plus ou moins accentué, peut se manifester dans les circonstances les plus diverses. La confusion mentale peut, en dehors des délires, apparaître seule où se manifester pendant la durée d'états cérébraux ou organiques particuliers; elle est dite alors symptomatique; associée à des idées délirantes, elle n'est plus qu'un syndrome faisant partie d'un état plus complexe comme dans les délires associés.

L'état de dépression intellectuelle s'accompagnera pour chaque espèce nosologique de l'aspect clinique qui caractérise celle-ci, mais selon son degré d'intensité et son inégale répartition dans le domaine de chaque faculté, la confusion modifiera cet aspect clinique, lui imprimera un cachet particulier. La symptomatologie, l'anatomie pathologique actuellement inconnue ne permettent pas une classification des cas de confusion mentale; l'étiologie, bien que l'origine toxique soit fréquente, est encore trop obscure pour aider à cette classification ; un point important c'est que dans la production de la confusion mentale intervient un autre élément, la réaction individuelle du sujet : la confusion mentale n'est qu'un état d'esprit particulier, produit d'une réaction personnelle de l'intelligence ; de même que pour la dégénérescence mentale cet état pourra être simple ou compliquer toutes les formes délirantes ou morbides de la psychopathologie ; ainsi comprise la notion de la confusion mentale peut prendre place dans le cadre actuel des maladies mentales sans le bouleverser. L'évolution de cette forme particulière d'aliénation est variable, isolée, elle guérit souvent même dans les formes accentuées, quelquefois en laissant après elle de l'affaiblissement des facultés. Au contraire elle peut évoluer vers la démence. Associée à des idées délirantes ou à des états psychiques particuliers (névroses, etc.), elle peut disparaître seule ou avec le délire ou l'état mental particulier qu'elle accompagne, ou encore évolue avec eux vers la démence.

M. Verger rapporte quelques observations de malades atteints d'un *délire de persécution à évolution systématique* et à marche bien déterminée. Depuis 10, 15, 20 et même 25 ans, ils ont des idées de grandeur bien nettes et bien tranchées, qui se sont mêlées aux idées de persécution, réagissant sur elles, influencées par elles, de façon à constituer un délire complexe où elles coexistent les unes et les autres jusqu'à la fin, sans que jamais les idées de persécution disparaissent : la qualification de *délire de persécution à évolution systématique* semble donc à l'auteur la plus conforme pour désigner la maladie dans son ensemble, aux données de l'observation clinique. Ces mêmes persécutés, arrivés à la période terminale de leur affection, ne présentent en aucune façon les caractères de *la démence*.

Assurément, chez quelques-uns, les progrès de l'âge ont amené avec la déchéance physique un certain affaiblissement des facultés, mais non une véritable démence.

D'après M. Paul Farabeuf, quand l'aliénation mentale se produit, l'individu change de physionomie, d'attitude. Ces changements résultent à la fois des modifications qui surviennent dans l'état physique et dans l'état mental. La physionomie, chez l'aliéné, conserve, comme chez l'homme sain, ses rapports de concordance avec les sentiments qui la provoquent et qu'elle exprime.

Mais comme ces sentiments sont excessifs, injustifiés ou intempestifs, leurs manifestations physionomiques seront, elles aussi, excessives, injustifiées ou intempestives.

On peut donc, par l'étude de la physionomie, connaître les sentiments et les juger normaux ou non.

Toute physionomie définie dont les différents caractères ne sont point en harmonie n'est pas en concordance avec le sentiment correspondant. Il y a donc lieu de conclure à la simulation ou à la dissimulation.

Enfin, ce seront *quelquefois* les mouvements de la face à peine ébauchés, fugitifs, qu'il faudra attentivement rechercher pour compléter un diagnostic d'aliénation mentale, et *souvent* pour se convaincre qu'il y a simulation ou dissimulation.

D'une intéressante étude basée sur quatre observations fort complètes, M. Rabaud, élève de Joffroy, tire les conclusions suivantes. L'association de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale est un fait rare. La paralysie générale, dans les deux tiers des cas, offre des lésions des cordons postérieurs qui lui sont propres, malgré leur apparente analogie avec les lésions du tabès légitime.

Ces lésions sont caractérisées :

a) Par leur irrégularité, si l'on examine la moelle dans toute sa hauteur.

b) Par leur diffusion, si l'on examine un seul étage de la moelle.

c) Par l'opposition formelle entre certaines scléroses intra-médullaires d'une part, — l'intégrité des racines et des zones de Lissauer d'autre part.

Ces lésions des cordons postérieurs sont accompagnées d'altérations des cellules de la substance grise, elles aussi diffuses et irrégulières, qui peuvent ne pas exister dans certains segments de la moelle, tandis qu'elles sont très marquées en d'autres segments.

La lésion cellulaire est primitive. C'est d'elle que découlent les processus dégénératifs endogènes et exogènes, soit directement, soit indirectement par transmission de neurone à neurone.

Même lorsque des symptômes cliniques d'une longue durée en ont imposé pour un tabès légitime, si la paralysie générale survient, on n'a pas, jusqu'à présent du moins, le droit de conclure à l'association des deux maladies, avant d'avoir pratiqué l'examen microscopique.

De son excellente étude, où il a fait un remarquable exposé des travaux consacrés aux lésions et à la pathogénie du tétanos, M. Péchoutre qui a lui-même fait quelques recherches personnelles, tire cette conclusion que la toxine tétanique est un poison du système nerveux central; elle manifeste une affinité toute spéciale pour les cellules motrices de la moelle épinière et du bulbe. Cette affinité a pour conséquence une fixation du poison par la cellule nerveuse qui, après une période d'incubation plus ou moins longue, présente toujours des altérations matérielles. La méthode de Nissl, que l'auteur a lui-même employée, a mis en évidence la réalité de ces altérations; si les altérations décrites ne sont pas toujours concordantes, du moins tous les faits observés montrent-ils de profondes modifications dans les granulations de Nissl, fragmentées et irrégulièrement distribuées dans un cas de l'auteur, très augmentées de volume et de coloration plus intense dans un autre; ces altérations, qui peuvent n'être que temporaires, reconnaissent sans doute pour cause une combinaison de la toxine avec substances intra-cellulaires solides.

Exposant les diverses hypothèses émises pour expliquer la contracture tétanique, et les faits destinés à les appuyer, l'auteur admet que la contracture tétanique est un acte de nature réflexe au même titre que le tonus musculaire, c'est-à-dire qu'elle nécessite pour se produire une excitation partie de la périphérie. Des éléments constitutifs de l'arc réflexe : terminaison périphérique, nerf sensitif, neurone central, nerf moteur, plaque motrice et muscle, le neurone central subit seul l'injure du poison; cette injure, qui se traduit par une lésion matérielle, a pour conséquence de mettre le neurone en état d'hyperexcitabili é; c'est cette hyperexcitabilité qui crée la contracture; c'est donc à la théorie de l'hyperexcitabilité centrale qui se rattache l'auteur, rejetant la théorie de l'irritation centrale et celle de l'irritation périphérique (théorie réflexe de la contracture). Enfin, rappelant les recherches de Wassermann et Takaki, de Marie, de Roux et Borrel. l'auteur conclut que l'évolution symptomatique du tétanos n'est que la manifestation d'une série de combinaisons chimiques, dont la marche est déterminée par des affinités entre la toxine et certains groupes de neurones motenrs, affinités dont la cause échappe actuellement.

D'après Mlle Bélianine, les troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile se rencontrent dans les lésions des deux hémisphères et ne se présentent sous forme d'aphasie motrice qu'au début de l'affection. Ils ne persistent que sous forme de dysphasies et surtout de dysarthrie. La persistance de l'aphasie pendant un temps plus ou moins long est due soit à l'épilepsie, soit à un degré insuffisant de l'intelligence. L'âge de l'enfant a une influence sur sa marche. Ces dysphasies peuvent probablement être corrigées par l'éducation et la gymnastique, appropriées aux différents mouvements des organes de la parole.

Les troubles trophiques sont fréquents dans l'hémiplégie de cause centrale.

Ils peuvent porter sur tous les tissus du membre atteint et parfois aussi sur le membre non paralysé.

L'œdème, qui est l'altération la plus fréquente du côté du tissu cellulaire, reconnaît, d'après M. Aghavnian, une pathogénie variable. On peut le mettre sur le compte soit de désordres temporaires de l'innervation vaso-motrice, soit de troubles durables de la nutrition. Parmi les autres troubles cutanés de nature trophique on a signalé le zona ophthalmique (Brissaud), les éruptions furonculeuses, les pigmentations anormales, la desquamation de l'épiderme, la main succulente.

L'amyotrophie des hémiplégiques, fréquente, n'a pas une cause unique. S'il est des cas où la lésion constatée des cornes antérieures ou des nerfs périphériques doit avoir une influence certaine, il en est d'autres où l'on ne trouve aucune lésion ni du côté du système nerveux central, ni du côté des nerfs. En pareil cas, la théorie de M. Gilles de la Tourette de l'origine articulaire de l'atrophie est très vraisemblable : elle laisse pourtant une part de vérité à l'action trophique soit dynamique (Joffroy et Achard), soit effective par l'intermédiaire des fibres trophiques spéciales (Kirchhoff). L'auteur termine par l'étude de l'arthropathie des hémiplégiques et des altérations du tissu osseux qu'on peut observer chez eux.

L'atrophie musculaire est une complication fréquente de l'hémiplégie, surtout chez les sujets jeunes. D'après M. Bratiano, elle peut se montrer 2 ou 3 jours après le début de l'hémiplégie, mais d'habitude ce n'est que vers le 2e mois qu'elle fait son apparition. L'atrophie se cantonne presque toujours dans les groupes musculaires péri-articulaires et notamment au membre supérieur. Les muscles de l'épaule et ceux de la main viennent en première ligne par ordre de fréquence. Il est exceptionnel de rencontrer une atrophie dégénérative, et le plus souvent elle n'est pas excessivement marquée. On rencontre fréquemment des arthropathies en même temps que l'atrophie.

Une théorie pathogénique unique ne suffit pas pour expliquer les différents cas d'atrophie musculaire qu'on observe dans le cours d'une hémiplégie.

Suivant la date du début, la localisation de l'atrophie, les altérations des différents organes qu'on observe en même temps que l'atrophie, et enfin les lésions anatomo-pathologiques, c'est à la pathogénie cérébrale, spinale ou périphérique qu'il faut avoir recours à tour de rôle pour expliquer chacun de ces cas.

M. Ganault, élève de Marie, a recherché d'une façon systématique l'état des réflexes chez 120 hémiplégiques. De son travail il tire les conclusions suivantes :

Les réflexes rotuliens des deux côtés peuvent être presque abolis dans les cas d'hémiplégie récente, et cet affaiblissement peut persister plusieurs semaines. Le réflexe rotulien, dans les cas d'hémiplégie ancienne, est plus marqué du côté paralysé dans 92 p. 100 des cas, dans 6 p. 100 il est égal des deux côtés, dans 2 p. 100 il est plus faible du côté paralysé. Le réflexe rotulien du côté sain est le plus souvent normal, souvent exagéré, rarement affaibli. Le réflexe contra-latéral des adducteurs décrit par Marie, consistant en un mouvement d'adduction au niveau d'une des cuisses sous l'influence de la percussion du tendon

rotulien du membre opposé, a été constaté par l'auteur 24 heures après le début de l'affection, dans les cas d'hémiplégie récente; chez les hémiplégiques anciens, ce réflexe existe dans la proportion de 57 p. 100 des cas. Dans la grande majorité des cas, il ne se manifeste que par la percussion du tendon rotulien du côté sain, plus rarement par l'excitation de celui du côté paralysé, quelquefois il existe des deux côtés. La prédominance de la contraction des adducteurs du côté paralysé peut constituer un signe de présomption pour le diagnostic du côté de l'hémiplégie. Ce réflexe constaté chez un malade atteint d'hémiplégie déjà ancienne peut disparaître à l'occasion d'une nouvelle attaque intéressant l'autre côté du corps; la contraction croisée des adducteurs peut s'observer également mais très rarement lorsqu'on excite la région plantaire ou la région supéro-interne de la cuisse, du côté sain, chez un hémiplégique. Ce réflexe qui, dans une proportion de 10 p. 100, peut se rencontrer chez des personnes non atteintes de maladies nerveuses et existe alors des deux côtés, est indépendant du réflexe rotulien, qui peut être aboli alors que ce réflexe existe; on peut le rencontrer dans certains cas de polynévrite, d'amyotrophie abarticulaire, de pachyméningite cervicale hypertrophique, de polyencéphalite, de myopathie, de syringomyélie, d'épilepsie, de paraplégie par lésion transverse de la moelle.

Le réflexe plantaire, essentiellement constitué par le mouvement de flexion des orteils (fléchisseurs plantaires) et par la contraction du muscle tenseur du fascia lata est généralement affaibli ou normal dans l'hémiplégie au début; parfois pourtant exagéré du côté paralysé; dans l'hémiplégie ancienne il est généralement affaibli, assez souvent exagéré, rarement normal chez 85 p. 100 de ses malades; l'auteur, après M. Babinski, a noté que l'excitation plantaire provoquait du côté paralysé l'extension des orteils alors que du côté sain le réflexe continue à se faire en flexion. Du côté sain le réflexe plantaire dans les cas d'hémiplégie ancienne est le plus souvent normal, plus rarement exagéré ou affaibli. Le réflexe abdominal est généralement affaibli ou aboli du côté paralysé tant dans les cas d'hémiplégie récente que dans les cas d'hémiplégie ancienne; du côté sain il est le plus souvent normal. Le réflexe crémastérien est souvent aboli des deux côtés dans les hémiplégies anciennes, surtout du côté paralysé. Le réflexe crânien signalé par Overend, n'a pas de signification dans les hémiplégies anciennes, l'auteur n'a pu constater aucune différence dans la contraction réflexe de l'orbiculaire palpébral du côté sain ou du côté paralysé. La sensibilité réflexe cutanée paraît, chez un certain nombre d'hémiplégiques, s'épuiser plus vite du côté paralysé que du côté sain.

D'après M. Rosenthal, la douleur peut constituer pendant longtemps l'unique symptôme initial de la syringomyélie. Par son caractère et par sa distribution elle peut présenter une grande valeur pour dépister la syringomyélie au début et pour aider au diagnostic de cette affection d'avec certaines maladies du système nerveux à manifestations douloureuses.

Par sa localisation elle peut être ramenée au siège de la lésion qui la provoque et constituer un précieux élément de diagnostic topographique.

Basé sur le 18 observations dont plusieurs inédites, le travail de M. Edwards, élève de Ballet, tend à montrer que la paralysie spinale aiguë de l'adulte ne répond pas toujours à la même lésion anatomique; qu'en conséquence il faut la considérer non pas comme une entité pathologique, mais comme un syndrome; que ce syndrome correspond tantôt à la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, tantôt à certaines formes de polynévrite motrice aiguë.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1898-99.

M. Hollande (Paul). *Du dosage de l'acide lactique dans le contenu stomacal.* N° 1.

M. Lascols (Henri). *Des anasarques sans albuminurie ni lésions viscérales.* N° 27.

M. Garnot (Paul). *Etude sur l'écriture ou langage écrit et sur ses troubles au point de vue médico-légal et spécialement des articles 901 et 970 du Code civil.* N° 101.

M. Peltier (Charles-Émile). *Contribution à l'étude clinique de la méningite spinale syphilitique.* N° 10.

M. Hollande n'a trouvé l'acide lactique ni dans l'estomac sain, ni dans l'hyperchlorhydrie. Il en a toujours trouvé dans le cancer de l'estomac; dans cette affection la proportion d'acide lactique est en raison inverse de celle de l'acide chlorhydrique.

La farine de gruau d'avoine renferme des traces d'acide lactique décelable par le réactif à la phloroglucine sulfurique; cependant on peut conserver ce repas d'épreuve dans les indications d'hyperchlorhydrie. Pour les cas douteux ou de néoplasme stomacal, l'emploi du repas d'épreuve suivant, a donné à l'auteur de meilleurs résultats :

Albumine desséchée à l'étuve, à 110°, puis finement pulvérisée	15 gr.
Eau.	250 gr.

L'extraction du repas ayant lieu 3/4 d'heure après l'avoir pris.

L'acide lactique donne à chaud avec la phloroglucine sulfurique un précipité en présence de l'eau.

Ce précipité est fonction de l'aldéhyde, qui provient de cet acide lactique, et son poids est en raison directe avec celui de cet acide.

Ces matières colorantes sont obtenues par l'action d'un groupement phénolique en présence de l'acide sulfurique bouillant.

M. Lascols étudie les anasarques indépendantes de toute albuminurie et de toute lésion viscérale. Le froid subit, le rhumatisme, les influences toxiques et infectieuses, les lésions du système nerveux en paraissent les causes déterminantes les plus habituelles. Le jeune âge, la diathèse arthritique, l'impressionnabilité nerveuse paraissent au premier chef des causes prédisposantes.

D'allures variables, ces anasarques peuvent constituer cependant un certain nombre de types cliniques distincts.

L'anasarque infantile *a frigore*, par sa rapidité et sa simplicité d'évolution, par sa bénignité habituelle, constitue un de ces types les plus nets.

Le mécanisme le plus fréquent des anasarques sans lésions paraît consister en une perturbation nerveuse, entraînant des modifications d'ordre trophique et d'ordre vaso-moteur.

Dans un très important travail, M. P. Garnot étudie les troubles de l'écriture au point de vue médico-légal en se demandant si, lorsqu'un testament olographe est attaqué pour cause d'insanité d'esprit, on peut tirer des renseignements, des moyens de preuve des incorrections que ce testament est susceptible de renfermer dans l'écriture et le tracé graphique des lettres et des mots, dans les omissions, ratures, surcharges, les caractères tremblés, l'emploi de termes impropres ou déplacés, les idées bizarres ou délirantes exprimées; en d'autres termes lorsque le tracé graphique habituel d'un sujet vient à être altéré pour une cause quelconque, peut-on établir une corrélation de cause à effet entre le trouble graphique et le trouble pathologique ou mental qui aura pu l'occasionner?

Il lui faut pour résoudre cette question faire d'abord une étude très complète du langage écrit normal de ses origines, dire un mot de la graphologie, étudier les différents phénomènes psychiques, physiologiques et moteurs qui encourent à la formation de cette faculté et à son fonctionnement normal, rappeler les principaux troubles de l'écriture, les écritures anormales, les écritures simulées ou truquées. C'est à cet exposé très complet qu'est consacrée la première partie de la thèse de M. Garnot. Dans la seconde, il aborde l'étude de la valeur de l'écriture dans les testaments olographes, montre son importance, et expose la jurisprudence sur ce point; il montre les conséquences pratiques et juridiques importantes qu'on peut tirer de l'écriture et de ses troubles non seulement dans les contestations relatives aux testaments, mais aussi dans d'autres circonstances. Il conclut en faisant remarquer que, en même temps que l'article 970 du Code civil impose l'obligation au testateur d'écrire en entier, dater et signer de sa main le testament qu'il veut rédiger lui-même, l'article 901 dit que, pour faire son testament, on doit être sain d'esprit; or, dans toutes

les maladies mentales, il existe un lien étroit entre les troubles mentaux dont peut être atteint un sujet et les troubles graphiques que présente son écriture; aussi l'étude des troubles graphiques est d'une grande utilité dans les cas de contestation de testaments olographes, en ce sens que l'on peut, selon la nature, la forme et la physionomie générale de l'écriture et de ses troubles, arriver, par voie de déduction, à reconnaître quel était l'état mental d'un testateur au moment même où il testait; grâce à l'étude des troubles d'une écriture, l'application juste et vraie de l'article 901 se trouvera grandement facilitée, surtout si à ce moyen de preuve on en joint d'autres telles que certificats de médecins ayant soigné le testateur, dépositions de témoins, etc.

L'auteur a joint à son travail, qui constitue une véritable monographie du langage écrit, outre une bibliographie fort étendue, un certain nombre de tracés d'écriture obtenus de pensionnaires de l'asile de Bron.

Pour M. Peltier il existe une méningite spinale syphilitique, évoluant isolément en dehors de toute affection médullaire. Dans certains cas, la méningite spinale syphilitique peut rentrer dans la catégorie des accidents dits précoces. En effet, elle peut quelquefois faire sa première apparition dans la première année, dans les premiers mois même qui suivent l'ulcère infectant. D'ailleurs, alors même qu'elle est tardive, elle n'en ouvre pas moins la scène des accidents médullaires.

Cliniquement, c'est une affection apyrétique qui présente une évolution spéciale. La propagation se fait suivant la gaine méningée des nerfs rachidiens et suivant le squelette conjonctif d'origine pie-mérienne qui pénètre dans les sillons médians antérieur et postérieur de la moelle.

Anatomiquement, la lésion doit consister en un exsudat gélatineux qui se forme autour des vaisseaux méningés comme centres et enserre les méninges et les racines nerveuses.

D'un diagnostic difficile, quoique le plus souvent possible, ayant son siège d'élection dans la région cervicale, elle se rapproche beaucoup de la pachyméningite cervicale hypertrophique de Charcot et Joffroy. Elle est souvent confondue avec les affections rhumatismales ou simule une névrose; d'où le nombre assez restreint d'observations qu'on en a donné jusqu'à ce jour.

Si l'intervention est rapide et énergique, la guérison peut survenir; mais si la méningite spinale syphilitique est méconnue, elle devient une myélite banale, contre laquelle les traitements divers échouent bien souvent, puisque dans les myélites précoces, les plus curables, on observe encore un tiers de cas rapidement mortels (Gilbert et Lion).

Le traitement sera intensif et mixte. On administrera l'iodure de potassium, et des frictions mercurielles seront pratiquées, indépendamment des révulsifs locaux (pointes de feu, emplâtre de Vigo) qui ne doivent pas être négligés.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Les malformations crâniennes chez les hérédo-syphilitiques, par Ed. Fournier (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. IV, p. 238). — La syphilis héréditaire crée une dystrophie qui se manifeste en imprimant au crâne des malformations diverses : asymétrie, acrocéphalie, scaphocéphalie, synostoses et microcéphalie. Ce qui est peu connu, c'est que l'*hydrocéphalie* est très souvent en relation avec l'hérédo-syphilis (170 observations). — M. Fournier attire en outre l'attention sur un stigmate qui s'observe souvent avec l'hydrocéphalie, mais qui peut se rencontrer en dehors d'elle : la *circulation crânienne supplémentaire*. On l'observe surtout : sur le trajet de la veine temporale superficielle, de la veine angulaire, des veines frontales qui forment de gros cordons veineux accompagnés d'arborescences veineuses.

Atrophie des centres nerveux dans un cas d'atrophie musculaire et osseuse d'origine articulaire, par Ch. Achard et L. Lévi (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. IV, p. 262). — A la suite d'une affection chronique du genou droit, développée à l'âge de 7 ans, survient une atrophie du membre inférieur correspondant. Le malade meurt de tuberculose généralisée à l'âge de 41 ans. On constate une atrophie simple de la moelle et de l'atrophie cérébrale.

L'atrophie osseuse et musculaire du membre inférieur droit est considérable; le poids du tibia sain est de 330 grammes, celui du tibia atrophié de 140 grammes. — L'atrophie de la substance grise de la moelle est manifeste depuis la 3e racine lombaire jusqu'à la 5e sacrée; c'est une atrophie simple, unilatérale; sans autre lésion, on constate que la corne droite est plus petite que la gauche; elle contient beaucoup moins de cellules nerveuses. L'atrophie médullaire a eu pour cause l'irritation des extrémités des nerfs articulaires, et les centres trophiques spinaux du membre ayant en partie disparu, il en est résulté l'atrophie du membre. — L'atrophie cérébrale est limitée au lobule paracentral de l'hémisphère gauche, centre du membre atrophié; cette atrophie est comparable à celle qui a été observée sur des cerveaux d'anciens amputés. Elle confirme la solidarité étroite qui unit les différents membres de la chaîne neurale. L'absence d'un neurone produisant des modifications fonctionnelles des neurones sus- et sous-jacentes, l'atteinte du neurone moteur périphérique entraîne la perturbation fonctionnelle puis l'atrophie du neurone moteur cérébral.

Un cas de maladie de Friedreich à début tardif, par L. Bonnus (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. III, p. 178). — Dans ce cas (observation, autopsie, examen histologique), le début a eu lieu à 25 ans, et, chez le frère du sujet, à 21 ans. Bonnus cite douze autres faits de divers auteurs avec début de 20 à 25 ans. Il semble qu'il y ait des degrés dans la débilité congénitale des systèmes médullaires qu'atteint la maladie de Friedreich; cette débilité, variable de degré, permet de se rendre compte de la raison d'être des cas à début précoce et des cas à début tardif de cette sclérose de la moelle.

Sur les difformités congénitales du cerveau dans leurs rapports avec l'état des cellules nerveuses de la moelle, par N. Solortzoff (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. III, p. 185). — Dans trois cas d'anencéphalie, l'auteur a constaté que les cellules motrices de la moelle étaient demeurées dans un état de développement embryonnaire. C'est que le développement de la cellule nerveuse de la moelle épinière est très étroitement lié avec celui du prolongement cylindraxile de la cellule pyramidale de l'écorce cérébrale. Tant qu'il n'y a pas eu de contact entre la cellule motrice de la moelle épinière et le prolongement cylindraxile de la cellule pyramidale (d'après des recherches sur l'embryon), la cellule motrice de la moelle ne possède que très peu de graines de chromatine, et le protoplasme consiste principalement en une tubstance achromatique ayant l'aspect d'un réseau (spongioplasme).

MÉDECINE

Les cellules éosinophiles des crachats des tuberculeux (Das Vorkommen und die Bedeutung der eosinophilen Zellen im tuberkulösen Sputum), par W. Teichmuller (*Centralb. f. inn. Med.* 1898, n° 13, p. 305). — Contrairement à la plupart des auteurs qui soutiennent que les cellules éosinophiles se trouvent très rarement dans les crachats des tuberculeux, Teichmuller les a trouvées chez 111 sur 153 phthisiques dont il a examiné l'expectoration. Pour lui, la présence de cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux dépend de l'état général du malade, de l'existence de la fièvre, des complications, de la nature des lésions, etc.

C'est ainsi que Teichmuller a pu constater que, chez les sujets en train de se tuberculiser, les cellules éosinophiles apparaissent dans les crachats longtemps avant les bacilles tuberculeux; quand ceux-ci apparaissent à leur tour, les cellules

éosinophiles diminuent de nombre et finissent même par disparaître si la tuberculose pulmonaire prend une marche grave. Au contraire, si, sous l'influence du traitement, la tuberculose et l'état général s'améliorent, on voit, à mesure que les bacilles tuberculeux diminuent dans les crachats, les cellules éosinophiles augmenter de nombre et finir par remplacer complètement les bacilles tuberculeux.

Ces faits montrent donc que l'examen des crachats, au point de vue de la présence des cellules éosinophiles, peut fournir de précieux éléments de pronostic. Chez les 42 phthisiques chez lesquels Teichmuller n'a pas trouvé de cellules éosinophiles dans les crachats, il s'agissait de lésions tuberculeuses graves avec mauvais état général et complications variées.

De la présence des méningocoques dans les sécrétions nasales des individus non atteints de méningite (Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis in der Vasenhöhle nich-meningitiskranker Individuen), par Schiff (*Centralb. f. inn. Medic.* 1898, n° 22, p. 577). — Le point de départ de ces recherches a été l'observation d'un homme vigoureux, entré à l'hôpital avec une série de symptômes (fièvre, céphalalgie, etc.) d'une interprétation difficile. Pour assurer le diagnostic, qui semblait devoir être celui de méningite cérébro-spinale épidémique, on pratiqua l'examen bactériologique du mucus nasal, dans lequel on trouva des méningocoques intra-cellulaires nombreux. Le diagnostic de méningite cérébro-spinale paraissait donc certain, lorsque, à quelques jours de là, l'examen bactériologique du liquide cérébro-spinal, retiré par la ponction lombaire, fit voir la présence de bacilles tuberculeux et l'absence de méningocoques. Il s'agissait donc, en réalité, d'une méningite tuberculeuse, comme on l'a constaté, du reste, plus tard, à l'autopsie.

Cette constatation (présence de méningocoques dans les sécrétions nasales d'un individu atteint de méningite tuberculeuse) conduisit l'auteur à rechercher si le méningocoque cellulaire ne se trouve pas dans les fosses nasales des individus normaux ou qui ne sont pas atteints de méningite. Il examina, à cet effet, les sécrétions nasales de 27 individus qui venaient à la policlinique ou qui étaient hospitalisés pour une affection chronique quelconque. Chez 7 d'entre eux, l'examen bactériologique montra, dans les sécrétions nasales, des méningocoques intra-cellulaires, peu nombreux dans 4 cas, presque à l'état de culture pure dans les 3 autres. Ces méningocoques se sont montrés très virulents pour la souris et le lapin.

L'auteur conclut de ces faits que la constatation de la présence des méningocoques dans les sécrétions nasales ne peut être invoquée, dans les cas douteux, à l'appui du diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique.

L'action des antiseptiques sur les toxines (Ueber die Wirkung der Antiseptica auf Toxine), par E. Salkowski (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 25, p. 545). — Au cours d'une série de recherches relatives au pouvoir oxydant de l'extrait de foie additionné d'aldéhyde salicylique, l'auteur a été amené à étudier l'action de cette substance et d'autres produits antiseptiques (phénol, formaline) sur la toxine diphérique. En injectant à des cobayes un mélange de toxine diphthérique et d'aldéhyde salicylique, laissé pendant quelque temps à l'étuve chauffée à 37°, Salkowski a constaté que, dans ces conditions, il se produit une atténuation, et, parfois, une destruction de la toxine diphthérique, c'est-à-dire que les animaux injectés avec ce mélange ne succombent pas, ou, au moins, survivent plus longtemps que les animaux témoins. Le même fait s'est produit lorsqu'à la place de l'aldéhyde salicylique on faisait agir, sur la toxine diphthérique, le chloroforme, l'acide phénique ou la formaline.

Des expériences analogues, faites avec l'antitoxine diphthérique, ont montré que celle-ci n'est pas attaquée par les antiseptiques.

L'auteur se demande si cette action des antiseptiques sur les toxines, action qui a été encore constatée par Ehrlich sur la toxine tétanique, ne pourrait pas être utilisée en thérapeutique notamment dans certains cas de diphthérie infectieuse, où, à côté de la toxine diphthérique, il se forme encore d'autres toxines sur lesquelles l'antitoxine diphthérique est sans action, et qui pourraient être atténuées ou détruites par les antiseptiques chimiques.

CHIRURGIE

Traitement de la jambe à ressort (Zur Behandlung des federnden Unterschenkels), par G. Müller (*Centralb. f. Chir.*, 1898, n° 22, p. 569). — L'auteur attire l'attention sur une complication particulière des fractures de jambe. Dans certains cas, notamment, la fracture semble guérir d'une façon normale; le raccourcissement est nul, la déformation à peine appréciable, le cal solide et nullement ou à peine douloureux. Les malades affirment pourtant qu'ils ne peuvent se servir de leur jambe cassée, et ils ne marchent, en effet, qu'en s'aidant d'une canne ou de béquilles.

En prenant l'épreuve radiographique de l'ancien foyer de fracture, l'auteur a constaté que, dans ces cas, il existait toujours un déplacement des deux fragements du tibia, qui ne se touchaient plus que par une partie de leur surface, et que le cal ne comblait qu'en partie l'encoche ainsi formée. Du reste, si on essayait de mobiliser les fragments, en saisissant le membre avec une main, juste au-dessus du trait de fracture, et, avec l'autre, au niveau de la cheville ou du pied, on percevait très nettement une sorte d'élasticité, de rénitence au niveau du cal.

Malgré les apparences cliniques, la consolidation de la fracture n'était donc pas parfaite, ce qui expliquait suffisamment les troubles fonctionnels que présentaient ces malades.

Le port d'une jambière en cuir, pourvue de tuteurs latéraux en métal, a, dans ces cas, fait disparaître les troubles dont se plaignaient ces malades. Cet appareil, qui favorisait, en même temps, la consolidation du cal, était retiré au bout d'un certain temps.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Novembre 1898.

Traitement des anévrysmes par la gélatine.

M. Lancereaux déclare que ses expériences sont en contradiction avec celles de M. Laborde, et maintient ses précédentes déclarations relatives à l'action coagulante de la gélatine.

M. Laborde insiste sur ce que la gélatine n'étant pas dialysable n'est pas physiologiquement absorbable, et que pour être absorbée elle doit subir une modification.

M. Hayem fait remarquer qu'il est difficile de juger de la coagulabilité du sang par les prises successives, une grande quantité de causes pouvant modifier le temps que le sang met à se coaguler en dehors de l'organisme. En outre il n'est pas nécessaire qu'une substance soit dialysable pour être absorbée. Il ressort, en effet, de ses expériences que les globules du sang peuvent en nature passer dans l'organisme.

C'est ce que l'on constate facilement si on injecte dans le péritoine ou sous la peau d'un chevreau du sang pris chez un chien; le fait est surtout visible au bout de 24 à 36 heures.

En somme, dans cette discussion, il y a deux choses : 1° un fait empirique : la coagulation des anévrysmes sous l'influence de la gélatine; c'est possible, et l'avenir montrera si cette action est réelle; 2° une explication physiologique, qui est encore insuffisante; il faut poursuivre les recherches.

Ablation du grand sympathique.

M. Laborde présente un cobaye, rendu épileptique par une hémisection de la moelle et chez lequel il a pratiqué l'abrasion du grand sympathique avec ses trois ganglions, du côté de la zone épileptogène. Cette opération n'a eu aucune action sur les crises épileptiformes spontanées ou provoquées.

L'animal a du ptosis, du myosis et de la rétraction du globe oculaire du côté opéré.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ulcère de l'estomac,

D'après M. Frémont (1).

La pathogénie de l'ulcère de l'estomac est dominée par l'hyperacidité du suc gastrique qui en est le facteur principal.

La sécrétion de l'estomac est continue; elle subit des intermittences, mais elle est continue. Ce suc digère tout aussi bien le tissu vivant de l'estomac que la patte d'une grenouille ou l'oreille d'un lapin. La première indication dans le traitement de l'ulcère de l'estomac est donc d'enlever au suc gastrique son activité digestive. Pour cela, nous disposons de deux moyens qui se marient admirablement : le lait qui fixe l'acide chlorhydrique, les alcalins qui le neutralisent. Un suc gastrique neutralisé ne digère pas. La seconde indication est de recouvrir l'ulcère de l'estomac pour l'empêcher d'être en contact avec le suc gastrique.

Puisque l'estomac sécrète continuellement, il faut fixer et neutraliser sa sécrétion continuellement. Les doses seront d'autant plus rapprochées et divisées que les accidents sont plus aigus. Par exemple, on donnera au commencement une forte dose d'alcalins dans 2 ou 3 cuillerées de lait tiède, puis on prescrira toutes les 30 minutes, pendant 20 heures consécutives, une cuillerée à soupe de lait avec un paquet renfermant : magnésie calcinée, 5 centigrammes; craie préparée, 5 centigrammes; sous-nitrate de bismuth, 10 centigrammes; bicarbonate de soude, 20 centigrammes. Pendant les 4 heures de la nuit donner toutes les heures. Il ne faut pas hésiter à augmenter les doses si la douleur n'est pas calmée.

On a voulu mettre les malades à la diète stomacale et les nourrir par le rectum. C'est une pratique détestable qui laisse le mal faire des progrès rapides. Malgré cette pratique, des malades ont guéri; mais parce que la bonne nature a pu triompher dans quelques cas, il ne faut pas croire que renoncer à l'alimentation lactée soit une bonne pratique. L'estomac atteint d'ulcère doit recevoir souvent du lait qui fixe l'acide chlorhydrique de son suc, calme son excitation. Si on a sauvé des malades par la méthode de Donkin, ce n'est pas qu'elle soit bonne; c'est que par les alcalins on a suppléé à l'action favorable, utile du lait absent.

Ceux qui croient que l'estomac sécrète seulement pendant la digestion admettent une sécrétion de 4 et 5 litres de suc; on ne peut donc obtenir que l'estomac devienne une cavité virtuelle par accolement de ses parois, même si on le laisse à la diète. En commençant par donner 600 cm. cubes de lait, puis 1 litre, non seulement on ne distend pas davantage l'estomac, mais encore on facilite la rétraction de ses parois. Le lait avec les alcalins fait cesser le spasme pylorique et l'estomac se vide plus facilement. D'autre part, le lait diminue la sécrétion stomacale.

Le lait ne doit être donné ni chaud, ni froid; plus il se rapproche de 38° moins il excite l'estomac.

Il est inutile de donner des doses énormes de bismuth; lorsqu'on sait où est l'ulcère, il est facile de faire arriver ce protecteur en indiquant au malade la position à prendre après l'ingestion. Presque toujours on réussit après quelques tâtonnements.

Un chien à estomac isolé dans lequel j'ai mis de fortes doses de sous-nitrate de bismuth pendant 3 jours, a eu des convulsions pendant 24 heures, convulsions qui ont fini par disparaître après des lavages répétés de l'estomac de l'animal.

Même en cas d'hémorrhagies répétées, il ne faut pas donner de petits morceaux de glace; le froid augmente beaucoup la sécrétion de l'estomac lorsqu'il n'est ni égal ni permanent. La vessie de glace sur le ventre, dont l'action est continue, joue un rôle favorable.

1. *Bull. de la Soc. thérap.*, 1898, p. 909.

Traitement de la gingivite des femmes enceintes (1).

La gingivite commence ordinairement vers le 4e mois de la grossesse et ne cesse qu'après l'accouchement. La prophylaxie consiste dans le traitement des dents cariées, dans l'ablation du tartre, dans le lavage et l'entretien soigneux de la bouche. Lorsqu'une dent est trop malade, il est préférable de l'enlever.

Lorsque la gingivite est établie, il faut combattre l'acidité de la salive au moyen du bicarbonate de soude ou du carbonate de chaux, auxquels on peut ajouter un antiseptique.

La formule suivante de Vinay est bonne :

Bicarbonate de soude	} àà	40 gr.
Carbonate de chaux		
Camphre raffiné		10 gr.

ou bien :

Carbonate de chaux	40 gr.
Salol	10 gr.

Dans les cas rebelles avec tuméfaction de la gencive, il faut recourir au chlorate de potasse, à l'iode ou au permanganate de potasse appliqués en badigeonnages suivant les formules :

Chlorate de potasse	6 gr.
Miel rosat	10 gr.
Glycérine	20 gr.

ou bien dans les formes tenaces :

Teinture d'iode	10 gr.
Glycérine	20 gr.

ou :

Permanganate de potasse	15 gr.
Eau	30 gr.

Emploi de l'ergot dans le traitement du paludisme chronique,

D'après M. le Dr Jacobi (de New-York) (2),

D'après M. le Dr Jacobi (de New-York), il est des cas de paludisme chronique intermittent avec hypertrophie considérable de la rate qui, après avoir résisté à l'action de la quinine de l'arsenic, du bleu de méthylène, de l'eucalyptus, cèdent à l'influence de l'ergot.

Lorsque la tuméfaction splénique n'est pas trop ancienne, qu'elle n'est pas définitive, au bout d'un certain temps l'action rétractile de l'ergot devient manifeste. Les crises s'espacent, puis disparaissent avant que la rate ait sensiblement diminué de volume. La température peut rester élevée, mais le plus souvent elle devient normale. Les plasmodies ne semblent pas disparaître du sang aussi rapidement qu'à la suite de l'emploi de la quinine, mais peut-être le résultat se prolonge-t-il plus longtemps.

Dans les cas que rapporte M. le Dr Jacobi, l'ergot a toujours parfaitement réussi. La dose était de 15 grammes d'ergot dans 300 grammes d'eau à prendre en infusion 1/2 tasse 3 fois par jour.

L'ergot est un médicament complexe dont les principes actifs sont l'acide sphacélinique, la cornutine, la triméthylamine, la vernine et l'acide ergotinique. Tous ont une action vaso-constrictive et produisent la tétanisation musculaire. C'est à ces propriétés que l'ergot doit son action dans la malaria.

Le traitement du paludisme chronique par l'ergot ne doit pas être exclusif. On peut lui associer, suivant les cas, la quinine, le fer, l'arsenic, et en aucun cas, on ne doit négliger les règles de l'hygiène générale.

1. *Riforma medica*, 17 oct. 1898, t. IV, p. 107.
2. *Medical News*, 22 oct. 1898.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Un cas de hernie traumatique trans-intercostale; cure opératoire,

Par M. A. Iselin,

Interne des hôpitaux.

Nous venons d'observer dans le service de notre maître M. le Dr Bazy un cas très intéressant de hernie traumatique.

Fr... Jean, 26 ans, journalier, se trouve serré entre les moyeux de deux voitures le 1er octobre 1897; la pression très violente qu'il subit, et qui l'empêche de respirer, s'exerce dans le sens antéro-postérieur sur les parties supérieures de l'abdomen et inférieure du thorax.

La région contusionnée se couvre immédiatement d'une ecchymose très étendue, et un quart d'heure après, le malade y voit apparaître une grosseur qui augmente de volume pendant l'effort. Une hématurie débute à ce moment qui, au bout d'un mois disparaît. Le malade s'étant alors levé, l'hématurie reparaît bientôt pour durer encore pendant 1 mois 1/2, après quoi elle cesse définitivement.

Après quelques jours de repos le malade reprend son travail, mais il est obligé de porter une ceinture qui le gêne de plus en plus, et, le 12 mars 1898, il entre à Saint-Louis.

En examinant les régions thoracique et abdominale, on ne découvre qu'une cicatrice au niveau de la 10e côte et une légère voussure de cette région — mais en faisant tousser le malade, on voit se développer une volumineuse hernie de la grosseur d'un œuf d'autruche qui, après avoir atteint son maximum d'expansion, se réduit spontanément, assez vite et presque totalement. Elle est sonore à la percussion, indolore et allongée transversalement; en la réduisant, les doigts pénètrent dans une solution de continuité de la paroi thoracique.

Cette déchirure siège dans le 10e espace intercostal et s'étend depuis l'extrémité antérieure de la 10e côte jusqu'à la ligne axillaire moyenne.

Elle est limitée en haut et en bas par les bords correspondants des deux côtes, en avant et en arrière par les muscles et aponévroses restés intacts. On sent ces derniers sous la forme d'arceaux se regardant par leur concavité; leur rebord paraît mince et tranchant.

En invaginant fortement la peau en haut et en arrière, on arrive à sentir la paroi inférieure du diaphragme.

On fait boire le malade et, comme on croit entendre du clapotement dans la hernie, on diagnostique : hernie probable de l'estomac.

Le malade est opéré par M. Bazy le 17 mars 1898.

Après anesthésie chloroformique, on fait une incision de 15 centimètres parallèle au grand axe de la tumeur; on tombe alors sur une sorte de tissu fibreux cicatriciel; on continue d'inciser avec précaution ce qui n'empêche pas d'ouvrir une cavité que l'on prend d'abord pour l'estomac, malgré la minceur de ses parois. L'odeur, puis la vue de liquide fécal et de haricots non digérés montrent bien qu'on a ouvert l'intestin, le côlon probablement. On referme par un surjet au catgut, sans avoir pu éviter la chute de quelques gouttes de liquide septique dans la plaie. Après un lavage soigneux, on procède à la restauration de la paroi et pour cela on commence par disséquer le tissu cicatriciel au niveau de la hernie de façon à dénuder les 10e et 11e côtes. Au cours de cette dissection on ouvre la cavité péritonéale; il en sort un peu d'épiploon que l'on réduit et l'orifice est fermé par un surjet au catgut. Les deux côtes étant à nu, on passe deux fils de catgut distants l'un de l'autre de 4 centimètres dans le 9e espace; on les fait cheminer sous les 10e et 11e côtes et ressortir dans le 11e espace. Ils sont alors serrés de manière à rapprocher les côtes et fermer l'espace. On fait ensuite la suture des muscles au catgut puis celle de la peau au crin de Florence et on termine par un pansement iodoformé.

Les jours suivants, l'état du malade est très satisfaisant. Sa température est normale et il n'est un peu gêné que pour tousser ou faire des efforts.

Le 10e jour le pansement est levé : la cicatrisation est parfaite et il n'y a pas la moindre impulsion à la toux; on trouve d'ailleurs à la place de l'ancienne déchirure un véritable plastron osseux. Le malade est maintenu au lit jusqu'au 18 avril, moment de sa sortie.

Actuellement la guérison s'est maintenue parfaite.

Cette observation nous semble intéressante par plusieurs points. Tout d'abord son extrême rareté, car, après de nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé qu'un cas analogue; on rencontre bien, décrits sous le nom de hernie traumatique des cas d'éventration, mais il ne faut pas confondre la hernie traumatique qui se produit là où porte le coup avec l'éventration due à une distension de la paroi abdominale causée par la faiblesse de cette paroi.

En second lieu le *siège* de cette hernie est tout à fait particulier et on en comprend difficilement la pathogénie en raison de l'étroitesse de l'espace à traumatiser, espace protégé par deux arcs osseux. Il faudrait supposer qu'un objet assez étroit pour s'introduire entre les deux côtes ait frappé le muscle qui, tendu et contracturé, était dans de bonnes conditions pour subir la rupture ou qu'il y ait eu fracture de côtes. Le malade n'a pu nous donner aucun renseignement à cet égard.

Le troisième point, qui nous semble le plus intéressant au point de vue pratique, est l'*absence de sac péritonéal;* c'est d'ailleurs un fait commun dans les hernies qui se montrent immédiatement après le traumatisme, comme

c'est le cas dans notre observation. Le péritoine est en effet déchiré en même temps que le muscle, et l'intestin, venant se loger dans le tissu cellulaire sous-cutané, est facilement perçu à travers la peau : ce n'est cependant pas la règle car il peut s'engager dans le tissu cellulaire sous-péritonéal par une déchirure isolée du péritoine pariétal et dans ce cas la hernie peut échapper à l'examen clinique. Une observation de M. Golding-Bird (*Medical Weeck*, 29 mars 1895) témoigne de ce fait.

Signalons encore la déchirure du rein qui a accompagné cette hernie et qui a donné lieu à une hématurie de 2 mois 1/2 de durée.

Enfin il nous reste à mentionner l'originalité et l'excellence du procédé opératoire employé par M. Bazy qui, rapprochant deux côtes voisines, a substitué à la déchirure une solide plaque osseuse.

REVUE DES CONGRÈS

IXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Turin du 3 au 7 octobre 1898.

La saignée.

M. Maragliano (de Gênes), rapporteur, demande tout d'abord : 1° si la saignée a réellement une valeur thérapeutique; 2° de quelle façon et dans quelles conditions celle-ci se manifeste.

On a prétendu, en se basant sur la physiologie et sur la pathologie expérimentale qu'elle est dangereuse pour l'organisme : le nombre des hématies diminuerait après la saignée, tandis que celui des leucocytes augmenterait; de plus, la consommation de l'albumine s'accroîtrait en même temps que la densité du sang, sa richesse en gaz et la pression artérielle diminueraient, et le pouls deviendrait plus fréquent. On observerait encore de la dépression du système nerveux ainsi qu'une dégénérescence des tissus et plus spécialement du myocarde; enfin, tout l'organisme s'appauvrirait et deviendrait moins résistant.

Mais ces données expérimentales ont-elles réellement toute l'importance qu'on a voulu leur attribuer? Il faut d'abord tenir compte de la quantité de sang qu'on a soustrait à l'organisme dans les expériences dont il s'agit. W. Müller, par exemple, n'obtint sur des chiens un abaissement appréciable de la tension artérielle qu'après avoir pratiqué une saignée d'un tiers au moins de la quantité totale du sang. Buntzen et Vierordt ont dû soustraire à des chiens un quart de la masse sanguine pour déterminer une modification dans le nombre des globules rouges. Il en a été de même dans les expériences de Lesser sur les variations de la quantité d'hémoglobine et dans celles de Jürgensen sur les modifications des gaz du sang. Et d'ailleurs, ces diverses lésions se réparent rapidement. De plus ces données expérimentales perdent toute leur valeur, si l'on tient compte que la saignée pratiquée dans un but thérapeutique soustrait à l'organisme, au maximum, 1/10 de la quantité totale du sang.

Il ne faut pas oublier que tous les globules ne sont pas nécessaires à la fonction respiratoire et aux échanges gazeux, de même que tous les éléments constitutifs du plasma sanguin ne sont pas indispensables *in toto* à la nutrition intime des tissus. Dastre a pu confirmer pour le chien ce que Cohnheim avait observé pour la grenouille, à savoir qu'on peut maintenir l'animal en vie en remplaçant un tiers de la quantité totale du sang par une solution normale de chlorure de sodium, et Sciolla a pu soustraire aux chiens, sans les faire périr, jusqu'à la moitié de la masse sanguine.

L'évolution des maladies aiguës est-elle liée à la richesse plus ou moins grande du sang? A cette question la clinique donne une réponse négative. Dans la fièvre typhoïde une épistaxis considérable ou une ménorrhagie exercent souvent une influence plutôt favorable; l'entérorrhagie elle-même, considérée en tant qu'accident hémorrhagique, apporte fréquemment une amélioration, et, dans le cas contraire, c'est en général la perforation intestinale, et non l'hémorrhagie, qui détermine l'issue fatale. Il en est de même pour la pneumonie et pour d'autres maladies infectieuses. Il est entendu qu'il s'agit ici des hémorrhagies qui ne sont pas la conséquence d'une altération de la crase sanguine.

On peut même aller plus loin et affirmer qu'il y a des maladies dans lesquelles la richesse du sang en globules peut, à certains moments, devenir dangereuse pour le patient. D'après les physiologistes, à une plus grande teneur en globules correspond une plus grande consommation d'oxygène et une excrétion plus considérable d'acide carbonique. Lorsque, pour une raison quelconque, l'hématose se fait d'une manière défectueuse dans le poumon, l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang augmente proportionnellement au nombre des globules rouges. Et Traube avait parfaitement compris toute l'importance de ce fait, lorsqu'il enseignait que les troubles de la circulation pulmonaire retentissent moins sur les sujets doués d'un sang peu riche en hématies que sur les autres. On a dans ces cas une cyanose et une dyspnée très légères. Même avec un territoire vasculaire du poumon fort limité, les globules, lorsqu'ils sont peu nombreux, peuvent assurer, dans la mesure nécessaire, les échanges gazeux. M. Livierato l'a démontré directement sur des sujets atteints de pneumonie. En effet, des malades avec des lésions pulmonaires très étendues voyaient leur état s'améliorer notablement après la saignée : la dyspnée et la cyanose diminuaient, en même temps que l'excrétion d'acide carbonique augmentait. Par contre, chez des sujets à lésions pulmonaires fort limitées, l'excrétion d'acide carbonique diminuait après la saignée; or, dans ce cas l'élimination de l'acide carbonique était directement liée au nombre des hématies, l'hématose se faisant d'une façon presque normale.

Tout récemment, A. Robin et Binet ont pu se convaincre que chez les pneumoniques la saignée active les processus d'oxydation. L'influence que la saignée exerce sur la cyanose et la dyspnée est, du reste, connue depuis longtemps, et tout nous oblige à conclure que lorsque les globules deviennent inertes, il sont inutiles.

En somme, il résulte des considérations qui viennent d'être exposées que les altérations qualitatives du sang sont bien plus redoutables que les modifications quantitatives de ce liquide. Il est donc logique d'admettre que la saignée, pratiquée avec mesure, ne doit pas être considérée comme nécessairement nuisible.

Il reste à voir quelle est son utilité. Le premier service qu'elle peut rendre, c'est d'activer la circulation veineuse et la petite circulation toutes les fois qu'il y a stase et que le ventricule droit rempli de sang ne parvient à se vider que difficilement. En ce qui concerne la grande circulation, la saignée a pour effet de diminuer la résistance dans la partie périphérique du système vasculaire et, par conséquent, de faciliter le travail du ventricule gauche. D'autre part, le ventricule droit, une fois vidé, se contracte plus énergiquement, ce qui amène la disparition des congestions passives dans la pleine circulation, en même temps que les échanges gazeux redeviennent normaux.

Cette action déplétive, déjà connue de Galien, est aujourd'hui universellement admise aussi bien pour les troubles de la circulation consécutifs aux affections cardiaques que pour ceux qu'on observe soit dans les affections pulmonaires chroniques ou aiguës, soit à la suite de toute autre congestion viscérale.

Cette indication est facile à saisir; elle n'est pas tirée de l'état du pouls ni des conditions de la circulation artérielle, mais de celles de la circulation veineuse. En effet, lorsque la pression veineuse est augmentée notablement et que le sang stagne dans le ventricule droit, la pression artérielle s'abaisse et le pouls peut être petit et dépressible, sans qu'il y ait là une contre-indication à la saignée.

L'action déplétive de la saignée peut-elle aussi être utilisée contre les congestions actives (notamment celles de l'appareil respiratoire et du cerveau), alors même que celles-ci s'accompagnent d'hémorrhagies? Zakhariine, le premier, et après lui König, Albu, Pye Smith, Mackenzie, Broadbent ont considéré l'apoplexie (même celle qui est consécutive à la rupture d'une artère) chez les artérioscléreux comme un accident susceptible,

plus que tout autre, de bénéficier de la saignée. Cette indication, il est vrai, n'est pas généralement admise.

La quantité de sang à soustraire pour obtenir l'effet mécanique nécessaire peut varier, suivant les individus et leur développement physique, de 200 à 400 centim. cube. La saignée est pratiquée habituellement au bras. Cependant, lorsque l'action déplétive doit porter plus particulièrement sur le territoire de la veine cave inférieure, il est préférable de faire la saignée sur un pied. C'est ainsi que M. Baccelli, dans les cas où il s'agit d'activer la circulation rénale, procède à la phlébotomie de la veine dorsale du pied, afin de soustraire du sang à une des racines de la veine cave, et les résultats qu'il obtient de cette façon chez les sujets atteints de néphrite aiguë sont très encourageants.

On a attribué aussi à la saignée une action révulsive, et Zakhariine, entre autres, a prétendu que la phlébotomie était susceptible de détourner la congestion vers des territoires vasculaires éloignés.

Un autre avantage de la saignée, c'est de débarrasser très rapidement le sang des matériaux toxiques. Cette indication s'impose aujourd'hui, et elle est appelée à prendre une importance de plus en plus considérable, car, pour certains états morbides, la présence des matériaux toxiques dans le sang est incontestable. Il en est ainsi, en premier lieu, pour ceux dans lesquels la fonction rénale est supprimée en partie ou en totalité. Viennent ensuite les états dans lesquels il y a apport vers le sang des matériaux toxiques provenant des foyers bactériens qui ont leur siège dans les tissus voisins, comme c'est le cas pour la pneumonie et pour la tuberculose. Il faut également mentionner ici les états dans lesquels, par suite du fonctionnement défectueux d'autres émonctoires que le rein, il s'accumule dans le sang des matériaux toxiques, tels que l'acide carbonique dans les affections qui entravent l'hématose, ou la bile lorsqu'il y a obstacle au passage de celle-ci dans l'intestin, etc. Enfin, viennent les auto-intoxications, qui résultent, pour la plupart, de la suppression ou de l'altération fonctionnelle des appareils préposés à la défense de l'organisme contre tous les poisons qu'il fabrique lui-même et que les travaux de Bouchard et Charrin ont fait connaître.

Du moment que la pathologie expérimentale nous montre le siège de la matière morbifique dans l'appareil de la circulation, il devient naturel de croire à la possibilité d'en débarrasser l'organisme par les émissions sanguines.

Rayer a le premier repris cette indication galénique de la saignée pour ce qui concerne l'urémie, en se basant sur le fait que les troubles urémiques sont atténués par des hémorrhagies spontanées (menstruation, épistaxis, etc.).

On a objecté que la quantité de sang soustraite par une saignée était insuffisante, mais Bouchard a montré que 500 gr. de sang d'un urémique contiennent 8 grammes de matières extractives, c'est-à-dire à peu près la même quantité que celle que le rein élimine normalement dans les 24 heures. Pour ma part, la saignée m'a toujours donné des résultats très favorables chez les urémiques.

Dans les empoisonnements par l'oxyde de carbone on utilise également avec avantage l'action dépurative de la phlébotomie en la complétant par la transfusion du sang.

En dehors de ces cas, on ne pratique guère la saignée dans le but de débarrasser le sang de tous les matériaux toxiques qui peuvent s'y accumuler. On l'a essayée, il est vrai, dans la méningite cérébro-spinale suraiguë (Ziemssen, Leyden). En ce qui me concerne, je l'ai proposée, il y a dix ans, comme moyen de combattre la toxémie diplococcique et je crois en avoir obtenu, en y associant des injections salines, des résultats favorables, particulièrement au point de vue des phénomènes d'hyposystolie liés à l'infection. Krönig, Barré ont dans ces derniers temps confirmé cette manière de voir; toutefois celle-ci ne repose pas encore sur des faits absolument démonstratifs.

Il n'en reste pas moins qu'il peut y avoir utilité à assurer une élimination rapide d'une partie des éléments toxiques contenus dans le sang, quelle que soit leur origine. Par ce moyen on ne modifie pas, il est vrai, les sources de la toxémie, mais on gagne du temps pour la combattre.

Lorsqu'on pratique la saignée dans le but de débarrasser le sang des matériaux toxiques, il est nécessaire de soustraire, autant que possible, une quantité considérable de sang : c'est ainsi que dans l'urémie on fait des saignées de 500, voire même de 1000 cm. cubes.

L'injection veineuse d'eau salée, en supprimant les oscillations de la pression vasculaire, permet de soustraire une plus grande quantité de sang; la méthode proposée par Barré, et qui consiste à faire l'injection veineuse en même temps que la saignée, peut trouver dans la pratique des applications utiles.

Quant à la question de savoir si les émissions sanguines sont susceptibles de stimuler la formation de sang, je n'ai pas d'expérience personnelle à cet égard. Cependant, comme il s'agit ici de très petites saignées (50, 100 cm. cubes), je crois qu'on peut les essayer dans les anémies vraiment rebelles.

En résumé, au point de vue de la thérapeutique générale, la saignée répond à deux indications principales : la déplétion et la dépuration de l'organisme. Ce sont là les limites que lui assignait Galien. Elle ne doit pas être considérée comme une méthode de traitement propre à certaines affections, attendu que, dans l'état actuel de la science, aucune maladie n'est curable par la saignée.

M. Calabrese (de Naples) relate deux observations montrant que la déplétion sanguine agit, dans certains cas, comme révulsif et non par l'abaissement de la tension artérielle. Chez les deux phthisiques auxquels ces observations se rapportent, l'application de plusieurs sangsues à la base du thorax a suffi pour arrêter des hémoptysies qui avaient résisté aux astringents les plus variés.

M. Queirolo (de Pise) déclare que les faits qu'il a observés à sa clinique lui permettent d'affirmer que la saignée est indiquée dans l'urémie et dans la pneumonie.

M. Pansini (de Naples) fait observer qu'on s'accorde généralement à admettre l'utilité de la saignée dans les cas de réplétion exagérée du cœur droit, dans la pneumonie franche ainsi que dans la bronchite capillaire et dans les accès violents d'asthme. En effet, lorsqu'une trop grande quantité de sang se trouve dans le cœur droit, l'oreillette du côté correspondant ne peut pas accomplir avec l'énergie nécessaire les mouvements de systole et de diastole, d'où hyperémie veineuse dans les coronaires; or, la saignée non seulement diminue la pression interne de l'oreillette droite, mais encore elle permet aux veines coronaires de se vider plus facilement, de sorte que la circulation du cœur se rétablit d'une manière parfaite.

M. Pane (de Naples) a fait à la clinique de M. De Renzi des expériences qui ont consisté à pratiquer la saignée sur des lapins ayant au préalable reçu en injection la dose mortelle minima de culture pneumococcique. La quantité de sang soustrait ne dépassait jamais 1/100 du poids total du corps. Aucun de ces lapins ne présenta une résistance plus grande que les animaux témoins.

Une autre série de recherches a porté sur des chiens, auxquels on injectait, immédiatement après la saignée, une quantité de solution physiologique de chlorure de sodium égale à celle du sang soustrait. En procédant de la sorte on a obtenu quelques succès, dus probablement au chlorure de sodium.

M. Bozzolo (de Turin) estime que, malgré l'importance incontestable de l'expérimentation sur les animaux, on ne doit appliquer ses résultats à l'homme qu'avec beaucoup de circonspection.

M. Maragliano, en réponse à cette objection, fait observer que de nos jours la clinique ne saurait se passer du concours de la méthode expérimentale.

Des lésions du système nerveux dans un cas mortel de chorée de Sydenham.

M. Silvestrini (de Florence) a eu l'occasion d'examiner histologiquement le système nerveux d'une jeune fille morte au 6e jour d'une chorée accompagnée d'hyperthermie très considérable. On a trouvé des renflements variqueux des dendrites, ainsi qu'une désagrégation de la substance chromatique dans les cellules de l'écorce; çà et là on notait une disparition presque complète de cette substance, en même temps que le corps cellulaire était gonflé et le noyau déplacé.

Dans les cellules de la moelle, la substance de Nissl ne formait pas de blocs prismatiques, mais de très petites granulations

disséminées dans tout le corps cellulaire, tandis qu'elle gardait sa disposition normale dans les prolongements; il n'existait pas de déplacement nucléaire. Le cervelet n'offrait rien de particulier. Par contre, au niveau du bulbe on retrouvait les mêmes altérations que dans la moelle épinière.

De l'albuminurie toxémique et de son traitement.

M. De Dominicis (de Naples) estime qu'il n'est pas exact de prétendre que l'albuminurie soit toujours directement liée à l'existence d'une néphrite. Il y a, en effet, des albuminuries survenant brusquement, très intenses, accompagnées d'œdèmes et qui ne sont que l'expression d'une intoxication du sang (*albuminurie toxémique*). Ce n'est pas que le rein ne soit atteint en pareil cas, mais il l'est au même titre que d'autres organes et tissus, tels que le péricarde, la plèvre, le poumon, les méninges, le tissu sous-cutané, etc., et les troubles rénaux disparaissent dès que le sang revient à son état normal. Cette albuminurie se distingue donc nettement de celle qui est la conséquence directe des lésions rénales et qui n'atteint jamais le même degré d'intensité.

Comme cause de cette albuminurie toxémique, je crois qu'on peut incriminer surtout les poisons qui se forment dans l'estomac ou dans l'intestin.

Au point de vue thérapeutique, le rôle principal me paraît ici revenir au traitement diététique qui peut faire disparaître les troubles gastro-intestinaux existant toujours en pareil cas. Toutefois, il faut se garder de prescrire le régime lacté indifféremment à tous ces malades, car le lait, lorsqu'il ne peut pas être digéré, leur est aussi nuisible que n'importe quel autre aliment. On obtient de très bons résultats par le lavage du sang.

Pathogénie de l'urémie.

M. Riva-Rocci (de Turin). — La variété des conditions dans lesquelles l'accès urémique éclate a fait croire qu'il y avait là en cause un élément inconnu qui favorise l'excitabilité convulsive de l'urémique, en dehors de la rétention des matériaux toxiques de l'urine.

Dans le but d'élucider cette question, M. Riva-Rocci a pris, comme terme de comparaison, un symptôme initial aussi peu grave que possible du syndrome urémique, à savoir l'augmentation de la tension artérielle qui a lieu au début de chaque accès. En pratiquant des injections des composants de l'urine chez l'homme sain et chez l'homme malade, chez le premier elles ne déterminaient aucun effet, tandis que chez le second certains composants provoquaient une hypertension manifeste.

Pour éviter l'objection d'avoir employé des matériaux de nature hétérogène, il a injecté du suc rénal humain et trouvé que ce suc n'augmente pas la tension sanguine ni chez les sujets sains ni chez les néphritiques. Par contre, le suc de rein de néphritiques produit une augmentation très nette de la tension artérielle chez le néphritique; il détermine le même effet chez les individus bien portants, lorsqu'on le mélange avec quelques-unes des substances de rétention qui sont hypertensives pour le néphritique.

Il semble résulter de ces expériences que le facteur inconnu qui augmente le degré d'excitabilité convulsive des néphritiques est constitué par la maladie du rein lui-même, qui modifie les conditions de l'équilibre chimique du sang.

Pathogénie de l'ictère.

M. Queirolo communique ses recherches expérimentales qui ont montré que la ligature simultanée du canal thoracique et du conduit cholédoque amène constamment au bout de 24 à 30 heures l'apparition d'un ictère qui s'accentue progressivement les jours suivants, d'où il faut conclure que l'absorption de la bile se fait par la voie sanguine et notamment par l'intermédiaire du système veineux intra-hépatique. Pour répondre à l'objection que la ligature du canal thoracique détermine dans le système lymphatique une pression telle que la bile doit suivre forcément les voies sanguines, il a institué une autre série de recherches : après avoir lié sur des chiens les canaux cholédoque et thoracique, il a ouvert ce dernier pour laisser la lymphe s'écouler à l'extérieur, tandis que sur d'autres chiens il n'a lié que le canal cholédoque. Or, dans l'un et l'autre cas il y a toujours eu ictère au bout du même laps de temps. L'occlusion du canal thoracique ne modifie en rien ni ne fait disparaître l'ictère consécutif à la ligature du cholédoque.

Néphrites interstitielles post-infectieuses.

M. Patella (de Pérouse) a eu l'occasion d'observer, chez des sujets jeunes, des scléroses rénales dont l'étiologie paraissait fort obscure. Or, en injectant aux animaux des urines provenant de pneumoniques et de typhoïdiques, il a pu se convaincre que les toxines du diplocoque de Talamon-Fränkel et du bacille d'Eberth-Gaffky, sont susceptibles de produire dans le rein des altérations multiples de nature variée, et en particulier des lésions de néphrite interstitielle. Celles-ci offrent des caractères tels qu'il y a lieu de supposer qu'en progressant elles constituent le point de départ du processus scléreux. Il semble donc, que les infections, et notamment la pneumonie et la dothiénentérie, doivent figurer parmi les facteurs étiologiques de la sclérose rénale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 Décembre 1898.

Lymphadénome du médiastin antérieur.

M. A. Clerc présente une grosse tumeur du médiastin antérieur, englobant la trachée et les vaisseaux de la base du cœur, sans les comprimer. Le hile du poumon n'est pas intéressé; en revanche, le cœur est entouré d'une sorte de gaine inextensible formée de tissu néoplasique.

Au microscope, on voit un tissu réticulé contenant de nombreux lymphocytes, et quelques grosses cellules atypiques.

Cliniquement, on nota un épanchement pleural gauche, séreux, ponctionné deux fois sans amélioration. D'autre part, il survint une petite tumeur au niveau du creux sus-claviculaire gauche, plongeant dans le médiastin.

Tuberculose crânienne et méningée; ossification pleurale.

M. Apert présente des pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 58 ans, chez qui on avait constaté, pendant la vie, des gommes crâniennes et une ostéite costale, avec un état d'asthénie très marqué et de cachexie.

A l'autopsie, on trouva de gros ganglions mésentériques tuberculeux, sans tuberculose intestinale, des capsules surrénales, présentant des masses caséeuses à côté de parties restées saines, et une granulie pulmonaire terminale.

Au crâne, on note 4 gommes; la plus grosse est ramollie et, dans le pus, on a pu colorer des bacilles tuberculeux; la dure-mère, au niveau des gommes, est épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires. et on y voit un certain nombre de cellules géantes. L'arachnoïde est tapissée au même niveau de placards fibrineux en langue de chat; il existe une dizaine de gros tubercules sous-arachnoïdiens siégeant dans les scissures. Sur la coupe d'un de ces tubercules, on voit les gaines lymphatiques des artérioles gonflées par un manchon régulier de cellules embryonnaires. Dans la substance cérébrale, il n'y a pas de tubercules, mais on en trouve un, gros comme un pois, dans le milieu du lobe droit du cervelet.

Sur la plèvre pariétale droite existe, au niveau de la gouttière costo-vertébrale, une épaisse calcification de 10 centimètres de long, qui envoie dans chaque espace intercostal un prolongement en dent de scie. De la pointe de chaque dent part un long cordon fibro-calcaire qui dessine, sur une longueur d'environ 15 ou 20 centimètres, le trajet des lymphatiques intercostaux.

Hydronéphrose.

M. Poulain présente l'appareil urinaire d'un malade qui fut atteint d'abord de parésie des membres inférieurs, puis d'incontinence d'urine par paralysie du sphincter vésical; à la parésie succéda une paraplégie flasque, à l'incontinence d'urine la rétention. Il mourut dans le coma.

On trouva, à l'autopsie, une vessie distendue, à paroi épaisse, sans rétrécissement uréthral, sans hypertrophie prostatique; une hydronéphrose double, tellement marquée que chaque uretère, à paroi amincie, atteignait le volume du petit intestin.

Or le cerveau et la moelle ne présentent aucune altération macroscopique ni microscopique; peut-être ne serait-il pas téméraire d'invoquer une névrite périphérique comme cause première des accidents.

Colite tuberculeuse, ulcéreuse et perforante.

M. Letulle apporte le paquet intestinal d'un malade qui fut soigné dans son service pour des accidents d'obstruction intestinale chronique que la palpation abdominale faisait rattacher à un cancer ayant envahi le péritoine.

L'autopsie révéla une péritonite purulente avec collection fétide enkystée au-devant des anses intestinales, immédiatement derrière la paroi abdominale; le côlon, très distendu, était perforé en plusieurs points; on ne trouvait pas d'obstacle rectal, et l'on ne pouvait penser à la dysenterie.

Le microscope montre qu'il s'agit d'un processus tuberculeux.

En regard de la forme proliférante et sténosante de la colite tuberculeuse, il y a une forme ulcéreuse pouvant amener la perforation et la péritonite.

Tuberculose de la parotide.

M. Meslay montre les coupes d'une tumeur parotidienne grosse comme un œuf de pigeon, qui présentait à l'œil nu quelques points jaunâtres ramollis.

Il s'agit de tuberculose parotidienne; le processus est périlobulaire, et non intralobulaire comme dans un cas récent; les cellules géantes abondent et les bacilles sont très nets.

Cette localisation extra-lobulaire de la lésion initiale permet peut-être d'incriminer le système sanguin ou lymphatique comme voie d'apport du bacille, par opposition à la contamination par la voie canaliculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 Décembre 1898.

La glycosurie des femmes enceintes.

M. Brocard. — Sur 125 femmes enceintes, j'ai noté 60 fois de la glycosurie, soit une proportion d'environ 50 p. 100. Ce chiffre n'a rien d'absolu, il peut être modifié par le régime, l'heure de la miction, etc. Les sucres que l'on trouve le plus souvent dans les urines des femmes enceintes sont le glucose et le lactose, exceptionnellement du saccharose et du lévulose. J'ai constaté, d'autre part, que pour faire apparaître la glycosurie dite alimentaire chez un certain nombre de femmes, il suffisait de leur faire ingérer de 50 à 100 grammes de glucose pur.

Pour quelle raison cette glycosurie expérimentale apparaît-elle sous l'influence de doses aussi faibles de glucose? On a voulu l'expliquer par une insuffisance hépatique, mais on observe également la glycosurie chez des femmes ne présentant aucune altération des fonctions du foie. La glycosurie gravidique me semble plutôt devoir être attribuée à un trouble général de la nutrition.

M. Charrin. — Il ne me paraît pas démontré que la glycosurie alimentaire soit aussi fréquente que quelques auteurs l'ont soutenu au cours de certaines affections hépatiques, en particulier lorsque le parenchyme de la glande biliaire est atteint de simple surcharge adipeuse, modification qui n'est pas rare chez les femmes grosses, moins encore à la période de lactation.

A ce point de vue j'ai examiné le foie de la lotte et j'ai vu que, chez ce poisson, les cellules normales ne sont autre chose que des masses de graisse; ordinairement le noyau existe, mais le protoplasma est invisible ou réduit à quelques filaments. Or, dans ces foies physiologiquement graisseux, on peut constater la présence d'éléments biliaires, de glycogène et de sucre. Je n'ai pu, faute de matériaux, rechercher la formation de l'urée ou les attributs antitoxiques. Il n'en reste pas moins acquis qu'un état fonctionnel relativement satisfaisant peut coexister avec des altérations graisseuses étendues du parenchyme hépatique.

Cancer et diabète.

M. Weil communique deux observations de cancer du rein survenu chez des diabétiques et ayant présenté une évolution rapide. Un de ces malades était un homme de 34 ans; la tumeur, qui existait déjà depuis une dizaine d'années, a pris des caractères malins après l'apparition du diabète.

Tuberculose aviaire.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger.** — Nous avons montré, dans des communications antérieures (14 décembre 1895, 25 janvier 1896), que les psittacés contractent facilement la tuberculose d'origine humaine. Il nous a semblé intéressant de rechercher comment se comporte, chez ces oiseaux, la tuberculose de gallinacés. Dix perruches ont été mises en expérience. Quatre d'entre elles ont reçu du virus aviaire dans le péritoine : elles ont succombé à une tuberculose généralisée. Les six autres ont été inoculées par rasification sur le sommet de la tête. Chez toutes, nous avons vu se développer des productions végétantes, squameuses, riches en bacilles, tout à fait semblables à celles que nous avions obtenues avec le virus humain.

L'évolution de ces lésions cutanées a été très variable. Chez deux oiseaux, les manifestations ont rétrocédé et ont disparu en 6 mois. Les quatre autres perruches ont succombé, très amaigries, au bout d'un laps de temps qui a varié entre 1 et 13 mois. A l'autopsie, deux fois nous avons trouvé des tubercules dans les organes, surtout aux poumons; deux fois nous n'avons pu déceler aucune lésion : les manifestations cutanées, bien qu'ayant entraîné la mort, étaient restées locales.

Ces résultats, analogues à ceux que fournit l'inoculation de la tuberculose humaine, nous permettent de conclure que le perroquet, parmi les oiseaux, se comporte comme le lapin parmi les mammifères. Voilà deux animaux aptes à contracter, avec la même facilité, le virus humain ou aviaire. Ce résultat constitue un nouvel argument en faveur de l'unicité des deux tuberculoses.

Tuberculose méningée et méningite tuberculeuse.

M. Apert. — MM. L. Martin, Vaudremer, Sicard, Péron ont récemment montré la possibilité de produire expérimentalement la tuberculose méningée par inoculation de bacilles de Koch dans la cavité arachnoïdienne. La pathologie humaine peut réaliser des conditions semblables; j'ai observé récemment une tuberculose méningée consécutive à des gommes tuberculeuses des os du crâne propagées à l'arachnoïde. Cette tuberculose méningée diffère beaucoup de la méningite tuberculeuse vulgaire qui semble causée par la dissémination des bacilles par une tout autre voie (voie artérielle ou voie des lymphatiques péri-artériels). Les principales différences sont les suivantes : absence de prédominance autour des gros vaisseaux de la base et autour de l'artère sylvienne; disposition en plaques isolées et épaisses, et non en granulations échelonnées le long des artères; prédominance des lésions à la surface de l'arachnoïde, où il peut se produire un dépôt fibrineux en forme de langue de chat, et non sous l'arachnoïde, dans la pie-mère; au point de vue symptomatique, absence des signes de méningite classique, latence complète ou symptômes de tumeur cérébrale.

Il y a, entre la méningite tuberculeuse classique et cette forme de tuberculose méningée, la même différence qu'entre la granulie pleuro-pulmonaire et ces formes de tuberculose pleurale primitive d'origine pariétale, qui donnent naissance aux abcès froids pleuraux.

Tuberculose hypertrophique non sténosante du gros intestin.

M. H. Claude. — A côté des tubercules et des ulcérations tuberculeuses on a décrit chez les phthisiques, surtout au niveau du gros intestin, des rétrécissements par sclérose sous-muqueuse indépendamment de tout processus cicatriciel, et des sténoses résultant de néoformations hypertrophiques et végétantes simulant le cancer et relevant de l'injection bacillaire. J'ai observé un cas de tuberculose limitée au gros intestin qui rappelle par certains caractères la forme dysentérique décrite par Spillmann et d'autre part offre quelques-uns des caractères anatomiques de la forme hypertrophique. La maladie fut caractérisée par une diarrhée intense qui dura 5 mois; les selles, au nombre de 10 à 20 par jour étaient tantôt liquides, glaireuses, tantôt épaisses, sanguinolentes. Pas d'alternative de constipation et diarrhée. On porta le diagnostic d'infiltration cancéreuse du rectum. A l'autopsie on constata des ulcérations très étendues au niveau du cæcum, des côlons ascendant et descendant, et surtout du rectum. Les parois de l'intestin étaient, au niveau des ulcérations, très épaissies, atteignant plus de 2 centimètres sur la coupe et présentaient une consistance squirrheuse. La muqueuse avait en général disparu et la tunique musculeuse étant ordinairement mise à nu ou recouverte par les débris de la sous-muqueuse; au niveau du rectum la muqueuse avait complètement disparu. Les tuniques celluleuses, musculeuses et sous-séreuses présentaient des follicules tuberculeux ou des nappes d'infiltration embryonnaire. Le bacille de Koch fut enlevé sur les coupes et l'inoculation de fragments de l'intestin au cobaye fut positive.

Il n'y avait pas de lésions de l'appendice, et il n'existait aucun rétrécissement de l'intestin. Ces diverses formes de la tuberculose intestinale sont utiles à connaître car elles peuvent être confondues avec le cancer.

Par ses symptômes et par ses lésions le type que nous avons observé peut être distingué sous le nom de tuberculose dysentériforme, hypertrophique non sténosante du gros intestin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 Novembre 1898.

Injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

M. Routier a été appelé auprès d'un malade atteint de tétanos traumatique depuis 48 heures. Il lui a fait des injections intra-cérébrales et sous-cutanées de sérum double antitétanique : 4 grammes pour chaque injection intra-cérébrale et 100 grammes sous la peau.

Le lendemain matin, il semblait y avoir une détente, mais les accidents reparurent l'après-midi, et le malade mourut dans la nuit, 24 heures après l'injection intra-cérébrale.

De la thyroïdine dans les retards de consolidation des fractures.

M. Quénu a communiqué l'observation d'une jeune fille de 24 ans qui fit une chute suivie d'une fracture du tiers inférieur du fémur avec perforation de la peau par un fragment. Après réduction du fragment s'établit une suppuration qui s'accompagna de pseudarthrose.

Trois mois après, cette malade présentait toujours une pseudarthrose avec suppuration. Des capsules de thyroïdine furent données : au 5e jour, la malade put marcher avec un appareil silicaté. Actuellement la consolidation est à peu près complète.

Ici donc, l'administration de thyroïdine a été suivie d'une poussée osseuse manifeste.

Dans un autre cas observé par M. Quénu, il s'agit d'une femme atteinte de myxœdème post-opératoire consécutif à une thyroïdectomie. Le traitement thyroïdien fit disparaître ces accidents. Deux ans après, la malade se fit une fracture de jambe qui se consolida en l'espace de temps habituel : l'administration de thyroïdine fut continuée durant la formation du cal.

M. Reclus a observé un malade atteint de fracture de cuisse, avec retard de consolidation et cal d'un volume énorme. Ne sachant trop comment parvenir à la guérison, il eut l'idée de donner des capsules de thyroïdine. L'effet fut immédiat : le cal énorme se fondit sous les yeux et très rapidement la consolidation fut obtenue.

Depuis, dans 2 ou 3 cas, il n'a eu aucun résultat, sans qu'il puisse trouver une raison de l'inefficacité de la thyroïdine dans ces derniers faits.

Tuberculose péritonéale à forme d'occlusion intestinale ou appendiculaire.

M. Potherat a observé 3 cas de péritonite tuberculeuse à marche aiguë. Dans le premier on avait songé à une occlusion intestinale. La laparotomie montra le péritoine criblé de granulations tuberculeuses avec prédominance du côté pelvien, sur les annexes. Sa malade a guéri.

Le second cas concerne un enfant de 10 ans, qui fut pris de tous les symptômes d'une péritonite aiguë dont la cause restait inconnue. La laparotomie, qui montra l'existence d'une péritonite tuberculeuse, amena une amélioration immédiate mais l'enfant mourut, dans le marasme, 3 mois après.

Le troisième cas est celui d'une femme de 24 ans atteinte d'un ballonnement du ventre, de douleurs qui persistèrent avec des périodes d'accalmie durant plusieurs mois. Il fit une laparotomie : le péritoine pelvien était criblé de granulations miliaires. L'amélioration parut et, après une petite poussée survenue quelques semaines plus tard, elle s'est maintenue et s'est caractérisée.

M. Broca. — Dans le débat actuel, les premiers cas envisagés sont ceux où, sans symptômes préalables de péritonite tuberculeuse, le chirurgien voit éclater des accidents d'occlusion intestinale dont la laparotomie lui révèle la cause.

Parmi ces cas, il faut distinguer d'abord ceux où, très nettement, il n'y a eu aucun symptôme abdominal préalable. Il en était ainsi chez un enfant dont je vous ai déjà entretenu : opérant au 5e jour une occlusion aiguë, j'ai trouvé l'intestin étranglé par une bride épiploïque adhérente par sa pointe; le péritoine était parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses. Peut-être la tuberculose était-elle aussi en cause chez une jeune femme dont l'intestin était coudé par des adhérences multiples et couvert de granulations au moins suspectes; j'ajouterai qu'hier cette jeune femme continuait à se porter à merveille.

J'ai souvenir d'avoir commis une fois sans réserves l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien un passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose. Mais, en présence de l'état local, je conclus à l'appendicite et, quelques jours après, la fièvre persistant, je fis la laparotomie : je tombai sur un foyer d'adhérences plus que suspectes et je m'en tins là. La malade ne fut pas améliorée, et, au bout de quelques semaines, elle succomba, après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

Chez un enfant que m'a fait opérer à Trousseau M. Netter, nous discutâmes longuement entre les deux diagnostics et nous restâmes dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences, et l'enfant mourut en 3 mois environ.

L'erreur, sans doute, peut être évitée assez souvent quand on a bien l'habitude de l'appendicite. Ainsi, le 24 mars 1893, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau pour un enfant de 8 ans chez lequel existaient, depuis 15 jours, des accidents péritonéaux à début brusque, avec météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation. L'interne de garde avait cru à de l'appendicite. Mais je ne trouvai rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant, d'ailleurs, l'exploration peu nette; la douleur à la pression était diffuse, et, en raison d'accidents abdominaux assez anciens (2 ans de date) avec augmentation de volume du ventre, je conclus à une péritonite tuberculeuse. Un doute étant permis, j'incisai sur la fosse iliaque : l'appendice était sain et je trouvai, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage ni drainage. Le ballon-

nement a vite cessé, la fièvre est tombée, et, au bout d'un mois, l'enfant sortait opératoirement guéri. Il a continué à s'améliorer; les nodosités, faciles à percevoir après cessation du météorisme, se sont résorbées; depuis 1895, le ventre est souple. J'ai revu l'enfant guéri il y a 5 à 6 mois.

Dans le doute, même en ce dernier cas où mon diagnostic était presque ferme, j'ai opéré, pour être bien sûr de ne pas méconnaître une appendicite, car l'erreur inverse de celle que nous venons d'étudier existe, et je n'ai pas besoin de dire combien elle est préjudiciable. Il y a 12 ans, j'ai vu mourir, sous l'étiquette péritonite tuberculeuse, un garçonnet dont maintenant, quand je me remémore son histoire, j'attribue la mort à une appendicite. Là, je ne suis en rien responsable de l'erreur de diagnostic. Mais, en 1889, je l'ai commise pour mon propre compte, et j'ai incisé trop tardivement Il faut donc retenir qu'il y a des appendicites à très gros foyers qui marchent très lentement et qui simulent la péritonite tuberculeuse. Et, quelquefois, on reste dans le doute jusqu'au bout. Il y a quelques mois, j'ai ouvert, dans la fosse iliaque gauche, un énorme abcès à pus appendiculaire chez un enfant qu'on avait, pendant 4 mois, soigné pour une péritonite tuberculeuse, d'ailleurs bizarre. En 3 mois, l'enfant est mort cachectique; et, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, je me déclare incapable de trancher le diagnostic.

M. Tuffier a observé 2 cas de péri-appendicite tuberculeuse sans lésions tuberculeuses de l'appendicite même.

Dans le premier cas, il y eut d'abord tous les symptômes d'une appendicite franche aiguë, symptômes qui s'amendèrent sous l'influence d'un traitement médical. Deux mois plus tard on opéra à froid et on fut fort surpris de trouver des lésions tuberculeuses dans la région du péritoine voisine de l'appendice. Ce dernier en était exempt.

Le second cas est analogue, comme symptomatologie et anatomie pathologique.

M. Quénu estime qu'avant de conclure à l'existence primitive d'une péritonite tuberculeuse localisée quelconque, il faut explorer tous les organes voisins et en constater l'état d'intégrité : une lésion tuberculeuse des annexes peut, par exemple, donner naissance à une péritonite tuberculeuse du péritoine de la fosse iliaque, et alors l'appendice est sain. Si, dans un cas de ce genre, on néglige l'examen des annexes, on regarde comme primitive une péritonite tuberculeuse localisée, qui ne l'est pas.

Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée.

M. Picqué fait un rapport sur une observation envoyée par **M. Gaudier** (de Lille). Il s'agit d'une enfant de 4 ans atteinte d'une otite suppurée chronique datant d'un an, consécutive à la grippe et accompagnée depuis une semaine de troubles de la marche (titubation) depuis 48 heures, de torticolis et de strabisme. Pas de fièvre. Pas de troubles de la parole.

M. Gaudier fait le diagnostic d'abcès cérébral et opère; ouverture de la caisse, extraction d'un séquestre qui laisse suinter une gouttelette de pus. Pensant qu'il peut y avoir une collection profonde, il agrandit l'orifice de perforation.

Il voit la dure-mère, l'incise, trouve une goutte de pus à la surface du cervelet, l'incise à son tour et pénètre enfin dans une cavité intra-cérébelleuse contenant du pus, qu'il évacue. L'enfant guérit assez rapidement.

M. Schwartz présente une malade à laquelle il a pratiqué une cholécystostomie idéale pour lithiase biliaire datant de 18 ans; il y avait un seul calcul.

M. Peyrot montre un malade auquel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur, pour tumeur, par un procédé spécial.

M. Reclus présente les pièces d'une grossesse extra-utérine, en même temps que la caduque utérine qui a été expulsée hors de l'intervention.

M. Ricard montre deux sacs anévrysmaux extirpés, l'un sur l'axillaire, l'autre sur la poplitée.

Les deux malades ont été opérés l'un par M. Latouche (d'Autun), l'autre par M. Ricard, et ont guéri sans complications.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 Décembre 1898.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique est-elle de nature paludéenne?

M. H. Vincent (Val-de-Grâce). — La plupart des médecins qui ont observé la fièvre bilieuse hémoglobinurique, regardent cette maladie comme une forme spéciale et grave du paludisme. Mais cette opinion n'est pas unanime et, cependant, il est fort important de connaître l'étiologie de cette affection redoutable pour pouvoir la traiter avec efficacité.

Pour vérifier si cette maladie est de nature paludéenne, il n'est qu'une preuve décisive, c'est la constatation de l'hématozoaire du paludisme dans le sang des malades. Sur 5 cas de cette affection, je n'ai rencontré qu'une seule fois, dans le sang, l'hématozoaire, et à l'état très rare. Le parasite était absent dans les autres cas. D'autre part, l'autopsie ne m'a montré, également, que d'une manière inconstante, l'infiltration mélanique et la rate pigmentée et hypertrophiée caractéristique de la malaria mortelle. Chez un sujet, j'ai constaté des ulcérations de l'intestin grêle. L'urine des malades, injectée à la dose de 100 cm. cubes et plus aux animaux, n'est pas pathogène. Elle est hypotoxique et n'a pas d'action hémolytique sur le sang des animaux.

D'ailleurs, la fièvre ictéro-hématurique sévit dans certaines régions où le paludisme est inconnu, notamment à Konakry. Enfin, un autre fait est en contradiction avec l'hypothèse de la nature paludéenne de cette maladie, c'est l'inefficacité bien remarquable de la quinine, reconnue même par les partisans de l'origine paludique de l'affection. Les statistiques de certains médecins américains semblent démontrer que le chiffre des décès est plus grand chez les malades soumis à la quinine, et R. Koch va même jusqu'à dire que c'est ce remède qui est la cause de la bilieuse hématurique. La quinine à haute dose ne m'a pas donné de résultat favorable chez 2 malades. Mais il y a lieu d'en prescrire 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, non pour combattre cette maladie, mais pour empêcher le paludisme d'intervenir pour la compliquer et aggraver son pronostic déjà redoutable. L'eau chloroformée à l'intérieur, les eaux alcalines, les injections tièdes de sérum artificiel s'il y a soif vive et anurie, les inhalations d'oxygène, l'enveloppement ouaté des membres s'il y a hypothermie, tel est le traitement qui m'a paru le plus favorable.

Cette maladie n'est pas due à l'intoxication quinique. Un de mes malades n'avait absorbé que 7 gr. de ce remède, en 3 mois, par doses de 0 gr. 50, lorsque survint subitement son accès hémoglobinurique. Je n'ai pu davantage constater l'influence pathogénique du refroidissement, excepté, peut-être, chez un de mes malades.

Le bacille qui a été décrit par Yersin dans l'urine n'existait pas chez mes malades. Leur sang ne renfermait pas les amibes signalées par Plehn.

L'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique est donc encore obscure. Le paludisme ne joue, dans cette affection, qu'un rôle prédisposant. La bilieuse hématurique sévit parfois à l'état épidémique, ainsi que j'ai pu l'observer dans 4 de mes cas, et par là même, non moins que par ses symptômes, elle se comporte comme une maladie infectieuse spéciale dont l'agent pathogène reste à déterminer.

M. Netter cite une expérience de Koch qui semble bien prouver que chez un certain nombre de sujets atteints de fièvre bilieuse hématurique, le sulfate de quinine serait le *primum movens* des accès. En effet, chez 2 de ses malades, R. Koch a fait apparaître ces accès en donnant le médicament. Ils cessèrent quand on le suspendit, et se renouvelèrent quand on le reprit.

Infiltration cancéreuse du canal thoracique.

M. Mathieu présente une pièce anatomique tout à fait remarquable d'infiltration cancéreuse du canal thoracique, qui est envahi et oblitéré dans sa totalité. Il le fut secondairement à un cancer en nappe de l'estomac.

Au point de vue clinique, le cas est intéressant en ce sens qu'il fut sinon diagnostiqué d'une façon ferme sur le vivant, du moins soupçonné. On s'appuya, pour émettre cette supposition, sur l'existence du ganglion de Troisier (sus-claviculaire), d'une grosse masse ganglionnaire représentée par les ganglions pré-lombaires, d'un varicocèle double, enfin d'une phlegmatia alba dolens du membre supérieur gauche. Mais aucun de ces signes n'a une valeur pathognomonique, ainsi qu'on le sait. Chose curieuse, malgré l'envahissement de tout le canal et d'un grand nombre de ganglions, il n'y eut pas d'ascite chyleuse.

A noter aussi que le malade a vécu plus de 3 mois après qu'on eut soupçonné la présence de ce cancer du canal thoracique.

Maladie de Barlow et rachitisme.

M. Ausset (Lille) croit qu'il ne s'agit dans ce syndrome que d'une forme anormale de rachitisme, d'un « rachitisme hémorrhagique ». Cette opinion, dit-il, paraît d'autant plus vraisemblable que l'on ne rencontre guère ce syndrome que chez des rachitiques et que, d'autre part, on note sur les os atteints d'hématomes les lésions osseuses du rachitisme.

M. Netter trouve que Barlow a eu le tort d'englober, sous une même dénomination, des faits très dissemblables de scorbut infantile et de rachitisme aigu, et il faut réagir contre cette confusion fâcheuse. Ce n'est pas l'hématome sous-périosté qui caractérise essentiellement la maladie à laquelle Barlow a donné son nom et qui n'est autre que le scorbut infantile, décrit avant lui; c'est la rapidité de la guérison par les aliments frais : le jus d'orange, le jus de citron, en un mot par les antiscorbutiques. Il y a donc avantage à continuer d'appeler scorbut infantile une affection qui a, avec le scorbut, des analogies dans les causes et dans les résultats thérapeutiques. Au surplus, elle existe, et assez fréquente, là où le rachitisme est rare. C'est ce qu'ont prouvé notamment les statistiques américaines.

M. Variot présente un petit enfant atteint d'amputations congénitales dont les détails anatomiques apparaissent avec une netteté extrêmement remarquable sur des radiographies.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 31 Octobre 1898.

Injection intra-cérébrale d'antitoxine tétanique.

MM. Mongour et **Rothamel** communiquent l'observation d'un homme qui se fit avec sa faux, dans le courant du mois d'octobre, une plaie au niveau du tendon d'Achille aux deux membres inférieurs, plaies profondes et contenant des débris de foin et de terre. Douze jours après l'accident, le 22 octobre, dans la soirée, apparurent les premiers symptômes de tétanos. Les crises convulsives se succédèrent rapidement, et le lundi matin elles survenaient toutes les 3 à 4 minutes environ.

En présence de cette situation, M. Baudrimont décida de pratiquer une injection intra-cérébrale d'antitoxine. L'opération eut lieu le lundi 24 octobre, à 10 heures du matin. Le malade réveillé n'a présenté aucune trace de paralysie ou même de parésie. Vers 6 heures du soir, il semblait que les crises avaient une tendance à s'éloigner. Brusquement, à minuit, il succomba dans un spasme.

A l'autopsie, sur les méninges, on voit à peine la trace de la piqûre; on la devine plutôt à la présence d'une petite hémorrhagie très superficielle présentant la forme et les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les méninges enlevées, il n'est pas possible de retrouver à la surface des circonvolutions le point de passage de l'aiguille.

M. Ferré trouve que ce traitement est assurément le plus logique et qu'il ne faut pas se laisser décourager par les insuccès; ils n'ont rien d'étonnant si l'on réfléchit que, au moment où l'on intervient, le bulbe est souvent déjà pris, comme le témoigne le phénomène du trismus. Il y a là simplement une indication à agir chez les malades le plus tôt possible.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 Novembre 1898.

Résection d'un volumineux lobe moyen de la prostate.

M. Pousson présente un volumineux lobe moyen de la prostate mesurant cinq centimètres de diamètre, qu'il a enlevé il y a treize jours par la taille hypogastrique chez un malade de soixante-deux ans.

Cet homme offrait depuis quelques années tous les signes du prostatisme, et depuis plus d'un an il ne pouvait plus uriner sans être obligé d'avoir recours à la sonde. Ses urines étaient chargées de pus, et les besoins impérieux et fréquents traduisaient l'existence d'une cystite intense que ni les sondages, ni les lavages régulièrement pratiqués, n'étaient parvenus à calmer. Après s'être assuré que la prostate faisait un énorme relief sur le côté droit du col, M. Pousson fit la taille sus-pubienne pour pratiquer la résection du lobe saillant.

Les suites ont été des plus simples jusqu'ici; le malade n'a pas eu d'élévation de température. Les tubes ont été enlevés au neuvième jour et l'orifice qui leur livrait passage est en bonne voie de réparation.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un adénome de la prostate.

De l'application de la gélatine.

M. Borde a reçu dans son cabinet un enfant de six ans qui s'était fait en tombant une écorchure superficielle à la lèvre inférieure. Cette plaie se mit à saigner plusieurs heures après l'accident, et il y avait au moins douze heures qu'elle saignait sans interruption lorsque M. Borde la vit. Il essaya le perchlorure de fer versé pur sur un tampon d'ouate humidifiée. La plaie saigna plus fort encore. Il prit alors un morceau de feuille de gélatine blanche, la ramollit en quelques minutes, en la trempant dans l'eau froide, et l'appliqua sur la plaie, en la maintenant par une compression très légère au moyen d'un tampon d'ouate humide.

Le soir même, l'enfant eut une deuxième hémorrhagie incoercible de la muqueuse gingivale qui céda rapidement au contact d'une solution de gélatine à 2 p. 100, promenée sur la plaie avec un pinceau d'ouate.

M. Fromaget estime que dans la chirurgie de la face, dans la blépharoplastie, où il y a des hémorrhagies vasculaires en nappe, l'usage du sérum gélatiné vaut mieux que celui des pinces; il est aseptique et son action est rapide.

M. W. Dubreuilh a utilisé la gélatine dans la chirurgie de la face; les quelques bons effets qu'il en a obtenus ne l'autorisent cependant pas à affirmer son utilité. Il lui semble qu'une bonne compression vaut autant qu'un tampon gélatiné.

M. Mongour a employé une solution de gélatine à 10 p. 100 dans un cas d'abcès du foie. La ponction faite avec un gros trocart avait produit une hémorrhagie abondante. Il ne s'agissait pas du reste d'abcès, mais d'un cas d'angiocholite. La suture n'était pas praticable. La première application de gélatine *in situ* fut chassée par le caillot, la deuxième amena l'arrêt de l'hémorrhagie, et à la troisième le résultat fut merveilleux. La gélatine a été versée à même sur la plaie.

M. Pitres. — La gélatine s'administre suivant deux modes très différents. Le premier, c'est la solution qu'on emploie (Carnot) à l'extérieur; c'est un très bon procédé. Des tampons imbibés de gélatine arrêtent les hémorrhagies abondantes, parfois très dangereuses, des cancers de l'utérus inopérables qu'on relègue dans nos salles de médecine.

Le deuxième, c'est le mode interne. Dans l'hématémèse, M. Pitres a obtenu de moins bons résultats qu'il n'espérait. La gélatine se digère difficilement, elle est lourde à l'estomac. Les malades ne peuvent pas toujours la supporter; elle leur produit des coliques, des douleurs gastralgiques.

M. Carles. — Lorsque la gélatine est donnée par l'estomac. plus elle est pure, moins elle est digerée. Pour être digérée, il faut qu'elle se trouve dans une véritable macédoine de substances alimentaires, comme dans le bouillon des ménagères. Du reste, l'estomac n'aime que les mélanges. Il n'aime pas les substances pures.

M. Frèche a prescrit la gélatine dans plusieurs cas d'alopécie séborrhéique et dans un cas d'amincissement de la lame unguéale; la gélatine étant une substance collogène, elle a été mal tolérée. Il a voulu la remplacer par le bouillon du jarret de veau; il a été mal supporté aussi, et les malades ont cessé bientôt ce mode de traitement.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séances des 21 et 28 Novembre 1898.

Diplégie faciale par polynévrite.

MM. Raymond Bernard et **Braun** présentent un malade de leur service à l'hôpital Desgenettes. Il s'agit d'une diplégie faciale, complète et totale, datant d'un mois et demi. Il s'était produit, en même temps, une paralysie double des membres inférieurs, qui a persisté pendant une quinzaine de jours, et qui s'est améliorée assez rapidement. Actuellement encore, toute la face est inerte : le malade ne peut ni fermer complètement les paupières, ni mouvoir les lèvres. Les yeux, la langue, le pharynx, le larynx, ont conservé l'intégralité de leurs mouvements. Le goût a été profondément altéré; la vision et l'audition sont restées normales.

La diffusion des troubles de mobilité et leur invasion brusque font penser aux paralysies pseudo-bulbaires d'origine cérébrale, mais rien dans les antécédents du malade, n'expliquerait une lésion de ce genre; a les circonstances étiologiques et la marche des accidents, permettent de l'éliminer.

Il en est de même d'une lésion bulbaire, et aussi de l'hystérie, à laquelle on pourrait penser, mais dont le malade ne présente aucun stigmate. Les réflexes et la contractilité faradique ayant disparu pendant 3 semaines, on doit porter le diagnostic de polynévrite, rendu vraisemblable par l'aspect des troubles moteurs des membres inférieurs, qui ont été accompagnés du signe de Lasègue et de douleurs le long des sciatiques.

Pourtant, l'étiologie de cette polynévrite manque, on n'a noté ni intoxication, ni infection apparente.

Il faut donc admettre une infection indéterminée, ce qui, de même que les symptômes observés, rapprocherait ce cas de faits analogues, déjà décrits (Preobajenski, *Revue neurologique*, 1894, p. 234).

L'intérêt du cas est surtout dans le cantonnement, sur la 7e paire, d'une polynévrite d'abord très diffuse, la susceptibilité remarquable de cette 7e paire seule atteinte, quand tous les nerfs crâniens sont respectés; et la simultanéité des troubles dans les 2 nerfs (dans la plupart des diplégies faciales, ils sont pris successivement à plusieurs semaines d'intervalle).

JEAN LÉPINE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 Novembre 1898.

Dilatation aiguë du cœur d'origine traumatique.

M. Lennhoff communique l'observation d'un jeune homme de 19 ans ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au jour où il eut le thorax comprimé par une voiture contre un réverbère. A partir de ce moment il éprouva de la gêne respiratoire qui a toujours été en augmentant et qui s'accentue à l'occasion des efforts et s'accompagne de cyanose de la face.

La matité cardiaque chez ce malade est beaucoup plus étendue qu'à l'état normal; elle dépasse à droite le bord du sternum et finit à gauche au niveau de la ligne axillaire. On ne perçoit à l'auscultation du cœur aucun bruit de souffle, mais le pouls est très faible et irrégulier.

En présence de ces constatations, on peut admettre que le malade est atteint d'une dilatation aiguë du cœur consécutive au traumatisme dont on vient de parler.

M. Senator demande à M. Lennhoff s'il peut exclure avec certitude chez son patient l'existence d'un épanchement de sang dans le péricarde et d'une péricardite consécutive.

M. Lennhoff répond que son malade a consulté un médecin seulement trois semaines après l'accident. Les symptômes qui furent notés à cette époque étaient identiques à ceux qui existent aujourd'hui. Il ne croit donc pas que l'hypothèse de M. Senator soit plausible.

Hémoglobinurie paroxystique.

M. Frank présente une femme âgée de 26 ans, chez laquelle on peut provoquer des accès d'hémoglobinurie en l'exposant à un refroidissement subit et intense, par exemple, en la faisant marcher pendant quelque temps pieds nus sur le parquet de sa chambre. On a pu s'assurer au moyen du cystoscope que le sang était fourni par les deux uretères.

Les premiers accès de cette affection se montrèrent au cours d'un hiver durant lequel la malade fut exposée à de grands froids.

M. Senator estime qu'en ce qui concerne le traitement de cette affection, il doit se borner à mettre les patients à l'abri du froid.

M. Mankiewicz connaît une jeune fille hémoglobinurique qui n'a plus eu d'accès depuis qu'il lui a recommandé d'éviter toutes les causes de refroidissement.

M. Ewald fait remarquer que le nitrite d'amyle, qu'on a préconisé contre l'hémoglobinurie ne lui a jamais donné aucun résultat.

Traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. J. Wolff a obtenu 97 succès sur 104 enfants atteints de luxation congénitale de la hanche chez lesquels il a pratiqué la réduction suivant la méthode de Lorenz, pour quelques malades, on a dû faire plusieurs tentatives de réduction. Comme exemple M. Wolff montre une petite fille qui marche et qui court avec la plus grande facilité et dont les deux hanches ont été redressées par le procédé de Lorenz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 18 octobre 1898.

Chirurgie de l'estomac.

M. Schultz a communiqué 3 cas dans lesquels il est intervenu pour un état d'inanition progressive avec gastralgie et vomissements, tenant à l'existence des adhérences entre l'estomac et les organes voisins.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 50 ans, soigné sans succès, depuis 5 ans, pour une dyspepsie avec vomissements et douleurs localisées principalement sous les fausses côtes droites. Il était soulagé par les lavages réguliers de l'estomac; mais, malgré cela, il se trouvait dans un état d'affaiblissement tel qu'il était obligé de renoncer à son travail. A côté des symptômes, il existait une dilatation considérable de l'estomac dont le bord inférieur descendait jusqu'à la symphyse.

La laparotomie a montré qu'à côté de la dilatation il existait une sténose considérable du pylore qui, au niveau de sa partie

intestinale, était soudé avec une anse intestinale perforée et ouverte dans le canal pylorique. Il existait donc une sorte de gastro-entérostomie naturelle qui, malheureusement, ne fonctionnait pas, parce que l'orifice de communication se trouvait situé derrière la portion rétrécie du pylore.

Dans ces conditions, on fit une nouvelle gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy. Le malade se rétablit rapidement et gagna 15 livres avant de quitter l'hôpital. Il a été revu quelques mois plus tard : son état de santé est excellent, et il a gagné encore 16 livres depuis sa sortie de l'hôpital.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 48 ans qui est entrée à l'hôpital avec les mêmes symptômes que le malade précédent. Ici la laparotomie montra que l'estomac était fixé, au niveau d'un ancien ulcère, au bord inférieur du foie. Pendant qu'on détachait et coupait ces adhérences, une portion de la paroi stomacale des dimensions d'une pièce de 5 francs, se détacha. On aviva alors les bords du trou ainsi formé et on ferma l'estomac; on détacha ensuite les parties de paroi stomacale adhérentes au foie, et on ferma le ventre. La malade guérit et fut radicalement débarrassée de ses troubles.

Le troisième cas se rapporte à un homme de 50 ans chez lequel le diagnostic pouvait être aussi bien celui d'ulcère que celui de cancer de l'estomac.

Le ventre une fois ouvert, on trouva qu'au niveau d'un ancien ulcère, l'estomac était fixé par des adhérences au foie et à l'épiploon. Les brides ainsi formées coupaient en deux l'estomac qui avait ainsi les apparences d'un estomac en sablier. Il a fallu réséquer toute la portion rétrécie et suturer ensuite les deux moitiés de l'estomac. La malade guérit et son état est resté excellent depuis.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 25 Novembre 1898.

Chirurgie du foie.

M. Spencer a communiqué les observations de trois malades opérés pour des gommes syphilitiques du foie ayant simulé des humeurs malignes.

Chez la première de ces malades, on croyait avoir affaire à un néoplasme rénal, mais en pratiquant la laparotomie, on ne tarda pas à se convaincre qu'il s'agissait d'une gomme du foie ayant contracté des adhérences avec les parois abdominales. On attira la masse néoplasique dans la plaie opératoire, on l'énucléa et on tamponna avec de la gaze la cavité qui était résultée de cet évidement. La guérison s'effectua rapidement sous l'influence d'une médication antisyphilitique.

La seconde observation concerne une femme atteinte d'hypertrophie du foie avec ictère et ascite. Comme l'épanchement se reproduisait très vite après chaque ponction, on se décida à faire une laparotomie suivie de drainage, et, au cours de cette opération, on put constater qu'il s'agissait dans ce cas non pas d'une tumeur maligne, mais d'une petite gomme du bord libre du foie avec léger degré de cirrhose hépatique. On institua un traitement antisyphilitique mixte qui, concurremment avec le drainage, eut pour effet d'amener rapidement un état satisfaisant de la malade. Cependant, en raison de l'existence de la cirrhose, on ne peut guère compter ici sur la guérison.

La troisième patiente présentait à la région du foie une excroissance volumineuse qui menaçait de perforer les parois abdominales. On incisa la tumeur et on évacua des masses gommeuses ramollies. On institua une médication antisyphilitique et la malade ne tarda pas à guérir.

A propos de ces trois interventions, M. Spencer a fait ressortir que des opérations analogues ne peuvent évidemment convenir que pour les cas de gomme solitaire siégeant à la surface ou sur le bord libre du foie et ne s'accompagnant pas de lésions prononcées de cirrhose.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance des 11 et 18 Novembre 1898.

Maladie d'Addison.

M. Spitzer a présenté un homme de 70 ans, ancien syphilitique, entré à l'hôpital pour une arthrite syphilitique de l'épaule et avec des gommes du cuir chevelu, et présentant, en même temps, une coloration bronzée de la peau et de la muqueuse buccale. L'asthénie caractéristique de la maladie d'Addison faisant chez lui défaut, on peut se demander s'il s'agit là de mélanose arsenicale, le malade étant obligé par son métier de manipuler l'arsenic, ou bien d'une lésion des capsules surrénales, lésion qui pourrait être de nature syphilitique.

Chirurgie du poumon.

M. Habart est intervenu avec succès dans 2 cas de plaies pénétrantes du poumon occupant la région précordiale dans un cas, la paroi latérale du thorax dans l'autre. Une résection costale, suivie de tamponnement, a permis, dans les deux cas, d'arrêter l'hémorrhagie et d'amener la guérison.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 7 Novembre 1898.

Résection des deux sympathiques cervicaux pour maladie de Basedow.

M. Depage présente une malade à laquelle il a réséqué les deux sympathiques cervicaux pour goître exophthalmique. Du côté droit, le nerf a été réséqué avec les trois ganglions, tandis qu'à gauche le ganglion inférieur n'a pu être enlevé qu'en partie. L'opération, pratiquée il y a 3 mois, a donné une amélioration manifeste de la plupart des symptômes. L'exophthalmie a pour ainsi dire disparu; le tremblement, qui était très prononcé avant l'opération, est à peine perceptible encore, la malade est plus calme et son état général s'est amélioré d'une façon notable. Elle a augmenté en poids de plusieurs kilogrammes et elle n'éprouve plus le malaise, les bourdonnements d'oreilles, les oppressions qui la mettaient souvent dans un état lamentable. La tachycardie n'a pas diminué, mais le pouls est devenu plus régulier, moins saccadé. Il y a, semble-t-il, plus d'équilibre dans la circulation. Le goître n'a subi aucune modification. L'amélioration a porté surtout sur l'exophthalmie, le tremblement et l'état général. Il en est ainsi pour la plupart des observations publiées.

D'après M. Depage, la résection du sympathique cervical ne guérit pas la maladie de Basedow. Ce n'est pas un traitement étiologique, c'est un simple traitement symptomatique, mais capable de produire une amélioration dans la plupart des manifestations de la maladie, et, à ce point de vue, l'opération peut trouver des indications au même titre que les autres interventions tentées en vue de guérir le goître exophthalmique : la thyroïdectomie et la ligature des artères thyroïdiennes.

En analysant de plus près les observations publiées, M. Depage constate également que la résection complète du sympathique cervical ne présente aucun avantage sur la résection partielle avec enlèvement des ganglions inférieur et moyen; mais cette question, pour être élucidée d'une façon décisive, réclame de nouvelles expériences.

M. Lavisé partage l'opinion de M. Depage quant à la portée de l'opération. Quelle est la durée de l'amélioration, et ne faut-il pas faire une large part à l'opération, quelle qu'elle soit, dans l'amendement constaté?

M. Depage. — Il est à remarquer que l'amélioration n'a

pas été immédiate, qu'elle ne s'est produite que 15 jours après l'intervention. Les résultats publiés par d'autres auteurs constatent la permanence de l'amélioration.

M. Heger. — Dans la disparition de l'exophthalmie, il faut invoquer le relâchement de l'aponévrose orbitaire par section du sympathique. Pour la tachycardie, ce qui explique la persistance du symptôme, c'est que, en dehors des nerfs accélérateurs venant du sympathique, il en existe d'autres, très importants, venant des deux premiers ganglions dorsaux.

M. Sacré constate, en se basant sur l'anatomie, que la section du grand sympathique, même très étendue, respecte une partie très importante de l'innervation vasculaire de la thyroïde. Le meilleur procédé a été employé par Reclus et Faure, qui ont excisé le cordon de communication et les branches antérieures du ganglion cervical supérieur. De cette façon, la thyroïdienne supérieure est privée de son innervation. Pour l'œil, c'est de l'extrémité supérieure du ganglion cervical supérieur que part le rameau agissant sur la carotide interne, qui donne ses vaisseaux à l'œil.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Séance du 11 Novembre 1898.

Hypertrophie de la prostate.

M. Joris montre une pièce provenant d'un malade ayant succombé dans le service de M. Dantz à une pleurésie de la base droite.

Le sujet en question portait une prostate très volumineuse, grosse comme le poing, renfermant un calcul du volume d'un pois. Pendant la vie, cette prostate faisait obstacle au cathétérisme qui était impossible avec une sonde molle. Les urines étaient d'ailleurs purulentes : l'examen microscopique n'y démontra que des globules blancs et des cellules épithéliales dégénérées. Les selles étaient régulières et d'aspect normal.

Outre les lésions prostatiques, on trouva une vessie à parois énormes, à muqueuse mamelonnée. A 3 centimètres au-dessus de l'orifice uréthral, se trouvait une fistule vésico-rectale qui laissait passer le petit doigt. Au-dessus se trouvait, en outre, une petite ulcération en voie de cicatrisation.

Il est curieux d'observer qu'un trajet fistuleux aussi large n'ait jamais donné lieu à aucun symptôme.

M. Gratia pense qu'il s'agit là d'une fistule traumatique ancienne due à un cathétérisme brutal. Le malade, en se sondant lui-même, a pu faire un violent effort pour passer l'obstacle prostatique, la sonde aura heurté la paroi vésicale, l'aura ulcérée et l'urine aura fait le reste. Il a vu de ces cas où les selles passaient dans la vessie, alors que l'urine ne semblait pas passer dans l'intestin. Le diagnostic fut établi par l'examen microscopique de l'urine.

M. Stiénon fait observer qu'il a dû y avoir de l'hypertension vésicale, étant donnée l'hypertrophie des parois de la vessie.

M. Depage a vu des malades atteints de fistules vésico-vaginales aussi importantes ne pas perdre d'urine; la pression des liquides contribue à fermer l'orifice.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 22 Octobre 1898

Perforation intestinale tardive consécutive à une néphrectomie.

M. Depage a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de pyonéphrose calculeuse où, après incision exploratrice, il pratiqua la néphrectomie par le procédé para-péritonéal. Quand la guérison pouvait être considérée comme assurée, car il ne persistait plus qu'un léger suintement au niveau de la région lombaire, le malade fut envoyé au bord de la mer, où M. Depage le revit un mois plus tard. La suppuration avait considérablement augmenté depuis une semaine; elle avait pris un caractère gangréneux, et la palpation permettait de constater, vers la partie inférieure de la région iliaque, l'existence d'une tuméfaction, d'une véritable tumeur. Dans le but d'atteindre le processus inflammatoire profond, causé probablement par l'élimination d'un fil ou la suppuration de l'uretère, M. Depage établit un drainage depuis la région lombaire jusqu'à la région inguinale et fit faire de grands lavages fréquents du foyer infectieux. La suppuration ne tarit pas, bien au contraire, l'odeur gangréneuse s'accentua de plus en plus et quelques jours plus tard il se produisit une fistule stercorale par où s'éliminait tout le contenu de l'intestin. En outre, un érysipèle grave vint se greffer sur la plaie et envahit rapidement la plus grande partie de la surface du corps. La vie du patient fut sérieusement compromise, mais, vers le 5e jour, l'écoulement des matières fécales par la plaie s'arrêta brusquement; celles-ci reprirent leurs cours normal et l'érysipèle commença à s'atténuer au bout d'une huitaine de jours et disparut peu à peu. A partir de ce moment, la guérison fit de rapides progrès et aujourd'hui elle est complète.

La formation de cette fistule intestinale survenue environ 2 mois après l'intervention semble assez difficile à expliquer. Au début, on aurait pu l'attribuer à la pression exercée par le drain sur la paroi intestinale, mais le fait de sa guérison brusque, alors que le tube à drainage persistait encore dans la plaie rendit bientôt cette hypothèse impossible. M. Depage serait plutôt d'avis d'admettre l'existence d'un pli formé dans l'intestin lors de la fermeture de la plaie abdominale. Ce pli, formant diverticulum, aurait pu arrêter partiellement les matières fécales et serait devenu ainsi le point de départ d'une inflammation gangréneuse de la paroi.

M. Dandois a observé une perforation intestinale produite dans les mêmes conditions à la suite d'une néphrectomie, et les recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré lui ont appris que des cas semblables avaient déjà été signalés. Il n'admet pas l'opinion de M. Depage sur la formation de ces fistules stercorales. Il fait remarquer que les artères du côlon sont des artères terminales. Dans les néphrectomies transpéritonéales et aussi dans celles pratiquées par la voie lombaire, alors que les adhérences sont très fortes, le méso-côlon est toujours plus ou moins intéressé et, avec lui, les artères qu'il contient et qui nourrissent les parois de l'intestin; il peut en résulter une nécrose plus ou moins étendue et par conséquent une perforation.

Résection large du rocher.

M. Depage a été amené, dans un cas de suppuration rebelle du rocher, consécutive à une otite moyenne, à réséquer presque totalement cet os. Il s'agissait d'un homme de 29 ans, qui avait subi antérieurement cinq opérations pour la même affection. M. Depage employa le procédé de Chaput et arriva à réséquer l'os jusqu'au niveau de la carotide. Le sinus latéral fut mis à nu sur toute la partie correspondant au rocher, et le golfe de la veine jugulaire fut ouvert. L'hémorrhagie qui en résulta, quoique très abondante quand on exerçait une traction sur la veine, fut facilement arrêtée par le tamponnement. Au cours de l'opération, le facial fut sectionné.

Le malade est complètement guéri de la suppuration dont il fut atteint pendant des années, mais il existe une paralysie faciale complète, dont d'ailleurs il ne se plaint nullement.

Ablation du rectum par la voie sacro-abdominale.

M. Depage rapporte l'observation d'un malade âgé de 30 ans, chez lequel il a enlevé l'extrémité inférieure de l'intestin, sur une étendue de 30 centimètres environ, comprenant l'anus, le rectum et une grande partie de l'S iliaque.

Il s'agissait d'un cancer occupant la partie inférieure du rectum, y compris la portion ano-sphinctérienne et s'étendant jusqu'à une hauteur que le doigt ne pouvait atteindre. M. Depage essaya d'enlever le néoplasme par la voie sacrée, mais il ne put attirer le bout supérieur jusqu'au niveau de la région anale, ni établir un anus sacré. Dans ces conditions, il se mit en devoir de pratiquer sur le champ un anus iliaque. Il fit l'incision habituelle au-devant du ligament de Poupart,

attira le côlon à la plaie, le sectionna transversalement, réséqua le segment inférieur et sutura à la peau le bout supérieur. La guérison fut rapide.

VARIÉTÉS

Inauguration du monument Charcot.

Le 21 août 1893, au lendemain de la mort de Charcot, j'ai résumé, dans ce journal dont il avait été l'un des premiers collaborateurs, la vie scientifique et l'œuvre du savant illustre dont la mort subite attristait le monde médical.

Depuis, de nombreuses publications ont affirmé les regrets de tous ses disciples et hier un nouvel hommage lui a été rendu.

Un comité s'était formé sous la présidence de Pasteur et une commission exécutive, présidée par M. Brouardel, avait été chargée de faire appel à tous ceux qui désiraient contribuer à l'érection d'un monument destiné à perpétuer la mémoire impérissable du chef de l'Ecole de la Salpêtrière.

Cet appel a été entendu. Plus de 45 000 francs ont été versés à M. G. Masson qui, lui aussi, comme M. le doyen Brouardel, veut bien toujours prêter l'appui de son activité et de son dévouement à toutes les œuvres médicales.

Sur ces 45 000 francs, près de la moitié provient de souscriptions étrangères et, en particulier, de Russes et de Roumains. Ceux-ci n'ont pu se faire représenter hier. Mais la faculté de Montpellier avait délégué plusieurs de ses membres conduits par le professeur Grasset et le professeur Lépine représentait la Faculté de Lyon.

M. le Ministre de l'Instruction publique avait bien voulu accepter la présidence de cette fête médicale. Il était entouré de MM. Lockroy, ministre de la Marine ami et parent de la famille Charcot, le Préfet de la Seine, le Président du Conseil municipal de Paris, J. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Brouardel, doyen de la faculté, Napias, directeur de l'Assistance publique, Liard, directeur de l'enseignement supérieur, etc. L'Académie des sciences était représentée par MM. Guyon, Lannelongue, en costume officiel, Potain, Chauveau, etc. l'Académie de médecine par M. Bergeron, secrétaire perpétuel, et la plupart de ses membres; la Faculté par un grand nombre de professeurs et d'agrégés, le corps médical et les étudiants par de nombreuses délégations.

Dans une allocution très applaudie, M. Brouardel, président du Comité, après avoir annoncé qu'il remettait à la Ville de Paris la statue qui venait d'être érigée à la mémoire de Charcot, a terminé en ces termes :

« Que ses élèves couronnent l'œuvre de leur maître, qu'ils s'inspirent de son amour pour la science et pour ceux qui la cultivent, que son fils, en qui il avait placé avec raison tant d'espérances, écrive la page que la mort ne lui a pas permis de remplir. Que ce monument leur rappelle les ambitions de Charcot : élargir le domaine de la science, en livrer la culture à des mains françaises.

« Je leur confie l'exécution de ce vœu, je sais qu'ils l'accompliront et qu'en mémoire de leur maître ils soutiendront, au grand profit de la Faculté et de la science française, la glorieuse réputation de l'école de la Salpêtrière. »

M. le Dr Navarre, président du Conseil municipal, a remercié M. le doyen Brouardel et fait ressortir tout ce qu'avait pu réaliser Charcot en vue d'émanciper la pensée humaine et de lutter contre les superstitions et le charlatanisme.

Puis, dans une magistrale étude sur la vie et l'œuvre de son prédécesseur à l'Ecole, M. le professeur Raymond a défini l'œuvre du chef de l'Ecole de la Salpêtrière et apprécié « son rôle de créateur dans l'édification d'un ordre de connaissances qui touche aux sommets les plus élevés que puisse attendre l'esprit humain ». Il nous a rappelé toutes les découvertes, tous les perfectionnements réalisés dans ce beau service que Charcot a créé, où il a professé si longtemps et avec tant d'éclat. Il nous a montré l'homme de science et l'homme de cœur dont la vie tout entière a été consacrée à son enseignement, à sa famille, à ses élèves. « Il les pénétra, a-t-il dit, de son esprit, de son souffle ; il favorisa leur avancement dans la carrière en les appuyant, sans défaillance et sans compromission, de tout le poids de l'autorité qu'il avait su acquérir. Il créa ainsi cette Ecole de la Salpêtrière dont le retentissement fut et reste si considérable. Elle se confond avec son œuvre : soutenue et inspirée par lui, elle suivra docilement la route qu'il lui a ouverte, et, fille reconnaissante, elle veillera à jamais sur sa mémoire, car il est impérissable le nom de celui que nous honorons aujourd'hui et qui, parmi les médecins de notre siècle, fut, de tous, le plus grand ! »

M. Cornil, qui succéda à Charcot dans la chaire d'anatomie pathologique, est venu lui aussi apporter à la mémoire de son maître les hommages de l'Académie de médecine et de la Société anatomique.

Comme nous le disions en 1893, Charcot, en effet, n'a pas laissé seulement une œuvre et des découvertes neuropathologiques. Avant de se consacrer à l'étude des maladies nerveuses, il avait déjà, comme anatomopathologiste et comme clinicien, montré qu'une forte culture générale était indispensable à celui qui prétend faire progresser la science et qu'il faut « posséder des clartés de tout » avant de se spécialiser. Il n'est guère de sujets qu'il n'ait abordés en médecine; il en est peu qu'il n'ait traités de main de maître. M. Brouardel a justement rappelé ses travaux relatifs à l'histoire de l'art. M. Raymond a dignement loué ses études de psychologie expérimentale. M. Cornil a parlé de ses contributions à l'anatomie pathologique. Nous sera-t-il permis de rappeler ces études qu'il intitulait modestement : *Histoire et critique* et qui ont montré non seulement son érudition et la variété de ses connaissances, mais encore le prix qu'il attachait à ces œuvres de critique médicale trop délaissées aujourd'hui et l'affectueuse estime qu'il avait vouée à tous ceux qui les poursuivaient il y a quelques années ?

M. le Ministre a terminé par quelques paroles éloquentes qui ont été chaleureusement applaudies. Il a voulu faire mieux. Devant la statue de Charcot, il a apporté à l'un de ses plus fidèles disciples une distinction depuis longtemps désirée et attendue par tous ceux qui connaissent son savoir, les grands services qu'il a rendus à plusieurs générations de médecins, son dévouement à la science et son extrême modestie. M. le Dr Gombault peut être certain que les acclamations qui ont salué sa nomination dans la Légion d'honneur étaient aussi unanimes que sincères.

L. Lereboullet.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de M. le professeur Heydenreich.

Sur deux cas de pleurésie purulente à staphylocoques dorés purs,

Par M. Georges Gross,
Interne des hôpitaux de Nancy.

Le nommé H..., 24 ans, maréchal-ferrand, entre à l'hôpital le 25 janvier 1898, dans le service de clinique chirurgicale de notre bien regretté maître, M. le professeur Heydenreich, salle 3, lit 11.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, il nous dit que son père, âgé de 75 ans, qui exerçait comme lui le dur métier de maréchal-ferrand, avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'il y a 10 ans; que depuis il est atteint d'asthme et de bronchite chronique. Sa mère n'a jamais été malade. Il a eu 7 frères et sœurs, dont 2 sont morts (1 sœur à 26 ans, d'influenza, et 1 frère à 1 an, avec de l'ascite). Lui n'avait jamais été malade, quand, il y a 15 jours environ, en pleine santé, il aurait été pris d'un violent point de côté, à gauche, avec des frissons très pénibles. Il s'est couché, et a été malade depuis. Cependant, il n'aurait pas vu de médecin. La fièvre, les frissons et le point de côté auraient disparu en 2 ou 3 jours. Il y a 6 jours, il vit apparaître, à la région thoracique antéro-supérieure gauche une voussure à peu près indolore, contre laquelle une sage-femme lui aurait prescrit des frictions avec de la pommade mercurielle. Elle lui aurait fait 3 de ces frictions et posé un vésicatoire dans la région lombaire gauche.

C'est pour cette voussure qui, quoique indolore, augmenterait peu à peu qu'il vient consulter à l'hôpital.

Etat actuel. — Le malade, qui est d'une constitution robuste, est amaigri et pâle. La respiration est anxieuse et courte.

A l'inspection, on constate, sur le thorax, du côté gauche, à deux doigts au-dessus du mamelon, une voussure de 1 centimètre à 1 cm. 1/2 de relief, à forme elliptique, régulière, ayant 12 centimètres de gauche à droite sur 9 centimètres de haut en bas, indolore sauf si la pression devient très énergique.

Cette voussure dure, rénitente vers la périphérie, présente en son centre, entre la 2e et la 3e côte, un point nettement fluctuant. La 3e côte semble épaissie, adhérente à cette voussure en plastron.

A la percussion, la matité commence en haut à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, en dedans à deux travers de doigt du bord gauche du sternum, et s'étend à toute la région en relief.

Dans toute cette zone mate, on ne perçoit pas, à l'auscultation, le murmure vésiculaire.

En arrière, on ne trouve pas de signes stéthoscopiques anormaux, tant à la percussion qu'à l'auscultation.

La température, de 38° le matin, monte le soir à 39°5.

Le *diagnostic* reste incertain : d'après les symptômes locaux, l'on serait plutôt tenté de croire à un abcès froid costal; cependant il y a de la fièvre, et puis les symptômes du début de l'affection : fièvre, point de côté, frissons sont ceux d'une pleurésie.

26 janvier. La voussure semble augmenter; l'état général est stationnaire; il y a peu de douleur et pas de prostration. La température monte à 38° le matin, et à 39° le soir.

Le 27 janvier, la température est, le matin, de 38°7, le soir de 39°1.

28 janvier. La température est de 38°6 le matin. La fluctuation est beaucoup plus nette; que ce soit une pleurésie purulente enkystée ou un abcès froid, il faut intervenir.

Après lavage, brossage et savonnage de la région à l'eau chaude, au sublimé et à l'éther, et après anesthésie au chloroforme, M. le professeur Heydenreich fait une incision de 6 à 8 centimètres, de haut en bas, à la partie supérieure de la voussure, qui est la plus saillante. Cette incision, qui commence au-dessous de la première côte, mène sur la 2e côte; le doigt introduit dans la plaie sent cette côte dénudée, fait croire un instant à un abcès froid d'origine costale, quand soudain il glisse sur le bord supérieur de la côte, et sans pression aucune pénètre de toute sa profondeur dans la cavité pleurale. Un flot de pus s'échappe, pus jaunâtre, épais, très abondant.

On draine avec un gros drain de caoutchouc, et, après avoir lavé largement la cavité à l'eau boriquée tiède, on applique un pansement humide. Le soir, la température est de 38°8.

29 janvier. L'état général est meilleur, la fièvre tombe. La température est de 37°4 le matin, et de 38°2 le soir. Lavage de la cavité pleurable au sublimé à 1 p. 2000. Pansement humide.

31 janvier. Pansement et lavage au sublimé. Le drain est remplacé par un autre de diamètre moindre. L'état général est beaucoup meilleur, mais il s'écoule encore beaucoup de pus.

2 février. Nouveau pansement. Lavage au sublimé. On diminue encore le calibre du drain. Le pus qui s'écoule est beaucoup moins abondant.

Le pansement est fait le 4, puis le 6 février.

La température, qui est tombée depuis l'intervention, est redevenue normale. Le drain est supprimé. On fait un pansement humide. A l'auscultation et à la percussion, tout est redevenu normal : plus de zone de matité, le murmure vésiculaire est nettement perçu.

Le 15 février, le pansement humide est remplacé par un pansement sec; le 22 février, le malade sort du service guéri, sans aucun signe pouvant faire soupçonner une tuberculose pulmonaire.

L'observation clinique de notre malade était insuffisante pour porter un diagnostic précis. L'intervention avait simplement montré qu'il s'agissait bien d'un épanchement purulent localisé dans la région antéro-supérieure de la plèvre gauche, mais quelle était la nature de cet épanchement; c'est ce que devait nous montrer l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye.

Nous eûmes recours, pour faire ces recherches, au concours obligeant et compétent de notre ami, M. Georges Thiry, préparateur d'hygiène à la Faculté.

Le 28 janvier, le jour même de l'intervention, le pus re-

cueilli dans deux tubes stérilisés, est examiné par la coloration Ziehl-Meelsen sur 6 préparations et ne montre pas de bacilles de Koch. Le bacille n'était donc pas l'agent virulent principal, puisque s'il existait dans le pus, c'était en tout cas en proportion très minime, 6 préparations successives n'en ayant pas décelé. Des cultures colorées de ce pus montrent au bout de quelques jours qu'il s'agit de staphylocoques dorés.

Le staphylocoque était donc la cause de la suppuration pleurale, mais il pouvait être associé à la tuberculose. De ce qu'à l'examen microscopique nous n'avions pas trouvé le bacille, nous ne pouvions pas conclure pour cela qu'il n'existait pas dans le pus : tout au plus pouvait-on dire qu'il devait y être rare.

Pour être définitivement fixé sur l'absence réelle ou la coexistence du bacille tuberculeux, il fallait l'inoculation aux animaux et particulièrement au cobaye, qui est extrêmement sensible au bacille de Koch. Aussi, dès le premier jour, avons-nous inoculé 2 centimètres cubes de pus recueilli dans une seringue de Pravaz stérilisée, à un cobaye, à la face externe de la cuisse droite : le cobaye fut choisi très bien portant, et pesant 440 gr.

Après 2 semaines, le 11 février, le cobaye pèse 430 grammes, et se porte très bien.

Après 3 semaines, le 18 février, le poids du cobaye inoculé est de 420 grammes.

Le 19 février, à 3 heures de l'après-midi, nous injectons, à la cuisse gauche du cobaye, 2 centimètres cubes de tuberculine de Koch (préparée au laboratoire de l'Institut sérothérapique de l'Est). Le poids du cobaye était de 420 grammes avant l'injection ; par conséquent, l'animal avait perdu 20 grammes en en 23 jours, mais, malgré ce léger amaigrissement, il se débat avec une énergie qui prouve assez qu'il est bien portant.

22 février. Le cobaye tuberculisé depuis 3 jours ne pèse plus que 395 grammes. Il a donc maigri de 25 grammes en 3 jours, ce qui est encore bien loin des diminutions obtenues quand l'animal est tuberculeux.

26 février. Le poids du cobaye est de 380 grammes.

2 mars. Le cobaye pèse 387 grammes.

8 mars. Même poids. Le cobaye n'a, en somme, pas réagi à la tuberculine ; dans la crainte de n'avoir injecté qu'une tuberculine inactive, nous faisons à notre cobaye une nouvelle injection de 1 centimètre cube de tuberculine ; il la supporte parfaitement, tandis qu'un cobaye témoin, qui était tuberculeux depuis le 28 janvier, inoculé en même temps, d'une quantité égale de la même tuberculine, est trouvé mort et froid déjà le lendemain 3 mars, au matin.

13 mars. Pendant les 5 jours écoulés depuis la dernière injection de tuberculine, le cobaye continue à se porter très bien ; son poids a augmenté, il pèse 425 grammes. Les griffes de la patte du côté inoculé sont tombées, ce qui est la règle. Voulant être absolument certains de nos résultats, nous tuons le cobaye par inhalations de chloroforme et en faisons l'autopsie. Cette autopsie est absolument négative. Nous ne trouvons pas la moindre lésion tuberculeuse. Les poumons sont normaux, pas de ganglions tuberculeux. Les capsules surrénales sont normales. La rate et le foie sont très congestionnés, ce qui est dû à l'asphyxie chloroformique.

En présence de ces résultats négatifs, nous pouvons porter un diagnostic clinique précis. Nous avons eu affaire à une *pleurésie purulente enkystée, à staphylocoque doré pur*.

M. le professeur agrégé Haushalter a bien voulu nous autoriser à joindre à notre observation l'observation suivante, recueillie dans son service par notre ami Richon, interne des hôpitaux. Il s'agit également d'une pleurésie à staphylocoque pur.

Georgette R..., âgée de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital le 7 avril 1898. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. A commencé à tousser il y a 8 jours, et depuis 2 jours a eu des maux de tête et de la diarrhée.

A son entrée on constate une éruption très atténuée, caractérisée par un piqueté rouge au niveau du tronc et des membres ; la face est très rouge ; amygdalite double, la langue est blanche, mais on ne constate pas de piqueté au niveau du palais. La fièvre est intense : 40° le soir.

Le lendemain, 8 avril, il n'y a plus d'éruption, la gorge va mieux, la température descend à 38°, mais la face reste vultueuse.

Le 9, la température qui est de 38° le matin, monte à 40° le soir, l'agitation est très grande, l'angine reprend, et l'éruption réapparaît comme le premier jour. La petite malade est isolée aux contagieux.

Le 10, température 39° le matin, 40° le soir. Les amygdales sont grosses, rouges ; pas de piqueté au palais. Langue dépapillée. Légère dyspnée. Gros râles de bronchite. On constate un anneau d'albumine dans les urines qui sont abondantes.

Le *11 avril*, température 39° et 40°. L'éruption du tronc pâlit, mais il apparaît une éruption très intense à la racine des cuisses. L'angine tend à s'atténuer.

12 avril. La température oscille toujours entre 39° et 40°. Les râles de bronchite ont disparu, on remarque une certaine oppression.

14 avril. Une dyspnée intense apparaît, la température est de 40°. A l'auscultation, on trouve de la matité dans tout le côté droit, en avant et en arrière, avec une abolition totale du murmure vésiculaire. Ni souffle, ni râles. La thoracentèse, pratiquée à deux reprises, ne donne que 50 grammes d'un liquide louche, séro-purulent.

Le 15, il persiste une légère submatité à la base, en avant et en arrière. La température est toujours élevée, la dyspnée est moindre, on perçoit à nouveau le murmure vésiculaire, mais il y a un peu de souffle expiratoire, avec de l'égophonie. L'éruption a presque entièrement disparu. Un léger louche persiste encore dans les urines.

Le 16, l'état est sensiblement meilleur, mais on constate une poussée d'urticaire généralisé avec de l'œdème des mains.

L'état général s'améliore, quand le 22, on constate quelques signes d'épanchement pleurétique droit.

23 avril. Matité compacte à droite, en avant et en arrière, circulation collatérale très marquée, avec une voussure énorme surtout en avant, et une absence totale de murmure vésiculaire. Une seconde thoracentèse donne issue à un litre de pus vert, peu lié.

Dès le 24, la sonorité est moins nette qu'après la ponction.

Le 25, la circulation collatérale se reproduit, la matité réapparaît, le murmure redevient faible, obscur, mais il n'y a ni cyanose, ni dyspnée.

Le 29, on pratique une nouvelle thoracentèse, qui donne issue à 300 grammes de pus. Malgré cela la température continue à monter (40°) et le 2 mai on pratique la pleurotomie qui donne issue à un litre de pus.

Dès le 3, la température descend, et l'état général devient beaucoup meilleur.

Le 5, la température est à 37° le matin, 37°2 le soir, et la petite malade est sauvée.

Ici aussi il fallait rechercher la nature du pus. Dès la ponction du 25 avril, les cultures faites avec le pus retiré aseptiquement avaient donné à MM. Haushalter et Richon des cultures de staphylocoque doré pur. Les lamelles montrent également des groupes de staphylocoques.

Lors de la pleurotomie, lamelles et cultures donnent encore les mêmes résultats.

M. le professeur Haushalter porte le diagnostic de pleurésie purulente à staphylocoques dorés purs, pensant que la marche clinique de la maladie, les antécédents de la malade, la grande abondance des staphylocoques ne peuvent pas ici faire soupçonner la tuberculose.

Notre premier malade, qui ne présente aucun antécédent morbide (pas de signes de bacillose héréditaire ou acquise), est pris subitement d'un point de côté, de frisson, de fièvre, et, sans voir de médecin, se couche. Il se présente quelques jours après à l'hôpital avec une collection purulente localisée à la partie antérieure gauche du thorax ; l'intervention montre que l'on a affaire à une pleurésie purulente partielle, costo-pulmonaire, ayant évolué en somme d'une façon assez bénigne, à symptômes atténués, mais lente, longue. L'examen bactériologique nous a montré que cette pleurésie est due au staphylo-

coque doré pur, non associé au bacille tuberculeux, ni à d'autres microorganismes pyogènes, puisque les prépara tions et les cultures ne nous ont donné que du staphylocoque, et que l'inoculation au cobaye a été complètement négative.

La petite malade de M. Haushalter est prise, très subitement aussi, au cours d'une scarlatine à évolution bénigne, d'accidents pleuraux qui résistent à trois ponctions, et que la pleurotomie termina en quelques jours. La malade sort de l'hôpital guérie. Chez elle non plus, ni les antécédents, ni la marche de la maladie, ni les résultats bactériologiques ne permettent de soupçonner la tuberculose.

Dans les deux cas il s'agit bien de pleurésie purulente à staphylocoque doré pur : pleurésie purulente enkystée chez notre malade, totale chez la malade de M. Haushalter.

C'est la présence du staphylocoque doré non associé à d'autres espèces microbiennes qui fait l'intérêt de ces deux observations; ces pleurésies purulentes étant presque des raretés cliniques.

Netter (1), dont les remarquables études sur les pleurésies restent classiques, attache une très grande importance à leur diagnostic bactériologique, au point de vue même de leur traitement et de leur pronostic. Il a essayé d'établir que « les recherches bactériologiques permettent d'expliquer les différences si marquées entre les suppurations pleurales; que les pleurésies purulentes doivent être divisées en plusieurs espèces dues chacune à un organisme particulier ».

Sa première statistique bactériologique (qui remonte à 1890) lui donne sur 92 cas de pleurésies purulentes vraies, chez l'adulte (les pleurésies tuberculeuses et putrides laissées systématiquement de côté), 56 cas dus au streptocoque, 32 dus au pneumocoque, 6 cas dus à des microbes divers; et chez l'enfant 29 cas dont 6 à streptocoque et tous les autres à pneumocoque.

Dans sa deuxième statistique, Netter trouva 21 cas de pleurésies à staphylocoques sur 156 cas, et encore, dans 15 de ces cas, les staphylocoques étaient associés à d'autres espèces pathogènes auxquelles pouvait être légitimement attribuée la production de l'épanchement purulent (*a*).

Wurtz (2) se contente de citer les statistiques précédentes.

« Les staphylocoques pyogènes, dit encore Netter, qui jouent un rôle si important dans la production des suppurations du tissu cellulaire, des glandes, des os, ne viennent que dans un rang relativement infime dans l'étiologie des suppurations pleurales. »

D'après Courtois-Suffit (3), l'étude clinique de la pleurésie à staphylocoque est impossible à faire, attendu que « l'existence isolée et unique des staphylocoques dans l'épanchement pleural n'existe pour ainsi dire pas. » Courtois-Suffit ajoute qu'il n'entend pas dire par là que la pleurésie due à ce seul microbe est impossible, mais seulement qu'on n'en possède pas une observation à l'abri de toute critique.

Marfan (4), Kiener (5) déclarent également ne pouvoir en tracer l'histoire, faute d'observation certaine.

(*a*) 21 cas de pleurésies à staphylocoque :

dont 6 cas à st. purs	1 cas après endocardite ulcéreuse,
	1 cas après pyohémie,
	1 cas après ponction d'un épanchement séreux,
	3 cas après cause inconnue.
et 15 cas associés. .	7 cas au pneumocoque,
	4 cas au streptocoque,
	4 cas au bacille de Koch.

Les statistiques de Weichselbaum (6), de Fränkel, celle de Renvers tendent également à prouver la rareté des pleurésies purulentes à staphylocoques. Aucun de ces auteurs ne les a rencontrées.

En revanche les staphylocoques ont été vus à l'état de pureté par Rosenbach, dans 2 cas sur 5, par Hoffa, dans 3 cas sur 3, par Kracht dans 9 cas sur 10, et par Levy dans 7 cas sur 17.

La différence en apparence inconciliable entre les résultats précédents peut trouver son explication : d'abord certaines de ces constatations datent d'une époque où la recherche des microbes autres que le staphylocoque présentait encore bien des difficultés; d'autre part certaines de ces pleurésies étaient liées à la tuberculose (les associations du staphylocoque et du bacille de Koch sont fréquentes) : or, pour trouver le bacille de Koch, l'examen microscopique ne suffit pas toujours; pour être sûr de ses résultats, il faut, le plus souvent, l'inoculation au cobaye, qui dans la plupart de ces cas n'a pas été faite. (On peut seulement s'en passer quelquefois, quand ni la marche de la maladie, ni les antécédents, ni l'état actuel ne peuvent la laisser soupçonner cliniquement.)

Aussi, dans toute la littérature médicale ne trouvons-nous que cinq observations non contestables de pleurésie purulente à staphylocoque doré pur : une de Renvers (7), une de Duvacher (8), une de Courmont (9), une de Kr. Thue (10), sur 33 empyèmes, une de Heddaus (11), qui, ajoutées aux 6 cas de Netter donnent 11 cas bien authentiques seulement (*a*).

Dieulafoy (12) en cite une observation de A. Fränkel (13), cette observation, citée en différents ouvrages, est une pleurésie à streptocoques.

Ni dans la thèse de Ponchon (14), ni dans celle de Courtois-Suffit, ni dans celle de Kondratotowitch (15), on n'en trouve signalée d'observation.

Aussi, peut-on dire avec Dieulafoy que « la rareté de cette pleurésie purulente ne permet pas d'en retracer l'histoire ».

« Cependant, d'après les quelques cas connus, la pleurésie à staphylocoque semble, dit Netter, susceptible d'une évolution lente; elle semble affecter une marche subaiguë ou chronique. Elle peut guérir par l'opération de l'empyème. »

Courtois-Suffit serait plutôt tenté de croire que les symptômes en sont plus accentués, étant donnée la virulence considérable que les cultures de staphylocoques gardent pendant si longtemps.

Dans les 6 cas de Netter, la marche a été bénigne. Il en a été de même chez un de nos malades; mais, que la pleurésie ait évolué d'une façon un peu plus ou un peu moins bénigne, avec des symptômes plus ou moins accentués, la guérison a été complète dans nos deux cas, qui nous semblent, notre observation personnelle surtout, absolument confirmer l'opinion de Netter : évolution lente, marche subaiguë.

Malheureusement le staphylocoque n'existe que rarement seul, le plus souvent il est associé au bacille de

(*a*) 32 cas en tout, dont 21 sont douteux, 11 certains :

Cas douteux (21)	Rosenbach	2 cas sur 5
	Hoffa	3 cas sur 3
	Kracht	9 cas sur 10
	Lévy	7 cas sur 17
Cas certains (11)	Netter.	6 cas sur 156
	Renvers.	1 cas
	Duvacher	1 cas
	Courmont	1 cas
	Kr. Thue	1 cas sur 33
	Heddaus.	1 cas

Koch; la pleurésie purulente devient alors une pleurésie tuberculeuse (4 cas de Netter, 2 cas de Hoffa, Courmont (16), Kiener, Montaux et Lop (17), Spillmann (18), etc.).

En présence de ces faits, Netter avait écrit que quand on trouve le staphylocoque doré dans une pleurésie purulente, toujours ou presque toujours il est associé au bacille de Koch. Aujourd'hui il est revenu sur son affirmation première. « Dans un travail antérieur, dit-il, nous avions relevé la rareté de l'empyème par le staphylocoque, et cru pouvoir conseiller de soupçonner la tuberculose dans le cas où l'examen microscopique montrait exclusivement le staphylocoque.

« Il ne nous est pas possible de maintenir avec autant de vigueur cette opinion. Nous avons reconnu, par les résultats négatifs de l'inoculation, l'absence de tuberculose dans des pleurésies exclusivement à staphylocoques. »

Il nous semble que la pleurésie purulente à staphylocoques n'est peut-être pas aussi rare qu'on l'a cru, et que le jour où tout liquide purulent retiré de la plèvre sera examiné, on en multipliera les observations.

Quelle en est le plus souvent l'étiologie ? La pleurésie purulente à staphylocoques peut résulter ou de l'introduction de corps étranger dans la plèvre (coup de revolver, Rosenbach; ponction non aseptique) ou de la présence du microbe dans le sang (endocardite ulcéreuse, pyohémie, Netter), ou de l'existence, en un autre point du corps, d'un foyer suppuratif le renfermant (plaie, ostéomyélite, anthrax, amygdalite suppurée, Heddaus); l'on est alors en présence d'une pleurésie métastatique; dans ces états pyohémiques, il faut rechercher avec soin le foyer de suppuration original, foyer qu'il importera avant tout d'attaquer.

Malgré cela, souvent, la porte d'entrée reste inconnue, c'est ce qui est arrivé à Netter dans 3 cas sur 6; nous ne savons pas au juste comment s'est infecté notre malade, et nous serions tentés d'admettre, avec Dieulafoy, que, quand on ne trouve pas la porte d'entrée du staphylocoque dans l'organisme, on peut se demander s'il n'existait pas à l'état latent dans la plèvre, attendant l'occasion favorable à son développement.

M. Haushalter explique la pleurésie chez son malade par une infection secondaire. Le milieu d'hôpital est un milieu essentiellement riche en microbes; le petit malade arrivé prédisposé par une première infection (scarlatine) était un terrain tout particulièrement apte à s'infecter à nouveau. Chez lui, du reste, une troisième infection est venue encore s'ajouter aux deux autres, et la malade a eu tour à tour, presque en même temps, une scarlatine, une pleurésie purulente, et une poussée d'urticaire.

Comme traitement, la ponction, on le voit par l'analyse des observations qui sur ce point concordent toutes, ne suffit pas. Il est des cas où trois ou quatre thoracentèses n'ont pu amener la guérison, qu'une pleurotomie a amenée en quelques jours. Il faut donc toujours faire la pleurotomie.

Si l'on trouve dans le pus d'une pleurésie purulente du staphylocoque doré, il sera permis de soupçonner la tuberculose, cependant il est des cas où ce microorganisme existe seul, non associé.

Dans ces cas le pronostic sera relativement bénin. Le malade a grande chance de guérir, et de bien guérir. Malheureusement ces pleurésies sont rares, puisque nous n'en avons pu donner que 11 observations bien certaines, avant les deux nôtres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Netter, in *Traité de médecine* Charcot, Bouchard et Brissaud, 1893, t. IV, p. 1047.
2. Wurtz, *Bactériologie clinique*, 2ᵉ édit., 1897, p. 175.
3. Courtois-Suffit, Les pleurésies purulentes (thèse de Paris, 1898-1891).
4. Marfan, Etiologie et diagnostic des pleurésies purulentes (*Gazette hebdomadaire*, 1889, n° 99).
5. Kiener, Des pleurésies fibrino-purulentes et des pleurésies purulentes proprement dites, leur marche naturelle et leurs indications thérapeutiques (*Revue médicale*, 1890).
6. Weichselbaum, *Wiener med. Jahrbücher*, 1886.
7. Renvers, Observation 61 de la thèse de Courtois-Suffit.
8. Duvacher, Des épanchements chroniques de la plèvre (thèse de Paris, 1892).
9. Courmont, *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. I, art. *Staphylococcie*.
10. Kr. Thue, Sur l'étiologie de la pleurésie (*Norsk Magazin*, supplément, mars 1895).
11. Heddaus, Angine aiguë par staphylocoque doré; pleurésie métastatiqbe (*Münchener med. Woch.*, 1897, n° 18, p. 469).
12. Dieulafoy, Pleurésie purulente à staphylocoques pyogènes (*Manuel de pathologie interne*, t. I, p. 450).
13. A. Fraenkel, *Société de médecine de Berlin*, 6 juin 1887.
14. Ponchon, Quelques considérations d'ordre pratique sur les pleurésies purulentes (thèse de Paris 1889-90).
15. Kondratotowitch, Bactériologie clinique et thérapie des empyèmes (thèse de Saint-Pétersbourg, 1895).
16. Paul Courmont, Epanchements hémorrhagiques multiples des séreuses d'origine tuberculeuse, avec association du staphylocoque pyogène (*Province médicale*, 22 février 1898).
17. Monteux et Lop, Communication au *IVᵉ Congrès français de médecine interne*, Montpellier, avril 1898, et *Revue de médecine*, n° 4, p. 343, 10 avril 1898.
18. Spillmann, Rapport sur les affections microbiennes et les infections mixtes (*IVᵉ Congrès français de médecine interne*, Montpellier, avril 1898, p. 6 du rapport).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1897-1898.

M. Gil (Ludovic). *Contribution à l'étude de l'insuffisance tricuspidienne par endocardite chronique*. N° 448. (H. Jouve.)

M. Allais (A.). *Contribution à l'étude de la thrombose cardiaque*. N° 449. (G. Carré et Naud.)

M. Bourggraff (Paul). *Contribution à l'étude clinique et pathogénique du syndrome de Basedow*. N° 586. (H. Jouve.)

M. Dupuy (Emile). *Contribution à l'étude des diphthéries associées bénignes*. N° 315. (Bordier et Michalon.)

Mˡˡᵉ Schirsky (Marie). *De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité*. N° 436. (G. Carré et Naud.)

M. B. Santelli (Jean). *Contribution à l'étude des pyohémies cryptogénétiques*. N° 506. (H. Jouve.)

M. Cosmettatos (Georges-F.). *Recherches sur le développement des voies lacrymales*. N° 618. (G. Steinheil.)

M. Deschamps (J.). *Etude sur les principes et les applications de la physiologie et de la pathologie cellulaire*. N° 561. (H. Jouve.)

M. d'Avellar. *Les théories de l'immunité*. N° 502. (H. Jouve.)

M. Legay (René). *Essai sur les rapports de l'organe auditif avec les hallucinations de l'ouïe*. N° 500. (G. Steinheil.)

M. Vaneecloo (Germain). *D'une callosité spéciale observée chez les fileuses de lin (étude d'hygiène et de médecine légale)*. N° 558. (H. Jouve.)

M. Samouilson (Léon). *La coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde*. N° 630. (H. Jouve.)

M. Sterlin. *Des troubles sensitifs dans la lèpre*. N° 527. (H. Jouve.)

M. Rehns (Jules). *L'adéno-lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale.* N° 653. (G. Carré et C. Naud.)

M. Decorse (Gaston-Jules). *De la mort dans l'érysipèle.* N° 587. (P. Delmar.)

M. Leroy (Eugène-Bernard). *Etude sur l'illusion de fausse reconnaissance chez les aliénés et les sujets normaux.* N° 655. (H. Jouve.)

M. Martin (Georges). *Etude sur la neurasthénie et l'état mental des neurasthéniques.* N° 351. (Maloine.)

M. Lévy (Paul-Emile). *L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique.* N° 307. (H Jouve.)

M. Ameline (Marius). *Energie, entropie, pensée essai de psycho-physique générale.* N° 263. (G. Carré et C. Naud.)

M. Montier (Georges). *De la sialorrhée urémique.* N° 471. (H. Jouve.)

A propos d'une observation recueillie dans le service de M. Merklen, M. Gil étudie l'insuffisance tricuspidienne d'origine organique, primitive, affection rare due à l'endocardite rhumatismale chronique, plus rarement à des tumeurs (gomme), ou à une rupture de la valvule tricuspide.

Elle se caractérise par le syndrome commun à toute insuffisance de la tricuspide : souffle systolique tricuspidien, pouls veineux hépatique et jugulaire. Mais, tandis que ces signes sont variables et intermittents dans l'insuffisance secondaire ou par dilatation, ils sont fixes et permanents dans l'insuffisance organique. L'insuffisance tricuspidienne post-rhumatismale peut être isolée ou associée à d'autres lésions cardiaques.

Elle ne compromet ni la vie, ni la santé, mais constitue une infirmité cardiaque et exige le repos presque complet. Le moindre effort détermine une crise d'hyposystolie.

M. A. Allais admet qu'il existe au niveau du cœur des thrombus qu'il faut distinguer des caillots formés dans le cœur au moment de l'agonie; cette thrombose cardiaque peut se rencontrer particulièrement dans les maladies infectieuses, les affections cancéreuses et cachectisantes. Le siège des thromboses cardiaques est variable; on les a constatées dans les 4 cavités du cœur. Il n'en existe pas de signes pathognomoniques. L'apparition d'embolie volumineuse permet quelquefois d'élucider le diagnostic en même temps que son siège dans le domaine de la grande ou de la petite circulation permettra souvent de préciser le siège anatomique du thrombus. La résolution, si elle existe, est exceptionnellement rare. La mort subite est une terminaison assez fréquente. La mort survient, le plus souvent, par asystolie ou par embolie.

Le travail de M. Bourggraff est un plaidoyer en faveur de la théorie qui place l'origine du goître exophthalmique dans une perturbation de grand sympathique: il rattache celle-ci à des troubles de la sécrétion thyroïdienne, ou même sous la dépendance de troubles bulbo-protubérantiels; à cette théorie, un peu trop éclectique, et d'ailleurs très rapidement exposée par son auteur, il joint un court aperçu des diverses opinions soutenues.

M. Dupuy étudie les diphthéries associées et les caractères cliniques qui traduisent cette association, particulièrement celles qu'il décrit sous le nom de petits accidents septiques. Il préconise, dans les cas rares où l'action du streptocoque semble démontrée, l'emploi du sérum antistreptococcique; il recommande aussi l'emploi du phénol sulforiciné à 20 p. 100 comme agent de traitement local. L'intérêt principal de son travail consiste dans les 53 observations qui l'accompagnent et qui ont été recueillies dans le service du Dr Barbier.

La grippe peut attaquer les femmes enceintes dans les différents mois de la gestation, et l'âge de la grossesse n'influe nullement sur la marche de cette infection. D'après Mlle Schirsky, chez les femmes enceintes on rencontre les formes ordinaires de la grippe : nerveuse, respiratoire, gastro-intestinale, qui se groupent d'ordinaire avec prédominance de certains symptômes. La grippe broncho-pulmonaire s'observe le plus souvent pendant la grossesse.

La grippe n'influe pas d'une façon notable sur le rein, chez les femmes enceintes; en revanche le cœur est touché d'une façon particulière chez les femmes en état puerpéral atteintes de grippe.

Les métrorrhagies ne sont pas fréquentes chez les femmes enceintes, atteintes de grippe.

Chez les femmes grippées pendant les premiers mois de la grossesse, la grippe ne paraît pas avancer la date de l'accouchement; chez les femmes grippées pendant le dernier mois de leur grossesse, il semble que la grippe puisse, dans quelque cas, hâter de quelques jours le moment de la délivrance. Enfin la grippe chez les femmes enceintes peut présenter des complications sérieuses; son pronostic est par suite réservé.

L'accouchement n'a pas été influencé dans sa marche par le fait de la grippe. La grippe de la mère ne paraît pas avoir une influence fâcheuse sur l'enfant, qui paraît avoir une prédisposition fort peu marquée pour l'influenza. Chez les femmes accouchées on n'observe pas d'hémorrhagies graves dans les suites de couches. Elles sont plus facilement infectées, et, pendant les suites de couches, les infections secondaires de la grippe peuvent acquérir une gravité particulière; la grippe peut même servir à l'éclosion des phénomènes infectieux du côté de l'utérus. Chez les femmes en couches la grippe peut provoquer toute seule la phlegmatia alba dolens; la grippe présente donc une gravité particulière quand elle survient pendant les suites de couches.

Sous le nom de pyohémie cryptogénétique. M. Santelli étudie la pyohémie sans porte d'entrée connue : cette porte d'entrée peut être soit une lésion insignifiante de la peau et des muqueuses passée inaperçue, soit, suivant quelques auteurs, la peau et les muqueuses saines. Les microbes pathogènes peuvent avoir pénétré antérieurement dans l'organisme, à la faveur d'une plaie, d'une suppuration où même d'une maladie infectieuse, et y vivre à l'état latent; jusqu'au moment où ils recouvrent leur virulence. La maladie se reconnaît à l'absolue impossibilité de trouver une porte d'entrée chez un malade faisant des abcès avec des phénomènes généraux plus ou moins graves.

De ses recherches M. Cosmettatos conclut que les voies lacrymales se développent chez les mammifères comme chez l'homme, par prolifération des cellules qui tapissent le fond de la gouttière lacrymale. La prolifération se produit sur toute la longueur de la gouttière, et donne naissance à un bourgeon plein qui, plus tard, se pédiculise, se détache et devient libre; à son centre apparaît une lumière qui va former le canal lacrymo-nasal. Il étudie ensuite la formation du canalicule supérieur et du canalicule inférieur chez le lapin et le porc.

Les voies lacrymales commencent à se creuser d'une lumière, chez l'homme au 3e mois, chez le porc lorsque l'embryon a atteint 38 millimètres et, chez le lapin, à 25 millimètres. La lumière commence à la partie supérieure, et le développement se fait de haut en bas; il est complet chez l'homme comme chez les animaux un peu avant la naissance. Quelquefois l'embouchure dans le méat inférieur se faisant quelque temps après la naissance, le courant des larmes est suspendu; il résulte une stagnation qui constitue une des pathogénies de la dacryocystite congénitale.

La caroncule lacrymale n'est qu'un bourgeon des paupières qui prend son origine sur le bord libre de la paupière inférieure, et va s'unir à la supérieure; il se développe de la même manière qu'elles, et s'isole plus tard sur la conjonctive.

M. Deschamps étudie dans sa thèse la cellule en tant qu'élément fonctionnel et expose la théorie cellulaire en montrant son rôle dans l'explication des faits fondamentaux de la physiologie de la pathologie et de la thérapeutique, il formule un certain nombre d'énoncés qui résultent pour lui de l'ensemble des faits observés et constituent les principes fondamentaux de la théorie cellulaire.

Passant en revue les théories de l'immunité, M. d'Avellar admet que l'immunité, soit naturelle, soit acquise, contre les microbes ou contre les toxines est un phénomène d'ordre essentiellement cellulaire, et insiste sur l'importance de la phagocytose.

Pour lui l'immunisation n'est pas le fait d'une propriété humorale nécessaire, mais bien le fait d'une résistance cellulaire.

Pour M. Legay, une lésion de l'oreille, dont le malade ne se rend pas compte, est susceptible de donner lieu à une fausse interprétation, et peut-être même, dans les cas graves, à une sorte de démence aiguë. Ces troubles psychiques, qui peuvent revêtir la forme hallucinatoire, nécessitent une prédisposition psychique. Les hallucinations auditives présentent deux variétés selon la phase de la maladie mentale : au début l'hallucination est brusque, inopinée, courte et frappe le patient d'étonnement. Plus tard elle se distingue par l'interprétation délirante systématisée, et la possibilité de son renouvellement au gré du malade. Ces deux dernières formes peuvent exister sans excitation périphérique objective ou subjective. Mais les affections de l'oreille peuvent les entretenir et peuvent en outre faciliter la prédisposition psychique par leur durée désespérante, par l'obsession résultant de la continuité des bourdonnements qui augmentent encore pendant la nuit et privent ainsi de sommeil, par les vertiges et la diminution de l'audition qui les accompagnent si souvent. Enfin l'excitation continue du centre acoustique, dont les hallucinations sont l'expression, peut amener l'affaiblissement ou la perte de l'ouïe, en dehors de toute maladie d'oreille proprement dite.

Les fileuses de lin, d'après M. Vaneecloo, présentent le plus ordinairement, à la face palmaire de la main gauche, région cubitale, deux callosités, situées l'une au niveau du tiers moyen de cette région, empiétant un peu sur le tiers supérieur, l'autre à la racine du petit doigt; en outre, deux autres, moins développées, sur la première et la deuxième phalange du petit doigt, et assez souvent deux très petites aux racines des troisième et quatrième doigts.

Ces callosités sont plus ou moins marquées, suivant que les ouvrières font usage ou non de l'appareil protecteur appelé « manique », plus ou moins pigmentées et plus ou moins fermes, selon qu'elles travaillent à la filature « au sec » ou à la filature « au mouillé ».

Les callosités des fileuses peuvent s'accompagner, au début de leur formation ou alors qu'elles sont complètement développées, de certains accidents : douleurs, gonflement, inflammation superficielle du derme, phlyctènes, bourses séreuses, abcès, panaris, rétraction du petit doigt.

On peut combattre la tendance à l'induration de l'épiderme et les complications qui en sont la conséquence par les soins hygiéniques commandés par les circonstances : port de « maniques » proportionnées aussi exactement que possible à la main qu'elles doivent recouvrir, soins de propreté, etc.

Au point de vue spécial de médecine légale, la callosité caractéristique des fileuses de lin, pourrait, dans certaines occasions, constituer un bon signe d'identité.

M. Samouilson commence son étude par un exposé de la sclérodermie et de ses diverses théories pathogéniques; il se rallie à celle qui en fait un trouble fonctionnel ou matériel du système nerveux.

Il montre que la coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde n'est pas très rare, ainsi que celle du myxœdème et des mêmes altérations. La parenté du myxœdème et de la sclérodermie lui paraît donc très possible et il admet parmi les intoxications de diverses natures pouvant produire la sclérodermie l'intoxication due au fonctionnement anormal du corps thyroïde.

Aussi le traitement thyroïdien de la sclérodermie devra-t-il toujours être essayé vu le nombre des succès obtenus.

M. Sterlin étudie, d'après M. Jeanselme, les troubles sensitifs de la lèpre, leur répartition, leur mode de progression, leurs divers types, et joint à son court travail 5 observations inédites recueillies par lui à l'hôpital Saint-Louis.

L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale, récemment étudiée par MM. Launois et Bensaude, est décrite très complètement par Rehns; elle est caractérisée par la présence de tuméfactions lipomateuses diffuses, multiples et symétriques, ayant leur siège de prédilection dans certaines régions ganglionnaires. La localisation spéciale des tumeurs, certaines particularités cliniques de l'affection, les résultats encore incomplets de l'anatomie pathologique, enfin la ressemblance avec l'adéno-lymphocèle, semblent indiquer que la maladie à son siège primitif dans les ganglions et vaisseaux lymphatiques.

Pour les 3072 sas d'érysipèle, sur lesquels ont porté les recherches de M. Decorse, la mortalité s'est élevée à 5,37 p. 100.

La mortalité des enfants au-dessous d'un mois a atteint 100 p. 100. Jusqu'à un an révolu il y a environ 50 décès pour 100 malades. Ce chiffre tombe à 33 p. 100, si l'on considère en bloc tous les enfants jusqu'à 3 ans révolus. Chez les vieillards, les gens affaiblis ou débilités, atteints d'érysipèle, le pronostic est presque toujours fatal.

Les principales causes de déchéances organiques, qui influent sur le pronostic de l'érysipèle sont les lésions antérieures ou latentes du foie, du cœur, des reins ou des cellules nerveuses.

Le streptocoque de l'érysipèle peut aussi causer la mort chez des individus vigoureux par sa virulence excessive.

Si la mort dans l'érysipèle arrive quelquefois au milieu de symptômes adynamiques, elle arrive le plus souvent au milieu de symptômes en rapport avec les lésions des organes touchés par le streptocoque; chaque complication imprime alors à la mort un cachet.

M. Eugène Leroy a fait une étude très complète sur le phénomène décrit sous le nom de fausse reconnaissance, illusion consistant en ce qu'il semble au sujet voir pour la seconde fois, reconnaître un ensemble de connaissances en réalité nouveau pour lui. Pour étudier cette question l'auteur a adressé un questionnaire détaillé auquel 67 réponses ont été faites; c'est d'après ce questionnaire qu'il décrit ce phénomène. L'auteur, après avoir exposé les diverses hypothèses émises, rejette l'hypothèse de l'existence d'une double représentation, et admet qu'il s'agit d'une sorte de sentiment associé intimement au phénomène reconnu plutôt que d'une comparaison de deux représentations; mais il ne peut préciser les raisons qui font surgir brusquement et contre toute logique apparente de semblables impressions; il joint à son travail l'exposé des nombreuses observations qu'il a pu recueillir.

Après un exposé de la neurasthénie en général, de son étiologie de ses symptômes et de ses formes, M. G. Martin étudie plus particulièrement l'état mental des neurasthéniques; il décrit les folies neurasthéniques et surtout les obsessions neurasthéniques dont le pronostic et pour lui assez grave et dont la curabilité est en raison inverse du degré de dégénérescence, et en raison directe du degré d'acuité de la neurasthénie (Régis), les obsessions impulsives seraient plus graves que les obsessions alcooliques; souvent enfin la guérison n'est qu'apparente.

Dans un important travail de psychothérapie sur l'éducation de la volonté, M. Emile Lévy expose les résultats que peut donner l'auto-suggestion; il conclut à la possibilité bien établie d'une médecine psychique faite par nous sur nous-mêmes; par la discipline de notre volonté nous pouvons, dans une large mesure nous rendre maîtres de notre organisme, nous réformer et dans notre tempérament physique et dans notre caractère moral; cette auto-suggestion dont il analyse les résultats chez sept sujets a donc pour lui une action réelle et peut s'appliquer à des troubles variés, échoue rarement, a peu d'inconvénients; il insiste en terminant sur l'efficacité de l'hétéro-suggestion, à laquelle avec Bernheim il attribue une influence thérapeutique considérable et donne de multiples indications, puisque pour lui il n'est pas un cas où la psychothérapie ne trouve occasion de s'employer utilement.

Le travail de psycho-physique de M. Ameline, d'ailleurs fort intéressant, est trop complexe pour être rapidement résumé ici; après avoir défini la thermo-dynamique et l'énergétique, il prouve que les principes de l'énergétiques s'appliquent aux phénomènes mentaux tant normaux que pathologique; il étudie spécialement à ce point de vue les situations mentales des héréditaires dégénérés.

La sialorrhée, c'est-à-dire l'hypersécrétion pathologique des glandes salivaires, peut se produire sous l'influence de l'intoxication urémique, ainsi que le montre M. Montier dans sa thèse. Le phénomène est dû, pour lui, soit à des lésions du tube digestif agissant par voie réflexe sur le système nerveux, soit au poison urémique excitant ou bien le système nerveux central, ou bien le parenchyme glandulaire. Ce ptyalisme, s'accompagnant le plus souvent de stomatite et d'altérations urémiques gastro-intestinales, peut aussi exister avec un tube digestif intact. La gravité et la marche de l'affection sont en rapport avec les lésions urémique des organes digestifs et le stade d'intoxication urémique où est arrivé le malade.

Le diagnostic de la nature de la sialorrhée est quelquefois délicat; s'il y a stomatite, il faut en établir la nature urémique; lorsque la sialorrhée se produit sans troubles digestifs il faut faire le diagnostic différentiel avec les sialorrhées nerveuses et celles dues à des intoxications ou infections quelconques; on fera bien de rechercher pour cela les petits signes du brightisme. En cas de stomatite, soigner et la stomatite et l'urémie; s'il n'y a pas de lésions buccales, se garder de toucher à la sialorrhée qui, pour l'auteur, supplée en partie la fonction rénale insuffisante.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-98.

M. Griffoulières. *Du diabète hydrurique et de ses rapports avec le diabète sucré.* N° 273.

M. Massol. *De l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique.* N° 271.

M. de Grenier (Paul). *Contribution à l'étude du cancer secondaire du cerveau.* N° 285.

M. Bibent. *L'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et l'adolescent.* N° 276.

M. Griffoulières, rejetant la dénomination de diabète insipide, distingue deux espèces de diabète : l'un sans addition de substances anormales dans l'urine, c'est le diabète hydrurique; l'autre caractérisé par la présence de matériaux surajoutés, tels que sucre, inosite, lévulose, albumine, peptone, etc.

Les caractères tirés de l'analyse des urines lui semblent trop variables pour servir de base à une classification générale des diabètes hydruriques. Une classification fondée sur l'anatomie pathologique lui paraît préférable.

Il y a une polyurie symptomatique, consécutive au traumatisme, à la syphilis, à la tuberculose, aux tumeurs, etc.;

Et une polyurie essentielle qui est une manifestation de l'hystérie ou de la dégénérescence héréditaire.

Les principaux symptômes de l'hydrurie sont : polyurie, polydipsie, polyphagie.

Le plus souvent, il y a diminution de la densité de l'urine.

Le taux de chacun des éléments urinaires est variable : dans deux cas de polyurie hystérique, l'auteur a constaté une diminution de tous les résidus fixes; il n'y avait pas d'hyperchlorurie.

Les matériaux solides augmentent avec la polyurie et diminuent avec elle.

Etudiant la physiologie pathologique de ce syndrome, l'auteur admet qu'il n'y a pas seulement un centre, mais un faisceau de la polyurie qu'on retrouve dans le cerveau, le cervelet, la protubérance, le bulbe, la moelle cervicale. Pour lui la voie de conduction centrifuge semble suivre les rameaux du sympathique cervical. C'est là une polyurie active, d'origine cérébrale, par opposition à la polyurie passive ou paralytique, d'origine spinale.

Les antispasmodiques sont les agents thérapeutiques les plus efficaces dans la diabète hydrurique.

La polyurie hystérique, plus fréquente chez l'homme, est moins rare chez la femme que ne l'ont prétendu certains auteurs.

Il y a parfois alternance entre la polyurie et la glycosurie.

Enfin l'auteur ayant constaté l'élimination rhythmique du bleu de méthylène, dans un cas de polyurie hystérique, précédée de glycosurie, en conclut que la sécrétion du foie est soumise à l'influence du système nerveux aussi bien qu la sécrétion rénale elle-même. Le lien qui rattache la glycosurie et la polyurie est leur origine nerveuse commune.

Pour M. Massol, l'hémiplégie spasmodique infantile et la syphilis héréditaire ayant été trouvées plusieurs fois simultanément sur le même malade, cette coïncidence, bien que rare n'est point le fait du hasard, mais indique un rapport de cause à effet entre les deux affections.

Il se base surtout sur des arguments d'ordre anatomo-pathologique rapprochant les lésions produites sur le cerveau par la syphilis de celles constatées au cours de l'hémiplégie spasmodique infantile, qui sont pour la plupart d'ordre vasculaire.

Pour lui il faut donc en cas d'hémiplégie spasmodique infantile rechercher très soigneusement les stigmates de la syphilis héréditaire sur l'enfant lui-même, sur ses frères et sur ses sœurs : examiner et interroger les parents. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la pseudo-paralysie syphilitique, avec toutes les maladies qui peuvent s'accompagner d'hémiplégie (méningite tuberculeuse, tumeurs cérébrales, hémiplégie choréique, hémiplégie hystérique); et avec les affections dont quelques-uns des symptômes peuvent simuler l'hémiplégie spasmodique infantile (paralysie spinale infantile, tabès dorsal spasmodique, paralysies obstétricales, sclérose en plaques).

La gravité de cette affection tient surtout aux infirmités qu'elle détermine et aux arrêts de développement, tant intellectuel que physique, qui sont ses conséquences ordinaires. On a parfois à redouter d'autres complications viscérales de la syphilis.

Enfin pour l'auteur le traitement spécifique doit être employé énergiquement dès le début, à ce moment en effet il peut parfois agir efficacement; en revanche lorsque l'affection est trop ancienne il n'a aucune influence. Les divers symptômes seront combattus avec soin par des traitements appropriés.

Le cancer secondaire du cerveau, auquel M. de Grenier consacre sa thèse, tire ses caractères distinctifs de la combinaison des symptômes cérébraux avec ceux de la tumeur primitive. Il admet que le cancer primitif du cerveau, bien que très rare, est possible et on en a signalé quelques cas.

Quand il existe plusieurs cancers chez le même sujet, on doit se demander s'ils ne sont pas primitivement multiples; il rappelle avec Bard qu'il faut pour les admettre qu'ils soient formés d'éléments cellulaires différents. Les cas de ce genre sont d'ailleurs excessivement rares.

Il étudie les caractères des noyaux cancéreux secondaires et la voie suivie par la généralisation et admet que pour le cerveau la voie sanguine est la seule suivie.

Il montre l'impuissance de tout traitement et termine en réunissant 20 observations dont une inédite.

M. Bibent étudie l'hystérie simulant des affections organiques chez l'enfant et l'adolescent. A l'étude qu'il fait, suivant dans son ensemble le plan adopté par son maître Bézy dans son rapport sur l'hystérie infantile (voir *Gaz. hebd.*, 1897), il joint un grand nombre d'observations, la plupart personnelles et conclut qu'il est démontré par les faits que l'hystérie peut simuler un grand nombre de maladies de l'enfance et de l'adolescence; et que le diagnostic de ces simulations, s'il peut être parfois difficile, est toujours possible, à l'aide des divers renseignements tirés des anamnestiques, des troubles physiques et surtout des stigmates.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique des néoplasies corticales, par Magalhães Lemos (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. I, p. 20). — Depuis 10 ans, épilepsie généralisée; l'attaque est précédée d'un aura de la sensibilité musculaire de la jambe gauche (sen-

sation de raideur, de contraction, qui monte dans la jambe); après l'attaque, quelquefois délire (le malade se plaint de ce qu'on lui a tordu la jambe gauche et demande qu'on la redresse), lourdeur de cette jambe gauche et perte de la notion de position (sans parésie, sans anesthésie).

Autopsie : Tubercule enkysté, du volume d'un pois, dans l'épaisseur de l'écorce à la partie antérieure du lobule pariétal de l'hémisphère droit; pas d'autre lésion cérébrale.

Aussi bien l'aura que les phénomènes post-épileptiques observés chez le malade semblent démontrer que le centre de la sensibilité musculaire du membre inférieur est placé à la partie antérieure du lobule pariétal supérieur, à côté de son centre moteur et peut-être engrené avec lui.

Ce cas prouve en outre : que des lésions corticales grossières peuvent produire non seulement l'épilepsie jacksonienne, mais des accès typiques de grand mal; que les lésions très limitées du cortex sont capables de faire éclater un délire, et de lui communiquer une couleur en rapport avec leur localisation.

Ostéome cérébral, par Bindo de Vechi (*la Clinica medica italiana*, An XXVII, n° 9, p. 548, sept. 1898). — Les cas d'ostéome cérébral avec examen microscopique sont peu nombreux; il est encore plus rare que la tumeur soit indépendante des méninges, comme dans ce fait de Bindo de Vecchi, où l'on put reconnaître dans le néoplasme la présence de centres ostéogènes.

La pièce provient d'un adulte épileptique (non jacksonien) depuis l'âge de 8 ans. A l'autopsie, la pie-méninge se détachait facilement de la surface cérébrale, sauf au niveau de la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante droite, où elle adhérait à un corps arrondi, de consistance osseuse, du volume d'une cerise, occupant toute la largeur de la circonvolution, et faisant saillie sur la surface externe de l'hémisphère. Ce noyau dur est relié par du tissu connectif dur à un cylindre également osseux qui s'enfonce dans la substance blanche de la direction du ventricule latéral. Le néoplasme a dans son ensemble la forme d'un 8 à deux boucles inégales; la petite, arrondie et superficielle, mesure 1 cm. 8 et pèse 7 grammes; la grande, cylindrique et profonde, est longue de 2 cm.,3 et pèse 11 grammes. La tumeur est entourée de tous côtés par un tissu connectif dense; la substance cérébrale, à son contact, est normale.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-ostéome.

Deux infantiles : infantile myxœdémateux et infantile de Lorain, par H. Meige et F. Allard (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. II, p. 105). — Cet infantile myxœdémateux, âgé de 19 ans, est de la taille d'un enfant de 6 ans; il est moins bouffi que ne le sont d'ordinaire les infantiles de cette sorte, car il est démyxœdématisé (Thibierge) par la tuberculose. Il est très intelligent; c'est un athyroïdien, mais non un aparathyroïdien (Brissaud).

Les auteurs étudient et comparent à l'infantile myxœdémateux un infantile type Lorain, qui malgré sa petite taille, a les proportions d'un adulte.

La radiographie permet de faire une constatation intéressante : c'est que dans l'infantilisme myxœdémateux l'ossification est retardée; dans l'infantilisme de Lorain, elle paraît au contraire prématurée.

Syndrome temporaire de Weber avec hémiopie permanente, par A. Joffroy (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. I, p. 1). — La malade présentée par M. Joffroy, après des prodromes consistant en vertiges, lourdeur de tête, eut un ictus dont elle se releva avec : une hémiplégie gauche, de la paralysie faciale gauche, de la paraphasie (la malade était gauchère), une ophthalmoplégie extérieure de l'œil droit (paralysie de tous les muscles extrinsèques innervés par la 3e paire), une hémiopie gauche (les deux moitiés droites des rétines sont aveugles).

Le point intéressant de la leçon est la discussion du diagnostic; celui-ci est en somme : artérite de la cérébrale postérieure droite, d'où oblitération ayant respecté la première partie de l'artère, celle qui donne naissance aux collatérales de Duret (d'où troubles de la circulation seulement dans ces collatérales, puisque le syndrome de Weber a été transitoire), et ayant supprimé la circulation dans les branches terminales de l'artère (d'où hémiopie permanente). L'artérite est probablement d'origine syphilitique.

Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière, par Gilles de la Tourette et G. Gasne (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, fasc. I, p. 18). — Le traitement des auteurs (flexion forcée du rachis) a été appliqué à une nouvelle série de 21 malades; 17 de ceux-ci en ont retiré un bénéfice considérable portant sur tous les symptômes, sauf l'incontinence d'urine. La proportion des améliorations est plus forte que celle donnée antérieurement; c'est que dans cette nouvelle série les malades ont été sélectés; l'élongation a été refusée : aux tabétiques cachectiques, aux cas à évolution lente, aux cas avec arthropathies, crises laryngées, aux cas avec symptômes limités à l'appareil oculaire, enfin aux malades ayant une flexibilité du rachis pour ainsi dire illimitée, ou au contraire ayant la colonne vertébrale rigide.

MÉDECINE

Suppuration post-typhique (Casuistischer Beitrag zur Localisation der post-typhösen Eiterung) par Takali et Werner (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1868, vol. XXVII, p. 31). — L'observation que publient les auteurs est un nouveau cas de suppuration post-typhique remarquable par sa localisation : les glandes de Bartholin.

Il s'agit d'une fille de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde dont le diagnostic clinique a été confirmé par la séro-réaction de Widal et la constatation des bacilles typhiques dans les matières fécales et dans le sang pris au niveau d'une tache de roséole. Au vingt-cinquième jour après la défervescence, cette malade présenta une tuméfaction inflammatoire de la grande lèvre gauche, laquelle aboutit, en vingt-quatre heures, à un abcès des dimensions d'un œuf de poule. L'incision de cet abcès donna issue à du pus dont l'ensemencement donna une culture pure des bacilles typhiques.

Les substances bactéricides des cellules animales (Ueber bactericide Bestandtheile thierischer Zellen), par Kossel (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1898, vol. XXVII, p. 36). — Pour étudier les propriétés bactéricides des substances albuminoïdes des cellules animales, l'auteur s'adressé à la sturine, une protamine qui se trouve dans le sperme de l'esturgeon. Les expériences étaient conduites de telle façon, que les solutions diversement concentrées de sulfate ou de carbonate de sturine étaient ensemencées avec des vibrions cholériques, des bacilles typhiques des staphylocoques, etc.; au bout de quelque temps, les cultures étaient transportées sur un milieu nutritif ordinaire; des expériences de contrôle étaient faites avec les mêmes microorganismes ensemencés sur une solution physiologique de chlorure de sodium ou une solution de carbonate de soude, ayant le même degré d'alcalinité que la solution de sturine.

Ces recherches ont montré qu'une solution de sturine de 1 p. 50000 tue les vibrions cholériques au bout de quelque temps; si la solution de sturine est concentrée, la destruction des vibrions cholériques se fait presque instantanément. Le bacille typhique résiste davantage et n'est tué qu'au bout de quatre heures dans une solution de sturine à 1 p. 10000. Cette même solution à 1 p. 10000 ne tue pas le staphylocoque encore au bout de vingt-quatre heures, et, pour arriver à ce résultat dans cet espace de temps, le titre de la solution doit être porté à 1 p. 1000. La bactéridie charbonneuse s'est montrée encore plus résistante que le staphylocoque.

En présence des substances albuminoïdes (sérum), les propriétés bactéricides de la sturine s'affaiblissent, mais ne disparaissent pas entièrement.

Ces expériences montrent donc que les substances albuminoïdes simples, qui entrent dans la composition des cellules animales, jouissent des propriétés bactéricides très accusées.

Endocardite ulcéreuse guérie par le sérum staphylococcique (Zur Serumtherapie bei Endocarditis maligna), par E. Moritz (*Saint-Petersb. med. Wochenschr.*, 1898,

n° 19, p. 177). — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital pour une endocardite ulcéreuse, d'intensité moyenne et à marche subaiguë, dont la cause n'a pu être élucidée. Le traitement symptomatique n'ayant donné aucun résultat, l'auteur se décida, au bout de quatre semaines, à recourir à la sérothérapie, d'autant que des lésions métastasiques multiples (iritis, choroïdite, purpura, épistaxis, etc.) avaient rendu la situation particulièrement grave. Comme sérum, il choisit le sérum antistaphylococcique en raison de ce fait que, dans un cas d'endocardite maligne, qui se termina par la mort un an auparavant, il avait trouvé sur l'endocarde des staphylocoques blancs et dorés.

Six injections, de 5 centimètres cubes chacune, faites à des intervalles de deux et trois jours, ont suffi pour amener la guérison, qui ne s'est pas encore démentie depuis six semaines.

Intoxication par la viande avariée (Weiterer Beitrag zur Lehre von der Fleischvergiftung), par Klemperer (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1898, vol. XXVI p. 481). — Les recherches, qui ont été faites par l'auteur, sur des cobayes et des chèvres, avec le bacille d'Ermenghem (bacille que cet auteur a trouvé dans la viande avariée et qui serait la cause des accidents provoqués par l'ingestion de cette viande), le conduisent à formuler les conclusions suivantes :

1° L'injection sous-cutanée de la toxine du bacille d'Ermenghem, à doses progressivement croissantes, provoque, chez la chèvre, un état d'immunité active;

2° Le sérum des chèvres immunisées possède un pouvoir antitoxique spécifique très élevé;

3° L'injection sous-cutanée de ce sérum, faite aux cobayes avant l'injection de la toxine botulique, garantit ces animaux contre les effets de cette dernière. Chez les chats, l'ingestion de ce sérum détruit les effets de la toxine administrée par la voie stomacale;

4° L'injection sous-cutanée de ce sérum, faite vingt-quatre heures après l'injection d'une dose mortelle de toxine botulique, mène la guérison des cobayes.

CHIRURGIE

Un cas de crétinisme à la suite d'une attaque de thyroïdite aiguë (A case of cretinism following an attack of acute thyreoiditis), par E. Shields (*New York med. Journ.*, 1er octobre 1898, p. 476). — Il s'agit d'un enfant de 10 mois appartenant à une famille de 4 enfants, dont 2 sont morts de diphthérie à 4 et à 6 ans, le plus jeune a 16 mois 1/2 et est bien portant. Tous les enfants se sont développés normalement; les parents également ne présentent rien de particulier.

Jusqu'à 10 mois, l'enfant s'est développé dans de bonnes conditions. A ce moment, il eut une attaque de thyroïdite aiguë qui dura une semaine, s'accompagna de fièvre de gonflements du thyroïde avec symptômes de compression de la trachée. Il ne se forma pas d'abcès, la tumeur et la fièvre disparurent complètement et il s'ensuivit une atrophie complète du thyroïde. A la suite de cette attaque, l'enfant cessa complètement de se développer et prit tous les caractères du « crétin » type.

Actuellement, il est âgé de 7 ans, mesure 33 pouces de haut et pèse 33 livres. L'intelligence n'est pas développée, il dit tout au plus quelques mots.

Depuis 18 mois, le Dr Shields lui a fait prendre de l'extrait de corps thyroïde avec une amélioration marquée. La peau a pris son caractère normal, la langue est moins pendante et l'enfant est mieux d'une façon générale.

Hydrocèle chez la femme (Ueber Hydrocele feminae seu Ligamenti Uteri rotundi), par F. Noll (*Centralbl. f. Gynäkol.*, 1898, n° 29, p. 765). — L'auteur rapporte 3 cas d'épanchement dans l'intérieur du processus vagino-péritonéal chez la femme.

Dans le premier, il s'agit d'une femme de 32 ans présentant dans la région inguinale droite une tumeur rénitente grosse comme un œuf, non douloureuse, correspondant au trajet du canal inguinal légèrement mobile. A l'incision, on trouva une tumeur liquide sans communication avec la cavité abdominale.

Dans le 2e cas, la malade présentait au niveau de la région inguinale une tumeur élastique, qu'à la palpation on trouvait formée de 2 parties, l'une inférieure, grosse comme un œuf d'oie, l'autre supérieure plus petite.

A l'opération, on trouva d'abord une première tumeur kystique inférieure réunie à une autre par un cordon conjonctif long de 1 centimètre, et en attirant en bas cette seconde tumeur, on fit apparaître un 3e kyste situé au niveau de l'anneau interne et adhérent au péritoine fermé à ce niveau.

Il s'agissait visiblement ici d'une hydrocèle péritonéale à 3 diverticules, c'est-à-dire d'une hydrocèle du canal de Nück, d'une formation analogue par conséquent à l'hydrocèle de l'homme.

Le 3e cas se rapporte à une femme présentant une tumeur élastique fluctuante dans la région inguinale droite.

A l'incision, on trouva dans le canal inguinal une tumeur ovoïde qui était placée de telle façon au milieu du ligament rond qu'on aurait dit qu'à ses deux extrémités, elle avait été liée par ce ligament.

Il n'y avait pas de canal de Nück.

De la colpotomie antérieure (Ueber Colpotomia anterior), par P. Zweifel (*Cent. f. Gynäkol.*, 1898, n° 16, p. 401). — La colpotomie est une opération dangereuse aux cas de tumeurs adhérentes même petites. Sur 12 observations, Baumm a eu 2 morts et 3 exsudats. Döderlein a également obtenu de mauvais résultats qui auraient sûrement été évités par la voie abdominale.

Dans les cas de tumeurs uniloculaires de l'ovaire, de petits fibro-myomes pouvant être refoulés dans le bassin, dans les cas de rétroflexion, la colpotomie antérieure est indiquée.

Dans le cas de carcinome ou de toute autre maladie incurable autrement, la voie vaginale est indiquée pour l'hystérectomie.

Traitement opératoire et conservateur de l'inversion utérine chronique (Zur konservativ operativen Behandlung der chronischen Inversio Uteri), par Kehrer (*Cent. f. Gynäkol.*, n° 12, 1898, p. 297). — L'opération préconisée par l'auteur qui l'a appliquée dans un cas est la suivante :

L'utérus inversé, enveloppé de gaze, est attiré jusqu'à l'entrée du vagin. On fend sur la ligne médiane la paroi antérieure depuis l'orifice externe, le long du col, jusqu'au milieu du corps, en pénétrant ainsi dans la cavité péritonéale. On écarte alors les lèvres de la plaie, puis on fait pénétrer en doigt de gant le fond de l'utérus dans le vagin et on suture au catgut la plaie utérine du fond à l'orifice interne. La partie supérieure de l'utérus repliée hors de la plaie est repoussée par le col de l'entonnoir d'inversion dans la cavité abdominale, en tirant à l'aide de pinces sur l'orifice externe.

L'utérus étant réduit, on suture la partie inférieure de la plaie jusqu'à l'orifice externe et on tamponne à l'aide de gaze iodoformée la cavité utérine et le vagin.

Les avantages de cette méthode sur celle de Küstner sont : 1° la plus grande facilité de l'incision antérieure; 2° le vagin n'est pas ouvert dans la cavité de Douglas qui demeure intact.

Sténose de l'intestin par gangrène de la muqueuse (Uber Darmstenose infolge von Gangrän der Schleimhaut nach Incarceration der Hernien), par J. Schulz (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1898, vol. XLVII, p. 561). — L'auteur attire l'attention sur une complication encore peu connue survenant après la kélotomie pour hernie étranglée, la gangrène de la muqueuse de l'anse réduite, aboutissant peu à peu à une sténose considérable de l'intestin. Dans les 3 cas, dont un personnel, que l'auteur rapporte dans son travail, cette sténose a nécessité ultérieurement soit la résection de la partie rétrécie de l'intestin (cas de Garré et de Maas), soit l'entéro-anastomose (cas personnel). Les 3 malades ont guéri.

Le tableau clinique a été, à peu de chose près, le même dans les trois cas. L'intestin hernié et étranglé ne paraissait pas gangréné ni prêt à se gangréner, si bien que, dans les trois cas, il fut réintégré dans l'abdomen. Les suites opératoires de la kélotomie ne présentèrent aucune particularité chez les 3 opérés, si ce n'est que la première selle spontanée parut un peu tardivement (vers le 3e jour); mais, du 4e au 5e jour, il se déclara une diarrhée plus ou moins profuse qui résistait à tous les moyens

ordinairement employés. Elle persista ainsi pendant 8 à 10 jours pour faire ensuite place à une sorte de constipation intermittente, survenant par accès d'une durée de plusieurs jours et s'accompagnant de coliques violentes et de vomissements biliaires ou fécaloïdes. Pendant ces attaques, on voyait se dessiner au niveau de l'anneau herniaire une anse intestinale distendue et tuméfiée, animée de mouvements péristaltiques violents.

Sous l'influence du massage, ou, quelquefois, spontanément, la constipation cessait, les coliques cessaient, et tout rentrait dans l'ordre pour quelques jours; mais, dans la suite, les attaques devinrent plus fréquentes et plus graves, les phénomènes de sténose s'accusèrent davantage, si bien que, dans les 3 cas, on fut obligé, pour parer aux symptômes d'occlusion intestinale, de faire soit la résection de l'intestin, soit l'entéro-anastomose.

Dans les 2 cas où l'on fit la résection de l'intestin, l'examen de la pièce montra qu'au niveau de la partie rétrécie, la muqueuse avait complètement disparu et était remplacée par un tissu cicatriciel; la sténose était telle que la lumière était 2 fois moins grande qu'à l'état normal dans un cas, et laissait à peine passer un crayon dans l'autre.

Pour expliquer la transformation cicatricielle de la muqueuse de l'intestin hernié après la kélotomie, l'auteur admet que la stase veineuse et l'œdème de la muqueuse, par le fait de l'étranglement, aboutit à une lésion des couches superficielles, qui ne disparaît pas après la réduction de l'anse étranglée; la muqueuse est alors envahie par des bactéries (d'où la diarrhée profuse du début), s'ulcère, s'élimine et est remplacée par un tissu cicatriciel dont la rétraction ultérieure amène la sténose progressive de l'intestin, et, finalement, les phénomènes d'obstruction intestinale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 Décembre 1898.

De l'usage de l'eau oxygénée comme antiseptique.

M. Lucas-Championnière. — Depuis 1 an, j'ai fait des applications nombreuses de l'eau oxygénée comme antiseptique; j'estime qu'on n'a pas utilisé cette substance comme elle le mérite. J'ai trouvé là le seul antiseptique qui, d'une façon régulière, arrête les phénomènes de la putréfaction et de la suppuration septique. Dans des cas où les antiseptiques les plus puissants avaient échoué, j'ai pu enrayer les accidents septiques par les lavages avec l'eau oxygénée. Plusieurs sujets ont dû, sans aucun doute, la vie à ces lavages.

Les essais faits sur des cas simples et avant toute infection ont été également satisfaisants. Le lavage de certaines surfaces infectées, le lavage préalable du vagin pour l'hystérectomie m'a paru parfait avec cette substance. Enfin, dans le cas d'avortement suivi de phénomènes d'infection manifeste avec fétidité et élévation de température, le lavage de la cavité utérine par l'eau oxygénée a donné des résultats aussi assurés que le curetage préalable.

L'eau oxygénée doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles avec lesquelles des essais ont été faits autrefois. Les solutions courantes du commerce à 10 ou à 12 volumes sont les plus propres à être employées. Elles sont toujours inoffensives et peu irritantes. Leur valeur antiseptique au point de vue pratique est très supérieure à celle même du sublimé. De plus, l'eau oxygénée est douée d'une certaine puissance hémostatique.

Si les essais qu'on a faits jusqu'ici de l'eau oxygénée n'avaient pas donné de résultats très encourageants, c'est que ces essais n'avaient pas été institués assez méthodiquement, c'est que l'on n'avait pas montré en quoi cet antiseptique diffère des antiseptiques connus. L'usage que l'on a voulu en faire comme d'un topique à pansement est une erreur; ce ne peut être qu'un agent de lavage.

M. Charpentier, ayant fait autrefois, avec MM. Tarnier et Budin, des expériences sur l'action de l'eau oxygénée, a constaté que l'eau oxygénée ne se conservait pas et qu'elle était un excellent milieu de culture pour le streptocoque. Cependant, elle a des propriétés désinfectantes et hémostatiques qui rendent son emploi utile.

M. Budin. — L'eau oxygénée que nous avons employée ne contenait, le plus souvent, pas d'oxygène; il ne faudrait donc pas tirer de nos expériences des conclusions trop importantes.

M. Ferrand a employé avec avantage l'eau chargée d'oxygène en lavage, dans les cas de gangrène symétrique des extrémités. Il y a une très grande différence si l'on prescrit l'eau oxygénée et l'eau chargée d'oxygène sous pression. Cette dernière donne de bons résultats, tandis que l'eau oxygénée a toujours manifesté des propriétés caustiques.

M. Monod ne connaît rien de plus antiseptique et de plus pénétrant que l'acide phénique en pulvérisation.

M. Labbé n'a jamais vu les lymphangites graves, l'érysipèle résister aux pulvérisations phéniquées faites avec persévérance.

M. Guéniot. — Il y a 9 ans, j'ai expérimenté la valeur comparée des principaux antiseptiques. Ayant coupé un cordon ombilical en plusieurs fragments, je mis ces fragments dans des tubes contenant du sublimé, de l'acide phénique et de l'eau oxygénée. Au bout de quelques jours, le fragment de cordon placé dans l'eau oxygénée avait complètement disparu et le liquide était resté clair. L'eau oxygénée pourrait donc digérer les tissus.

M. Bouchardat. — Autrefois, on se servait d'acide chlorhydrique pour préparer l'eau oxygénée. Une trace d'acide chlorhydrique dans l'eau oxygénée pourrait bien expliquer la prétendue digestion dont a parlé M. Guéniot.

M. Lucas-Championnière. — Il y a une très grande différence entre l'eau oxygénée et l'eau chargée d'oxygène sous pression, qui n'est qu'une sorte d'eau de Seltz sans valeur thérapeutique. L'eau oxygénée contient 10 à 12 volumes d'oxygène; elle contient aussi souvent de l'acide sulfurique que l'on ajoute pour permettre sa conservation, mais la proportion de celui-ci est faible.

M. Laborde. — L'eau oxygénée, même légèrement acide, ne présente aucun danger, même si on l'introduit dans les veines; et, cependant, elle manifeste dans le sans même des propriétés antiseptiques et peut y tuer la bactéridie charbonneuse.

MÉDECINE PRATIQUE

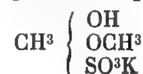
Le thiocol, nouvelle préparation antibacillaire,

D'après M. le Dr Schwarz (1).

M. le Dr Schwarz (de Neustadt), après avoir constaté l'insuffisance des différentes tuberculines, la désillusion de toutes les recherches sérothérapiques, montre que jusqu'ici la créosote et le gaïacol ont seuls mérité le titre de médicaments spécifiques.

C'est encore une préparation gaïacolée que sous le nom de thiocol il propose.

Le thiocol est un sulfogaïacolate de potasse suivant la formule.



$$CH^3 \left\{ \begin{array}{l} OH \\ OCH^3 \\ SO^3K \end{array} \right.$$

Ce qui rend le thiocol supérieur à tous les autres composé gaïacolés, c'est :

1° Qu'il est absolument inodore.

2° Qu'il est soluble dans l'eau.

1. *Gazetta medica lombarda*, 1898, p. 275.

3° Qu'il n'a aucune action irritante sur la muqueuse.

4° Qu'il est d'absorption facile.

Pour qui a employé le gaïacol, il est évident que les avantages du thiocol méritent d'arrêter l'attention.

Le thiocol est facilement toléré. Il peut être pris à la dose de 10 à 15 grammes par jour sans le moindre inconvénient.

Sous son influence, l'appétit revient, avec lui les forces augmentent et le malade reprend de l'enbonpoint. La toux diminue rapidement d'intensité et de fréquence; les crachats sont plus rares et moins purulents, les sueurs nocturnes disparaissent et l'état général redevient meilleur.

Au point de vue physique, les lésions pulmonaires semblent enrayées dans leur marche.

Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par les applications de gaïacol,

D'après M. le Dr Prosorowsky (1).

M. le Dr Prosorowsky a traité 11 cas de pleurésie séro-fibrineuse par des applications de gaïacol et le résultat qu'il en a obtenu lui a paru extrêmement favorable.

Il s'est servi d'un mélange de gaïacol et de teinture d'iode dans la proportion suivante :

Gaïacol.	1 partie.
Teinture d'iode	4 parties.

Ce mélange fut appliqué de badigeonnages sur le côté malade qui fut ensuite recouvert d'un bandage.

Les malades reçurent en outre une petite dose de codéine ou de poudre de Dower.

Dans tous les cas, l'épanchement semble se résorber beaucoup plus rapidement que par les méthodes de traitement habituelles.

Aucun trouble subjectif ou objectif ne suivit l'application du gaïacol. L'irritation de la peau fut insignifiante.

Pour amener la résolution complète de l'épanchement pleural, il suffit de 5 à 7 applications de gaïacol. La température fut prise avant et après chaque application et une chute de plusieurs dixièmes s'observe dans tous les cas. Dans les cas où la température était normale, l'abaissement fut insignifiant. L'urine fut également examinée systématiquement. La quantité fut augmentée dans tous les cas, dans une proportion presque double.

Une heure après l'application du médicament il fut possible de retrouver le gaïacol dans les urines. D'après M. le Dr Prosorowsky le gaïacol agirait sur les centres thermiques et vasomoteurs en irritant les terminaisons nerveuses périphériques : ainsi s'expliquerait l'abaissement de la température et l'absorption plus grande de la sérosue pleurale. Il faut ajouter d'autre part que l'action antiseptique du gaïacol n'est pas sans quelque importance.

1. *Americ. med. surg. Bulletin*, 1898, p. 606.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les tuberculeux dans les hôpitaux.

I

LA TUBERCULOSE EST INCURABLE A L'HOPITAL

On entend répéter partout et sur tous les tons que la tuberculose est guérissable, fréquemment guérissable et que le mot phthisique n'entraîne plus à sa suite l'idée de condamnation à mort dont il était autrefois synonyme.

Les résultats qui nous parviennent des sanatoria étrangers, les exemples de tuberculeux guéris que nous voyons autour de nous prouvent qu'en effet les tuberculeux guérissent souvent ou que, tout au moins, ils s'améliorent pour longtemps et recouvrent la faculté de reprendre leurs occupations et leur travail (1).

En France, cela est vrai pour les malades fortunés qui peuvent se permettre une vie oisive et une dépense moyenne de 12 à 15 francs par jour pendant des mois; mais, au contraire, les personnes de condition modeste et les nécessiteux, une fois touchés par le bacille de Koch, sont fatalement condamnés.

Les premiers dissipent les quelques économies qu'ils ont faites et entrent ensuite, de guerre lasse, à l'hôpital; les seconds y entrent d'emblée; les uns et les autres viennent y mourir.

Car aujourd'hui l'hôpital est loin d'être, pour le tuberculeux, une maison où l'on soigne, où l'on réconforte, où l'on guérit. On ne peut procurer à ce malade au milieu d'une ville et dans une salle commune aucun des éléments nécessaires à sa guérison.

Le lit qui lui est offert est un lit d'asile où il trouve l'abri contre le froid, contre la faim; mais que le chef de service, dont la thérapeutique est ici impuissante, relègue dans un coin pour éviter que les expectorations bacillifères du malheureux hospitalisé viennent contagionner les autres malades.

Il faut donner au tuberculeux, pour qu'il puisse guérir, de l'air pur nuit et jour, du repos, une nourriture substantielle, abondante et variée.

L'air pur, au milieu d'une grande ville, n'existe pour ainsi dire pas, même dans les jardins. Dans une salle d'hôpital où couchent côte à côte 30 et jusqu'à 60 malades, l'atmosphère est toujours viciée. Mais les différentes ptomaïnes que rejette l'exhalation pulmonaire de personnes entassées ne suffisent pas, en se joignant aux émanations des ulcères ou des pansements : les balayages et époussetages viennent encore épaissir de poussières et de germes ce milieu nauséabond dans lequel halète le pauvre tuberculeux.

Donc pas d'air pur.

Pas de repos non plus. A l'étranger, les phthisiques soignés dans les sanatoriums populaires, bien enveloppés dans de chaudes couvertures, restent étendus sur des chaises longues disposées sous des galeries de cures, largement ouvertes à la brise des champs. Ils forment çà et là des groupes sympathiques et causant, lisant, écrivant, ils trompent ainsi l'ennui de leurs monotones journées. A l'hôpital français, ces mêmes malades n'ont même pas un fauteuil pour s'asseoir s'ils veulent un moment quitter leur lit (2).

« Tous les jours, dit M. Grancher, et dès le matin le service de propreté commence et ne cesse plus de toute la journée, sauf aux heures de visite du médecin ou des parents.

« Les infirmiers nettoient les crachoirs et les vases de nuit, frottent, époussètent, refont les lits, les roulent au milieu de la salle, empilent les chaises et les tables de nuit; bref, déménagent et emménagent chaque malade au moins une fois par jour.

« Pendant la nuit, le voisin tousse, ou gémit ou crie, l'infirmier va et vient dans la salle. Le malheureux phthisique tenu en éveil par tous ces bruits ne dort guère et empêche les voisins de dormir. »

1. Sur 943 personnes soignées dans les sanatoriums populaires des Allemands de la Compagnie hanséatique et examinées longtemps après leur sortie du sanatorium 239, soit 25 p. 100, travaillaient depuis plus d'un an et 169, soit 17 p. 100, depuis plus de 2 ans.

2. Il faut faire une exception pour l'hôpital Boucicaut où M. Letulle, à force de démarches, est parvenu à obtenir une chaise longue d'osier pour chacun de ses tuberculeux.

Quant à l'alimentation voici ce qu'en dit M. Faisans (1) : « La nourriture de l'hôpital est devenue sous l'administration actuelle tellement rebutante qu'il ne se passe pas de jours où plusieurs malades ne me montrent leur assiette encore pleine de choses innommables auxquelles ils n'ont pas pu toucher, de sorte que non seulement ils ne sont pas seulement suralimentés; mais encore ils ne sont pas nourris ». Les excitants naturels de l'appétit, les assaisonnements un peu variés font absolument défaut. Il n'est pas jusqu'à l'insuffisance du service et cette promiscuité sur une même table de nuit de l'assiette et du crachoir, de l'urinoir et du verre qui n'ajoutent au dégoût naturel du phtisique pour les aliments (2).

Ainsi se trouve expliquée la constatation que fait M. Grancher sur le sort des tuberculeux admis à l'hôpital : « ils meurent tous ! »

A. Broca.

P. S. — Comme suite à ces quelques lignes sur l'hospitalisation des tuberculeux, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le discours ci-dessous, par lequel M. l'Inspecteur général du service de santé militaire donne son avis sur la récente discussion de l'Académie de médecine relative à la tuberculose dans l'armée. Nous en empruntons le texte au *Bulletin médical*. Tout commentaire me semble superflu; à signaler cependant la doctrine officielle sur les ostéo-arthrites tuberculeuses. Ce discours a été prononcé au Val-de-Grâce, par M. l'Inspecteur général parlant au nom du ministre de la Guerre.

Je croyais que depuis bien longtemps le service de santé militaire avait reconnu l'inquiétante et formidable prédominance de cette dégénérescence morbide de l'espèce humaine; et il me semblait même que c'est à un médecin militaire que la science est redevable de la découverte de l'inoculabilité du tubercule. Je dois avouer que je suis parfois surpris de voir déclarés d'emblée tuberculeux des malades atteints d'affections articulaires ou osseuses, chez lesquels aucun signe clinique n'affirme le diagnostic que la mode généralise. Tout, du temps de Broussais, était inflammation; je ne dis pas qu'aujourd'hui tout semble tubercule, mais, si on croit certains esprits, l'armée serait le foyer le plus vaste et le plus redoutable de l'extension de ce fléau dans notre société. Il paraît, d'après eux, que les médecins militaires, à tous les échelons de la hiérarchie, n'ont là-dessus que des idées très sommaires, très imparfaites, et que, sans les révélations de certains auxiliaires infimes et obscurs de notre propre service, nous étions menacés d'ignorer longtemps encore la gravité de la situation et les moyens pratiques et efficaces d'y porter remède. Des hommes étrangers à l'armée, à ses mœurs, à ses nécessités particulières, à ses travaux, aux inéluctables difficultés hygiéniques résultant de la vie militaire proprement dite, n'ont pas craint de jeter sur nous le grave, l'odieux reproche patriotique de ne pas faire le nécessaire pour enrayer le progrès d'un mal toujours grandissant. On a bien voulu prendre la peine de nous tracer des règles de conduite pour combattre la tuberculose, sans avoir la moindre idée des impossibilités d'exécution de la plupart d'entre elles, alors qu'en conformité des dispositions ordonnées par le ministre, sur la proposition du comité technique de santé, les médecins militaires font, en cela, comme en tout ce qui concerne les mesures de prophylaxie, tout leur devoir.

Ce n'est pas la première fois, messieurs, que la médecine militaire est l'objet d'attaques aussi injustes qu'elles sont regrettables, par le retentissement que leur donnent dans le public d'éminents confrères mal renseignés sur les choses de notre service...

Vous serez désormais, Messieurs, assaillis de demandes d'exemptions ou de réformes temporaires ou non pour des conscrits ou des soldats qui vous seront présentés comme atteints de tuberculose tout à son début, non sans affirmation d'antécédents plus ou moins directs. En cela notre devoir est nettement tracé. Vous vous garderez bien de prendre pour des signes certains de tuberculose les manifestations alléguées ou écrites des inquiétudes des familles, qu'elles soient ou non appuyées de certificats professionnels, de quelque notoriété scientifique qu'ils puissent émaner. Ce n'est pas que nous récusions, de parti pris, la compétence professionnelle de qui que ce soit en aucune branche de l'art; mais, en matière d'expertise médico-légale, il est de principe de ne relever que de la science et de sa conscience, de ne se prononcer qu'après examen direct, personnel et approfondi de la cause, comme il convient à un homme instruit, probe et libre.

1. Petit, L'hospitalisation des tuberculeux (*Congrès de la tuberculose*, 1893).
2. Grancher, Maladies de l'appareil respiratoire.

VARIÉTÉS

La réforme des expertises médico-légales. — M. Cruppi a déposé la proposition suivante sur le bureau de la Chambre des députés :

Article premier. — La liste des médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les tribunaux est dressée chaque année, pour l'année suivante, par les Cours d'appel, sur la proposition des tribunaux civils, des facultés et écoles de médecine, de pharmacie et des sciences.

Les professeurs et chargés de cours desdites facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux dans les villes où siègent des facultés et écoles de médecine de plein exercice les médecins d'hospices et dasiles publics d'aliénés, les membres de l'Académie de médecine feront partie de droit de cette liste.

Art. 2. — Le juge d'instruction désigne, s'il y a lieu, sur la liste annuelle dressée en conformité de l'article précédent, un ou plusieurs experts qu'il charge des opérations qui lui paraissent nécessessaires à la découverte de la vérité.

La désignation desdits est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir, sur la liste officielle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation.

Art. 3. — L'expert ou les experts désignés pourront exceptionnellement être pris sur la liste d'un autre tribunal.

Art. 4. — Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu refuse de désigner un expert ou s'il est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle.

Art. 5. — En cas d'extrême urgence ou d'empêchement de tous les experts résidant dans l'arrondissement, le juge pourra, par ordonnance motivée, commettre, à titre provisoire et à l'effet de procéder aux premières opérations, un homme de l'art non inscrit sur la liste annuelle.

Art. 6. — Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives. Ils procèdent ensemble à toutes les opérations et leurs conclusions sont prises dans un rapport commun après avoir été discutées contradictoirement.

Art. 7. — Si les experts sont d'avis opposé, il pourra en être référé, à la demande du juge, de l'inculpé ou des experts eux-mêmes, à une commission de superarbitres.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique fixera le nombre des commissions de superarbitres, leur composition et la procédure à suivre.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Pansement picrique,

Par M. le Dr Max Carrière (de Saint-Ybars, Ariège).

Lorsque je terminais mes études médicales à la Faculté de Paris en 1896, j'eus l'occasion de voir dans divers services de chirurgie appliquer l'acide picrique aux brûlures. Les résultats de cette application me parurent fort encourageants si bien que je me promis d'en user, à l'avenant, et je dois dire que je n'ai pas à regretter ma détermination.

J'emploie, dans tous les cas, la solution aqueuse de Thierry dont je rappelle la formule :

Acide picrique chimiquement pur. . .	12 gr.
Eau distillée bouillie	1 litre.

Du coton hydrophile est imprégné de cette solution et mis directement en contact avec la région malade préalablement lavée à l'eau de savon tiède puis à l'eau bouillie tiède.

Un imperméable assujetti par une bande de tarlatane assure l'humidité constante de la plaie qui reçoit ainsi un bain continu d'eau picriquée. Je renouvelle le pansement tous les deux jours, sous la même forme mais cette fois sans ablution préalable à l'eau de savon. Et c'est au troisième pansement, c'est-à-dire au cinquième jour de la brûlure que j'ouvre les phlyctènes qui ne sont pas encore rompues spontanément : je respecte en effet les phlyctènes dans la pensée : en premier lieu, que je pourrai juger, par la couleur du liquide qu'elles renferment, de l'état d'asepsie de la brûlure ; en second lieu que l'épiderme soulevé par le liquide extravasé, empêchera l'entrée de l'air sur les tissus vivants mais maltraités par le traumatisme, sans défendre pour cela la pénétration lente de l'acide picrique dont l'absoption épidermique est indiscutable.

Cette manière de faire qui est, je crois, adoptée par tous les partisans du pansement picriqué m'a donné comme premier résultat, comme résultat immédiat, je puis dire, l'anesthésie complète des surfaces brûlées, et par cette anesthésie le repos du patient a été facile. C'est un premier gain et je crois devoir rapporter à ce fait d'anesthésie la commodité relative des cures de mes brûlés, chez lesquels j'ai rarement eu à combattre une purulence bien considérable, et cependant je vais exposer parmi toutes, l'observation d'un cas où il paraissait fort probable que j'obtiendrais un échec.

Observation I. — Ge..., Paul, 35 ans, épileptique. Se jette, pendant son coma dans un grand feu bien flambant. Lorsqu'on le relève, on s'aperçoit que sa main gauche et une partie de l'extrémité inférieure de son avant-bras sont brûlés. Je constate les lésions suivantes : brûlures du deuxième degré à l'avant-bras, au bord radial de la face dorsale de la main ; sur le bord cubital de la même face la brûlure a détruit tous les tissus jusqu'au périoste des 5e et 4e métacarpiens et des doigts correspondants jusqu'à la deuxième phalange.

J'applique aussitôt le pansement picriqué ; l'anesthésie, lente à venir cette fois, est cependant complète après 1/4 d'heure (ceci doit être dû à l'état pathologique antérieur de mon patient).

Pendant 6 jours je résume ma thérapeutique dans ce bain continu picriqué. A ce moment, à l'ouverture du pansement, il m'est permis de voir très nettement que la cicatrisation de la plaie sera longue (si toutefois le bourgeonnement très actif déjà n'est point contrarié) et plus particulièrement à la hauteur des métacarpiens et des phalanges. Je m'en tiens encore au pansement picriqué, n'ayant pas aperçu une seule goutte de pus dans mon coton.

Et peut-être aurais-je obtenu un résultat excellent, si Ge..., n'avait point subi une malencontreuse attaque pendant laquelle il fracture son auriculaire à l'extrémité de la première phalange au voisinage de son articulation métacarpienne. Dès ce moment une suppuration légère se produit en même temps qu'une ostéite commence à évoluer.

Je me décide aussitôt à une désarticulation métacarpo-phalangienne et je vais chercher dans la face palmaire un lambeau suffisant pour recouvrir toute la surface osseuse mise à nu : 1° par les nécessités de mon intervention ; 2° par la brûlure à la hauteur de la face dorsale du métacarpien.

Je suture au catgut et je fais, *à tout hasard*, un pansement picriqué humide comme devant, mais en faisant un peu de compression ouatée au-dessus de toute la masse du pansement.

Et j'attends, prêt à une surprise chirurgicale.

Les faits se sont passés moins mal que je ne l'aurais supposé d'abord : la suppuration a été légère et j'ai pu n'avoir recours aux bains antiseptiques que la semaine suivante. La guérison s'est faite en 39 jours.

Je regrette que cette observation soit un peu bâtarde — si je puis dire — à considérer seulement l'action du pansement picriqué.

Voici une deuxième observation où le pansement picriqué fut seul en cause :

Obs. II. — L..., 2 ans, laisse tomber sur la face dorsale de ses deux pieds un vase d'eau bouillante. Tous les doigts et plus particulièrement le gros orteil et le deuxième orteil du pied droit ont subi une brûlure qui atteint les tendons. Je n'hésite pas, mal-

gré le jeune âge du sujet, malgré les observations d'accidents picriqués rapportées, à user de la solution de Thierry.

Je n'ai eu qu'à me louer de ma décision : sans accident d'aucune sorte, mon petit client a guéri parfaitement en deux semaines. Au 8e jour déjà, les parties les moins atteintes étaient recouvertes d'un épiderme dur. Je n'exagère pas en disant qu'il s'était fait à la place de la peau détruite ou mieux mortifiée par l'eau bouillante un *cuir* épais et d'une résistance presque cornée. Ce *cuir* se ramollit ensuite et à sa place se fit un épiderme semblable à celui qui couvrait le reste des tissus du pied.

Obs. III. — Je traite, en ce moment, une petite fille de 1 an 1/2, B..., J..., tombée une main (main gauche) dans un pot-au-feu bouillant, et qui a subi par projection une brûlure étendue à la moitié gauche de la face, et au genou du même côté.

Brûlure du second degré. Je n'hésite pas à picriquer le genou et la main.

Quant à la face, j'ai recours au traitement suivant, que j'emploie d'ailleurs chaque fois qu'il ne m'est pas permis d'avoir recours à l'acide picrique en solution. Je fais enduire largement les surfaces brûlées d'une couche de pommade suivant la formule.

Antipyrine	1 gr.
Salol	3 gr.
Sous-nitrate de bismuth porphyrisé	4 gr.
Lanoline	50 gr.

par-dessus laquelle on met une large feuille de papier calque ordinaire.

L'effet anesthésique de la solution picriquée a surpris la famille. La rapidité de cette anesthésie a été merveilleuse et l'enfant a dormi aussitôt.

Deux jours après, mon pansement ouvert m'a montré d'énormes phlyctènes à sérosité claire que j'ai soigneusement respectées, pour les ouvrir le 5e jour.

Ma petite malade que je revois avant de donner son observation est en fort bon état; son pansement humide dégage une odeur franche de viande bouillie et le coton que j'examine ne porte aucune trace de pus.

Telles sont les trois observations de traitement de brûlure par le pansement picriqué : je redis que j'ai été frappé surtout de l'état d'anesthésie locale produit par le pansement maintenu humide.

Et je crois si bien à cette faculté anesthésiante de l'acide picrique que j'ai eu l'idée de m'en servir chez les blessés hyperesthésiques quand j'avais la bonne fortune d'être appelé au moment de l'accident.

C'est ainsi qu'une jeune femme fort névrosée, se fait une incision profonde dans la masse musculaire de l'éminence thénar de la main droite; une suture à points séparés est indiquée : je la fais et, après un lavage antiseptique très abondant à la solution de Van Swieten suivi d'une ablution à l'eau bouillie tiède, j'applique aussitôt le pansement anesthésiant picriqué de Thierry. Je revois ma blessée, six jours après mon intervention, complètement guérie. Il s'est passé d'ailleurs ici le phénomène d'absorption épidermique ordinaire : l'épiderme ancien imbibé d'acide picrique pulvérulent se détache avec une très grande facilité et sans douleur; et au dessous on voit encore une couche pulvérulente du médicament.

Ce fait m'amène à me demander comment il convient d'expliquer l'action anesthésique picriquée qui pour moi est le seul bénéfice qu'on puisse certainement attendre du pansement de Thierry.

La plaie peut être assimilée à ces grands vases de cristallisation employés dans les laboratoires pour obtenir dans les solutions concentrées, la précipitation à l'état pur des produits chimiques. Mais elle diffère de ces vases par la transformation en vase clos pour ainsi dire et dans ce vase clos la vapeur d'eau picriquée subit des précipitations multiples qui sont directement commandées : 1° par l'état thermique de la blessure; 2° par la qualité des produits organiques normaux ou pathologiques mis en réaction avec l'acide picrique.

Analysez cet acte, vous en concluez : 1° qu'il se fait une réfrigération continue d'autant plus active, d'autant plus réelle que les surfaces pansées sont plus « chaudes » d'où l'anesthésie; 2° que l'acide picrique peut se déposer à l'état d'infimes molécules dans tous les points où l'inflammation est active et qu'il s'en dépose d'autant plus que l'activité inflammatoire est plus grande. Lorsque cette inflammation n'est plus suffisante pour déterminer le déplacement de l'acide de sa solution aqueuse, vient le tour des tissus de l'organisme qui ont la propriété de fixer l'acide picrique comme réactif anatomo-pathologique.

Quelle que soit la cause de la précipitation moléculaire de l'acide picrique, il se fait un dépôt réglé par les besoins de la plaie et qui pourrait affirmer que les terminaisons sensitives mises à nu enveloppées maintenant d'un manchon picriqué n'ont pas perdu toute faculté d'impression ?

L'histologie pourrait nous répondre ici.

En résumé, de l'examen des conditions d'emploi et d'action du pansement picriqué il nous semble résulter :

1° Que le pansement de Thierry a le droit d'être considéré comme un anesthésique puissant dans les affections chirurgicales douloureuses accidentelles;

2° Qu'il réalise son maximum d'action dans les cas où la plaie a été soumise à une élévation brusque de température;

3° Que pour agir il doit être maintenu un certain temps sous un imperméable, c'est-à-dire répondre au vase clos des laboratoires.

REVUE DES CONGRÈS

IXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Turin du 3 au 7 octobre 1898.

De la splénomégalie primitive.

M. Benvenuti (de Pise). — 1° Il est très difficile, même en se basant sur les données nécroscopiques, de différencier l'anémie splénique pure d'avec la maladie de Banti; toutefois, les altérations cirrhotiques du foie, lorsqu'elles existent, indiquent qu'on a affaire à la splénomégalie primitive.

2° Dans nombre de cas on ne remarque pas de rapport direct entre l'intensité des lésions de la rate et celle des altérations du foie;

3° Dans la maladie de Banti, les lésions spléniques se traduisent surtout par de la fibro-adénie;

4° Cette affection est le résultat d'une intoxication et non pas d'une infection;

5° La splénectomie doit être considérée comme le traitement de choix de la splénomégalie primitive.

Les auto-intoxications et la cirrhose du foie.

M. Rovighi (de Bologne) estime que, de même que certains poisons exogènes (alcool, plomb, phosphore, arsenic, etc.), les poisons endogènes, dérivés des produits anormaux des échanges organiques, peuvent aussi produire de la phlogose interstitielle du foie. Ses recherches antérieures sur la fréquence d'une

forme spéciale d'hépatite chez les individus atteints de troubles gastro-intestinaux, ainsi que les travaux de Hanot, d'Inghilleri et d'autres auteurs, confirment cette manière de voir.

Récemment il a institué de nouvelles expériences avec le carbaminate d'ammonium, un dérivé des albuminoïdes, qui peut donner lieu, comme l'ont établi les recherches de Pawlow, de Drescher, de Kraïnsky, etc., à des phénomènes d'intoxication graves. Or, cette substance, qui détermine des altérations dans la cellule de la substance grise, peut *a fortiori* léser le parenchyme du foie. En effet, après avoir empoisonné des lapins avec le carbaminate d'ammonium et avoir sacrifié ces animaux un mois environ plus tard, il a pu constater que le foie était très petit, pâle, jaunâtre et un peu plus résistant que d'habitude.

Section et résection des pneumogastriques.

M. Marenghi (de Pavie) a cherché à savoir jusqu'à quel point la régénération des fibres du pneumogastrique sectionnées constitue une condition essentielle pour le rétablissement de la fonction du nerf. A cet effet, sur un chien il a pratiqué la vagotomie d'abord du côté gauche, puis, quinze jours plus tard, du côté droit. Six jours après, il a réséqué 3 à 4 centimètres du pneumogastrique gauche en comprenant dans le fragment ainsi enlevé la cicatrice consécutive à la première opération. Or, l'examen microscopique montra l'absence complète de fibres nerveuses au niveau de cette cicatrice. M. Marenghi en conclut que le rétablissement de la fonction du nerf sectionné ne dépend nullement de la régénération de ses fibres mais se fait à l'aide de voies nerveuses collatérales.

Les secousses rhythmiques de la tête dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte.

M. Bruschini (de Naples) a étudié dans six cas le signe que M. Coop avait indiqué dans les anévrysmes de la crosse aortique, et qui consiste ou en qu'à chaque systole cardiaque la tête du malade s'incline légèrement en avant. Il a trouvé qu'il est dû directement à la pulsation de l'anévrysme et qu'il est tout à fait indépendant des secousses du larynx et de la trachée. L'existence de ce phénomène, qui peut servir pour le diagnostic de l'anévrysme, est également importante au point de vue du pronostic : en effet, les oscillations rhythmiques de la tête disparaissent vingt-quatre heures environ avant la rupture de l'anévrysme ; elles s'atténuent et peuvent même disparaître complètement lorsqu'il se forme des caillots dans l'anévrysme.

Opothérapie splénique après la splénectomie.

M. Ascoli (de Rome) dit avoir administré à une jeune fille splénectomisée 20 grammes par jour de pulpe splénique de veau que la malade prenait en deux fois un quart d'heure avant les principaux repas. Sous l'influence de ce traitement, l'appétit a considérablement augmenté, l'excrétion des produits azotés a presque doublé, le poids du corps s'est sensiblement accru ainsi que le nombre des hématies. Bref, l'état général de la patiente s'est réellement amélioré, tandis que l'arsenic et le fer administrés précéemment n'avaient donné que des effets très peu marqués.

Sur la leucocytose consécutive à l'administration des purgatifs.

M. De Renzi (de Naples) communique une série d'expériences qui lui ont montré que l'ingestion de certains purgatifs, tels que l'huile de ricin, le podophyllin, la scammonée, etc., produit une légère leucocytose, liée probablement à l'irritation que ces purgatifs déterminent du côté de la muqueuse intestinale. Cette leucocytose est comparable à celle de la digestion.

L'opothérapie.

M. Rummo (de Palerme), rapporteur. — Malgré l'enthousiasme avec lequel on a accueilli l'opothérapie, je crois qu'il ne faut pas se hâter de généraliser les résultats favorables qu'on a obtenus avec cette méthode dans certaines maladies (le myxœdème, par exemple). Il y a, en effet, des actions vitales qui ne peuvent pas se transmettre aux extraits, la cellule glandulaire ne se comportant pas comme les microorganismes. D'une façon générale, on peut cependant dire que toute action glandulaire ou cellulaire se transmettant aux extraits appartient à l'opothérapie.

En se basant sur l'observation et sur les expériences, on peut affirmer que dans toutes les glandes il se fait une sécrétion interne, qui est susceptible, d'une part, de régulariser la nutrition et les échanges organiques, et, d'autre part, de détruire ou de neutraliser un ou plusieurs poisons fabriqués par l'organisme, en exerçant ainsi une double fonction : antitoxique et eutrophique.

Cette manière de voir est confirmée par plusieurs faits. C'est ainsi, par exemple, que l'insuffisance ou la suppression de la sécrétion interne provoque des syndromes toxiques et dystrophiques, une augmentation de la toxicité du sérum sanguin, des urines et des extraits organiques, une diminution du pouvoir bactéricide du sang et des humeurs de l'organisme, ainsi que des lésions viscérales variées (tissu nerveux, foie, reins, sang). On peut également rappeler ici les effets très peu nuisibles des transfusions sanguines d'animaux privés de leurs glandes à des animaux sains, et *vice versa:* la suppléance de la fonction glandulaire par des ingestions et des injections des produits des glandes correspondantes; la neutralisation des toxines bactériennes, des poisons animaux et végétaux par un contact intime avec des extraits et des macérations de glandes et de tissu nerveux; les lésions des appareils glandulaires dans les maladies infectieuses et dans les empoisonnements par des toxines bactériennes introduites dans le sang des animaux, etc.

La fonction de la sécrétion interne s'accomplit en dehors de toute action nerveuse : il suffit de laisser *in situ* une portion de la glande, privée de ses connexions nerveuses, pour qu'il ne se produise pas de manifestations morbides.

Les propriétés particulières de certaines glandes se transmettent quelquefois à leurs extraits et c'est là précisément ce qui constitue le principe fondamental de l'opothérapie; toutefois, ce principe ne saurait être généralisé. S'il est établi que les préparations de corps thyroïde protègent l'organisme contre les déviations de la nutrition produites par l'insuffisance fonctionnelle ou organique de cette glande, il est loin d'en être de même pour les autres appareils glandulaires.

Nos connaissances relatives aux modifications biologiques que les agents opothérapiques produisent dans l'organisme sain et dans l'organisme malade peuvent se résumer ainsi :

Le corps thyroïde exerce une action très manifeste sur les échanges organiques, en déterminant de la polyurie, de l'azoturie, de la phosphaturie et de l'hyperchlorurie, ainsi qu'une augmentation de la quantité d'oxygène inspiré et d'acide carbonique expiré. Cette action atteint son maximum dans les états myxœdémateux ; elle est négligeable dans la maladie de Basedow.

Les médications rénale et ovarienne, moins actives que l'opothérapie thyroïdienne, se comportent à l'égard des échanges à peu près de la même façon que celle-ci.

Les injections veineuses d'extrait total de capsules surrénales élèvent notablement, quoique d'une manière passagère, la pression artérielle; toutefois, si l'extrait est préparé avec des capsules appartenant à des sujets morts par suite de maladie d'Addison, on n'obtient aucune modification de la tension artérielle. On ne sait pas encore si cette élévation de la pression tient à une action sur le cœur ou si elle se fait par l'intermédiaire des centres vasomoteurs. Le corps thyroïde provoquerait, au contraire, une vaso-dilatation.

En ce qui concerne l'influence des extraits glandulaires sur le système nerveux, on admet, sans en avoir des preuves nettes, une sorte d'action dynamogène pour les extraits testiculaires et ovariques.

En résumé, on peut assurer à l'organothérapie un brillant avenir, pourvu qu'on se tienne toujours très loin aussi bien d'un enthousiasme immodéré que d'un scepticisme excessif.

M. Bozzolo, co-rapporteur se limite aux applications de l'opothérapie.

Il existe à l'heure actuelle un grand nombre d'observations qui témoignent de l'utilité de la médication thyroïdienne dans le myxœdème, le goitre, la tétanie, etc. Mais sous quelle forme

doit-on administrer le corps thyroïde? En général, on a recours à deux sortes de préparations opothérapiques : tantôt on utilise la glande en nature, tantôt on fait usage d'extraits obtenus à l'aide de différents procédés physiques, chimiques ou physiologiques. En ce qui concerne particulièrement le corps thyroïde, la plupart des médecins préfèrent se servir de tablettes qu'on obtient par dessiccation de la glande *in toto*. C'est là une excellente pratique, car la glande desséchée renferme tous les principes actifs propres au corps thyroïde. Toutefois, il importe ici d'apporter les plus grands soins dans le choix de l'animal sur lequel on prélève la glande.

Dans la maladie de Basedow, le traitement thyroïdien est généralement peu efficace, quelquefois même dangereux. Dans l'obésité et dans le diabète, les résultats de la thyroïdothérapie sont parfois très favorables. Il est loin, malheureusement, d'en être toujours ainsi, et on voit assez souvent se manifester des phénomènes de thyroïdisme. On pourra également essayer la médication thyroïdienne dans les formes adipeuses de la chlorose.

La thyroïdothérapie a été employée dans les dermatoses les plus variées, et préconisée contre les psychoses, les affections nerveuses, les maladies des organes génitaux, la tuberculose au début, la syphilis, le rachitisme et l'ostéomalacie; dans cette dernière affection on aurait noté des résultats particulièrement encourageants.

En ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire, le traitement thyroïdien est indiqué, d'après Huchard, toutes les fois qu'il y a hypertension artérielle très accusée.

Le *thymus* a été essayé, mais sans succès, dans la maladie de Basedow, la chlorose, les myopathies, etc. Le *corps pituitaire* a donné des résultats favorables dans l'acromégalie. De plus, Lyon a réussi à extraire de cette glande une substance exerçant sur le pneumogastrique une action excitante qu'on pourra peut-être utiliser un jour dans certaines cardiopathies.

En ce qui concerne le *liquide orchitique*, les observations les plus récentes montrent qu'il est presque toujours inutile. L'*ovaréine*, qui a été spécialement préconisée contre les troubles provoqués par la castration, produirait parfois de bons effets.

Quant aux *capsules surrénales*, leur emploi dans le diabète, dans la neurasthénie, dans la maladie d'Addison, etc., n'a donné que des résultats fort contradictoires.

M. Bozzolo a utilisé l'extrait glycériné de *rate* dans plusieurs cas de leucémie et de pseudo-leucémie; une fois seulement, chez un pseudo-leucémique porteur d'une rate énorme, il a observé, à la suite d'une injection de cet extrait, une diminution du volume de la rate ainsi qu'une augmentation du nombre des globules rouges et du poids du corps.

L'opothérapie *pancréatique* n'a fourni que des résultats de peu d'importance dans le diabète. D'après certains observateurs, le *foie*, administré sous forme d'extrait, exercerait une action favorable sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

Dans plusieurs cas de néphrite hémorrhagique et d'urémie, M. Bozzolo a essayé l'emploi des extraits de *rein*, et j'ai trouvé que cette médication détermine une augmentation de la diurèse et de l'excrétion de l'urée, ainsi qu'une diminution de l'albuminurie.

En terminant, M. Bozzolo mentionne l'opothérapie *pulmonaire*, sur la valeur de laquelle on ne saurait encore se prononcer.

Théorie hématique de la chlorose.

M. Riva (de Parme) expose ses idées sur la cause essentielle de la chlorose, et attribue cette maladie à une insuffisance de la fonction biochimique des hématies, liée à un défaut d'hémoglobine, l'hypoglobulie et la poikilocytose étant des faits d'ordre secondaire en rapport avec la non-intégrité de la fonction biochimique des globules rouges.

Les recherches de M. Aporti ont montré que chez les vertébrés la cytogénèse et l'hémoglobino-génèse sont indépendantes l'une de l'autre : le globule, qui doit devenir hématie, naît décoloré; c'est lui qui fabrique ultérieurement son hémoglobine en s'emparant du fer que contient l'organisme. Or, les globules sanguins des chlorotiques semblent avoir une aptitude moins grande que ceux des autres individus à fabriquer de l'hémoglobine, c'est-à-dire à se transformer en hématies et à remplir ensuite leur fonction hémoglobinogène.

Si l'on admet que la chlorose reconnaît une cause première de nature morphologique, il est facile de comprendre l'hérédité de cette maladie, ses récidives, son apparition à l'époque de la puberté, etc.

M. Aporti (de Parme) a pratiqué des injections intraveineuses d'arsenic à des chiens qu'il avait rendus anémiques au moyen de soustractions de sang larges et répétées. Il a trouvé qu'au bout d'un laps de temps très court que le nombre des globules sanguins était presque normal, tandis que la quantité d'hémoglobine restait à peu près invariable.

Il en conclut que la production de l'hémoglobine et la formation des globules sont deux processus indépendants, et qu'il existe des substances qui excitent uniquement l'un ou l'autre de ces processus : ainsi, l'arsenic favorise la production des globules sanguins, et le fer celle de l'hémoglobine.

Dans la chlorose la résistance *minima* du sang est incontestablement affaiblie, mais la moyenne de la résistance de la masse sanguine semble sinon normale, du moins très peu diminuée, ce qui prouve que ce n'est pas par un phénomène d'hémolyse qu'on peut expliquer les troubles constitutifs de cette maladie. Le fer augmente bien la résistance *minima* du sang, mais ne peut lui faire récupérer sa résistance normale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Décembre 1898.

Action du colibacille et du bacille d' Eberth sur les nitrates.

M. Grimbert. — Contrairement à l'opinion de MM. Hugounenq et Goyon, l'azote dégagé ne provient pas exclusivement des nitrates, car le volume recueilli est au moins le double de celui qui correspond à l'azotate détruit.

L'action dénitrifiante de ces bacilles est corrélative de la présence de matériaux amides dans la culture.

Elle semble résulter de l'action secondaire qu'exerce l'*acide nitreux* formé par les bactéries sur ces mêmes substances amidées.

La présence des nitrites n'entrave pas les fonctions de B. coli ni du B. d'Eberth.

Séro-diagnostic de la tuberculose.

MM. Mongour et **Buard** (de Bordeaux) exposent le résultat de leurs recherches sur le séro-diagnostic de la tuberculose d'après les indications de MM. Arloing et Courmont.

Dans 4 cas de pleurésies séreuses ou hémorrhagiques nettement tuberculeuses et chez 9 tuberculeux dont 8 présentaient le bacille de Koch dans leurs crachats, le résultat du séro-diagnostic a été nettement positif.

Chez 20 autres malades atteints d'affections diverses (épilepsie, rhumatisme, bronchite, anémie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), le séro-diagnostic leur a permis de découvrir des tuberculoses latentes qui n'avaient pas été soupçonnées. Dans cette première série d'observations MM. Mongour et Buard ont constaté que le séro-diagnostic était d'autant plus net que le malade paraissait plus résistant ou plus éloigné de la cachexie.

Leurs conclusions sont conformes à celles de MM. Arloing et Courmont.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 Décembre 1898.

Injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

M. Folet communique l'observation d'un charretier entré dans son service pour un traumatisme par écrasement des deux jambes. 11 jours plus tard, apparition des premiers symptômes de tétanos. On pratique une minuscule trépanation vers l'angle antéro-interne de chacun des pariétaux, et on fait de chaque côté une injection de 5 centim. cubes de sérum antitétanique à 5 centim. de profondeur dans la substance cérébrale. Mort dans la nuit qui suit.

Pansements permanents de la vessie.

M. Pousson (de Bordeaux) se sert depuis longtemps d'huile de vaseline iodoformée sous forme d'instillation dans le traitement de la tuberculose; ses premiers essais remontent à 10 ans. Il emploie une solution de 5 grammes d'iodoforme dans 100 gr. d'huile de vaseline ou d'huile d'olive, et injecte, tous les jours ou tous les 2 jours, 10 à 15 centim. cubes à vessie vide.

Luxation du pouce.

M. Moty communique une observation de luxation complète du pouce droit en arrière, réduite sans difficulté par la méthode de douceur. En plaçant la main blessée en pronation et en flexion forcée, on annule l'action du long fléchisseur du pouce, et, en refoulant la tête métacarpienne avec les index placés sur l'éminence thénar, tandis que l'on attire à soi la base de la phalange avec les deux pouces, en relevant en même temps le doigt luxé, on ramène en place les surfaces articulaires en moins de temps qu'il n'en faut pour exposer la manœuvre.

Formes aiguës de la péritonite tuberculeuse.

M. Lejars a voulu seulement appeler l'attention sur certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë, qui s'annoncent brusquement, bruyamment, sous l'aspect d'autres affections abdominales graves, en particulier de l'occlusion aiguë ou de l'appendicite, dont elles peuvent revêtir toutes les apparences. Il y a là une question de diagnostic et une question d'intervention, et les nombreux faits rapportés par nos collègues au cours de cette discussion fournissent une large base aux conclusions que nous avions tirées de nos deux observations.

L'occlusion est, du reste, loin d'être une complication exceptionnelle de la péritonite tuberculeuse, mais, dans la variété commune, chronique et fibro-caséeuse, il s'agit, d'ordinaire, de l'occlusion vraie, de l'occlusion mécanique, par bride étranglante, par adhérences et coudures multiples. M. Lejars a eu l'occasion de pratiquer autrefois, à la Pitié, une laparotomie dans un cas de ce genre, chez un coxalgique qui avait été pris brusquement des symptômes de l'iléus; le jéjunum était enserré, non loin de son origine, par une bride qui fut rompue. Or, dans les faits qui ont été signalés ici, si les accidents fonctionnels de l'occlusion existaient bien au complet, y compris le vomissement fécaloïde, on ne trouva pourtant, une fois le ventre ouvert, chez les malades de Bousquet et Quénu, aucun obstacle mécanique : un pus liquide s'écoula du ventre, et la séreuse apparut semée de granulations, rien de plus; et, le ventre refermé, les phénomènes d'arrêt stercoral n'en cessèrent pas moins, et la débâcle eut lieu spontanément.

N'est-ce pas l'allure ordinaire des pseudo-occlusions, des iléus paralytiques? Et, de fait, c'est dans ce groupe qu'il convient de ranger les cas de péritonite tuberculeuse aiguë, à forme d'occlusion dont plusieurs exemples ont été relatés ici.

Plus souvent, c'est avec l'appendicite aiguë que la confusion a été faite, comme le montrent les observations de MM. Routier, Quénu, Brun, Broca, et les similitudes sont si étroites parfois que le diagnostic est pratiquement impossible. Or, cette fois encore, les interventions pratiquées à la suite de ces erreurs ont donné presque toujours un résultat inattendu : après l'incision iliaque pure et simple, les accidents tombent, tout aussi bien qu'après la laparotomie médiane, réduite ainsi à une simple incision, dans la forme précédente. Et ces améliorations, souvent brusques — dont l'explication reste obscure — peuvent se prolonger, se confirmer, et devenir le point de départ de guérisons durables. Il demeure donc établi que, dans la tuberculose aiguë du péritoine, comme dans la tuberculose chronique, l'intervention, une intervention très simple, peut être bienfaisante, faire cesser les accidents d'une crise aiguë, et, par une action mal expliquée, mais bien positive, devenir l'origine d'une transformation heureuse du processus.

Cerclage de la rotule.

M. Lejars présente un malade qui s'était, dans une chute, fracturé les deux rotules il y a trois ans. Il lui pratiqua la suture de la rotule par cerclage.

M. Ricard insiste sur l'utilité qu'il y a à radiographier ce malade, car, récemment, dans un cas de ce genre où, après suture métallique suivie d'un succès parfait, il a fait radiographier son opéré, il a vu que les deux fils métalliques avaient cassé et que, néanmoins, le résultat restait excellent.

M. Lucas-Championnière estime aussi que la radiographie sera bien utile dans ce cas, et, à propos de la longueur de la rotule et de quelques phénomènes d'arthrite sèche observés chez ce malade, fait remarquer que, sans doute, ces particularités existaient avant le traumatisme et pouvaient être considérées même comme une cause prédisposante, et ne sauraient être attribuées, en tout cas, à la suture même.

MM. Poirier et **Delbet** pensent également que la suture ne saurait être incriminée dans les productions des phénomènes d'arthrite sèche, et M. Delbet cite un cas de fracture des deux rotules qu'il a traitées par la suture immédiate : le malade s'est levé le 14e jour.

M. Berger a eu l'occasion de radiographier un malade auquel il avait pratiqué antérieurement le cerclage de la rotule : la radiographie a montré que le cerclage tenait parfaitement.

M. Michaux présente 14 calculs du cholédoque qu'il a enlevés après cholédocotomie. Il n'a pas suturé, mais affronté les bords du canal incisé avec quelques pinces hémostatiques retirées le lendemain. L'écoulement biliaire n'a duré qu'un jour, et la guérison est survenue rapidement.

M. Tuffier présente une tumeur diagnostiquée lipome du cou et qui était, en réalité, un adéno-lymphome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 Décembre 1898.

Infection staphylococcique généralisée d'origine uréthrale.

M. Rendu communique une observation qui montre d'une façon saisissante la rapidité avec laquelle s'infecte l'organisme et les ressources que la nature emploie pour éliminer l'agent infectieux.

En 48 heures, après des cathétérismes malpropres, une infection staphylococcique se montre d'emblée tellement grave que, quand le malade arriva à l'hôpital, il semblait atteint de méningite suppurée ou d'une fièvre typhoïde adynamique. Cette phase d'intoxication générale dure 5 jours, pendant lesquels le symptôme prédominant est l'hyperthermie. A cette période succèdent des abcès multiples, presque tous indolents, comme des abcès de l'infection purulente, et localisés soit dans le tissu sous-dermique, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et intermusculaire. 38 abcès de ce genre, en moins d'un mois, se forment et sont successivement ouverts, amenant une émaciation excessive et une fonte rapide des muscles.

Les viscères, eux non plus, ne sont pas respectés : le 17 mai se manifestent des signes légers et passagers d'endocardite ; le 1er juin, le rein, qui jusque-là ne s'était pas infecté, se prend à

son tour et témoigne, par la néphrite hémorrhagique dont il est le siège, de la virulence des toxines qui le traversent. Cette néphrite se reproduit, à trois reprises différentes, pendant un mois; mais malgré cela, le rein reste perméable et même exagère ses fonctions éliminatrices; une polyurie véritable, jointe à une diaphorèse persistante, achève l'élimination du poison, et, au bout de deux mois, l'organisme s'est débarrassé de ses toxines.

Au point de vue thérapeutique, les bains, les lotions, le régime lacté ont paru exercer une action utile dans la période d'infection initiale. Plus tard, pendant la phase de la néphrite hémorrhagique, le tannin a manifestement rendu des services.

Note sur la méningite cérébro-spinale.

MM. Chantemesse et **Millet** rapportent un cas de méningite cérébro-spinale, avec examen bactériologique, observé pendant l'épidémie qui a régné l'été dernier.

Leur malade, entré le 23 mai 1898, après quelques jours de maladie, présentait surtout une céphalalgie intense et de l'inégalité pupillaire; puis apparurent des contractures des muscles de la nuque et du rachis, de l'irrégularité du pouls. Le malade mourut dans le coma, le 27.

A l'autopsie, pas d'autres lésions que des lésions du système nerveux. Congestion intense des méninges médullaires. Exsudat purulent sur la moelle, liquide louche dans les ventricules cérébraux.

Dans le pus, les auteurs ont trouvé un microbe qu'ils s'attachent à différencier du pneumocoque de Talamon et du méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum.

Sur les frottis, c'est un diplocoque lancéolé, encapsulé, toujours extra-cellulaire, prenant le Gram.

Cultures sur gélose ressemblant tout à fait à celle du pneumocoque. Cultures identiques sur gélatine; la gélatine est liquéfiée un peu, très tardivement (6 mois), phénomène attribué par les auteurs à l'influence des produits contenus dans les corps microbiens.

Le bouillon est troublé après 24 heures et s'éclaircit ensuite avec dépôt pulvérulent.

Cultures sur sérum très caractéristiques. Sur sérum de lapin, trouble léger, le microbe pousse en amas, tout différent du pneumocoque qui y pousse en diplocoque.

Sur sérum humain (sérum normal, sérum d'infection à pneumocoque), le microbe est agglutiné dans les deux cas (tandis que le pneumocoque n'est pas agglutiné par le sérum normal).

Ce microbe est peu pathogène pour les animaux; il n'a tué que la souris en injections intra-pleurales, avec infection locale et générale.

L'inoculation intra-rachidienne au lapin, à fortes doses, à déterminé, après 4 mois, une paralysie ascendante mortelle; il n'y avait pas de microbes dans la moelle. MM. Chantemesse et Millet supposent que cette paralysie peut être attribuée aux produits microbiens injectés avec la culture; ils se proposent, d'ailleurs, de revenir sur ce sujet.

En résumé, ce microbe ne peut être regardé comme un pneumocoque de Talamon, simplement atténué dans ses caractères, ses attributs pathogènes, ses propriétés de culture sur gélatine et sur sérum de lapin s'en éloignent beaucoup.

Si, d'autre part, il se rapproche par certains côtés du diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaüm, il se distingue de lui par sa forme, son défaut de présence obligatoire dans les leucocytes, sa culture sur gélatine et sur bouillon, sa coloration par la méthode de Gram.

Caractères distinctifs entre le méningocoque et le pneumocoque par la culture dans les sérums.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon**. — On sait que la culture en sérum de lapin liquide, et en particulier en sérum de lapin jeune, est le moyen le plus rapide et le plus précis pour faire le diagnostic entre le pneumocoque et les microbes qui, par certains de leurs caractères, s'en rapprochent plus ou moins.

C'est, en effet, dans ce milieu que le pneumocoque cultive avec ses caractères les plus typiques : diplocoque à grains ovoïdes, nettement encapsulé; le microbe ne s'y met pas en chaînettes, et lorsqu'on y ensemence un pneumocoque qui, dans les exsudats ou les milieux usuels de culture, a pris la disposition en chaînettes, on y obtient une culture dans laquelle le microbe reprend sa forme diplococcique.

Il était donc indiqué de faire subir au méningocoque, qui présente tant de caractères communs avec le pneumocoque, l'épreuve diagnostique de la culture en sérum de lapin jeune.

Nous avons pu étudier, à ce point de vue, deux microbes de la méningite cérébro-spinale, mis à notre disposition, l'un par M. Chantemesse, l'autre par M. Péron qui l'avait prélevé à l'autopsie d'un cas de méningite cérébro-spinale du service de M. Letulle.

Au bout de 24 heures de séjour à l'étuve, la culture du méningocoque en sérum de lapin jeune, non solidifié, est déjà à l'œil nu un peu différente de celle que donnerait le pneumocoque, en ce qu'elle est plus pauvre; le milieu est moins trouble; on n'observe pas ce dépôt abondant qu'on constate parfois déjà au bout de 24 heures avec le pneumocoque. Au microscope on voit, non pas des diplocoques répartis uniformément dans le champ de la préparation, mais des chaînettes plus ou moins longues, mélangées aux diplocoques, chaînettes isolées ou enchevêtrées, enroulées sur elles-mêmes et formant des amas de dimensions variées. Le méningocoque est donc agglutiné lorsqu'on le cultive dans le sérum de lapin, ce qui le distingue déjà du pneumocoque.

Un second caractère pouvait nous être fourni par l'épreuve de la réaction de ce microbe vis-à-vis du sérum des malades atteints de pneumonie ou de lésions autres à pneumocoques, sérum qui possède seul, comme nous l'avons montré, la propriété d'agglutiner le pneumocoque. Avant de rechercher cette réaction, il était nécessaire de voir comment se comporte le méningocoque, lorsqu'on cultive dans le sérum humain normal.

Or, la culture de méningocoque dans le sérum de sang humain aboutit à un résultat tout différent de ce qu'eût donné la culture du pneumocoque commun. Le méningocoque est agglutiné spontanément dans les cultures en sérum de sang humain. Les amas se voient parfois à l'œil nu, le plus souvent seulement au microscope (diplocoques, chaînettes, amas). Il en est de même si, au lieu de prendre un sérum humain normal, on ensemence le sérum d'un malade infecté par le pneumocoque. Le phénomène de l'agglutination ne peut donc être recherché pour le méningocoque en suivant la technique que nous avons proposée par le pneumocoque, puisque tous les sérums purs agglutinent normalement le méningocoque.

Le méningocoque présente, en résumé, vis-à-vis des sérums, des propriétés tout à fait différentes du pneumocoque.

Ce n'est pas tout, les deux échantillons de méningocoque que nous avons cultivés ont poussé sur gélatine, à la température de 22°, ce qu'on n'a jamais observé pour le pneumocoque. Il donne de fines colonies transparentes, visibles au bout de quelques jours à la surface des tubes de gélatine inclinée ou sur les plaques de Petri.

Le microbe que nous avons étudié diffère donc, par tous ces caractères, du pneumocoque commun.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 Décembre 1898.

Dystrophie unguéale.

M. Thibierge. — Ce malade est atteint d'une dystrophie unguéale intéressante. Chez lui tous les ongles présentent une coloration jaune particulière; de plus, la plupart d'entre eux sont décollés, tous sont tombés et ont repoussé, les uns avec leur conformation normale, les autres en forme de toiles et avec des stries à la surface.

Ces altérations ne paraissant devoir être rattachées qu'à des troubles de développement, on a tenté ici l'opothérapie, sous forme de corne de cerf, mais sans aucun résultat.

Traitement aseptique simple de la pelade.

M. L. Jacquet. — On considère communément l'irrita-

tion locale comme la condition première de la cure peladique, et tout porte à admettre le bien fondé de cette opinion.

Mais l'on est mal fixé sur le degré *optimum* de cette irritation et sur l'avantage de sa permanence ou au contraire de son intermittence et de sa répétition.

Or, ce qu'on sait de l'inflammation, notamment par l'expérience de Conheim, m'a fait douter récemment que l'intégralité de ce phénomène complexe fût favorable à la repousse et m'a porté à chercher si sa première période surtout (dilatation vasculaire, accélération du courant sanguin, hyperthermie) n'était pas à mettre à peu près exclusivement en œuvre.

L'expérimentation seule pouvait répondre. Atteint de pelade de la barbe depuis septembre 1897, j'ai employé uu procédé capable de réaliser très simplement une hyperémie passagère mais renouvelable à volonté pour ainsi dire : je pique, par pression répétée sur une brosse à crins aigus, l'aire peladique et sa bordure. En quelques secondes, la peau devient rouge, chaude et chez certains sujets pulsatile. Cet effet se prolonge pendant 30 à 50 miuutes environ. Je l'ai renouvelé, dans mon cas particulier, matin et soir, et cela suffit pour que cette manœuvre devienne sinon douloureuse, du moins désagréable. Mais j'évite ainsi la vésication plus ou moins complète — et visible — que produisent la plupart des traitements énergiques, et c'est là un appréciable avantage.

Il a fallu 4 mois pour la guérison totale d'une plaque mentonnière un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs. Or, les pelades de barbe sont tenaces, et le terrain en l'espèce n'était pas des plus favorables. Depuis j'ai obtenu sur d'autres des repousses plus rapides, au prorata, m'a-t-il semblé, du nombre même des irritatious quotidiennes, que l'on peut porter à 5, 6 et davantage suivant les cas, en s'arrêtant an point où l'irritation tendrait à devenir permanente.

En même temps que cette acupuncture de l'aire peladique, j'emploie des frictions rudes, biquotidiennes, à la brosse sèche, sur toute la tête et toute la barbe. J'ai l'espoir de prévenir ainsi les foyers ultérieurs et les récidives. En fait, je n'en ai encore constaté sur aucun des peladiques hommes soumis à ce traitement. Si mon espoir se réalise, on sera fondé à dire que l'emploi convenable de la brosse à tête suffit à la cure comme à la prophylaxie de la pelade.

J'ai omis délibérément, en cette auto-expérience, certaines précautions nécessaires : une brosse à crins roides, maniée, comme je viens de le dire, crée de minimes effractions d'épiderme, parfois saignantes. Il convient donc d'assurer l'asepsie de l'instrument : l'ébouillantement préalable, pratiqué une fois pour toutes, est de rigueur; la désinfection à l'eau oxygénée serait même préférable en raison de la résistance des spores bactéridiennes.

Dans la suite, il suffira avant chaque application de plonger la brosse dans un antiseptique huileux, miscible aux graisses cutanées, tel que le suivant :

Alcool à 96°	85 gr.
Huile de ricin	20 gr.
Sublimé corrosif	0 gr. 10
Extrait d'opoponax	ãã 20 gouttes
Teinture de cochenille	

On abstergera l'intrument le mieux possible par quelques secousses brusques avant l'application.

En résumé, dans l'ensemble complexe qui constitue l'inflammation cutanée, la phase première, purement hypérémique, semble suffire à stimuler la léthargie papillaire. Les autres phases me paraissent au moins inutiles.

Urticaire arcaridienne.

M. L. Jacquet. — Un homme de 30 ans, très vigoureux, avait depuis 8 mois des séries de violentes coliques nocturnes avec dyspnée et vomissements, mais sans diarrhée.

En outre, avant et après les crises, mais aussi dans leur intervalle, il souffrait de fortes démangeaisons accompagnées de larges plaques d'urticaire.

Cet homme devenait pâle, faible et maigre, sans que je trouvasse la cause de ces troubles, quand un matin, après quelques chatouillements de gorge, il vomit 3 lombrics. Le lendemain je lui fis prendre de la santonine, et il évacua 6 lombrics, la plupart de grande taille.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de 2 mois, nul malaise digestif, plus de démangeaisons, ni d'urticaire, sa santé est redevenue parfaite.

Des faits analogues ont été signalés, à propos de lombrics ou d'autres helminthes, mais je les crois trop peu connus.

Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée.

MM. Balzer et **Mousseaux.** — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, de constitution strumeuse et dont le père est mort tuberculeux; elle présentait au niveau du lobule de l'oreille gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant dans toute la région maxillaire voisine, de coloration rouge brun, et de consistance élastique; cette tumeur avait déjà été extirpée il y a 3 ans, et avait récidivé plus volumineuse qu'auparavant. Une autre plus petite était apparue à l'angle de la mâchoire. Après avoir porté le diagnostic de chéloïdes vraisemblablement tuberculeuses, on a pratiqué dans ces tumeurs des injections d'huile créosotée à 20 p. 100; en injectant chaque fois un centimètre cube en plusieurs piqûres faites en des points différents; mais le tissu se laissant difficilement infiltrer par le liquide, une certaine quantité ressortait presque aussitôt; la douleur était peu intense, mais, les jours suivants, il se produisait une inflammation assez vive, avec gonflement, bientôt suivie de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien et d'une ulcération assez profonde se réparant en quelques jours, et ne laissant qu'une cicatrice invisible.

La petite chéloïde a disparu après 4 injections, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre. Neuf injections furent pratiquées dans la plus volumineuse, dont il ne persiste plus qu'une grosseur du volume d'une petite noisette, molle, élastique, située dans le sillon rétro-auriculaire; le lobule de l'oreille a reparu et s'est dégagé; il est entouré d'une zone rouge bleuâtre, souple, où l'infiltration de la peau tend à diminuer; l'amélioration déjà obtenue permet d'espérer un résultat encore plus complet.

M. Brocq a observé une personne qui, à la suite de brûlures contractées à l'incendie du Bazar de la Charité, conservait à la figure des chéloïdes énormes. Celles-ci avaient été améliorées dans des proportions considérables par les pulvérisatious d'eau de Luchon et par le massage. Mais M. Brocq a vu aussi des chéloïdes qui disparaissaient spontanément et lentement lorsqu'elles étaient tenues à l'abri du frottement.

M. Besnier. — La guérison des chéloïdes est toujours lente; elle demande deux années au moins.

M. Thibierge. — Certaines des malades traitées par M. Marie ont eu des récidives.

Lésions ulcéreuses de la langue.

M. A. Fournier. — Il est souvent fort difficile de faire le diagnostic différentiel entre les lésions tertiaires phagédéniques de la langue et le cancer. En voici une nouvelle preuve chez cette femme qui fut envoyée à l'hôpital en octobre dernier avec le diagnostic de gomme de la langue. M. Gaucher pensa plutôt à un cancer. Or le traitement spécifique (une injection de calomel par semaine et iodure de potassium) amena une amélioration des deux tiers. La langue qui auparavant restait sortie de la bouche et ne pouvait être réduite, rentra dans sa cavité. Comment interpréter ces faits? On trouve également des arguments en faveur du cancer et de la syphilis.

D'une part, immobilisation de l'organe, amélioration arrêtée, chapelet ganglionnaire dur, énorme sous le maxillaire, enfin les caractères histologiques du cancer : d'autre part, amélioration sous l'influence du traitement spécifique, pas de saignottement des lésions, en faveur de la syphilis. Il nous semble qu'il s'agit là de lésions mixtes, épithélioma et syphilis.

M. Leredde. — Dans les cas douteux il y a d'abord utilité à faire une biopsie, afin d'arrêter les inconvénients du traitement ioduré lorsqu'il s'agit de cancer.

M. Renault. — Est-il prouvé que le traitement spécifique ait des inconvénients dans le cancer?

M. Darier. — Il faut distinguer : dans les cas douteux, le calomel en injections est utile, les mercuriaux ordinaires sont inutiles, l'iodure est dangereux.

Vernis à la caséine.

M. J. Darier présente des échantillons de vernis à la caséine d'Unna, les uns fabriqués à Paris, les autres provenant de Hambourg. Ce topique se recommande par les avantages suivants : il est liquide, crémeux, inodore, s'étale facilement et exactement sur les plis de la peau; étant de réaction neutre il n'est nullement irritant ni échauffant; il sèche en quelques minutes en laissant un enduit sec, souple, élastique et très adhérent, qu'on enlève à volonté par un simple lavage à l'eau; il est facile à préparer, d'un emploi très propre, et d'un prix de revient peu élevé. Ces diverses qualités doivent le faire préférer dans certains cas aux pommades, aux emplâtres et aux vernis à l'alcool, à l'éther ou au chloroforme. On peut incorporer au vernis à la caséine la plupart des médicaments utiles en dermatologie, et notamment le goudron en forte proportion, l'ichthyol, le soufre, le pyrogallol, la résorcine, etc.

Phagédénisme guttural et vertébral chez une hérédo-syphilitique.

M. Gastou montre les vertèbres cervicales d'une hérédo-syphilitique qui en 6 ans et malgré un traitement intensif, a perdu successivement le nez, le voile du palais, une partie du palais osseux et chez laquelle l'arrière cavité des fosses nasales et le pharynx se confondaient en une vaste cavité formant cloaque.

Morte de cachexie progressive avec albuminurie et bacilles dans les crachats, seulement pendant les dernières semaines de sa maladie, l'autopsie a montré en dehors des lésions osseuses, une véritable sclérose descendante d'origine lymphatique et englobant le médiastin, le poumon, traversant le diaphragme, ayant déterminé une péri-hépatite scléreuse et dans le mésentère une péri-adénite généralisée sans lésions intestinales — véritable sclérose viscérale généralisée d'origine lymphatique.

Déformations cicatricielles survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle.

MM. Galippe et H. Hallopeau. — L'histoire de la malade a été publiée il y a 12 ans dans la *Deutsche medicinal Zeitung;* depuis lors, les altérations de la voûte palatine en ont amené l'atrésie ainsi que l'implantation la plus singulière des dents; la disparition des sarcomes sous l'influence d'un érysipèle intercurrent ne peut guère s'expliquer que par une action des microbes érysipélateux sur la cause prochaine également microbienne des sarcomes : ce fait est donc en faveur de la nature parasitaire de ces tumeurs; nous avons vu dans la tuberculose l'érysipèle donner des résultats semblables.

Dermatose en ruban.

MM. H. Hallopeau et Contensoux. — Ces dermatoses occupant toute la longueur du membre inférieur et remontant sur la fesse semblent se localiser dans deux territoires communs à deux nerfs voisins, il s'ajoute vraisemblablement dans ces parties des actions trophi-névrotiques : ces éruptions peuvent être interprétées dans le sens de nævi survenant tardivement : cette hypothèse est plus vraisemblable que celle d'un milieu favorable qu'un trouble dans l'innervation tropho-névrotique constituerait dans ces mêmes parties pour des infectieux pathogènes : il y a lieu de rechercher par l'examen histologique si ces dermatoses doivent être rapportées soit à un lichen de Wilson, soit à un psoriasis anormal, soit à une dermatose non encore classée.

Kystes épidermiques (milium cicatriciel).

M. Gastou présente une malade âgée de 7 ans, qui a, sur l'annulaire et le médius de la main gauche, des grains blanchâtres au nombre de 8 à 10 analogues au milium. Histologiquement, ces grains sont des kystes épidermiques qui, au début de leur évolution, sont comblés par un amas leucocytaire donnant au microscope l'aspect d'un nodule lupique.

L'enfant est bien portante, et n'a aucune lésion cutanée ou viscérale. Son grand-père maternel et une tante maternelle sont morts phthisiques. Son père a eu une tumeur blanche. Sa mère a été considérée et soignée comme tuberculeuse pendant plusieurs années. Elle a 4 frères et sœurs morts de cachexie progressive et d'éthisie (dit la mère).

Un de ses frères est tuberculeux et a une syndactalie à la main et au pied droits. Il est intéressant de rapprocher cette anomalie congénitale de la présence des kystes et de l'hérédité tuberculeuse.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance des 5 et 7 Décembre 1898.

Rapports de la tuberculose et des infections antérieures.

M. Ollier a été frappé par un assez grand nombre de cas, observés par lui, de sujets contractant la tuberculose quelques années après avoir été opérés avec succès pour des ostéomyélites. Il s'est demandé si l'ostéomyélite n'agissait que par la débilitation profonde qu'elle infligeait à l'organisme ou si elle pouvait avoir un rôle étiologique plus direct. La première explication lui semble seule vraie.

M. Arloing a institué une série d'expériences pour vérifier l'hypothèse de M. Ollier, et il a obtenu un résultat positif, non avec le staphylocoque, mais avec le streptocoque. Un certain nombre de lapins, antérieurement soumis à une infection streptococcique, et placés dans des conditions favorables au développement de la tuberéulose, ont présenté des lésions tuberculeuses bien plus intenses que les lapins témoins.

Différenciation inconstante des bacilles coli et typhique par cultures sur artichaut.

M. G. Roux rappelle les tentatives récentes de M. Royer (*Soc. de biologie*, 1898) pour différencier les bacilles typhique et coli au moyen de cultures sur tranches d'artichaut cuit. Il a repris ces expériences, et les résultats lui ont paru très incertains et très infidèles. Il a fait alors, avec une décoction d'artichaut, une gélatine-artichaut qui est très transparente. Sur ce milieu, tous les coli examinés ont, sans exception donné naissance à une teinte vert émeraude intense, en même temps que les colonies poussaient d'une manière exubérante.

Le bacille d'Eberth y pousse au contraire assez mal et ne développe aucune espèce de pigment.

Mais il semble être de cette propriété chromogène comme des autres caractères différentiels jusqu'ici signalés entre les deux micro-organismes.

M. G. Roux a pu, en effet, observer des variétés de coli, qui présentant à la fois des caractères du coli et de l'Eberth, n'ont produit que très tardivement et très incomplètement la coloration verte de la gélatine-artichaut.

Néoplasme stomacal. Gastro-entéro-anastomose.

M. Adenot présente une malade atteinte de néoplasme stomacal étendu à laquelle il a fait avec succès une gastro-entéro-anastomose. L'état général, très mauvais au moment de l'opération, il y a 2 mois, s'est notablement relevé depuis.

Méningite typhique.

M. Hugot rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans, du service de M. Colrat, et atteint de fièvre typhoïde. Dans les 6 derniers jours de la vie, il présenta des symptômes méningés multiples. Séro-diagnostic positif. Mort presque subite.

A l'autopsie, larges ulcérations des plaques de Peyer. Ménin-

gite céphalo-rachidienne purulente. L'examen bactériologique ne montra que le bacille typhique.

La séro-réaction du liquide céphalo-rachidien fut également positive.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 Novembre 1898.

Luxation congénitale de la hanche. Paralysie infantile.

M. A. Venot présente à la Société : 1° une petite malade, âgée de 3 ans, atteinte de luxation congénitale de la hanche, et chez laquelle il a fait la réduction non sanglante de Lorenz. L'appareil plâtré, mis en place le 10 juillet, est encore très solide et n'a à aucun moment gêné l'enfant, qui marche et court. Il présente à ce sujet plusieurs radiographies de luxations congénitales de la hanche.

2° Une fillette de 12 ans, atteinte de paralysie infantile ayant frappé tous les muscles du membre inférieur droit, sauf les muscles de la racine du membre (psoas iliaque, tenseur du fascia lata, pectiné. Il a fait l'arthrodèse du pied et l'arthrodèse du genou. L'enfant porte encore un appareil plâtré, avec lequel elle peut marcher.

Goitre exophthalmique.

M. Davezac présente une malade atteinte d'un goitre exophthalmique très améliorée par les injections d'éther iodoformé, et dont il a parlé dans une précédente séance. La circonférence cervicale, qui mesurait 36 à 37 centimètres, n'en mesure plus que 33.

La malade, qui mangeait énormément tout en maigrissant beaucoup et ne pouvait dormir malgré l'usage à haute dose de tous les narcotiques usités, au bout de 20 injections, dort, mange moins et engraisse. Seule, la tachycardie (136 pulsations) n'a pas été modifiée. Son souffle cardiaque, thyroïdien et vasculaire, et le thrill correspondant, qui étaient énormes, ont considérablement diminué. Le traitement a débuté il y a un an; il est depuis plusieurs mois interrompu et va être repris.

M. Massy croit que le traitement de M. Pitres a donné chez cette malade les plus heureux résultats. Le traitement électrique qu'il avait employé chez elle, et qui consistait dans l'emploi du courant faradique, n'avait, au contraire, donné aucun succès. La malade a vu, grâce aux injections d'éther iodoformé, diminuer considérablement son exophthalmie, son tremblement et revenir son sommeil; elle peut donc actuellement vivre de la vie ordinaire, et c'est ce que l'on peut seulement demander au traitement du goître exophthalmique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 Novembre 1898.

Myxœdème congénital.

M. Sklareck. — Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, née d'un père alcoolique. Elle a été nourrie au sein par sa mère et n'a présenté rien de particulier jusqu'à l'âge de 6 mois. A cette époque elle présenta une éruption vésiculeuse sur tout le corps, qui fut traitée par des frictions avec une pommade. Vers la fin de la première année, les parents constatèrent que la taille de l'enfant restait stationnaire. L'enfant ne commença à parler que vers l'âge de 3 ans, et à marcher vers l'âge de 7 ans. L'intelligence ne se développa pas, et l'enfant fut placée dans un établissement pour enfants arriérés.

Lorsque M. Sklareck vit l'enfant, en mars 1897, la malade, âgée de 15 ans, ne pesait que 15 kilogs, et la longueur de son corps était de 80 centimètres; la circonférence de la tête mesurait 50 centimètres. Au niveau de l'occiput, où les cheveux manquaient, existait un eczéma squameux. La peau était épaissie, pâteuse, légèrement cyanosée, d'une couleur violacée au niveau des pieds et des mains. La face, sans expression, était bouffie, les paupières tuméfiées, la bouche ouverte, le massif maxillaire très développé, les dents mauvaises, le filet de la langue arrivant jusqu'à la pointe de l'organe.

Dans les deux fosses sus-claviculaires se trouvaient des tumeurs des dimensions d'un œuf de poule, sans limites précises; des tumeurs analogues existaient dans les aisselles. Le corps thyroïde paraissait manquer, du moins on ne pouvait le sentir par la palpation. Il existait, en outre, une cyphose et une hernie ombilicale. Malgré son âge de 15 ans, la malade n'était pas encore réglée; les poils du pubis et des aisselles n'étaient pas développés. Le pouls était à 88.

En août 1897, la malade fut soumise au traitement thyroïdien, 2 tablettes par jour. Au bout d'un mois de ce traitement, c'est-à-dire lorsque la malade avait pris 80 tablettes, la cyanose des téguments disparut, la longueur du corps augmenta de 3 centimètres et le pouls monta à 120.

Après 8 jours de repos, on reprit le traitement thyroïdien à la dose de 8 tablettes par jour. Aujourd'hui la longueur du corps est augmentée de 14 centimètres. Les cheveux repoussèrent partout, les anciennes dents tombèrent et furent remplacées par des dents nouvelles. Les tumeurs sus-claviculaires et sous-axillaires disparurent, la hernie ombilicale diminua considérablement de volume. La malade peut marcher seule, ses mouvements sont plus agiles, son intelligence plus développée. A aucun moment on ne trouva, dans son urine, de sucre ni d'albumine.

A un moment donné, on avait interrompu le traitement thyroïdien : presque aussitôt, on a pu constater un retour offensif des myxœdèmes. Pour maintenir les résultats acquis, la malade sera obligée de continuer son traitement thyroïdien, à dose moins forte.

Traitement des pyonéphroses.

M. Israël en revenant sur la communication de M. Casper relative au traitement de la pyonéphrose par les lavages des bassinets, estime, en s'appuyant sur une pratique personnelle de plus de 300 cas, que pour obtenir la guérison par le procédé de M. Casper, il faut un concours de circonstances tout à fait exceptionnel.

Il faut tout d'abord que l'uretère soit libre dans toute son étendue, de sorte qu'après son cathétérisme, le liquide puisse pénétrer jusque dans le bassinet. Il est également nécessaire que le pus soit fluide, au lieu d'être épais, presque solide comme c'est ordinairement le cas. La bifurcation de l'uretère, qui n'est pas rare, peut aussi empêcher l'action topique du liquide. On rencontre enfin souvent des valvules, des déplacements, des adhérences, etc., qui constituent autant de causes pouvant faire échouer le cathétérisme suivi de lavage des bassinets.

Or toutes ces anomalies et lésions sont loin d'être rares, et c'est ainsi que sur 81 cas avec diagnostic précis de pyonéphrose, M. Israël n'en trouva que trois dans lesquels le traitement préconisé par M. Casper aurait pu être fait; et pour ces trois cas on peut se demander jusqu'à quel point le lavage, même répété, des bassinets aurait pu amener la guérison.

D'un autre côté, le cathétérisme des uretères n'est pas toujours dépourvu de dangers, comme le montrent les deux cas suivants observés par M. Israël.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un médecin qui, en 1893, contracta la blennorrhagie, laquelle blennorrhagie se compliqua d'une cystite chronique légère mais assez rebelle. Un jour, le malade éprouva quelques douleurs dans le rein droit et, croyant avoir une pyélite, demanda qu'on lui fasse le cathétérisme de l'uretère droit. On accéda à son désir et on constata que l'urine

du rein droit était parfaitement claire; mais, le soir même de cette exploration, il fut pris d'un frisson violent et de fièvre; pendant plusieurs semaines les frissons revenaient régulièrement tous les jours, puis ils s'espacèrent de plus en plus, sans toutefois disparaître complètement.

Aujourd'hui le malade a manifestement des douleurs dans la région rénale droite; il existe un peu de polyurie avec urines troubles et il est certain qu'il y a une pyélite légère. Il est certain que, dans ce cas, le cathétérisme des uretères a été nuisible, soit en aggravant une pyélite existant, soit en en provoquant une.

Dans le second cas il s'agit d'un homme auquel M. Israël avait fait la néphrectomie pour cancer. En examinant la pièce, M. Israël constata que le parenchyme épargné par le cancer présentait des foyers de pyélite. Or ce malade avait subi ailleurs un cathétérisme de l'uretère, et comme, sur 44 cas de cancer du rein, c'est la première fois que M. Israël rencontre une pyélite, il n'hésite pas à incriminer dans sa production le cathétérisme intempestif de l'uretère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 25 Octobre 1898.

Éléments figurés dans les produits syphilitiques.

M. Winkler a trouvé dans les produits syphilitiques de petits corpuscules sphériques nettement limités, entourés d'une auréole et présentant à la périphérie une sorte de tache claire qui est quelquefois divisée en deux par une ligne très fine.

Ces corpuscules se rencontrent régulièrement dans tous les produits syphilitiques et manquent dans les autres produits pathologiques. On les trouve notamment dans les chancres indurés, les papules syphilitiques, les condylomes plats, les adénites syphilitiques, les gommes. Pour les retrouver dans les sécrétions du chancre induré, il faut commencer par enlever la membrane lardacée qui recouvre celui-ci et recueillir le liquide qu'on obtient en comprimant les tissus infiltrés. Le liquide est étalé sur une lamelle et fixé par l'alcool.

Pour colorer la préparation, on peut procéder de plusieurs façons. On peut la colorer à la thionine ou au bleu de toluidine et la décolorer dans la formaline; on voit alors apparaître les corpuscules sphériques. Un autre procédé consiste à colorer la préparation au bleu de méthylène polychrome et à décolorer au moyen de l'alcool iodé ou au moyen d'un mélange d'éther et de glycérine.

L'existence d'une aréole autour de ces corpuscules sphériques aurait pu faire penser qu'il s'agit là de blastomycètes; M. Winkler a pu se convaincre qu'il n'en était rien. Une autre question à résoudre était celle de savoir de quels éléments anatomiques ces corpuscules pouvaient dériver.

Ce qui est certain, c'est que ces corpuscules ne sont pas des noyaux, car, sur toutes les préparations, les noyaux sont tellement nets que toute comparaison avec les corpuscules sphériques est impossible. La seconde hypothèse pouvait être que ces corpuscules étaient peut-être des produits de dégénérescence. Mais, de prime abord, on peut affirmer que les corpuscules ne sont pas formés par la substance hyaline, car on peut obtenir des préparations où les corpuscules sphériques et la substance hyaline sont colorés diversement. D'un autre côté, les corpuscules décrits par Flemming dans les ganglions lymphatiques n'ont rien de commun avec les corpuscules sphériques en question.

Reste la question de savoir si ces corpuscules ne sont pas des noyaux dégénérés. Ce qui plaide en faveur de la parenté avec les noyaux est l'affinité des corpuscules pour les couleurs qui colorent les noyaux; en second lieu entre les noyaux et les corpuscules sphériques on trouve des formes intermédiaires. On peut donc admettre que sous l'influence du virus syphilitique, il survient un trouble dans la formation de la chromation des noyaux et que des particules de chromatine se détachent, se réunissent sous forme de sphères et quittent les cellules pour apparaître libres dans les tissus.

M. Unna qui a étudié les préparations de M. Winkler, accepte toutes les déductions de ce dernier et estime que la recherche des corpuscules sphériques pourrait être utilisée dans les cas de diagnostic douteux.

Lésions intestinales chez les nouveau-nés syphilitiques.

M. Lochte a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux hérédo-syphilititfques dont l'un, venant des parents syphilitiques, a succombé à l'âge de 6 jours. A l'autopsie on trouva deux gommes dans les poumons, une dans la tête du pancréas. Dans le jéjunum se trouvait une ulcération circulaire large de 3 à 4 millimètres et recouverte d'une escarre dysentérique: des ulcérations analogues se trouvaient également dans l'iléon: les plaques de Peyer étaient intactes.

L'examen histologique a montré autour de ces ulcérations une infiltration de la muqueuse par de petites cellules, une disparition des glandes de Lieberkuhn, un épaississement de la couche musculaire. Au niveau des ulcérations mêmes, la muqueuse était complètement détruite; la sous-muqueuse présentait une prolifération cellulaire avec formation de tissu de granulation; les vaisseaux de l'endo- et de la péri-artérite. La couche musculaire très épaissie était le siège des hémorrhagies confluentes.

Dans le second cas, qui se rapporte également à un hérédo-syphilitique de 6 jours, l'intestin présentait déjà à l'œil nu une multitude de foyers jaunâtres allongés formés par les fibres musculaires ayant subi la dégénérescence graisseuse. L'examen histologique a fait voir, à côté de ces foyers, un nombre considérable de granulations miliaires formées par des cellules polynucléaires et des éléments de tissu conjonctif.

D'après M. Lochte il s'agirait là de gommes miliaires.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 14 Novembre 1898.

Paralysie faciale.

M. Remak. — Il s'agit d'une femme de 26 ans, sujette depuis plusieurs années aux accès d'asthme cardiaque et qui, au mois d'octobre dernier, fut prise de vertiges au moment de descendre de son lit. Elle fut prise d'aphasie, de douleurs dans la nuque et de fièvre, et l'examen montra l'existence d'une paralysie faciale. Huit jours plus tard, lorsqu'elle quitta le lit, elle a eu de la diplopie et des troubles de la déglutition.

Aujourd'hui le processus aigu est terminé. La malade présente une paralysie faciale à gauche avec réaction de dégénérescence, une paralysie des muscles abducteurs et droit interne du même côté, ce qui fait qu'il existe du strabisme interne à gauche. Il s'agit donc ici d'une hémorrhagie qui s'est faite au niveau des noyaux du facial et de l'abducteur et qui intéresse aussi les parties voisines. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

Myélite spinale.

M. Henneberg a communiqué l'observation d'une fille de 30 ans, qui, en mars 1897, entra à l'hôpital avec une paralysie complète des quatre membres et une dyspnée intense. L'affection avait débuté par une parésie du bras droit, avec raideur de la nuque et diplopie. A ces symptômes se sont ajoutés, en 1896, des douleurs dans la région sacrée, des accès de dyspnée et des douleurs dans les jambes. La marche devint difficile et 15 jours avant l'entrée à l'hôpital la paralysie des quatre membres fut complète.

A l'examen on trouva une congestion partielle des papilles, une paralysie des muscles de la respiration, une paralysie flasque des quatre membres. Les réflexes rotuliens étaient abolis, le réflexe du tendon d'Achille exagéré; il existait du clonus du pied. Pas de troubles de la sensibilité; réaction électrique des muscles normale.

Après une amélioration passagère de la paralysie, la malade

succomba dans un accès de dyspnée. A l'autopsie, on trouva un épaississement des méninges spinales et un ramollissement de la moelle épinière. Les lésions se rapprochaient de celles de la myélite syphilitique, mais la malade n'avait jamais eu la syphilis.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 25 Novembre 1898.

Traitement de l'ulcère perforé de l'estomac.

M. J.-C. Wallis a communiqué 2 cas dans lesquels il a eu l'occasion d'intervenir pour des accidents consécutifs à la perforation d'un ulcère de l'estomac.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de 20 ans qui entre à l'hôpital avec les symptômes cloniques de péritonite par perforation. La laparotomie faite 10 h. 1/2 après le début des accidents a permis de constater l'existence sur la paroi postérieure de l'estomac, dans le voisinage du cardia, d'une perforation à travers laquelle a passé une certaine quantité de contenu stomacal. Après suture de la perforation qui fut en outre fermée par un lambeau de péritoine, on nettoya la cavité abdominale avec des éponges et sans faire de lavage ni de drainage on ferma la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent simples pendant les premiers 11 jours. Au 12° jour survint une phlébite, et au 17° se déclara une pneumonie de la base qui se termina par la résolution dans l'espace de 5 jours. Tout paraissait donc terminé, lorsqu'au 32° jour après l'opération la malade fut prise d'une hématémèse abondante et succomba dans l'espace d'une heure.

Le second cas a trait à une femme chez laquelle les premiers symptômes d'ulcère de l'estomac se manifestèrent en 1883. En 1895, elle a présenté les symptômes de perforation qui disparurent au bout de quelque temps. Depuis cette époque, la malade souffrait continuellement à tel point qu'elle ne quittait presque plus le lit.

L'examen ayant montré l'existence d'un empâtement dans la région épigastrique, on fit la laparotomie qui montra l'existence des adhérences solides et étendues entre le pylore et la paroi abdominale. On se contenta de sectionner les adhérences et de fermer la plaie. La malade guérit, et les troubles fonctionnels qu'elle avait présenté ont complètement disparu.

M. Hawkins a communiqué un cas d'ulcère perforé de l'estomac chez une jeune fille de 18 ans, traitée avec succès par la laparotomie. Dans 2 autres cas où il existait également des symptômes de perforation, il n'intervint pas, et les malades n'en guérirent pas moins.

M. Kingston Fowler cite un cas analogue chez un individu chez lequel l'ensemble de symptômes et, entre autres, la disparition de la zone de matité du foie, indiquaient nettement l'existence d'une perforation. L'intervention chirurgicale ayant été refusée, le malade fut traité médicalement et nourri par des lavements alimentaires. Il guérit.

M. Sidney Philips a aussi observé 2 cas de perforation de l'estomac avec disparition de la zone de matité du foie, qui ont guéri par le traitement médical.

M. Lucas Benham estime, d'après un cas qu'il a observé, que les perforations de la paroi postérieure sont moins graves que celles de la paroi antérieure de l'estomac.

M. Toogod a eu l'occasion de faire la laparotomie chez un homme de 45 ans, soigné depuis quelque temps pour un ulcère d'estomac et qui, après un repas, fut pris de collapsus. L'estomac ayant été trouvé intact, on ferma la plaie abdominale. Le malade mourut dans la soirée et, à l'autopsie, on trouva un petit anévrysme de l'aorte, qui s'était rompu.

M. Charters Symonds est intervenu chez une femme de 60 ans chez laquelle il avait diagnostiqué une obstruction calculeuse du cholédoque. Ayant trouvé le foie intact et l'estomac en sablier, il aboucha la cavité du côté du cardia avec une anse de l'intestin grêle. La malade, qui allait bien, succomba au 6° jour avec des symptômes de collapsus. A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli du sang provenant d'une ancienne ulcération dont les bords étaient limités par les brides fibreuses qui avaient divisé la cavité stomacle en deux; au niveau de la paroi postérieure existait un ancien ulcère perforé de l'estomac fixé par par des adhérences à la colonne vertébrale.

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

Séance du 7 Octobre 1898.

Gastro-entérostomie postérieure pour sténose pylorique.

M. Crickx présente une femme malade depuis 9 ans, entrée à l'hôpital il y a 1 mois 1/2, fortement amaigrie et se plaignant de douleurs continuelles dans le ventre et la région hypogastrique. On diagnostiqua une sténose pylorique avec dilatation gastrique.

M. Crickx fit la gastro-entérostomie postérieure, au bouton de Murphy; la sténose pylorique n'offrait aucune adhérence, les suites opératoires furent normales, et la malade fut soumise, immédiatement après l'intervention, à l'alimentation lactée. La guérison est parfaite, la femme a récupéré une dizaine de kilogrammes en très peu de temps; le bouton de Murphy n'a pas encore été évacué.

M. Crick croit à une sténose consécutive à une cicatrice d'ulcère; diverses épreuves radiographiques n'ont donné aucun résultat.

Kystes hydatiques du foie.

M. Van Engelen a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 35 ans, entrée dans le service du professeur Rommelaere pour une tumeur hépatique; le lobe droit descendait jusqu'à la crête iliaque. Une ponction exploratrice démontra l'existence de kystes hydatiques. Une laparotomie médiane fut pratiquée. Le foie était lisse et uni; grâce à une série de ponctions, une large incision put être conduite à travers le lobe gauche du foie et donna issue à une énorme quantité de kystes, dont plusieurs étaient du volume d'un gros œuf de dinde. La plaie fut lavée et marsupialisée, et la guérison est à ce jour presque complète.

M. Crickx rappelle le procédé tout récemment préconisé par le chirurgien russe Bobrow, qui, après enlèvement de la poche et cessation de la cholérrhagie, ne marsupialise pas, et ferme la plaie.

M. Van Engelen fait remarquer à ce sujet que, au cours des pansements ultérieurs, il s'est encore écoulé des kystes hydatiques; la fermeture immédiate aurait donc été certainement suivie d'une récidive rapide.

Hématome extra-dural traumatique, suivi de foyer cérébral.

M. Van Engelen cite l'observation d'un homme qui s'était tiré trois balles dans la région temporale droite. Une balle, superficiellement située, avait déjà été extraite par un praticien, quand le sujet entra à l'hôpital, où une seconde balle superficielle fut également enlevée de la plaie. Le lendemain, le malade, qui jusque-là avait gardé toute sa connaissance, tomba dans un coma profond, après avoir présenté de l'hémiplégie. Une trépanation conduisit sur un foyer sanguin extra-dural, refoulant fortement la substance cérébrale. Le foyer, vidé, M. Van Engelen put encore extraire un dernier projectile logé vers la région orbitaire. Après l'opération, le blessé reprit presque aussitôt connaissance, mais la paralysie persistait. Le lendemain, le coma reparut; au 3° jour, une nouvelle intervention révéla une vaste collection sanguine intra-cérébrale, sans communication apparente avec le premier foyer dural. La

poche fut évacuée, mais peu après l'opération le malade succomba dans le coma. L'autopsie fut refusée.

Phlegmon sus-hyoïdien, suite de carie dentaire.

M. Buys relate le cas d'un abcès cervical, dont il localise le point de départ dans l'espace pharyngo-maxillaire. A la suite d'un pansement de la dent de sagesse inférieure gauche, le sujet en question souffrit de douleurs dans la gorge et l'oreille correspondante, avec impossibilité d'avaler même une goutte d'eau et d'écarter les mâchoires; l'examen, très difficile ne permit de voir que le voile et les piliers antérieurs qui étaient normaux; dans la position couchée, le malade était pris de suffocation. Celui-ci fut chloroformé et placé dans la position de Rose; on trouva une tumeur fluctuante derrière la dent, qui était recouverte de muqueuse; la poche ouverte, le doigt introduit pouvait contourner la branche montante du maxillaire, et plonger dans l'espace pharyngo-maxillaire. La dent fut enlevée, et une amélioration se dessina pendant quelques jours; puis il se produisit un gonflement énorme, dur, de la région sus-hyoïdienne gauche, s'étendant même du côté droit. Une incision au niveau du digastrique, vers la glande sous-maxillaire, ouvrit une poche purulente, isolée de la poche intra-buccale. Dès lors, la guérison fut rapide.

A noter seulement l'écoulement par la plaie, pendant quelques jours, d'un liquide clair et filant, probablement la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

M. Van Engelen émet des doutes quant à la localisation du premier abcès dans le triangle pharyngo-maxillaire, dont le phlegmon a une allure spéciale et amène une intervention différente.

Fracture de la colonne vertébrale cervicale.

M. Van Engelen rapporte l'observation d'un homme atteint à la nuque par un ascenseur en mouvement. Il y eut paralysie complète des quatre membres; en même temps existait à la paroi postérieure du pharynx buccal une forte voussure; le malade conservait toute sa conscience. Il mourut au bout de 3 jours, après avoir présenté des phénomènes trophiques (larges vésicules) du côté du voile du palais et une élévation thermique de 41°.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 22 Octobre 1898

Trépanation du crâne avec résection du cortex cérébral.

M. Crickx communique l'observation d'un garçon de 13 ans qui fut atteint d'un enfoncement du crâne et qui, après avoir présenté au début de graves phénomènes, guérit. Deux ans après l'accident, l'épilepsie apparut. Les attaques se multiplièrent dans des proportions extraordinaires et résistèrent à tout traitement.

M. Crickx fit d'abord une large trépanation, avec placement d'une pièce prothétique en aluminium pour remplir la perte de substance du crâne. Les attaques cessèrent pendant 15 jours, puis reparurent. On se décida à tenter une nouvelle intervention, dans laquelle on réséqua la substance grise cérébrale dans une région d'où semblaient partir les attaques.

Le résultat fut peu considérable.

Le malade, revu au bout de 20 mois, n'avait retiré de l'opération qu'une diminution considérable du nombre des attaques, qui ne se représentèrent plus que tous les mois, alors qu'avant l'opération elles étaient pour ainsi dire continues pendant plusieurs semaines. Quant à l'intelligence, énormément diminuée depuis l'accident, l'intervention ne l'a en aucune façon améliorée.

Ablation de la langue et résection du pharynx.

M. Depage présente un malade auquel il a enlevé, pour cancer, par la voie buccale, sans agrandir l'ouverture de la bouche, les 3/4 de la langue, le plancher de la bouche, la moitié du voile du palais, les piliers avec les amygdales, la paroi latérale du pharynx et une partie de la paroi postérieure. Il fit, au préalable, la trachéotomie et la ligature de la carotide externe d'un côté; la linguale, de l'autre côté, fut liée par la bouche, par le procédé de Whitehead. Les ganglions atteints furent extirpés par l'incision faite pour la ligature de la carotide externe.

Le malade dont il s'agit est un homme de 32 ans, atteint également de tuberculose des deux poumons, et c'est en raison de son état général, loin d'être brillant, que M. Depage adopta la voie buccale au lieu de la voie transmaxillaire qu'il employa jadis. Il a eu recours à la voie buccale chez un autre malade, âgé de 72 ans, opéré il y a 2 mois environ, et chez lequel il n'osa pas non plus attaquer le cancer par la voie externe, en réséquant le maxillaire, à cause du grand âge du patient. M. Depage estime que, sans agrandir la fente buccale, on peut enlever des épithéliomas extrêmement étendus de la cavité bucco-pharyngienne, et il se propose d'avoir recours dorénavant à cette méthode plus fréquemment qu'il ne l'a fait jusqu'aujourd'hui.

Résultats éloignés de la néphrectomie pour cancer et tuberculose rénale.

M. Verhoogen présente une malade opérée il y a 4 ans, pour cancer, de néphrectomie. Cette malade ne présente actuellement pas de récidive et est en bonne santé.

Un autre malade, chez lequel il fit, il y a 18 mois, la néphrectomie pour tuberculose, se trouve également dans un état des plus satisfaisants. Sa guérison se maintient d'une façon complète.

M. Verhoogen rapporte l'histoire de plusieurs autres malades opérés depuis plusieurs années de néphrectomie pour tuberculose rénale, et qui sont actuellement très bien portants.

Cure radicale de la sinusite frontale.

M. Depage présente un malade qui fut atteint de suppuration générale des sinus de la face. Dans une première opération, pratiquée il y a environ 6 mois avec M. Capart, il fit la trépanation des sinus maxillaires et le raclage du sinus frontal et des cellules ethmoïdales par le procédé de Lucke. Bientôt, il y eut récidive, et, dans le but d'obtenir une guérison radicale, M. Depage réopéra le malade il y a 1 mois 1/2. Il réséqua complètement la paroi antérieure du sinus frontal, afin de faire disparaître la cavité sinusienne, c'est-à-dire qu'il mit ici en pratique le principe d'après lequel Estlander résèque les côtes dans le but de guérir la pleurésie purulente rebelle. M. Depage fit en même temps un nouveau curetage de la région ethmoïdale, rouvrit les sinus maxillaires, dont il fit un raclage complet, et fit sauter sur une grande étendue leur paroi interne, de façon à ouvrir largement l'antre d'Highmore dans les fosses nasales. Le malade fut rapidement guéri de la suppuration du sinus frontal, à cause de la disparition de la cavité par effondrement de la peau. Les sinus maxillaires furent tamponnés pendant un mois environ et paraissent actuellement guéris. Quant aux cellules ethmoïdales, la suppuration semble y avoir cessé également d'une façon complète. Le patient présente une certaine difformité au niveau du front, pour laquelle il se propose de faire faire un appareil de prothèse.

Amputation de la jambe sans hémostase.

M. Desguin rapporte l'observation d'un homme de 24 ans, chez lequel il amputa la jambe, après avoir appliqué la bande d'Esmarch. A la suite de l'opération, il ne lia aucun vaisseau. Il appuya un pansement légèrement compressif et plaça le membre sur un plan incliné. La guérison se produisit sans encombre, et il y eut réunion par première intention.

M. Desguin cite cette observation pour montrer qu'il est possible, dans un grand nombre de cas, de sectionner des vaisseaux même importants sans qu'il y ait hémorragie bien considérable. Il tient toutefois à faire remarquer que le fait qu'il rapporte n'est pas un exemple à suivre dans tous les cas.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Cholécystite calculeuse. Perforation. Péritonite localisée toxique à pus fétide. Présence de microbes anaérobies dans le pus.

Par M. le Dr Zuber,
Chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades,

Et M. P. Lereboullet,
Interne des hôpitaux (1).

Observation. — Berthe P..., femme L..., âgée de 36 ans entre à l'hôpital Necker, salle Lasègue, lit n° 19, le 14 septembre pour douleurs abdominales vives avec météorisme et vomissements.

La malade, sans antécédents héréditaires à noter, est de santé habituelle bonne. *Fièvre typhoïde* il y a 14 ans dont elle a guéri sans complications immédiates. Première crise de *coliques hépatiques* il y a 7 ans. Les accidents durèrent une dizaine de jours. Ballonnement abdominal, douleurs prédominant dans la région vésiculaire, fièvre. La guérison survint sans incidents. Depuis ce temps la malade n'a pas eu pendant 7 années de nouvelles crises. Pas d'autres maladies. Pas de grossesse.

Le mercredi 7 septembre, 8 jours avant son entrée, la malade est prise de douleurs dans le flanc droit, analogues à celles dont elle fut atteinte il y a 7 ans : même siège, mêmes irradiations dans le flanc droit et la moitié droite de l'abdomen. Légères nausées; mais peu de symptômes fonctionnels durant les premiers jours; les douleurs ne nécessitent même pas le repos au lit. Cette crise de coliques hépatiques persiste avec des caractères de faible intensité jusqu'au lundi 12.

Le lundi 12 au soir, et dans la nuit du 12 au 13, les douleurs sont plus vives et s'étendent au flanc gauche, la malade dit avoir ressenti une sensation de déchirure extrêmement douloureuse. La douleur spontanée est à ce moment plus intense du côté gauche. La malade a des nausées plus marquées, sans vomissements vrais pourtant; elle a chaud et se sent fébrile (pour la première fois depuis le début de la crise); enfin, après avoir été régulièrement à la selle jusqu'au dimanche, elle reste constipée depuis cette époque.

Les douleurs s'accentuent encore dans la journée du mardi, et dans la nuit suivante, le matin du mercredi 14, elle se fait conduire à l'hôpital Necker, où elle entre, salle Lasègue, dans le service de M. le Dr Barth, suppléé par le Dr Méry.

A son entrée la malade présente un faciès pâle, jaunâtre, mais plus anémié que vraiment ictérique (pas de subictère des conjonctives); les traits ne sont pas tirés; la malade n'a à aucun degré le faciès abdominal. Elle a un embonpoint assez marqué.

Météorisme assez prononcé; mais le ventre reste encore assez facilement dépressible; la palpation, pratiquée légèrement, ne détermine aucune douleur dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen, notamment dans les fosses iliaques. Sonorité à la percussion jusque dans les flancs. Dans la région sus-ombilicale au contraire, douleur assez vive prédominant nettement dans la région vésiculaire, manifeste à une pression même légère; de plus on a une sensation d'empâtement assez net, on perçoit une sorte de plastron induré profond dans cette région vésiculaire; il existe de la submatité à la percussion.

L'état général est assez satisfaisant. Fièvre paraissant modérée; pouls plein et bien frappé, à 100.

La malade se plaint de vomissements mais ces vomissements sont peu abondants, bilieux, sans caractères très accentués et ne semblent se reproduire qu'à longs intervalles (une fois depuis son entrée). Langue saburrale assez humide.

Urines rares, chargées d'urates, faible quantité de pigments, pas d'albumine.

Le diagnostic porté est celui de lithiase biliaire avec coliques hépatiques récidivantes compliquées de cholécystite suppurée probable en voie de formation.

Traitement : lait et eau de Vichy. Glace *intus et extra*. Eau chloroformée. Injection de 1 centigramme de morphine.

Le soir amélioration fonctionnelle très marquée. Douleurs spontanées beaucoup moins vives, une seule régurgitation sans caractères. Ventre moins douloureux quoique encore météorisé; la douleur prédomine toujours à la région vésiculaire où la sensation d'empâtement persiste. Le faciès est plus reposé, le malade dit se trouver beaucoup mieux. Pouls bien frappé à 100° environ. Température 39°2 ; bien que la peau paraisse fraîche, la température centrale reste la même dans la soirée. Injection de 1 centigramme de morphine pour la nuit.

Le lendemain, jeudi 15, la malade est plus mal; elle a beaucoup souffert dans la nuit. Ventre plus ballonné. Douleur abdominale plus généralisée, mais avec accentuation persistante dans la région sus-ombilicale droite. Empâtement paraissant plus marqué. Submatité plus étendue. La sonorité persiste dans les flancs et les hypochondres; la palpation légère des fosses iliaques est encore possible quoique la malade accuse, dès qu'on insiste, une sensation douloureuse assez vive.

Langue saburrale, un peu plus sèche que la veille; un seul vomissement bilieux dans la nuit. Constipation persistante.

Fièvre : 39°. Pouls plus rapide (120) et plus mou bien qu'encore assez bien frappé.

Faciès assez bon, n'ayant pas le caractère abdominal.

Ces divers symptômes font admettre l'existence d'une cholécystite perforante avec péritonite localisée étendue, et péritonisme, mais sans péritonite généralisée.

Traitement : piqûre de morphine. Glace *intus et extra*. Diète absolue.

La malade va plus mal dans la journée. Le pouls devient filiforme et nettement abdominal; le faciès se tire, le nez se pince, les yeux s'excavent, la peau se couvre de sueurs, les extrémités

1. Communication à la *Société anatomique*, séance du 9 déc. 1898.

se refroidissent. Le ballonnement abdominal augmente, les douleurs sont plus vives, les vomissements presque incessants sont nettement porracés. La température monte à 39°4. Cette aggravation subite des symptômes fait décider l'intervention chirurgicale immédiate.

Opération le 15 septembre à 5 heures du soir, par M. le Dr Villemin, chirurgien de garde. Anesthésie chloroformique. Incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; on tombe d'emblée sur un foyer purulent intra-péritonéal de pus jaune verdâtre, épais, fétide, rappelant le pus d'appendicite. La pression du flanc droit amène l'issue d'une grande quantité de ce pus; l'ouverture est agrandie, on voit un épiploon épaissi, enflammé, au travers duquel sourd ce pus fétide; les anses intestinales avoisinantes, fortement météorisées, sortent par la plaie, portant à leur surface des traces d'inflammation récente. De la partie inférieure de l'incision semble sortir une sérosité louche mais non du pus franc, qui paraît indiquer en ce point des lésions péritonéales plus récentes. Dans la partie supérieure de l'incision, on trouve une vésicule épaissie dont la cavité semble oblitérée avec traces d'inflammation récente à sa surface, la palpation ne révèle aucun calcul à l'intérieur de cette vésicule située très peu à droite de la ligne médiane (et que l'examen nécropsique a montré n'être pas la vésicule). La main, introduite sous la lèvre droite de l'incision vide de nouveaux clapiers purulents et descend le long du côlon vers le cæcum et l'appendice sans trouver de ce côté la cause de la suppuration; mais dans cette exploration on trouve profondément et à droite un point d'où sourd le pus en abondance et d'où sont amenés *deux calculs biliaires* de la grosseur d'une noisette, jaunâtres, durs et semblant venir ainsi que le pus de l'arrière cavité des épiploons. Lavage à l'eau bouillie. Drainage. Sutures.

L'opération, qui a duré 3/4 d'heure, semble avoir révélé l'existence d'un gros foyer de péritonite suppurée enkystée, secondairement généralisée et due à la rupture du cholédoque; cette rupture aurait amené l'issue de deux gros calculs dans l'arrière-cavité, et provoqué une suppuration qui s'est ensuite étendue à droite et en bas, en dehors et au-devant du côlon ascendant.

Mort à 9 h. 1/2 du soir, par affaiblissement progressif.

Autopsie le 17 septembre. Cadavérisation très accentuée. L'ouverture large et cruciforme de l'abdomen montre dans la région sus-ombilicale, au niveau de l'incision opératoire des masses épiploïques volumineuses, enflammées avec nombreux caillots mous mêlés de pus fétide; ce pus sourd en une série de points au milieu de ces masses enflammées, semblant venir de clapiers purulents sous-jacents. C'est dans la moitié droite et sus-ombilicale de l'abdomen que paraissent localisés ces phénomènes inflammatoires, car à gauche, surtout dans la portion sous-ombilicale, le péritoine paraît complètement sain, sans traces d'inflammation; distension assez marquée des anses intestinales.

Du côté droit, inflammation péritonéale marquée sur le côlon ascendant et l'angle du côlon, ainsi que sur le lobe droit du foie, notamment à sa face inférieure abaissée et fortement déjetée à droite. Le foyer purulent s'étend et se développe surtout en dehors du côlon ascendant, descendant le long de celui-ci. Mais le cæcum et l'appendice, celui-ci complètement libre d'adhérences, ne portent aucune trace d'inflammation, ainsi que tout le péritoine du petit bassin.

En se reportant vers le foie en état de cadavérisation très accentué et dont tout le lobe droit semble englobé dans le foyer purulent, on voit que ce qui pendant l'opération avait été pris pour la vésicule biliaire n'est autre que la partie antérieure du ligament suspenseur, et le cordon fibreux de la veine ombilicale, dont l'épaississement et la transformation fibro-adipeuse, ainsi que l'inflammation superficielle ont permis, par l'analogie complète avec la vésicule, l'erreur opératoire; quant à la vésicule, elle est plus à droite, perdue au milieu d'un magma inflammatoire, formée de masses épiploïques qui sont difficilement libérées. Ces masses enlevées (après ablation en bloc du foie et du duodénum) on tombe facilement sur le pédicule hépatique et sur le canal cholédoque qui est absolument sain et perméable et n'a ni diminution de son calibre, ni épaississement de ses parois. Sa terminaison dans le duodénum est normale, l'ampoule de Vater est saine; à sa partie supérieure il se continue librement avec le canal hépatique (cette intégrité explique l'absence totale d'ictère). En revanche le canal cystique est considérablement épaissi presque immédiatement au-dessus de sa continuation avec le cholédoque, et semble oblitéré. La *vésicule biliaire* présente sur sa face antéro-inférieure une *large perforation* de la dimension d'une pièce d'un franc environ, dissimulée par les masses inflammatoires sous-jacentes. Cette perforation conduit dans la cavité d'une vésicule atrophiée, à parois très épaissies (6 à 8 millimètres environ) la cavité semble oblitérée, et un stylet très fin ne peut arriver à pénétrer librement dans le canal cystique où il est bientôt arrêté.

Le *foie* cadavérisé ne présentait outre ces lésions cadavériques aucune altération apparente, son volume et son poids étaient normaux.

Les *reins* étaient sans lésions macroscopiques, le *cœur* flasque, sans lésions orificielles; les *poumons* présentaient un emphysème léger des bords antérieurs, pas de tuberculose, légère congestion des bases; enfin le *cerveau et le bulbe* ne présentaient aucune lésion apparente.

A ces diverses constatations cliniques et anatomo-pathologiques, nous devons joindre un renseignement étiologique qui pourrait avoir eu son importance dans la production de la perforation, mais dont rien ne nous a permis d'affirmer la vérité. Le jour de la mort de la malade on nous apprenait en effet que celle-ci aurait reçu, 4 jours auparavant, un violent coup de pied dans le ventre; ce traumatisme abdominal aurait donc précédé de 24 heures les accidents aigus, mais tant du vivant qu'après la mort de la malade nous n'avons pu trouver sur l'abdomen aucune trace de ce traumatisme, que la malade ne nous avait pas signalé; une enquête médico-légale très soignée a dû conclure à la négative (une autopsie complémentaire ayant été faite à la Morgue) en l'absence de preuves formelles; nous devions en tout cas le mentionner, si peu prouvé qu'il soit, comme susceptible d'être intervenu pour favoriser la perforation de la cholécystite préexistante, perforation due pour nous à d'autres causes.

Remarques. — L'observation que nous venons de relater nous a paru à divers points de vue digne d'être relatée. En effet, malgré l'importance et l'ancienneté des lésions de cholécystite calculeuse constatées à l'autopsie, la malade ne mentionnait qu'une très ancienne crise de coliques hépatiques, séparée par un intervalle de sept ans des accidents actuels; il n'est pas douteux que pendant cette longue période, les lésions anatomiques aient continué à évoluer bien que ne se révélant cliniquement par aucun trouble. L'étendue des lésions notées à la face inférieure du foie est d'ailleurs également la preuve d'un travail inflammatoire ancien. Ce fait montre donc une fois de plus que les modifications anatomiques des voies biliaires, telles que la transformation scléreuse des parois avec atrophie de la vésicule, due à l'infection légère des voies biliaires, peuvent longtemps passer cliniquement inaperçues malgré leur évolution progressive.

D'autre part la rapidité et le caractère foudroyant des accidents terminaux est également à noter jusqu'au matin du 15; l'état de la malade était resté satisfaisant, et le pronostic paraissait favorable; les douleurs vives n'étaient apparues que deux jours auparavant; la fièvre ne semblait pas plus ancienne, et rien ne semblait légitimer une intervention chirurgicale immédiate; le matin du 15 cette intervention fut discutée, et décidée en principe, mais ce n'est que dans la journée que les symptômes alarmants se déclarèrent et que la maladie prit une allure suraiguë; la malade succomba à des phénomènes toxiques à marche rapide, que l'opération ne put enrayer; au point de vue clinique pur, cette observation a déjà plus d'un point d'analogie avec certaines variétés d'appendicite perforante, s'accompagnant de réaction péritonéale modérée pendant un temps, paraissant permettre d'attendre pour intervenir, puis s'aggravant su-

bitement et amenant la mort avec phénomènes toxiques suraigus, avec ou sans péritonite généralisée, l'intervention opératoire arrivant trop tard pour enrayer la marche des accidents; nous allons voir que l'examen bactériologique montre une analogie plus complète encore.

Enfin, il nous faut signaler aussi la curieuse erreur commise au cours de l'opération du fait de l'aspect pseudo-vésiculaire de la portion initale du ligament suspenseur; c'est évidemment là un fait exceptionnel, mais qui, par là-même, devait être mentionné.

L'examen bactériologique du pus recueilli aseptiquement au moment de l'opération a donné les résultats suivants :

Sur lamelles colorées au violet de gentiane en solution hydro-alcoolique on trouva des microbes très abondants de formes variées :

1° Des petits bacilles courts et fins, parfois en diplobacilles.

2° Des amas de cocci en staphylocoques.

3° Des cocci en chaînettes et en diplocoques.

4° Des bacilles fins, grêles, incurvés, ondulés, parfois deux à deux unis par une extrémité en V, isolés ou en amas enchevêtrés.

Sur lamelles colorées par la méthode de Gram on voit que restent seuls colorés :

1° Les streptocoques et diplocoques.

2° Une partie des amas de cocci.

3° Les bacilles fins incurvés.

Sont décolorés les petits bacilles fins qui sont très abondants et une partie des cocci isolés ou en amas.

Ensemencé en milieu aérobie habituel : gélose alcaline en surface inclinée, par dilutions successives suivant la technique donnée par Veillon, ce pus a donné des colonies abondantes d'un *streptocoque* présentant les caractères morphologiques et de cultures du streptocoque pyogène. Ce streptocoque n'avait qu'une virulence atténuée et deux centimètres cubes de bouillon de 24 heures inoculés dans la veine de l'oreille d'un lapin n'ont provoqué aucun accident.

Sur 6 tubes ensemencés avec le pus, un seul tube a donné une colonie de *bacterium coli.*

Ensemencé en milieu anaérobie : tubes de gélose sucrée en couche profonde suivant la technique des dilutions successives indiquée par Veillon, ce pus a donné de *très abondantes colonies anaérobies dans tous les tubes* au nombre de huit, *un certain nombre de colonies du streptocoque aérobie dans les six premiers tubes* de dilution seulement. Ces colonies de streptocoque aéro-anaérobie poussent dans toute la hauteur du tube, tandis que les colonies anaérobies strictes s'arrêtent à deux centimètres de la surface. Ces colonies de streptocoque sont d'ailleurs les seules colonies aéro-anaérobies que l'on rencontre dans les tubes.

On ne retrouve de colonies de bacterium coli dans aucun des 8 tubes de dilution.

Les tentatives d'isolement des colonies anaérobies n'ont pas permis d'obtenir à l'état de culture pure toutes les formes observées dans le pus. Cependant il a été possible d'obtenir en culture pure :

1° *Un bacille* fin et grêle, dont les éléments sont souvent incurvés et réunis 2 à 2 bout à bout, en V ou en pseudo-filaments, présentant des renflements et des branches. On en voit de bifurqués en Y à leur extrémité.

Ce bacille reste coloré au Gram. Il est immobile. Les caractères morphologiques et de culture permettent de l'identifier au bacille anaérobie trouvé d'une façon constante dans le pus fétide des appendicites et dans un cas de gangrène pulmonaire, décrit par Veillon et l'un de nous sous le nom de *bacillus ramosus* (1).

2° Un coccus en diplocoques à grains un peu allongés restant colorés par la méthode de Gram.

A côté de ces deux espèces strictement anaérobies obtenues en culture pure, nous avons rencontré en abondance parmi les colonies anaérobies de nos tubes d'ensemencement primitif deux autres espèces de colonies qu'il a été impossible d'isoler.

A) Un petit coccus à grains plus petits que le staphylocoque pyogène doré, se décolorant par la méthode de Gram. Il existait dans le pus en petits amas. Son aspect rappelle celui du *staphylococcus parvulus* (Veillon et Zuber) isolé du pus des appendicites, mais nous n'avons pu l'étudier assez complètement pour pouvoir l'identifier.

B) Un petit bacille décoloré par la méthode de Gram, et qui existait en abondance dans le pus. Son aspect dans le pus et les colonies le rapprocheraient du *bacillus fragilis* (Veillon et Zuber) trouvé constamment dans les appendicites; mais l'étude incomplète que nous en avons faite ne nous permet pas de l'identifier. Quoi qu'il en soit, les faits intéressants à relever dans cette étude bactériologique sont les suivants :

Dans le pus fétide d'une péritonite localisée consécutive à une cholécystite avec perforation de la vésicule biliaire, l'examen sur lamelles nous a montré la présence de formes microbiennes très abondantes et variées : chaînettes de streptocoques, diplocoques, staphylocoques, bacilles.

L'ensemencement sur milieu habituel en présence de l'air n'a donné qu'une seule espèce microbienne, un streptocoque. Le B. coli était en quantité absolument négligeable.

Au contraire les ensemencements en milieux à l'abri de l'air ont permis d'obtenir de très abondantes colonies de microbes strictement anaérobies, et l'examen de ces colonies a permis d'y retrouver les diverses formes microbiennes du pus qui n'avaient pas poussé en présence de l'air et qui n'étaient donc pas des microbes ayant perdu leur vitalité.

Ce pus fétide renfermait donc en très grande abondance des espèces microbiennes strictement anaérobies, et en faible proportion un streptocoque aérobie.

C'est là un caractère qui appartient aux pus fétides et gangréneux en général, comme l'ont montré Veillon et l'un de nous, et notre observation vient s'ajouter aux nombreux faits de suppurations gangréneuses d'origine variée, otites avec gangrène pulmonaire, abcès cérébraux, etc., et surtout appendicites où ces auteurs ont démontré la prédominance des microbes anaérobies. L'étude des propriétés pathogènes des microbes strictement anaérobies isolés dans tous ces cas et en particulier dans les appendicites, permet de leur attribuer un grand rôle dans la production des processus gangréneux, et dans la perforation de l'appendice en particulier, ainsi que dans les phénomènes généraux d'intoxication de l'appendicite.

Dans notre cas nous n'avons pu pousser assez loin l'étude des espèces anaérobies dont nous avions constaté la présence dans le pus. Toutefois nous avons pu isoler dans ce pus le *bacillus ramosus* trouvé constamment dans le pus des appendicites, et les autres formes microbiennes anaérobies que nous y avons rencontrées ont des aspects morphologiques et des caractères de coloration qui rap-

1. Veillon et Zuber, Sur quelques microbes anaérobies et leur rôle en pathologie (*Arch. de méd. expérimentale*, juillet 1898).

pellent de très près quelques unes des espèces décrites dans les pus d'appendicite. Nous croyons donc pouvoir au point de vue pathogénique faire un rapprochement entre *la perforation gangréneuse de la vésicule biliaire suivie de péritonite localisée toxique à pus fétide* qui a tué notre malade et les cas de perforation de l'appendice avec péritonite toxique; et nous attribuons aux microbes anaérobies la perforation gangréneuse, la fétidité du pus, et les phénomènes toxiques graves.

NEUROPATHOLOGIE

Remarques sur le « mal perforant buccal »,

D'après la thèse de M. le Dr Baudet,

Par le Dr C. Zandy.

Assistant à la clinique médicale de l'Université de Göttingen.

Sous le titre de « mal perforant buccal », est paru dans le n° 42 de la *Gazette hebdomadaire* de cette année un article qui n'est parvenu que tout récemment à ma connaissance, et ayant trait à une affection rare des mâchoires plusieurs fois observée au cours du tabès.

La maladie débute, sans cause apparente, par la chute des dents. Bientôt apparaît une sorte de résorption progressive du rebord alvéolaire qui, parfois unilatérale est le plus souvent symétrique. A la mâchoire supérieure, l'os disparaît d'avant en arrière, la lèvre s'enfonce par suite et se rapetisse. La mâchoire inférieure se détruit à son tour de haut en bas dans le sens vertical et devient ainsi tranchante. Indépendamment de tout cela, on voit survenir des perforations du sinus maxillaire qui, suivant leurs dimensions, apportent des troubles plus ou moins grands à la mastication des aliments. A tous ces accidents s'ajoutent des troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau.

D'après tous ces signes il semblerait que cette affection pût être rattachée aux troubles trophiques que l'on voit survenir chez les tabétiques et comparée au *mal perforant du pied*.

En réalité la maladie n'est pas seulement propre au tabès et, à cet égard, je désire montrer que, du moins pour une partie des cas, il ne s'agit pas au sens réel du mot d'un véritable mal perforant buccal.

La tuberculose du rebord alvéolaire peut en effet dans certaines circonstances créer des lésions absolument analogues. L'auteur de l'article dit expressément qu'il ne s'agit pas plus de tuberculose que de syphilis. Mais indépendamment de ce que la possibilité d'une tuberculose n'a pas été exclue par un examen anatomo-pathologique, on peut admettre que les auteurs n'ont pas toujours diagnotisqué une affection aussi rare que la tuberculose du rebord alvéolaire. Ayant eu récemment l'occasion de rassembler tous les cas de tuberculose alvéolaire (1) publiés en Allemagne et à l'étranger (en tout j'ai pu en réunir 37), je puis affirmer que le diagnostic de cette affection est le plus souvent facile et qu'on pourrait parfaitement la reconnaître dans le mal perforant buccal, si nous étions habitués à rencontrer plus souvent ce dernier.

1. Zandy, Sur la tuberculose du rebord alvéolaire (thèse Bonn, 1896).

La tuberculose commence également par la chute des dents, on observe la même destruction du rebord alvéolaire pouvant aboutir, comme le mal perforant buccal, à des perforations du sinus maxillaire. De même que le mal perforant buccal, la tuberculose alvéolaire se rencontre surtout chez l'homme à l'âge moyen de la vie et, ainsi que j'ai pu le constater, elle siège de préférence au voisinage des molaires et des prémolaires de la mâchoire inférieure.

La tuberculose du rebord alvéolaire est facile à reconnaître, lorsqu'on a affaire à un phtisique avéré, chez lequel on observe si fréquemment des lésions de la cavité buccale.

Mais on peut avoir des difficultés à la reconnaître, lorsqu'elle constitue la première localisation de la maladie pour laquelle le malade vient consulter sans lésions pulmonaires nettes.

La recherche des bacilles dans les sécrétions buccales reste souvent négative et ce n'est que par l'examen histologique d'un fragment recueilli dans lequel on retrouve des tubercules avec cellules géantes, etc., que le diagnostic peut être établi.

Je n'ai pu trouver aucune donnée sur l'existence de troubles sensitifs dans la tuberculose alvéolaire, mais on peut supposer avec une très grande vraisemblance qu'ils existent car les extrémités nerveuses comprises dans la zone malade étaient altérées sur une grande étendue.

Ainsi la tuberculose du rebord alvéolaire peut offrir la plus grande analogie avec le « mal perforant buccal » et je pense que dans tous les cas où les lésions tabétiques ne sont pas nettes il faut soumettre les poumons du malade à un examen attentif, regarder avec soin le fond de sa gorge, où l'on pourra peut-être trouver des signes qui permettront d'affirmer le véritable diagnostic. L'importance de cet examen n'en est pas moins grande pour le pronostic que pour le traitement.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1898-1899.

M. Ricoux (R.). *Contribution à l'étude du problème de l'inflammation.* N° 53. (Jouve et Boyer.)

M. Henry (Arthur). *Contribution à l'étude des diphthéries associées (formes streptococciques).* N° 51. (Jouve et Boyer.)

M. Leraître (Pierre). *De la mort subite dans la méningite tuberculeuse dite primitive.* N° 67. (Jouve et Boyer.)

M. Wildenstein (Georges). *De la grippe sporadique et en particulier de ses formes thoraciques.* N° 32. (Jouve et Boyer.)

M. Barthout (Emile). *De l'hémiataxie posthémiplégique.* N° 39. (H. Jouve.)

M. Ménétrel (Louis). *Contribution à l'étude clinique des névrites et des polynévrites.* N° 12. (H. Jouve.)

M. Astruc (Albert). *La paralysie faciale hystérique en particulier chez l'enfant.* N° 43. (Carré et Naud.)

M. Patry (Octave). *Zona gangréneux anormal.* N° 34. (Jouve.)

M. Prévost (Jules). *De l'étude de quelques séneçons indigènes au point de vue thérapeutique.* N° 26. (Carré et Naud.)

Dans une intéressante étude, M. Ricoux étudie les réactions cellulaires consécutives à l'introduction de poudres inertes dans l'organisme; cette introduction dans les vaisseaux montre que les leucocytes du sang (polynucléaires) ont pour ces substances

une affinité peu prononcée, et ne les conservent que peu de temps, une fois qu'elles les ont englobées. En effet ce rôle d'arrêt est à peu près exclusivement dévolu aux macrophages mobiles de la rate, et aux macrophages fixes du foie (cellules de Kupffer). C'est à l'intérieur de ces éléments que se fait l'enkystement définitif des particules ingérées. En présence de ce rôle si actif des endothéliums hépatiques dans l'arrêt des corps étrangers à l'organisme, il est permis de se demander si la propriété antitoxique du foie n'est pas elle-même fonction de ces mêmes endothéliums.

Cette action prédominante des macrophages se retrouve lorsque l'injection se fait directement dans les cavités séreuses. Ici, également, si le processus débute par une intervention des leucocytes polynucléaires (cette leucocytose étant surtout due à l'action chimiotaxique de l'eau physiologique), cette intervention demeure peu efficace. En effet l'englobement définitif se fait par les grands leucocytes mononucléaires.

Au contraire, si au lieu de granulations inertes on injecte des microbes saprophytes, ici l'élément actif de la lutte est le leucocyte polynucléaire. Les macrophages n'ont pour ainsi dire pas de rôle, dans la destruction des microorganismes.

L'englobement du carmin ne s'opère pas seulement à l'intérieur des macrophages mobiles, qui ont envahi la surface de l'épiploon. Une grande partie des granulations est englobée par des amas de leucocytes mononucléaires, groupés sous l'endothélium de la paroi abdominale, sous forme de petits organes lymphoïdes fixes. Ces petits organes phagocytaires signalés spécialement par l'auteur existent chez le cobaye et le lapin dans la cavité péritonéale, aussi bien que dans la cavité pleurale. Dans ce processus péritonéal, le résultat tardif de l'englobement est, comme lors de phagocytose splénique et hépatique, la formation de cellules géantes, à l'intérieur desquelles le carmin semble se dissoudre. Le processus d'englobement achevé, les substances englobées, loin de se diffuser dans l'organisme, se localisent définitivement dans les appareils lymphoïdes, qu'il s'agisse d'injection sanguine ou d'injection intra-péritonéale.

Lorsqu'au bacille diphthérique vient s'adjoindre le streptocoque, nous assistons à une maladie nouvelle qui a sa marche, son évolution et ses complications propres, subordonnées à la violence de l'infection qui peut envahir tous les organes.

M. Henry, élève de M. Barbier, admet que toutes les fois que, chez un diphthérique, l'angine se présentera avec les symptômes locaux spéciaux s'accompagnant d'un état général grave, d'un abattement profond d'accidents cardiaques avec pouls très rapide et très irrégulier, le praticien n'aura pas à hésiter et le diagnostic d'une diphthérie associée devra être porté.

Il importe donc de bien connaître ces phénomènes vu la gravité du pronostic et la nécessité d'une thérapeutique énergique basée sur l'emploi des injections de sérum antidiphthérique malgré son action peu efficace, des lavages antiseptiques fréquents (avec des solutions chaudes) des attouchements au phénol sulforiciné à 20 p. 100, mais sans écouvillonnage.

Enfin on devra recommander et exiger l'isolement des malades dans des chambres spéciales.

La méningite tuberculeuse dite primitive, c'est-à-dire celle de la tuberculose latente, a, contrairement à la méningite secondaire, le plus souvent une évolution régulière. Cependant elle se présente quelquefois sous des formes anormales; elle peut évoluer alors d'une façon latente et se terminer par la mort subite. Ce sont les cas de cet ordre qu'étudie spécialement M. Leraître.

Les symptômes dans ces cas sont variables; le plus souvent, les malades meurent à la suite de convulsions. L'examen ophthalmoscopique, l'étude du liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction lombaire, l'injection de tuberculine pourraient faciliter le diagnostic le plus souvent impossible. Les signes cliniques de méningite pris isolément ont en effet peu de valeur, lorsque l'évolution est trop rapide. La réaction agglutinante du sérum tuberculeux signalée par MM. Arloing et Courmont pourrait dans l'avenir être un précieux moyen de diagnostic.

La grippe sporadique, conclut M. Wildenstein, relève du même agent infectieux que la grippe épidémique; elle offre le même aspect clinique que sa congénère. Il étudie le cas où elle revêt la physionomie de la fièvre typhoïde au point qu'il est nénécessaire de recourir au séro-diagnostic de Widal pour faire le départ entre les deux affections. La courbe de la température est, d'après lui, extrêmement irrégulière dans la grippe : on peut y observer la cessation momentanée de la fièvre (encoche en V du professeur Teissier de Lyon); dans certains cas le tracé offre le type inverse; plus exceptionnellement se rencontrent des formes apyrétiques ou même hypothermiques. Mais il n'existe rien de commun entre le tracé thermique de la dothiénentérie et celui de la grippe.

Si le bacille de Pfeiffer, à lui seul, n'est pas capable de produire l'hépatisation de la pneumonie franche aiguë, en revanche la broncho-pneumonie est de beaucoup le plus fréquemment l'œuvre du microbe de la grippe. Enfin l'auteur étudie les vomiques consécutifs à la grippe où le pus peut provenir d'un abcès pulmonaire, d'une pleurésie interlobaire ou diaphragmatique. Ces vomiques apportent souvent un terme au processus infectieux.

Les malades qui survivent à une attaque d'hémiplégie peuvent présenter, au bout d'un certain temps, dans les membres jadis paralysés, plusieurs sortes de mouvements involontaires : hémichorée, hémiathétose, hémiataxie, hémiparalysie agitante, hémisclérose en plaques. M. Barthout étudie plus spécialement l'hémiataxie, qui, en raison de ses caractères cliniques bien différenciés, mérite une place distincte parmi ces mouvements. Elle reconnaît pour cause une lésion qui irrite le faisceau pyramidal et qui peut siéger en un point quelconque de son trajet encéphalique.

La syphilis, conclut M. Ménétrel, peut porter son action sur les nerfs périphériques dès les premiers mois de l'infection. Les lésions nerveuses indépendantes du système central sont localisées (névrites) ou généralisées (polynévrites). Elles sont justiciables du traitement spécifique. Sous l'influence de ce traitement les atrophies s'arrêtent, les paralysies rétrogradent, les forces musculaires reviennent. L'auteur admet même qu'en instituant de bonne heure un traitement approprié, on pourrait mettre les malades atteints de ces affections à l'abri des troubles du système nerveux de la période tertiaire et de la para-syphilis (ce qui ne peut être actuellement qu'une hypothèse assez difficile à vérifier).

La paralysie faciale hystérique existe chez l'enfant; elle est plus rare que chez l'adulte. D'après M. Astruc, on trouve le plus souvent des antécédents nerveux et des stigmates de l'hystérie chez les enfants qui en sont atteints.

La cause occasionnelle est très variable; elle peut manquer. Le tableau symptomatique, quoique variable, renferme presque toujours un ou plusieurs caractères propres à la paralysie faciale hystérique. Le diagnostic peut être fait à l'aide de la constatation des antécédents héréditaires et des stigmates hystériques, des symptômes particuliers à la paralysie hystérique, et grâce à l'influence de la suggestion à l'état de veille; il est important chez l'enfant, tant au point de vue du pronostic et du traitement de l'affection locale qu'au point de vue du pronostic et du traitement de l'hystérie chez l'enfant.

Chez l'enfant, le pronostic de la lésion locale doit être réservé à cause des récidives et de la ténacité de certaines paralysies, en revanche, le pronostic de l'hystérie elle-même est chez l'enfant généralement bénin, le traitement aidant. Le traitement doit agir localement par des moyens appropriés (aimants, plaques métalliques, courants faradiques intenses, suggestion à l'état de veille); à l'hystérie, on peut opposer l'isolement du malade, l'entraînement modéré, l'hydrothérapie tiède, les stations thermales douces; parfois l'emploi de médicaments modérateurs nervins est indiqué.

Le zona gangréneux affecte quelquefois des allures graves et anormales étudiées par M. Patry, impossibles à prévoir d'après le caractère de l'éruption.

Les eschares deviennent alors d'un volume excessif (8 centimètres carrés dans un cas), occasionnent des troubles généraux intenses, très exceptionnellement la mort, et laissent après elles

des cicatrices irrégulières, nacrées, parfois de véritables chéloïdes. Les récidives sont fréquentes et rapides, avec début dans les cicatrices. Quoiqu'on fasse, l'élimination de la zone mortifiée est difficile et dure des semaines, des mois même, et la guérison peut se faire avec des troubles moteurs (paralysies, amyotrophies) et sensitifs (crampes, démangeaisons, hyperesthésie, anesthésie) qu'on a vu persister pendant plusieurs années.

L'extrait fluide de séneçon employé à la dose de LX à LXXX gouttes par jour, en 3 ou 4 fois, d'heure en heure et pendant quelques jours, est, d'après M. Prévost, un excellent sédatif des douleurs cataméniales survenant dans les cas de dysménorrhée sans lésions utérines ou péri-utérines. Il faut le donner dès qu'apparaissent les premiers symptômes précurseurs du flux menstruel. Dans les cas de dysménorrhées avec lésions utérines ou péri-utérines, son action est moins manifeste.

Dans les aménorrhées, il semble, aux mêmes doses, ne jouer aucun rôle bien défini, et ne peut être par suite considéré comme emménagogue; il y aurait lieu de rechercher si à doses beaucoup plus faibles, mais longtemps prolongées, il ne peut acquérir ces vertus emménagogues par analogie avec ce qui se passe pour la sabine, la rue et l'ergot.

L'effet sédatif semble dû à une action s'exerçant sur les vaisseaux et jouant le rôle de régulateur, dans certains cas, et d'hémostatique, dans les cas de fluxion congestive.

Cette action hémostatique a permis de l'employer avec succès dans les cas d'hémorrhagies capillaires.

Le séneçon n'est nullement toxique, ni même irritant des voies digestives.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Année 1897-98.

M. Gaboriaud. *Contribution à l'étude des carbonates de créosote et de gaïacol* N° 272. (Imp. J. Fournier.)

M. Desbertrand. *Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire.* N° 279. (Imp. Marquès.)

M. Sanières. *Résultats de la pratique du tubage à la clinique infantile du professeur Bezy.* N° 277. (Imp. Saint-Cyprien, Toulouse.)

M. Creslé. *Contribution à l'étude du salophène.* N° 257. (Imp. Saint-Cyprien, Toulouse.)

M. Landrewie. *Bleu de méthylène en thérapeutique et en particulier de son emploi dans le traitement du cancroïde de la face.* N° 266. (Imp. Saint-Cyprien, Toulouse.)

M. Courrech. *Des injections sous-conjonctivales.* N° 270. (Imp. Marquès, Toulouse.)

D'après M. Gaboriaud, les formes carbonatées de la créosote et du gaïacol doivent être préférées à ces produits dont elles dérivent. Ayant mêmes propriétés thérapeutiques, elles méritent de prendre la place de la créosote et du gaïacol, qui sont des produits médicamenteux très irritants et très toxiques.

Le carbonate de créosote n'irrite pas l'estomac. Il se dédouble lentement, dans l'intestin, en créosote et acide carbonique.

Les malades peuvent indéfiniment le supporter.

La créosothérapie intensive peut être appliquée sans crainte d'accidents.

Comme antiseptique intestinal, il est supérieur à la créosote.

Pour être efficace, le carbonate de créosote doit être administré : 1° pur; 2° à hautes doses; 3° pendant longtemps.

Le carbonate de gaïacol est facile à prendre et subit un lent dédoublement dans l'intestin.

Il n'irrite pas le tube digestif, ne provoque aucun symptôme d'intolérance, et c'est un antiseptique intestinal excellent.

Le carbonate de créosote sera préféré au carbonate de gaïacol, car il renferme, en sus du gaïacol, toute une série de corps également actifs contre la tuberculose.

D'après M. Desbertrand il est absolument incontestable aujourd'hui que les hémorrhagies des derniers mois de la grossesse et du travail peuvent être dues à la rupture du sinus circulaire. Par leur importance, ces hémorrhagies doivent prendre place à côté de celles dues à l'insertion vicieuse et au décollement prématuré du placenta.

Parmi les différentes causes de déchirure du sinus coronaire, il faut faire, lui semble-t-il, une part importante à l'endométrite.

Le diagnostic est difficile à établir ; cependant par l'ensemble des signes négatifs et les caractères de l'hémorrhagie, on arrive dans certains cas à une quasi-certitude. Seul l'examen de l'arrière-faix, après la délivrance, permet de formuler un diagnostic certain, indiscutable.

D'après M. Sanières le tubage paraît être l'opération de choix dans les croups diphthérique ou autres et en général dans toutes les occlusions spasmodiques de la glotte.

Une surveillance de tous les moments n'est pas indispensable dans beaucoup de cas. L'intubation peut donc être employée dans la clientèle des villes. On ne peut en dire autant à la campagne, tant que les causes du rejet et le remède de cette complication ne sont pas mieux étudiées. L'obstruction est plus rare et, quoique ne devant pas être quantité négligeable, l'abandon du tubage par crainte de cette complication ne compenserait pas les avantages qu'on pourrait retirer de son emploi.

Le fil doit être retiré.

Le tube court est plus avantageux que le tube long, surtout au point de vue de l'introduction et de l'extraction.

Les instruments ont besoin d'être perfectionés.

L'écouvillonage de nécessité mérite d'être expérimenté.

M. Creslé revient sur le salophène, définitivement entré dans le domaine thérapeutique.

Le salophène exerce une action incontestable sur le rhumatisme articulaire aigu et subaigu, mais ses effets sont plus inconstants que ceux du salicylate de soude.

Dans le rhumatisme chronique et le rhumatisme blennorrhagique, il ne s'est pas montré supérieur aux autres médicaments.

Le salophène possède une action analgésique puissante qui s'exerce même dans les cas où ce médicament ne saurait amener la guérison. Il a fourni de bons résultats dans la migraine, dans diverses algies et la sciatique.

Le salophène, employé à dose moyenne, ne produit pas de phénomènes d'intolérance et n'occasionne ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles de la vision, mais l'accoutumance paraît se produire assez rapidement.

Dans certaines affections cutanées, le salophène a paru avoir quelques efficacité, mais il faut attendre pour se prononcer de nouvelles expériences.

La dose moyenne de salophène à prescrire est de 4 grammes par jour, plus ou moins, suivant la gravité et le genre de l'affection.

Après avoir passé en revue les nouveaux cas où le bleu de méthylène a été employé, M. Landrewie conclut que ce médicament jouit de propriétés analgésiques, antimalariques et antiseptiques.

Mais surtout, le bleu de méthylène a une action évidente sur le tissu néoplasique, grâce à laquelle, combiné au curetage des parties morbides, il peut donner des guérisons durables des épithéliomas cutanés; il doit être préféré aux autres traitements médicaux moins actifs. Dans les cas récents, il assure une guérison rapide; dans les cas anciens, avec destructions étendues, on doit même le préférer à l'extirpation sanglante, car il permet de mieux limiter les excisions, et il peut servir de traitement préparatoire pour l'extirpation sanglante qui reste la méthode de choix.

D'après M. Courrech, les sels de mercure, sublimé et cyanure, sont un excellent mode de traitement et le plus puissant des agents injectés dans les affections infectieuses de l'œil; dans les ulcères de la cornée avec abcès ou hypopyon ou simplement infectés, dans les irido-choroïdites suppuratives, dans la panophthalmie, on peut employer les deux sels avec un égal succès; ils constituent le moyen le plus rapide et le plus énergique pour enrayer le processus local dans les affections purement inflam-

matoires comme la kératite parenchymateuse, l'iritis rhumatismale, l'irido-choroïdite, la choroïdite myopique, les injections de sublimé, additionné de chlorure de sodium, donnent des résultats supérieurs aux solutions du sublimé seul ou de cyanure de mercure. Elles enrayent rapidement le processus local, elles sont un bon adjuvant du traitement général.

Dans les affections de la sclérotique, elles ont donné quelques résultats, ainsi que dans les chorio-rétinites myopiques et les décollements de la rétine, qu'elles paraissent impuissantes dans les affections du nerf optique,

Leu injections de sels de mercure sont très douloureuses, qu'il convient de s'en tenir aux injections de 2 à 5 gouttes de solution à 2 p. 1000. D'une façon générale, l'amélioration se fait sentir dès la 5e ou 6e injection.

Si après 10 injections l'amélioration n'est pas obtenue, il faut cesser leur emploi.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie et sarcomatose de la moelle, par S. Orlowski (*Arch. de neurologie*, septembre 1898, p. 161). — Observation d'une fillette de 14 ans, ayant présenté une paralysie avec anesthésie (début par des douleurs) à marche ascendante, qui évolua en 13 mois. — Anatomie pathologique : le canal rachidien contenait une néoformation sarcomateuse ayant pris naissance apparemment dans la pie-mère spinale; elle a détruit toute la partie inférieure de la moelle et a percé la paroi vertébrale. A partir de la 9e racine dorsale, la néoformation a suivi deux directions. La masse principale s'est jetée dans l'espace subdural pour envelopper la moelle en forme de manchon et pénétrer par places dans sa substance; ce manchon s'étend jusqu'au niveau de la décussation des pyramides. L'autre voie suivie par la néoformation est la partie centrale de la moelle; elle y a poussé en forme de colonne creuse occupant presque toute la région dorsale.

La substance centrale de la moelle cervicale présente aussi une excavation, mais indépendante de la néoplasie sarcomateuse; cette cavité débute dans une gliose du cordon postérieur. Les deux cavités n'ont guère de connexions avec le canal central, qui offre des anomalies (il est multiple dans plusieurs endroits).

Outre ces lésions, on note dans la moelle une hyperhémie veineuse très accentuée et un œdème du tissu nerveux atteignant son plus haut degré dans la région cervicale, justement au-dessous de la cavité supérieure. Dans le bulbe, ramollissement extrême. Dans la pie-mère de l'encéphale et du cervelet, quelques métastases du sarcome.

Les observations de ce genre, avec des lésions si saillantes qu'elles ne sauraient échapper dans une autopsie, sont très rares; depuis celle d'Ollivier (1837), on en compte une dizaine; pour toutes, le tableau clinique est pauvre en symptômes précis; toutes concernent des malades jeunes (8 ont moins de 16 ans); cette circonstance ainsi que le caractère embryonnaire de la néoplasie porte à admettre avec Westphal que la sarcomatose du système nerveux central dépend des anomalies de la vie fœtale.

La syringomyélie accompagnant la sarcomatose était tout à fait latente. Syringomyélie et sarcomatose ne sont pas indépendantes l'une de l'autre; la syringomyélie peut résulter d'une compression de la moelle (Schlesinger) qui produit une dilatation du canal central et ensuite la syringomyélie grâce à la prolifération de l'épithélium. Dans l'observation ci-dessus, on voit qu'au niveau du renflement cervical la moelle est très fortement comprimée par la tumeur méningée; tant à ce niveau que plus haut, la stase a atteint son maximum; les éléments nerveux sont tantôt détruits, tantôt dissociés par l'exsudat coagulé. La partie centrale de la moelle est la plus atteinte : le tissu y est extrêmement raréfié, et c'est ici justement que commence la gliose, donnant lieu ensuite à une excavation. Il est bien possible que la stase sanguine et lymphatique excitant le tissu médullaire ait été la cause de la prolifération de la névroglie, de la gliose. C'est ainsi que cette stase, provoquée par la sarcomatose, sert de lien entre la syringomyélie et la sarcomatose, et tend à confirmer la théorie de Kronthal et Langhans faisant dériver la syringomyélie de la stase produite notamment par la compression de la moelle.

Un cas de tumeur de la moelle. Diagnostic du siège par les localisations radiculaires, par Roux et Paviot (*Arch. de neurologie*, juin 1898, p. 433). — L'observation se résume : début par des troubles subjectifs de la sensibilité au bras gauche et aux deux membres inférieurs. Parésie, puis paraplégie spasmodique. La paraplégie devient complète; troubles objectifs de toutes les sensibilités cutanées avec conservation des sensibilités profondes.

Phénomènes de compression radiculaires; moteurs : C 7, C 8, D 1 de chaque côté; sensitifs : D 2, D 1, C 8, à gauche, D 1 à droite. Absence de phénomènes pupillaires. Mort de pneumonie.

Autopsie, macroscopiquement : tumeur s'étendant sur la partie latérale gauche de la moelle, en hauteur depuis C 6 jusqu'au dessous de D 2, dans le sens transversal depuis le sillon collatéral postérieur gauche jusqu'au sillon collatéral antérieur droit (dans sa plus grande largeur). Compression modérée des racines C 5, G 6 gauches. Compression considérable de C 7, G 8 antérieures gauches. La racine D 1 gauche émerge du sein même de la tumeur; D 2 gauche peu atteinte; les racines postérieures gauches de C 7 à D 2, sont déviées par la tumeur; les racines du côté droit ne sont pas atteintes par la tumeur.

Microscopiquement : neurogliome né dans la moitié gauche de l'axe gris, puis sorti de la moelle. Généralisations diffuses légères de toute la pie-mière médullaire et sous forme d'un semis de polypes sur les racines de la queue de cheval. Pas de processus cavitaire.

La dissociation entre les sensibilités cutanées et les sensibilités profondes est une des particularités les plus curieuses de cette observation. L'étude du syndrome de Brown-Séquard permet d'affirmer que les sensibilités cutanées se séparent des sensibilités profondes dans la moelle (sens musculaire aboli du côté de la lésion, anesthésie du côté opposé); les sensibilités profondes suivent les cordons postérieurs et dans l'observation en effet ceux-ci étaient les moins altérés des faisceaux blancs.

L'origine des fibres dilatatrices de la pupille est encore très controversée. L'absence constante de troubles pupillaires chez le malade rend improbable la présence d'un centre pupillaire dans la moelle au niveau de la lésion.

Enfin on n'a pas observé de troubles de la sensibilité à distribution métamérique (métamérie spinale), ils avaient une topographie radiculaire, malgré une destruction de l'axe gris sur une grande étendue.

CHIRURGIE

Quelques nouvelles observations de plaies perforantes de l'abdomen par le Dr Polis (*Annales de la Soc. médic.-chir. de Liège*, 1898, n° 4, p. 147). — Le Dr Polis rend compte de 6 observations de plaies perforantes de l'abdomen.

Observation I. — Homme de 44 ans ayant reçu le 26 juillet 1896, à 6 heures du soir, un coup de couteau dans le ventre. Trois heures après il est amené à l'hôpital : état général satisfaisant, la plaie donne passage aux anses de l'intestin grêle; le tout est entouré de vêtements sordides. Laparotomie après anesthésie, lavage minutieux de la paroi, deux mètres d'intestin environ sont herniés. Plaie pénétrante sur une des anses, suture de la plaie intestinale. Lavage et réduction de la masse herniée. Traitement de la plaie pariétale, suture et pansement.

Les jours suivants la guérison se fit progressive et sans incidents et le malade sort tout à fait remis le 7 septembre.

Obs. II. — Homme de 44 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la région épigastrique. Entre l'appendice xiphoïde et le nombril, plaie de 3 à 4 centimètres. Bon état général.

Désinfection puis laparotomie.

La plaie est perforante : le péritoine pariétal a été atteint, L'estomac et le côlon sont intacts.

Suture de la paroi abdominale en trois plans,

Guérison en 2 mois, sans suppuration.

Obs. III. — Homme de 24 ans, attaqué le 14 mars 1897. Entré à l'hôpital le lendemain. Il est très abattu et a perdu beaucoup de sang. Indépendamment de nombreuses plaies, le blessé présente deux plaies perforantes, l'une du thorax, ayant déterminé un pneumothorax, la seconde de la région lombaire droite. Injection de sérum artificiel d'un litre et demi. Anesthésie. Suture des plaies pariétales par un aide. L'examen de la cavité pleurale après débridement montre qu'il y a peu de sang. Drainage et suture de la plaie.

La plaie lombaire agrandie par une incision montre que le couteau a longé, sans l'entamer, le bord externe du rein pour aller atteindre le péritoine pariétal. sur une étendue de 1 centimètre environ, Tamponnement de la plaie. Au bout d'un mois et demi le malade sort complètement guéri.

Obs. IV. — Homme de 28 ans, atteint au ventre par une latte de machine à raboter le bois, longue de 2 mètres environ. Plaie siégeant à 2 centimètres au-dessus arcade crurale gauche, longue de 2 à 3 centimètres. Un lambeau épiploïque sort du milieu de la plaie. Laparotomie, perforation de l'anse aurega. Nettoyage de la cavité. Fermeture de la plaie sans drainage. Guérison en 2 mois.

Obs. V. — Femme de 21 ans, ayant reçu trois coups de revolver. Laparotomie 5 ou 6 heures après. Pas de plaie péritonéale. Guérison complète.

Obs. VI. — Homme de 24 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la région sous-ombilicale. Laparotomie. Guérison.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'opération de Bottini (Bottini's Operation for enlarged prostate, with report of five case), par H. H. Morton (*Medical Record*, t. II, 1898, p. 397). — D'après l'auteur, l'opération de Bottini est le meilleur traitement de l'hypertrophie prostatique. On sait que cette opération consiste à détruire la prostate à l'aide du galvanocautère. Freudenberg (de Berlin) a modifié l'instrument primitif de Bottini, et, tout en conservant le principe, l'a rendu plus simple. L'auteur a appliqué ce procédé dans 5 cas. L'âge des malades était entre 55 et 75 ans. Dans tous les cas la prostate était transformée en une masse épaisse, fibreuse. Le principal symptôme consistait en polyurie à la fois diurne et nocturne. Le résidu urinaire variait de 1 once à 16 onces. Dans aucun cas il n'y avait concomitamment un calcul vésical, un rétrécissement ou quelque autre anomalie locale.

L'opération de Bottini fut faite avec les trois lames habituelles : la postérieure, longue de 3 centimètres, la lame latérale et l'antérieure longue de 2 centimètres.

La cocaïne fut le seul anesthésique employé.

Dans tous les cas, le résultat de l'opération fut une diminution dans la fréquence des mictions et dans le volume de la glande, au point que les malades purent vider d'eux-mêmes complètement leur vessie. La preuve en fut donnée chaque fois par le cathétérisme pratiqué après la miction.

Les complications du traitement des varices par la méthode de Trendelenburg (Ueber Complicationen nach Trendelenburg'scher Varicenoperation), par Franz (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1898, vol. XLVII, p. 295). — L'auteur communique un cas de varices du membre inférieur avec ulcère de jambe chez un homme de 35 ans auquel on fit, dans la même séance, la résection de la veine saphène (procédé de Trendelenburg), au milieu de la cuisse, et le grattage de l'ulcère dont les bords indurés furent excisés. Lorsque, 5 jours après l'opération, le pansement fut enlevé pour la première fois, on constata que l'incision qui avait servi à découvrir la veine était réunie par première intention, sans trace de suppuration, et que, malgré l'asepsie de la plaie, la veine saphène était thrombosée dans toute son étendue, jusqu'au milieu du mollet. Deux jours après, le malade fut pris brusquement de point de côté et d'oppression, et l'examen montra qu'il s'agissait d'une embolie pulmonaire avec formation d'infarctus. Ce malade a guéri.

L'auteur se demande si la thrombose, ordinairement d'origine septique, n'était pas, dans ce cas, produite par les germes qui se trouvaient à la surface de l'ulcère dont le grattage leur a permis de pénétrer dans les veinules saignantes, et, de là, dans la saphène. En tous cas, il est d'avis de ne pas faire l'opération de Trendelenburg et le grattage de l'ulcère dans la même séance.

La thrombose de la saphène, après l'opération, a été déjà notée plusieurs fois (Faist, Perthes), et ceci dans des cas où il n'y a pas eu d'infection de la plaie opératoire. Quant à l'embolie pulmonaire, elle a été observée par Stutsgaard, Perthes et Nauwerk. L'opérée de Nauwerk ayant succombé brusquement au 11e jour après l'opération, on trouva une obstruction de l'artère pulmonaire par un embolus; la veine saphène, qui avait été réséquée, était thrombosée dans toute son étendue.

Paralysie radiale par contraction du triceps (Ueber das Vorkommen von Radialislähmung nach einer heftigen Contraction der Musculus triceps Brachii), par Gerulanos (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1898, vol. XLVII, p. 1). — Le point de départ des recherches de l'auteur a été un cas de paralysie radiale typique survenue brusquement chez un terrassier de 42 ans, au moment où, pendant son travail, il heurta, avec la bêche, violemment enfoncée dans la terre, une pierre très dure. Comme, pour expliquer cette paralysie, on ne pouvait guère incriminer que la contraction violente du triceps ayant pu comprimer et aplatir le nerf radial contre l'humérus, l'auteur a fait sur des cadavres frais une série d'expériences destinées à élucider le mécanisme de cette compression.

A cet effet, il remplaça le nerf radial, dans la partie où ce nerf se trouve en contact avec l'humérus, soit par un petit cylindre de cire, soit par un tube de caoutchouc en communication avec un manomètre; la contraction du triceps était ensuite réalisée, soit mécaniquement par une traction axercée sur le muscle, soit, le plus souvent, au moyen d'un courant électrique. L'étude des faits observés au cours de ces expériences a conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas de paralysies radiales, apparaissant sans l'intervention d'une cause d'ordre traumatique, on peut incriminer une contraction brusque et violente du triceps brachial;

2° Au niveau du tiers moyen de l'humérus, le nerf radial se trouve appliqué contre le périoste, dans une gaine fibreuse qui lui permet de se déplacer dans l'étendue d'un centimètre. C'est cette faculté de déplacement qui fait que le nerf n'est pas comprimé à chaque contraction ordinaire du muscle;

3° Dans certaines conditions (immobilisation du nerf par les muscles de l'avant-bras, contraction brusque du triceps, etc.), le nerf radial ne peut se déplacer et se trouve alors violemment comprimé entre l'humérus et le triceps contracté;

4° Cette disposition anatomique explique aussi la tendance des paralysies, qui surviennent dans les infections et intoxications chroniques, à se localiser dans le nerf radial;

5° Les paralysies radiales d'origine rhumatismale ou par surmenage doivent probablement dans un grand nombre de cas, être attribuées à cette disposition anatomique du nerf.

MÉDECINE

Recherches sur les causes de la non-compensation des lésions valvulaires du cœur (Experim. Untersuchungen über die Ursachen der Incompensation der Herzklappenfehlern), par R. Balint (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, n° 1, p. 1). — Les recherches faites par l'auteur ont été conduites de façon à élucider le rôle respectif du myocarde et du système nerveux dans l'absence des phénomènes de compensation dans certains cas de lésions valvulaires du cœur. La première série d'expériencas a été faite sur des chiens, des chats et des lapins auxquels on arrachait, par le procédé classique de Rosenbach, une ou deux valvules aortiques. Presque tous les animaux ont survécu à l'opération et sont restés longtemps en vie avec leur insuffisance aortique, sans avoir présenté de troubles de compensation. Chez tous, quand on les a sacrifiés au bout de 91 à 293 jours après l'opération, on trouvait, à l'autopsie, une hypertrophie du cœur, attribuable au surcroît de travail que le cœur avait à fournir dans ces nouvelles conditions de circulation. Ces expériences montrent, en tout cas, suivant l'auteur, que la lésion valvulaire, à elle seule, n'est pas une cause de non-compensation.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur a étudié le rôle de l'endocarde. Les expériences qu'il a faites, à cet effet, et qui ont consisté à injecter une culture de staphylocoques

pyogènes dans les veines des animaux auxquels on avait préalablement arraché une ou deux valvules aortiques, n'ont pas permis d'élucider ce point, car ces injections provoquaient une endocardite ulcéreuse aiguë qui tuait rapidement.

Pour étudier, à ce même point de vue, le rôle du myocarde, l'auteur a fait des injections de phosphore à des animaux auxquels il avait préalablement arraché les valvules aortiques. Les animaux ont vécu ainsi pendant une trentaine de jours, sans présenter de troubles de compensation. A l'autopsie, on trouvait le cœur atteint d'une dégénérescence graisseuse extrêmement accusée. L'auteur en conclut que le myocarde n'intervient pas dans la pathogénie des troubles de compensation dans les lésions valvulaires.

Dans la dernière série d'expériences, Balint sectionnait un des pneumo-gastriques chez les animaux auxquels on avait préalablement déchiré ou arraché les valvules aortiques. Ces animaux, qui ont encore vécu 30 à 60 jours après cette double opération, ont, le plus souvent, présenté des troubles de compensation se manifestant par de la dyspnée, de l'arhythmie, des palpitations. Pourtant ces troubles de compensation se manifestant par de la dyspnée, de l'arhythmie, des palpitations. Pourtant ces troubles de compensation, qui étaient manifestes chez les chiens et les chats, ne se produisaient pas chez les lapins. L'auteur n'en conclut pas moins que, dans les lésions valvulaires du cœur, les troubles de compensation dépendent, en grande partie, des modifications de l'appareil nerveux du cœur.

Gangrène spontanée (Ueber Sponteangangrän), par J. Munk (*Wiener klinische Ründschaü*, 1898, n° 20, p. 313). — L'auteur passe rapidement en revue les différentes théories qui ont été successivement émises sur les causes de la gangrène spontanée. La théorie artérielle de Dupuytren a eu ses défenseurs. La théorie nerveuse date de Virchow, et Bergmann en fit une manifestation de lèpre nerveuse. Bilroth en 1879 émit l'hypothèse remarquable d'une origine toxique.

De fait, un certain nombre de cas sont apparus à la suite de maladies infectieuses. L'auteur se demande si l'on ne pourrait pas admettre que l'asphyxie locale des extrémités avec gangrène rapide est due à une toxine encore inconnue ou à une toxine provenant de quelque maladie infectieuse antérieure.

A l'appui de cette opinion, M. le Dr Munk rapporte un cas de gangrène spontanée chez un enfant ayant eu quelque temps auparavant la rougeole.

Péricardite hémorrhagique pneumococcique. Aspiration. Guérison (A case of hemorragic pericarditis dce to the pneumococcus : aspiration, recovery), par G. G. Sears (*Boston medic. and. surg. Journ.*, t. II, n° 12, p. 293, 1898). — Il s'agit d'un malade âgé de 33 ans, entré à l'hôpital le 19 juin 1897 pour un rhumatisme aigu, sans autre complication cardiaque qu'un souffle à la pointe. Deux semaines plus tard, il fut atteint de pneumonie gauche avec pleurésie. Peu à peu apparurent les signes d'un épanchement péricardique.

Une ponction fut faite au siège d'élection qui permit de retirer 10 onces de liquide rougeâtre contenant de nombreuses hématies, des cellules poly- et mononucléées. Une culture du liquide montra à l'état de pureté la présence du pneumocoque. La guérison suivit régulièrement.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la syphilis par les injections de sérum artificiel bichloruré,

Communication à la *Société de thérapeutique* le 14 décembre 1898,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

Dans un des derniers numéros du *Journal de médecine de Paris* (1) M. Chéron expose une nouvelle méthode de traitement de la syphilis basée sur l'injection intra-musculaire de sérum artificiel bichloruré à doses fortes et éloignées. Le médecin de Saint-Lazare avait remarqué depuis longtemps déjà les heureux effets de l'injection de sérum artificiel chez les syphilitiques adynamiques. D'autre part, Œstreicher qui a étudié la question des doses massives de sels solubles, semble bien avoir montré que la tolérance de l'organisme vis-à-vis du sublimé, par exemple, employé par voie hypodermique, est 8 ou 10 fois supérieure à celle qui est admise par les auteurs.

Les injections de sels solubles à hautes doses remplissaient donc le but des injections insolubles en ayant sur ces dernières l'avantage de ne causer aucune réaction locale et en évitant au malade l'assujettissement de la piqûre quotidienne. Si de plus on incorpore le sel mercuriel en solution étendue dans du sérum artificiel, on réunit toutes les conditions désirables d'un traitement hypodermique de la syphilis, c'est-à-dire tolérance de l'organisme pour le sel mercuriel, tolérance locale des tissus pour l'injection, réduction au minimum du nombre des piqûres, atténuation de la douleur, relèvement collatéral des forces et de l'état général.

Telles sont les idées théoriques qui ont amené M. Chéron à préconiser le sérum hydrargyrique : voici sa technique et ses résultats.

L'injection est pratiquée dans la fossette rétro-trochantérienne à l'aide d'une aiguille de platine iridié de 3 centim. 1/2, enfoncée perpendiculairement à la surface cutanée. Cette longueur de l'aiguille est nécessaire, car l'injection pour être absolument indolore doit être poussée en plein tissu musculaire.

La formule adoptée par l'auteur est la suivante :

Bichlorure de mercure. . .	0 gr. 50
Chlorure de sodium. . . .	2 gr.
Acide phénique neigeux . .	2 gr.
Eau distillée stérilisée. . .	200 gr.

« La quantité de bichlorure introduite, chaque fois, dans le tissu musculaire est de 0 gr. 05 dissous dans 20 cm. cubes du sérum artificiel dont nous avons donné la formule.

« Dans les cas où il est urgent d'agir très promptement, avec une grande énergie, on peut augmenter la quantité de bichlorure; la tolérance est très grande (jusqu'à 8 et même 10 centigrammes).

« L'injection doit être faite tous les 6 ou 8 jours, suivant la rapidité d'action qu'on juge nécessaire. La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure, comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine que nous avons pratiquées.

« Les résultats obtenus sont très rapides. 4 ou 5 injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques. Si l'on a affaire à une syphilis maligne et résistante, on peut sans inconvénient augmenter le nombre des injections.

« La vraie stomatite n'a jamais été constatée. Ce n'est que dans les cas de mauvais entretien de la bouche que quelques rougeurs et quelques érosions légères ont été observées au niveau de la couronne des molaires. Ces lésions ont disparu sans soins spéciaux.

« Les injections intra-musculaires de 0 gr. 05 de bichlorure de mercure en solution dans 1 centim. cube d'eau salée sont mal supportées, elles sont douloureuses, elles donnent lieu souvent à de la rougeur des téguments et à de la chaleur, pendant plusieurs jours; c'est donc à la dilution du bichlorure dans une grande quantité de

1. 16 oct. 1898.

liquide et à l'action analgésique de l'acide phénique qu'est due la manière facile et indolore dont le sérum bichloruré en injections intra-musculaires est supporté.

« En même temps que disparaissent les lésions, l'état général s'améliore, la tension artérielle se relève, le nombre des globules et l'hémoglobine augmentent (1)... »

M. Chéron pense avoir ainsi « trouvé la meilleure solution de la question du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sels solubles de mercure ». Pour notre part il nous est difficile de souscrire à cette prétention, tout en reconnaissant qu'il y a dans l'association du sublimé au sérum artificiel, et dans l'emploi de ce sel hydrargyrique en solution étendue, une idée que nous regardons comme d'autant plus heureuse que nous la soutenons depuis longtemps déjà.

Depuis 7 ans que nous étudions la question des injections hypodermiques (2) nous avons en effet fréquemment insisté sur la nécessité de diluer le principe actif.

« Il y a tout avantage, écrivions-nous dans la *Gazette hebdomadaire*, en mai 1897, pour les sels solubles (de mercure) à injecter des solutions très étendues. L'absorption est facilitée, l'irritation locale considérablement diminuée, la douleur atténuée. Le praticien maniera plus aisément des solutions à 1/5000 et à 1/10 000 que les solutions à 1/1 000 ». Pour ce qui est du sublimé en particulier, nous avons adopté dans notre pratique précisément la solution à 1 centigrammes par 4 centimètres cubes préconisée par M. Chéron.

Quant à l'association au sérum artificiel nous l'avons également proposée dans un grand nombre de nos formules : nous avons reconnu que l'addition de chlorure de sodium au titre du sérum artificiel (7 gr. 50 p. 1 000) dans les solutions de sels solubles de mercure — dont nous sommes faits dans une série d'articles parus ici même (3) l'ardent défenseur — facilitait singulièrement l'assimilation par les tissus, fait important lorsque l'on se sert, comme nous le recommandons, de solutions très étendues.

Voilà pourquoi nous traitons systématiquement depuis bientôt près de 3 ans la plupart des cas de syphilis de la façon suivante : dès que le chancre est reconnu, nous pratiquons tous les deux jours dans la fesse une injection intra-musculaire de la totalité de la solution suivante :

Sublimé	1 cgr.
Solution de NaCl à 7 gr. 50 p. 1000.	4 c. c.

La solution est contenue dans une ampoule fermée à la lampe et stérilisée à 105°.

Chaque ampoule n'est utilisée que pour une seule injection.

Nous nous servons de la seringue stérilisable entièrement en verre, modèle de Lüer, et de l'aiguille de 4 centimètres en platine iridié.

Nous faisons ainsi une série ininterrompue de 20 injections en 40 jours. Après un repos de 15 jours, un mois suivant les cas, nous recommençons une nouvelle série de dix injections (20 jours). Il est rare qu'une dernière série de 10 injections soit nécessaire (vingt jours) pour que les malades aient obtenu tout le bénéfice du traitement mercuriel.

Ces injections sont si peu douloureuses qu'elles peuvent être faites dans notre cabinet et n'interrompent ni la marche ni les occupations habituelles.

Bien plus, quelques-uns de nos malades les pratiquent eux-mêmes après un court apprentissage : la piqûre, toujours intra-musculaire, est alors faite dans la partie antéro-externe de la cuisse, tantôt à droite tantôt à gauche. Nous avons pu ainsi montrer à notre collègue de la Société de thérapeutique, le Dr Le Gendre, un jeune homme de 26 ans qui s'injectait lui-même tous les deux jours les 4 centimètres cubes réglementaires.

Dans les syphilis graves nous avons injecté jusqu'à 2 centigrammes tous les jours pendant six, huit quelquefois dix jours : nous n'avons jamais dépassé cette dose, et nous n'avons jamais regretté de ne l'avoir pas dépassée.

Donc, sur le point de la concentration de l'injection, sur la point de l'association du sel hydrargyrique et du sérum, nous sommes tout à fait d'accord avec M. Chéron. Comme lui nous proclamons et nous écrivons depuis des années que toute concentration de sublimé au delà de 1 p. 1000 doit être condamnée; que spécialement la formule d'Œstreicher, 5 centigrammes de sublimé pour un centimètre cube, doit être absolument bannie du formulaire du praticien.

Mais là où l'accord cesse, c'est lorsque M. Chéron, dans le but d'obvier aux inconvénients du traitement quotidien nécessaire avec les injections de sels solubles, préconise l'injection massive de cinq centigrammes de bichlorure tous les six ou huit jours. Il est vrai qu'il essaie de justifier cette pratique en une phrase : « La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine que nous avons pratiquées ».

Nous pensons que cette méthode thérapeutique ne doit pas être acceptée et cela pour de nombreuses raisons. M. Chéron a eu le particulier bonheur de n'avoir pas jusqu'ici d'accidents graves. Mais de leur défaut, il ne faudrait pas conclure qu'ils ne puissent pas se produire. Si l'on consulte les statistiques de ceux qui emploient le sublimé d'une façon exclusive et qui, comme Lewin ont leur expérience basée sur plus de cent mille cas, nous trouvons que la stomatite *immédiate*, celle qui débute après la 2e ou la 3e injection, dans les 8 premiers jours du traitement, se montre vingt fois sur cent à l'hôpital, trois fois sur cent dans la clientèle; que la simple diarrhée est fréquente (8 à 10 p. 100) et que si les autres complications ont cessé de se produire, c'est précisément parce que les doses employées n'ont dans aucun cas été supérieures à 2 centigrammes. Et nous comprenons la réserve de M. Morel-Lavallée qui se propose d'essayer la méthode de Chéron, mais ne peut se défendre d'éprouver quelque crainte au sujet de la quantité de sublimé injectée en une fois.

Nous ne sommes pas maîtres en effet de l'élimination. Et à ce sujet l'examen des urines ne prouve absolument rien. Les accidents d'intoxication que provoquent les frictions on les pilules retentissent encore assez rarement sur le rein : l'albuminurie même passagère peut ne pas coexister avec une stomatite grave, ou l'entérocolite hydrargirique. Dans ces cas, l'analyse des urines décèle cette élimination régulière du mercure dont M. Chéron se déclare satisfait. Et cependant les accidents peuvent être assez sérieux pour contre-indiquer une médication que l'uroscopie continuerait à recommander.

Mais, peut-être l'auteur pense-t-il que c'est précisément l'association au sérum de ces hautes doses de sublimé qui en prévient les dangers? cela est vraisemblable,

1. *Loc. cit.*
2. Cf. *Formulaire de l'hypodermie*, 1894, 1re édit. (en collaboration avec le Dr Carcalon); 1896, 2e édit.; *Gaz. hebd.*, 1896 et 1897 (*passim*).
3. *Gaz. hebd.*, 11, 18 et 25 avril, 2 et 9 mai 1897.

mais ce n'est point parce que les 20 centimètres cubes qu'il injecte augmentent la pression artérielle, le tonus vasculaire et favorisent l'élimination. Nous ne pouvons partager à cet égard les illusions de M. Chéron. Depuis son « Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie », la question de la sérothérapie artificielle a marché et l'on sait aujourd'hui par des expériences multipliées que l'augmentation de pression artérielle, pour être efficace, c'est-à-dire éliminatrice, exige plus de 20 centimètres cubes d'injection sous-cutanée ou intra-musculaire. Et cependant nous sommes loin des 1 à 5 centimètres cubes du sérum concentré auquel M. Chéron attribuait la même action sur la tension artérielle, le nombre des globules et le chiffre de l'hémoglobine.

C'est la plus grande *dilution* du sel hydrargyrique qui fait la supériorité de la formule de M. Chéron sur celle d'Œstreicher. Les réactions dégénératives des éléments anatomiques, la coagulation des matières albuminoïdes qui sont la règle avec les solutions concentrées ne se produisent pas en présence de solutions étendues. C'est la seule raison de la tolérance des tissus. D'autre part on sait avec quelle facilité les solutions salines sont absorbées. La dose totale injectée se trouve donc très rapidement répandue dans l'organisme entier. Ce sont là vraisemblablement les raisons de la remarquable résistance qu'ont présentée à l'intoxication hydrargyrique les malades d'Œstreicher et de M. Chéron.

Mais le risque encouru malgré le sérum est-il compensé par de réels avantages? Le plus frappant serait de réduire le traitement à cinq ou six injections. Mais ici M. Chéron a contre lui les partisans des injections de sels insolubles. Que cherchent-ils en effet avec le calomel par exemple? une absorption lente, successive du médicament; ils établissent pour ainsi dire une réserve où l'organisme puise le mercure nécessaire à la lutte contre le virus syphilitique, qu'il s'agisse d'une neutralisation ou d'une action antitoxique ou bactéricide. Or, le sel soluble dans le sérum réalise au plus haut degré l'absorption facile et l'élimination rapide. L'élévation de la dose ne répond pas à l'objection. L'absorption n'est pas pour cela ralentie. Si la dose n'est pas toxique, l'élimination se fait presque en masse dans les premières heures par le rein (ce qui n'est pas sans danger pour l'épithélium des tubuli, surtout après la 5e ou 6e piqûre), par les glandes salivaires (ce qui expose à « ces rougeurs, à ces érosions légères au niveau de la couronne des molaires », avouées par M. Chéron) et par la muqueuse intestinale (diarrhée de Lewin). Elle est presque insignifiante dès le second jour (1) et c'est sur ce fait, vérifié expérimentalement des centaines de fois, que se basent les partisans des injections insolubles pour affirmer la supériorité de leur méthode.

La méthode proposée par M. Chéron est donc à la fois condamnée comme dangereuse par les partisans des injections solubles, comme insuffisante par les partisans des injections insolubles.

Il faut retenir la valeur une fois de plus affirmée de la solution de sublimé dans le sérum et la dilution du principe actif à 1/4000. Mais le praticien se trouvera bien de n'injecter qu'un centigramme, un centigramme et demi au plus tous les 2 jours, c'est-à-dire 4 à 6 centim. cubes de la formule de M. Chéron, dans laquelle nous ne contesterons que l'utilité de comprendre 1 p. 100 d'acide phénique. Notre expérience nous permet d'affirmer que l'action analgésique de l'acide phénique n'est ici nullement nécessaire, ainsi que le témoigne le fait que nous avons rapporté de nos malades faisant eux-mêmes leurs piqûres. Il est, croyons-nous, peu utile d'injecter vingt centigrammes d'acide phénique par injection, ce qui augmente d'autant le total des matériaux toxiques à éliminer par le rein.

1. On peut déceler parfois la présence du mercure dans les sécrétions, salives, urines, quelle que soit la dose injectée, longtemps après la piqûre (Jullien, Nicolech, Petersen). Mais il s'agit là de faits exceptionnels ou d'erreurs d'interprétation. M. Fournier même, avec le calomel, a noté très souvent l'absence de toute réaction hydrargyrique dans les excreta 10 jours après l'injection.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les tuberculeux dans les hôpitaux.

II

L'HOPITAL OFFRE A LA TUBERCULOSE TOUTES LES CONDITIONS NÉCESSAIRES A SA DISSÉMINATION

Dans un précédent article nous disions que les tuberculeux ne trouvaient pas à l'hôpital les éléments de traitement qui leur étaient nécessaires; voyons maintenant quels sont les inconvénients issus de la présence de ces malades dans les salles communes.

Le premier : c'est l'encombrement.

Il est attribuable à la multitude des tuberculeux parisiens et au caractère chronique de la maladie.

En 1893, L. H. Petit s'est livré à une sorte de recensement des tuberculeux soignés dans quelques services hospitaliers et il est arrivé aux conclusions suivantes : dans 9 services les tuberculeux occupaient le tiers des lits; dans 4 services ils en occupaient le quart, dans les autres le cinquième (1).

Aujourd'hui on peut évaluer au tiers en moyenne la proportion des places qui seraient disponibles si elles n'étaient occupées par les tuberculeux. Aussi, qu'il se présente un malade fébricitant : la salle est pleine; on admet le malade fébrile, on hésite à chasser le tuberculeux et l'on dresse un brancard, ou même plus simplement on place un matelas par terre.

Ce matelas ou ce brancard gêne les médecins, les voisins et le service; pendant que celui qui l'occupe absorbe pour sa part un certain cube d'air dont la communauté fait les frais. Comme la tuberculose est une maladie à marche fort lente, voilà un brancard ou un lit immobilisé pour de longues semaines.

De la durée de la maladie et du grand nombre de lits accaparés ainsi, découle un deuxième inconvénient : frais énormes pour le budget de l'Assistance.

Le nombre des journées d'hôpital pour Beaujon, la Charité et Saint-Antoine a été en 1891 de 555 158 journées et pour les seuls phtisiques de 101 967, soit le cinquième. Pour ces hôpitaux, l'argent dépensé en médecine a été de 1 545 031 fr. 50 et pour les seuls phtisiques il a été de 310 752 fr. 70 (1).

« Or ces sacrifices sont aussi lourds qu'ils sont inutiles et ils vont chaque année en augmentant. On estime à 1 200 le nombre des phtisiques traités chaque jour dans les hôpitaux généraux de Paris. Ce chiffre est loin de représenter la charge imposée aux hôpitaux parisiens par

1. *Congrès de la tuberculose*, 1893.
2. Letulle *in* « l'Hospitalisation des tuberculeux », communication de M. Petit au *Congrès de la tuberculose*, 1893.

la tuberculose. Letulle a relevé pour l'année 1893 la statistique exacte des tuberculeux soignés dans son service. La proportion de ceux-ci aux autres malades a été de 317 tuberculeux sur 1 417 hospitalisés, soit environ le quart et de 11 699 journées de tuberculeux pour 28 554 journées d'hôpital, soit un peu moins de la moitié.

« On peut donc, sans crainte d'exagération, affirmer que les phthisiques dépensent dans les hôpitaux qui ne sont sont pas faits pour eux au moins le cinquième des journées, chiffre fourni par la statistique hospitalière de 1890. Or le compte rendu moral de l'Assistance publique pour cette même année donnant un total de 4 106 312 jour nées de présence dans les hôpitaux généraux, le prix de la journée d'adulte étant de 3 fr. 39 c. 43, le cinquième représente une dépense de 2 794 078 francs.

« Cette somme a servi à hospitaliser 11 718 phtisiques des deux sexes.

« La durée moyenne du séjour a été de 70 jours au lieu de 26,73 qui est celle de l'hospitalisation pour l'ensemble des autres maladies et le prix de revient par malade de 240 francs environ au lieu de 87 francs, soit 3 fois plus fort pour la tuberculose que pour les autres affections.

« En outre, les phthisiques hospitalisés ne représentent qu'une partie des charges imposées à l'Assistance publique par la tuberculose : à côté d'eux il y a ceux qui sont inscrits et soignés aux bureaux de bienfaisance de Paris. L'enquête administrative faite en vue de connaître à peu près leur nombre en a découvert plus de 5 000.

« Le prix de revient de ces derniers est assez difficile à établir. Les bureaux de bienfaisance disposent annuellement d'une somme de 250 000 francs prise sur les fonds de l'administration pour secours aux phtisiques. En plus de ce subside absolument insuffisant, les autres secours et les frais de traitement peuvent être évalués toujours pour rester au-dessous de la réalité à 0 fr. 50 par tête et par jour, soit 912 500 francs. C'est donc à 4 000 000 de francs environ, dépensés chaque année que se montent les sacrifices faits par la Ville de Paris en faveur de ses phtisiques indigents (1) ».

Le dernier et le principal désavantage du séjour des tuberculeux dans les hôpitaux généraux est le danger qu'ils créent pour leur entourage : car la tuberculose étant une maladie contagieuse et infectieuse, on peut dire : autant de tuberculeux dans une salle d'hôpital, autant de foyers producteurs de bacilles et menaçant les voisins, les infirmiers, les visiteurs, etc.

Il est difficile de déterminer la puissance de la contagion hospitalière et la fréquence des cas où elle s'opère parce que les malades admis pour des affections banales quittent l'hôpital dès qu'ils se sentent mieux, emportant le germe qui fructifiera plus tard. Mais si l'on en juge par ce qui se produit chez les personnes qui vivent en contact perpétuel avec les tuberculeux, c'est-à-dire parmi les infirmiers chargés de la surveillance ou du service de propreté des salles, ce danger prend des proportions effrayantes. M. le Dr Landouzy, dans un rapport présenté à la commission de la tuberculose en 1896, après enquête sur la léthalité tuberculeuse du personnel hospitalier arrive aux résultats suivants. Pour une période décennale de 1896 à 1887, sur 599 agents hospitaliers décédés 217, soit 36,22 p. 100 sont morts de tuberculose. « Ces chiffres dispensent de longs commentaires dit le rapporteur, ils prouvent que nous avons à compter pour notre personnel hospitalier avec une véritable tuberculose professionnelle (1) ». A. BROCA.

1. M. LÉON PETIT, *Le phtisique et son traitement hygiénique*, p. 238 Félix Alcan, 1898.

1. LANDOUZY, Procès-Verbal de la séance du 26 juillet 1896. Commission de la tuberculose.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conditions dans lesquelles est conféré le grade de médecin auxiliaire aux étudiants en médecine rappelés sous les drapeaux pour compléter la durée de leur service actif.

Voici le texte de la circulaire ministérielle relative à cette question :

« Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 qui, ayant perdu le droit à la dispense ou renoncé volontairement au bénéfice de cette dispense, sont rappelés, en qualité de soldats ou de sous-officiers, pour accomplir deux années complémentaires de service actif, peuvent être nommés au grade de médecin auxiliaire, pendant leur séjour sous les drapeaux, conformément aux dispositions arrêtées ci-après, s'ils possèdent au moins douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

« Les étudiants en médecine sont signalés sans retard, par les commandants des bureaux de recrutement intéressés, au directeur du service de santé du corps d'armée, qui les invite à subir, dans un délai maximum de deux mois, l'examen d'aptitude exigé des candidats au grade de médecin auxiliaire par le décret du 6 avril 1888.

« Le directeur du service de santé provoque, à cet effet, la réunion d'une commission spéciale, dont les membres sont choisis et désignés, conformément aux prescriptions de l'article 19 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires.)

« Les étudiants en médecine reçus à l'examen et remplissant, d'ailleurs, les conditions d'honorabilité requises pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire, sont nommés immédiatement à ce grade par le directeur du service de santé du corps d'armée, et reçoivent, conformément aux dispositions de la décision présidentielle du 31 juillet 1897, l'indemnité de première mise d'équipement (350 fr.), allouée par le tarif n° 22, annexé au décret du 27 décembre 1890 pour les sous-officiers promus adjudants-élèves d'administration.

« En cas d'échec à cet examen, les étudiants en médecine seront autorisés à se présenter ultérieurement devant les commissions constituées annuellement pour l'application des articles 18 et 19 du règlement précité du 6 avril 1888; sauf le cas d'indignité professionnelle ou de mauvaise conduite sous les drapeaux, ils seront nommés au grade de médecin auxiliaire par le directeur de santé du corps d'armée, s'ils obtiennent le certificat d'aptitude nécessaire, et si leur nomination peut avoir lieu au moins 3 ans avant leur libération définitive du service militaire actif; mais les médecins auxiliaires nommés dans ces conditions n'auront pas droit à l'indemnité de 350 francs pour première mise d'équipement; ils recevront, par les soins du corps ou de la section d'affectation, une tenue de sous-officier, à laquelle seront apportées les modifications prescrites par l'article 16 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires.)

« Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, rappelés à l'activité pour deux années, en qualité de soldats ou de sous-officiers, et nommés au grade de médecin auxiliaire pendant leur séjour sous les drapeaux, sont toujours signalés par le directeur du service de santé du corps d'armée au ministre de la Guerre (7e direction), qui les affecte, suivant les besoins, aux corps de troupes ou aux hôpitaux militaires. »

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Angine diphthérique avec croup; tubage prolongé pendant sept jours; durée du séjour du tube dans le larynx : 132 heures; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate; mort par spasme de la glotte,

Par le Dr E. Ausset,

Professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

P..., Léon, âgé de deux ans, est déjà entré, cette année, deux fois dans notre service. C'est un enfant très frêle, malingre, nourri de bonne heure avec des soupes, des pommes de terre, du café au lait, etc.

Il est entré le 17 mars au pavillon de la diphthérie pour laryngite avec léger tirage. Pas de diphthérie, guérison rapide par les pulvérisations et les compresses chaudes. Sorti le 27 mars.

Le 4 juin, il nous revient avec de la laryngite, de l'angine et du coryza. Le lendemain, éruption d'une rougeole qui évolue normalement. Sort guéri le 16 juin.

Enfin il rentre, pour la troisième fois, pour une angine suspecte le 15 octobre dernier, vers 11 heures du matin. Dépôt pultacé sur les amygdales, mais pas de fausses membrane; toux légère, voix enrouée, dyspnée peu accusée. Rien aux poumons, pas d'albumine, état général satisfaisant.

Des parcelles de l'enduit amygdalien, recueillies sur un tampon stérilisé et étalées par frottis sur lame de verre, puis colorées au Gram, montrent de nombreux bacilles de Lœffler (formes moyennes et longues), au milieu de nombreux microcoques (un ensemencement sur sérum nous a donné le même résultat positif au point de vue de la diphthérie). L'enfant reçoit le jour même de son entrée, à 2 heures de l'après-midi, 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

Lavages antiseptiques de la gorge avec la solution de Labarraque; attouchements des amygdales avec le collutoire salicylé à 10 p. 100; instillations dans les narines d'huile mentholée à 5 p. 100. Pulvérisations avec la mixture à l'eucalyptus et au benjoin.

16 octobre. Nuit assez agitée; état général peu satisfaisant; faciès plombé. Un peu de tirage pendant la nuit. Continuation du traitement, auquel on ajoute un centigr. de codéine pour la journée. T. : 37°3 le matin; 38°8 le soir.

17 octobre. Journée assez bonne, mais le soir le tirage est très accentué; respiration serratique, dyspnée extrême. On doit pratiquer le tubage à 6 heures du soir. Après cette opération la respiration se régularise. T. : 38°3 le matin; 37°8 le soir.

18 octobre. Nuit bonne. Continuation du traitement. On détube vers 9 h. 3/4. Le tube est donc resté 15 h. 3/4 dans le larynx. La gorge est presque complètement détergée. L'enfant se remet à tirer énergiquement presque aussitôt, et 10 heures il faut le tuber. A 2 heures on tente de le détuber, mais le tirage se reproduit de suite et il faut retuber immédiatement. T. : 37°6 le matin; 37°2 le soir. Même traitement général.

19 octobre. On détube l'enfant à 10 heures du matin. Le tube est donc resté 20 heures dans le larynx. A 11 h. 1/4 le tirage extrême nécessite un nouveau tubage. L'enfant reste tubé toute la journée et toute la nuit suivante. Même traitement. T. : 37°3 le matin; 37°8 le soir.

20 octobre. A 8 heures on enlève le tube, mais à 8. 1/2 il faut le replacer. A 2 h. 1/2 nouvelle tentative, mais il faut replacer le tube à 3 h. 1/4. Bromure de sodium, codéine, pulvérisations. T. : 37°4 le matin; 38°1 le soir.

21 octobre. Le tube est resté en place 17 heures. On le retire à 8 heures du matin, mais il faut le replacer à 8 h. 1/4. Même traitement. Température normale.

22 octobre. Détubé à 11 heures du matin après 26 h. 3/4 de séjour du tube, le tirage se reproduit aussitôt, et l'asphyxie est menaçante. Inhalations de chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète; le tirage s'amende très notablement, disparaît presque, mais il se reproduit aussitôt qu'on cesse d'administrer l'anesthésique. Réintubation à 11 h. 3/4. Détubé à 2 h. 3/4. Inhalations de chloroforme; grâce à ce dernier, l'enfant peut rester sans tube jusqu'à 5 heures du soir, mais à ce moment l'asphyxie est si imminente qu'il faut remettre le tube. Température normale. Même traitement général.

23 octobre. Détubage à 7 heures du matin. Les inhalations de chloroforme permettent de laisser, péniblement, l'enfant sans tube pendant 1 h. 1/4. Puis le pouls devient filiforme, l'enfant se cyanose et il faut retuber d'urgence.

24 octobre. Ainsi donc, la diphthérie est parfaitement guérie, et cependant l'enfant ne peut plus se passer de son tube; aussi, pensant qu'il s'agit ici de spasme laryngé occasionné par des ulcérations de la muqueuse, je décide que la trachéotomie sera proposée à la famille, l'enfant ne pouvant sans inconvénient garder un tube dans son larynx un temps plus long, d'autant que j'avais toujours peur d'un rejet spontané en l'absence de mon interne, M. Chatelain, qui pourtant m'a été dans cette circonstance d'un secours précieux et d'un dévouement admirable.

On fait une dernière tentative; l'enfant est détubé, puis on le soumet aux inhalations de chloroforme. Malgré cela, il faut replacer le tube aussitôt (tube court de Bayeux). Je fais alors préparer tout ce qu'il faut pour faire la trachéotomie, et je pars faire ma consultation gratuite, annonçant mon retour pour dans une demi-heure. Mon interne reste, bien entendu, auprès de l'enfant, qu'il ne quitte du reste presque pas depuis sept jours.

Pendant les préparatifs de l'opération, l'enfant, encore couché dans son lit, a un accès violent de toux, il rejette son tube; en hâte on se met en devoir de le retuber, on ne parvient que péniblement à écarter les mâchoires, tant la contracture est forte; en quelques secondes le spasme a amené une complète

asphyxie, l'enfant est livide, on introduit le tube, mais il est trop tard; malgré les tractions rhythmées de la langue, la respiration artificielle, les flagellations les plus énergiques, on ne peut le rappeler à la vie.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort.

Foie congestionné; rate et reins sains; rien au tube digestif.

Rien aux poumons, si ce n'est un peu de congestion des bases.

Les ganglions bronchiques sont un peu gros, mais ils roulent parfaitement sous le doigt, n'ont contracté entre eux ni avec les parois voisines aucun commencement d'adhérences. Nulle part on ne voit de compression nerveuse.

Le larynx et la trachée ouverts jusqu'à la bifurcation des bronches, on constate qu'il n'existe plus aucune trace de diphthérie.

Au niveau du vestibule laryngé, à la base de l'épiglotte, de chaque côté de la ligne médiane, exactement entre les cordes vocales supérieures et les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse vestibulaire est ulcérée, à deux endroits symétriques, en forme de croissants, exactement à l'endroit où reposait le pavillon du tube.

Au niveau de la glotte, le ventricule de Morgagni du côté droit est béant.

Dans les régions sous-glottiques, au niveau de l'anneau cricoïdien, symétriquement de chaque côté du plan médian antéropostérieur, on remarque deux vastes ulcérations triangulaires de plus d'un centimètre carré de surface, adossées par leur base en arrière. La muqueuse tapissant le cricoïde est nécrosée circulairement, il n'en reste d'intacte qu'une petite bande longitudinale en avant. Le fond des ulcérations cricoïdiennes est grisâtre, le cartilage est mis à nu par endroits.

Enfin sur la face antérieure de la trachée, à deux centimètres environ au-dessous du bord inférieur du cricoïde, à l'endroit où pressait l'extrémité inférieure du tube long, la muqueuse est érodée et les anneaux cartilagineux de la trachée apparaissent nacrés.

En résumé, voilà un enfant, guéri de sa diphthérie, et qui a succombé uniquement à une cause mécanique, à du spasme laryngé. Les lésions que nous avons rencontrées à l'autopsie viennent bien démontrer d'une façon péremptoire que ce spasme était dû aux ulcérations de la muqueuse.

A notre sens, c'est à cette cause qu'il faut attribuer le plus souvent le spasme consécutif au tubage et qui nécessite un séjour prolongé du tube, et même la trachéotomie. Mais, dans cette courte note, je ne veux pas insister plus longtemps sur ce mécanisme, ayant l'intention d'entreprendre un travail de plus longue haleine sur l'étiologie des « tubards », basée sur les cas qu'il m'a été donné d'observer dans mon service (1).

1. *Écho médical du Nord*, 1898, p. 585.

REVUE DES CONGRÈS

10e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Dusseldorf du 19 au 24 septembre.

Le sérodiagnostic dans les gastro-entérites des enfants.

M. Pfaundler a fait à la clinique d'Escherich une série de recherches sur le sérodiagnostic dans les affections gastro-intestinales des nourrissons. Sur les 700 examens qu'il a pratiqués il a trouvé que dans aucun cas les coli-bacilles provenant d'un intestin sain ne sont agglutinés par le sérum de l'individu chez lequel ils ont été pris; par contre, l'agglutination se produit dans certains cas de colite infectieuse et dans d'autres où le colibacille, sans être la cause de l'affection gastro-intestinale intervient à titre d'agent effectif dans les complications (cystite, péritonite) qui se sont produites au cours de la maladie primitive. Ce dernier fait montre que dans l'interprétation du phénomène d'agglutination témoignant du rôle spécifique de la bactérie agglutinée il faut encore compter avec la symbiose des bactéries et les infections secondaires.

Digestion de la caséine.

M. Knöpfelmacher avait trouvé, dans des recherches faites déjà il y a quelques années, que dans les fèces des nourrissons alimentés avec du lait de vache on trouve de la pseudonucléine, produit de dédoublement de la caséine ou de la paracaséine. Avec la pseudo-nucléine apparaissant dans les matières fécales, l'organisme perd une partie de phosphore inclus dans les substances albuminoïdes.

Les nouvelles recherches faites par MM. Knöpfelmacher ont eu pour but de déterminer la quantité de phosphore ainsi perdue et les recherches qu'il a faites sur trois enfants de 7, 8 et 11 ans lui ont montré que cette quantité était de 4 à 5 p. 100. Mais il faut en défalquer encore la quantité de phosphore continue dans la nucléine de l'épithélium et des sucs intestinaux.

Le diagnostic de l'anémie des nourrissons par l'examen du sang.

M. R. Fischl fait remarquer que chez les jeunes nourrissons le tableau histologique du sang ne présente pas de particularités caractéristiques de telle ou telle forme d'anémie, de sorte que l'examen microscopique du sang coloré ne donne dans ce cas aucun renseignements précis pouvant être utilisé pour le diagnostic. Par contre l'étude des éléments cellulaires permet de conclure à l'existence d'une anémie et de préciser son intensité.

L'examen histologique du sang ne permet pas non plus de dire quel est l'organe hématopoiétique atteint. En effet les organes hématopoiétiques qui fonctionnent pendant la vie fœtale peuvent, dans des conditions normales ou pathologiques, continuer à fonctionner pendant les premiers mois après la naissance; d'un autre côté chez le nourrisson les organes de l'hématopoièse ne sont pas encore arrivés à leur développement complet et se complètent mutuellement.

L'apparition dans le sang de nombreux normoblastes présentant une division partielle des noyaux, l'apparition des mégaloblastes, des polychromatophyles et des poikilocytes indique l'existence d'un trouble de l'hématopoièse sans en préciser la nature, et permet de formuler le pronostic d'après l'intensité des symptômes observés.

Quant à l'autopsie elle ne permet guère de faire le diagnostic que dans la leucémie chronique; dans tous les autres cas elle ne donne ordinairement pas l'explication des phénomènes observés.

M. Siegert estime aussi qu'il est impossible de faire le diagnostic de la forme de l'anémie et d'indiquer l'organe en souffrance d'après les rapports entre les diverses formes des leucocytes qu'on trouve dans le sang. Les effets d'un traitement, c'est-à-dire l'amélioration ou l'aggravation de l'anémie, peuvent être reconnus d'après la diminution ou l'accentuation du tableau histologique du sang.

M. Meinerk croit qu'une des causes fréquentes de l'anémie des nourrissons est la ligature précoce du cordon; on prive ainsi l'organisme du nouveau-né d'une certaine quantité de sang, lequel déficit est difficilement couvert par lui.

Dégénérescence de la moelle épinière chez l'enfant.

M. Zappert qui a examiné par la méthode de Marchi un grand nombre de moelles épinières des enfants ayant succombé à des affections diverses, a fréquemment trouvé une dégénérescence, d'intensité variable, des racines antérieures. Les nerfs crâniens moteurs sont aussi assez souvent frappés de dégénéres-

cences. Les mêmes lésions étaient moins accentuées au niveau des racines postérieures.

L'examen des cellules ganglionnaires des coccus antérieurs par la méthode de Nissl a montré dans quelques cas l'existence des lésions, mais ces lésions étaient moins fréquents qu'on ne pourrait le croire d'après les recherches de Müller et Manicatide.

Les causes les plus fréquentes de ces dégénérescences ont été la gastro-entérite et la septicémie. Dans quelques cas où on a trouvé une dégénérescence accentuée des racines antérieures, il a existé pendant la vie des contractures musculaires.

La ponction lombaire chez l'enfant.

M. Pfaundler a fait à la clinique d'Escherich près de 200 ponctions lombaires. Dans la méningite tuberculeuse le liquide cérébro-spinal retiré pendant la vie contenait des bacilles tuberculeux dans 20 p. 100 de cas; après la mort les bacilles tuberculeux furent trouvés dans le liquide cérébro-spinal dans dans tous les cas qui ont été examinés.

Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, les microorganismes trouvés ont été le diplocoque de Weichselbaum et le méningocoque de Heubner. Dans la cachexie des nourrissons hospitalisés, le liquide cérébro-spinal renfermait souvent des microorganismes.

Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire agit efficacement à titre d'intervention palliative dans tous les cas où la pression intra-cérébrale accrue menace directement la vie. Comme médication symptomatique elle donne des succès dans la céphalalgie, l'hyperesthésie, le délire, le coma, les convulsions, etc. Comme traitement causal elle réussit quelquefois dans l'hydrocéphalie.

La ponction lombaire, en tant qu'opération, ne comporte aucun danger.

M. Siegert fait remarquer que dans la méningite cérébro-spinale épidémique, la ponction lombaire est très utile à la condition d'être faite de bonne heure. Dans la méningite tuberculeuse, il n'a pas toujours trouvé de bacilles dans le liquide cérébro-spinal.

M. Ritter n'a trouvé des bacilles tuberculeux dans le liquide cérébro-spinal que dans 2 cas sur 6 cas de méningite tuberculeuse ponctionnés.

M. Fisch trouve qu'on abuse de la ponction lombaire comme moyen diagnostique.

Les avantages et les inconvénients du lait stérilisé.

M. Carstens, après avoir établi que le meilleur aliment pour le nourrisson est le lait de sa mère, estime qu'à son défaut le lait de vache proprement et fraîchement trait et bouilli à la maison pendant 10 minutes est préférable au lait stérilisé industriellement et livré par le commerce. L'alimentation exclusive par le lait stérilisé au delà du 9e ou 10e mois de la vie n'est pas nuisible mais ne peut non plus se recommander. Si le nourrisson atteint l'âge de 9 ou 10 mois pendant la saison chaude, il est indiqué de joindre au lait stérilisé, de la soupe, des biscuits, du riz, des légumes frais, etc. S'il atteint cet âge pendant l'hiver il est préférable de remplacer le lait stérilisé par le lait de vache stérilisé.

M. Starck, en s'appuyant sur ses faits personnels et les résultats d'une enquête faite auprès de 300 médecins arrive aux conclusions suivantes :

1° L'alimentation exclusive des nourrissons avec du lait stérilisé amène dans un grand nombre de cas des troubles de la nutrition se manifestant sous forme d'anémie, de rachitisme, de scorbut, etc.

2° Ces résultats sont dus non seulement à l'uniformité inévitable de l'alimentation mais aussi aux modifications physiques et cliniques du lait pendant la stérilisation.

3° Le lait de vache fraîchement et proprement trait et bouilli donne le même résultat que le lait stérilisé et doit être considéré comme le meilleure succédané du lait de femme.

M. Heubner constate avec plaisir que tout le monde est d'accord pour préférer chez les nourrissons *sains* le lait de vache bouilli aux diverses préparations industrielles du lait.

M. Knöpfelmacher estime que si les résultats fournis par le lait de femme et le lait de vache ne sont pas les mêmes cela tient à ce que les substances albuminoïdes des deux laits n'ont pas la même composition chimique.

M. d'Espine a eu toujours de bons résultats avec le lait bouilli; le lait industriellement stérilisé lui a donné plusieurs fois des mécomptes.

M. Ranke fait remarquer qu'à Munich, où l'emploi du lait industriellement stérilisé est très répandu, il n'a observé que 4 ou 5 cas de maladie de Barlow.

M. Escherich, qui n'a jamais observé de maladie de Barlow, emploie avec succès le lait de Gärtner.

Le myxœdème chez les nourrissons.

M. Lange a observé 2 cas de myxœdème chez des nourrissons. Dans l'un le myxœdème paraissait être d'origine congénitale; dans le second cette affection s'était développée dans le courant de la première année de la vie. Le traitement thyroïdien a donné des résultats satisfaisants, mais il a dû à plusieurs reprises être interrompu à cause de l'état d'agitation qu'il provoquait chez les enfants.

Alimentation artificielle des nourrissons dyspeptiques.

M. Keller est parti, dans les essais qu'il a faits à la clinique de Czerny, de la conception de la gastro-entérite comme manifestation d'une intoxication acide. Ses recherches lui ont notamment montré que chez les nourrissons dyspeptiques, on trouve dans l'urine une grande quantité d'ammoniaque témoignant de la formation et de l'élimination exagérées des produits acides formés pendant les échanges interstitiels. Comme, dans cette intoxication acide, l'organisme s'appauvrit en alcalis fixes, il faut donner une alimentation riche en alcalins et ne contenant qu'une petite quantité de substances albuminoïdes et de graisses; le déficit peut être couvert par des hydrates de carbone.

Il a donc essayé chez les dyspeptiques une soupe à l'extrait de malt qui se prépare de la façon suivante : 50 grammes de farine de froment sont battus dans 1/3 de litre de lait et le liquide filtré à travers une passoire; dans un autre vase, on dissout 100 grammes d'extrait de malt dans 2/3 de litre d'eau à 50° contenant 10 cm. cubes d'une solution de carbonate de potasse à 11 p. 100. On réunit les deux liquides et fait bouillir le tout.

Cette soupe a été employée chez 33 nourrissons au-dessous d'un an atteints de dyspepsie grave. Cinq ont succombé, mais les 28 autres ont guéri et en quittant l'hôpital ont présenté une augmentation du poids qui a oscillé entre 2 et 43 grammes.

Jamais un pareil résultat n'a été obtenu par un autre succédané du lait.

M. Gregor a employé la soupe à l'extrait de malt chez 74 nourrissons dyspeptiques de la policlinique de Czerny. Sept d'entre eux ont succombé aux progrès de leur dyspepsie, 4 à une affection intercurrente. 44 ont définitivement guéri en ce sens que leur développement et augmentation du poids se sont faits ultérieurement comme chez des nourrissons n'ayant jamais été malades. Chez 17, on a obtenu une amélioration considérable; 3 sont encore en traitement.

M. Heubner a eu recours à la soupe à l'extrait de malt dans 19 cas de gastro-entérites graves chez des nourrissones dont quelques-unes n'étaient âgées que 8 à 15 jours. Les résultats qu'il a obtenus sont certainement supérieurs à ceux fournis jusqu'à présent par les autres modes d'alimentation.

Pathogénie de l'œdème dans la néphrite.

M. Reichel a constaté que lorsqu'on injecte 50 centim. cubes de solution physiologique de chlorure de sodium sous la peau des individus atteints de néphrite interstitielle ou parenchymateuse, l'œdème circonscrit qui se forme dans ces cas persiste pendant 5 à 10 jours, tandis que chez les cardiaques non compensés ou en cas de stase locale, la résorption est complète au bout de quelques heures. Il en conclut que chez les néphrétiques le pou-

voir de résorption des tissus est diminué, fait qu'on peut mettre en rapport avec la pathogénie des œdèmes dans la néphrite.

Influence de la menstruation sur la lactation.

M. Bendix conclut, d'après les documents qu'il a réunis, que dans 60 p. 100 des cas, les femmes qui allaitent ont leurs règles dont l'apparition, à moins que la menstruation ne s'établisse déjà 1 mois après l'accouchement, ne nécessite que dans des cas très rares le sevrage de l'enfant. Les modifications quantitatives du lait pendant la menstruation sont extrêmement rares; quant aux modifications qualitatives, elles ne portent que sur les substances grasses et sont sans importance pour l'hygiène du nourrisson.

M. Fischl a constaté que l'influence de la menstruation sur le nourrisson ne se manifeste que dans les cas où le retour des règles amène une dépression psychique.

Les affections rénales après les commotions de la moelle épinière.

M. Posner communique les recherches expérimentales qu'il a faites pour voir si une commotion de la moelle épinière peut amener une suppuration du rein avec formation de calculs, comme cela a été le cas d'un malade observé à la clinique de Bramann.

A cet effet, il sectionnait chez les chiens la moelle épinière entre la 1re et la 2e vertèbres lombaires. Deux chiens qui sont restés en vie ont été sondés pendant plusieurs mois. L'urine resta normale, et, lorsque les animaux furent sacrifiés, on constata que leurs reins étaient intacts. M. Posner en conclut que les lésions de la moelle épinière ne provoquent pas directemant de lithiase rénale.

Résection étendue de l'intestin.

M. Dresmann a communiqué l'observation d'un individu, entré à l'hôpital pour une hernie crurale étranglée, et chez lequel, la kélotomie ne permettant pas d'avoir toute l'anse gangrénée, on fit la laparotomie qui permit de réséquer 2m15 d'intestin gangréné. Le malade guérit.

M. Dresmann a trouvé dans la littérature 24 cas où l'on avait réséqué plus d'un mètre d'intestin. L'étude de ces faits montre que la résection de plus de 2 mètres d'intestin n'est supportée que par des individus jeunes.

Traitement conservateur des traumatismes graves des membres.

M. Plucker communique une série de cas de traumatismes graves des membres inférieurs, dans lesquels on a renoncé, devant l'impossibilité d'aseptiser le foyer, à toute toilette antiseptique, en se contentant, pour tout traitement, de les enduire avec une pommade à l'oxyde jaune de mercure et de les couvrir d'un pansement. Les résultats ont été très satisfaisants, surtout dans les plaies produites par des machines.

Traitement des hémorrhagies puerpérales par atonie de l'utérus.

M. Arndt indique un procédé pour arrêter les hémorrhagies par atonie de l'utérus. Ce procédé consiste à saisir avec deux pinces les lèvres du col et attirer fortement l'utérus en bas. Cette manœuvre a un double résultat : elle anémie l'utérus et provoque des contractions utérines.

Grossesse extra-utérine.

M. Thorn admet que 90 à 95 p. 100 de cas d'hématocèles sont des grossesses extra-utérines terminées avant le 3e mois par la rupture du sac. Sur 136 cas de ce genre, il est intervenu 30 fois par la laparotomie et 9 fois par l'incision vaginale; sur ces 39 cas, il a perdu 2 opérées. Sur les 96 cas traités par l'expectation, tous ont guéri; toutefois, dans 13 p. 100 de ces cas, les malades ont conservé des troubles qui le plus souvent existaient déjà avant la grossesse extra-utérine et étaient dûs à la périmétrite.

M. Veit estime que dans les grossesses extra-utérines avec fœtus mort et œuf retenu dans la trompe, les indications de l'intervention sont les mêmes que dans les autres affections des trompes.

Inflammations localisées de l'utérus.

M. Frommel a observé chez 6 femmes une forme particulière de métrite caractérisée par une douleur fixe et localisée à un point de l'abdomen. A l'examen de la cavité utérine, on pouvait constater que cette douleur siégeait au niveau d'un des angles de l'utérus, autour du point d'insertion de la trompe. Dans un cas où l'on a fait le curetage, l'examen de la muqueuse a montré l'existence des cellules déciduales dans la région correspondante à l'insertion de la trompe et dans laquelle était localisée la douleur.

Il semble donc que cette métrite localisée doive être attribuée à la régression défectueuse de la muqueuse au niveau de l'insertion du placenta.

Dégénérescence maligne des myomes.

M. Fehling a observé 2 cas de dégénérescence maligne du fibro-myome intervenu après la castration faite dans un cas 4 ans, dans l'autre 8 ans auparavant.

En compulsant les observations de 409 cas de fibromyomes de la clinique de Halle, M. Fehling en a trouvé 9 avec dégénérescence maligne qui était de nature sarcomateuse dans 8 cas, de nature carcinomateuse dans 1 cas. On peut donc se demander si, dans les cas nécessitant l'intervention chirurgicale, l'hystérectomie ne doit être préférée à la castration.

M. Hofmeier a observé la dégénérescence cancéreuse des myomes dans 4 p. 100 des cas.

Injections sous-cutanées de sérum artificiel dans la fièvre puerpérale.

M. Eberhart signale les bons résultats que donnent les injections massives de sérum artificiel dans le traitement de la fièvre puerpérale. Ces injections augmentent la diurèse et entraînent les bactéries et les produits toxiques qui se forment dans l'organisme infecté.

De l'opération précoce de l'appendicite.

M. Riedel (d'Iéna) communique sa statistique qui comprend 132 cas dont 11 se rapportant à la tuberculose locale, et un seul à de la pérityphlite sans appendicite.

Les 120 appendicites comprennent 23 cas non suppurés et 97 suppurés dont 92 avec perforation. L'examen des pièces montre qu'il n'y a pas concordance entre les lésions constatées et les symptômes cliniques.

Parfois l'appendicite se relève du côté du foie, ce qui peut modifier le type clinique de la maladie; il peut arriver que la tuméfaction et la douleur manquent dans la région iléo-cæcale. Il peut se faire des suppurations métastatiques multiples dans la cavité abdominale, dans les muscles, etc., quand le foyer primitif n'est pas ouvert de bonne heure.

Les 92 cas avec perforation ont donné lieu à 20 décès; sur ce nombre 6 n'ont pas pu être opérés. Ce n'est qu'en opérant de bonne heure que l'on diminuera la mortalité.

Il n'a jamais constaté de rétrécissement du calibre de l'appendice.

M. von Büngner (de Hanau) dit qu'il faut opérer dès qu'il y a du pus, mais qu'il est inutile de chercher l'appendice et de l'enlever. L'opération est nécessaire dans la moitié des cas aigus. Dans les cas chroniques, il faut opérer dans l'intervalle des poussées et alors l'intervention est sans danger.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 Novembre 1898.

Composition et valeur alimentaire des fromages.

M. Ballard. — Dans les fromages ordinaires de vache, la proportion d'eau peut s'élever à 80 p. 100, et les matières azotées l'emportent généralement sur les matières grasses. Dans les fromages frais, dits à la crème (suisse, gournay, neuchâtel), l'eau est de 50 à 60 p. 100. Les fromages à pâte ferme n'ont que 30 p. 100 d'eau.

Si l'on prend le gruyère, fabriqué dans les départements qui avoisinent la Suisse, on trouve que 100 grammes de ce fromage contiennent, sous une forme concrète, autant de matières grasses et azotées qu'un litre de lait, soit plus de substances nutritives qu'il n'y en a dans 250 grammes de viande de boucherie. A 75 p. 100 d'eau, le fromage, dont le transport est facile, pourrait jouer un rôle important dans l'alimentation de l'armée.

Sur une méthode de coloration du protoplasma par les pigments des bactéries.

M. C. Matruchot. — Chez certains champignons, les pigments, excrétés au dehors des cellules, sont susceptibles de se fixer sur le protoplasma d'autres organismes vivants et d'en déceler partiellement la structure. Ce procédé de coloration, appliqué à diverses mucorinées, a conduit aux mêmes résultats que l'emploi des pigments bactériens en nature.

Caractérisation du sucre de l'urine des diabétiques.

M. Le Goff. — De nombreux auteurs, qui ont décrit le sucre de l'urine diabétique, ont cru pouvoir l'identifier avec le glucose *d*. Cependant, cette identité étant loin d'être admise par tout le monde, il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de cette question. Les recherches instituées à cet effet sur l'urine d'un diabétique du service de M. P. Marie nous ont fait voir d'une façon très nette qu'il s'agit ici réellement du glucose *d*, et, tout en tenant compte des observations de pentosurie, lévulosurie, lactosurie, publiées dans ces dernières années, nous estimons que l'existence de ce sucre dans les urines diabétiques et dans le sang est probablement le cas le plus général.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 Décembre 1898.

Tumeur tuberculeuse du pédoncule cérébral.

MM. Prosper Merklen et **Beaujard** montrent une tumeur du pédoncule du côté droit, du volume d'une noisette, avec constatation du bacille tuberculeux. Les deux poumons du sujet sont parsemés de granulations et la base droite est le siège d'un foyer de pneumonie caséeuse.

Occlusion intestinale par fibrome à pédicule tordu.

M. Georges Luys présente le cas d'une femme de 57 ans, qui était entrée dans le service de M. Le Dentu, avec des symptômes d'occlusion intestinale. Cette femme, extrêmement obèse, avait une paroi abdominale très épaisse et présentait, de plus, un météorisme très accentué, ce qui rendait le diagnostic de la cause de l'occlusion presque impossible. La malade succomba au moment où on allait intervenir.

A l'autopsie, on trouva un volumineux fibrome pédiculé de l'utérus, tordu au niveau de son pédicule. La masse du fibrome reposait sur l'S iliaque et déterminait l'aplatissement de cette portion de l'intestin. Cette compression semble avoir été la cause des accidents d'occlusion intestinale.

Double hémorrhagie cérébrale.

M. Cestan apporte le cerveau d'une femme de 25 ans, morte à la suite d'une double hémorrhagie cérébrale. L'âge de la malade, l'absence d'antécédents cardiaques et syphilitiques, la présence de troubles sensitifs et le début par une émotion avaient fait porter, par le médecin de la ville, le diagnostic d'hémiplégie hystérique. On rectifia le diagnostic et le pronostic par l'existence du signe de Babinski, qui fut mis en évidence immédiatement après l'ictus.

Intoxication aiguë par le sublimé.

M. Bigard montre les pièces de l'autopsie d'un cas d'empoisonnement par le sublimé. Le gros intestin est tacheté de placards saillants, boursoufflés, hémorrhagiques, plus rares au niveau du rectum, confluents dans le cæcum, respectant l'appendice. L'intestin grêle est indemne de toute lésion. Les ecchymoses reparaissent au niveau de la région pylorique de la muqueuse gastrique.

La malade avait absorbé 20 grammes de sublimé en suspension dans un verre d'eau ; pendant 3 jours l'anurie fut complète ; puis elle se remit à uriner, présenta des traces d'albumine et mourut au bout de 8 jours.

Anévrysme de l'oreillette gauche au-dessus d'un rétrécissement mitral.

M. Bigard apporte le cœur d'une malade qui a souffert pendant 42 ans d'un rétrécissement mitral. Au-dessus de la sténose, l'oreillette est très dilatée; sa paroi est épaissie et scléreuse; sa cavité est remplie de caillots fibrineux, comme une poche anévrysmale, caillots au milieu desquels il persiste un canal qui continue le trajet des veines pulmonaires jusqu'au ventricule gauche.

Il y avait une symphyse péricardique limitée à l'oreillette ectasiée.

Achillodynie et bourses séreuses du tendon d'Achille.

M. Mauclaire, au nom de **M. de Bovis**, rapporte une observation d'achillodynie non blennorrhagique. A ce sujet, M. de Bovis s'est livré à une étude d'anatomie topographique de la région du tendon d'Achille, et conclut qu'il y a, à ce niveau, non pas une seule bourse séreuse, mais, le plus souvent, plusieurs bourses occupant la ligne médiane et les parties latérales du tendon.

Phlébite oblitérante de la veine cave inférieure.

M. Griffon montre les pièces d'un enfant qui a succombé à l'âge de 9 mois, à la tuberculose pulmonaire, dans le service de crèche de M. Landouzy.

La veine cave inférieure est thrombosée dans sa moitié inférieure; l'oblitération commence immédiatement au-dessous du niveau des veines rénales et se poursuit jusqu'à la bifurcation en iliaques. La veine, dilatée entre ces 2 points, forme une tumeur cylindroïde, un véritable boudin, de consistance assez ferme. Une coupe longitudinale montre les différentes couches de fibrine stratifiée qui constituent le thrombus, lequel adhère à la paroi veineuse et se prolonge dans les iliaques primitives et les iliaques internes, respectant les iliaques externes.

Le poumon droit est parsemé de petits noyaux tuberculeux opaques et creusé à sa partie inférieure d'une caverne de la dimension d'une noix, à paroi déchiquetée et anfractueuse, à cavité irrégulière à moitié remplie de détritus caséeux. L'excavation siège exactement à la partie inférieure et interne du lobe inférieur, tout près du médiastin.

Le foie et le rein offrent à leur surface quelques rares tubercules.

L'intestin grêle est creusé, de distance en distance, d'ulcérations tuberculeuses; mais celles-ci sont en petit nombre.

Au microscope, le poumon fourmille de bacilles de Koch; la paroi de la caverne est infiltrée, en outre, d'amas de streptocoques, qu'on ne retrouve pas dans les autres portions du parenchyme pulmonaire.

Les coupes du thrombus et de la paroi veineuse adjacente ne montrent ni follicule tuberculeux, ni cellule géante, ni bacille de Koch, ni streptocoque; il est probable néanmoins qu'il s'agit d'une infection veineuse secondaire au cours d'une tuberculose cavitaire, infection due au streptocoque, comme c'est la règle chez l'adulte, et comme le laisse à penser la constatation de streptocoques dans la paroi de la caverne.

Pour ce qui est du poumon, les travaux de MM. Landouzy et Queyrat nous ont fait connaître la tuberculose du premier âge; ils ne mentionnent pas un pareil degré de processus cavitaire.

Quant à la thrombose, elle est exceptionnelle dans la veine cave inférieure; Parrot, Hutinel opposent la fréquence des thromboses des veines viscérales chez les enfants à la rareté des thromboses veineuses périphériques.

Non moins curieuse est la constatation d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin à cette première période de la vie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 Décembre 1898.

Tuberculose aiguë consécutive à la splénectomie.

M. Dominici, à propos d'une splénectomie pratiquée chez l'adulte dans le service de M. Richelot, relate les faits suivants dont il divise l'évolution en 3 périodes :

1re Période. — Tuberculose latente, anémie moyenne banale.

2e Période. — Splénectomie, broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë et anémie de grande croissance. Poussée d'hématies nucléée et de cellules éosinophiles dérivant de la moelle osseuse préludant à la restauration du sang et de l'état général.

3e Période. — Tuberculose chronique et anémie moyenne banale.

Ici suppression de la fonction splénique, anémie, infection ont créé un syndrome hématologique spécial ressortissant à une mise en activité intense de la moelle osseuse et rappelant celui de l'anémie infantile pseudo-leucémique.

L'auteur étudie la pathogénie de cette affection au point de vue expérimental.

Recherches expérimentales sur la pénétration dans l'œil des collyres aqueux d'iodure de potassium.

MM. Ulry et **Frézals**. — Nous avons entrepris quelques expériences pour comparer les quantités respectives d'iodure de potassium qui pénètrent dans le globe oculaire, suivant que cette substance est déposée sur la conjonctive ou ingérée.

Nous avons opéré sur des lapins. L'iode, mis en liberté par l'azotite de soude et l'acide sulfurique, est ensuite repris par le sulfure de carbone et dosé colorimétriquement par comparaison avec une série de tubes renfermant des solutions titrées de ce corps également dans le sulfure de carbone.

De ces expériences il résulte que :

1° L'iodure de potassium déposé en solution aqueuse sur la conjonctive pénètre dans l'humeur aqueuse.

2° On n'en trouve dans l'humeur vitrée que lorsque l'iodure a pénétré dans la circulation générale (présence de ce corps dans l'urine).

3° Lorsque la quantité d'iodure administrée par le tube digestif est proportionnelle à la dose clinique moyenne, les humeurs de l'œil ne donnent pas la réaction de l'iode. Il n'en est donc passé que des quantités inappréciables à l'aide des moyens employés.

4° L'administration simultanée de l'iodure par voie stomacale et en collyre permet de faire pénétrer dans la chambre antérieure une quantité plus considérable de ce médicament.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 Décembre 1898.

Adéno-lipome.

M. Delbet a observé un malade chez lequel on avait fait le diagnostic de lymphadénome. Il lui a extirpé un des ganglions de l'aisselle et a vu qu'il s'agissait d'un ganglion hypertrophié entouré d'une large zone de tissu adipeux.

A propos de ce fait, qui est à rapprocher de celui rapporté par M. Tuffier dans la séance précédente, M. Delbet pense qu'il faut laisser les tumeurs de ce genre dans le cadre des lipomes, dont un grand nombre reconnaît une cause inflammatoire ou irritative. On peut donc diviser les lipomes en 2 grandes classes : les lipomes d'origine inflammatoire et les lipomes dus à des malformations, d'origine vasculaire le plus souvent.

Quant au terme d'adéno-lipome, on ne saurait l'accepter et il vaudrait mieux le remplacer par la désignation de lipome périganglionnaire inflammatoire, lipome qui se rapprocherait ainsi des fibro-lipomatoses péri-rénales, péri-rectales, péri-vésicales, etc.

M. Hartmann fait remarquer que les formations péri-lipomateuses, péri-rénales, péri-rectales ne sont pas encapsulées et, en outre, à la coupe, on ne retrouve pas l'aspect clinique du lipome vrai, si bien qu'on ne saurait confondre ces 2 ordres de lésions.

M. Tuffier propose pour ces cas, afin de bien montrer la nature des lésions, l'expression de périadénite lipomateuse qui est conforme à la terminologie employée dans les états analogues : périnéphrite, péricystite lipomateuses.

Pendant son opération, M. Tuffier a pu s'assurer qu'une partie de la tumeur était énucléable, mais lobée et pénétrant dans les espaces intermusculaires: l'autre, la plus considérable, était diffuse, infiltrée et devait être sculptée jusque dans les aréoles du derme. Cette diffusion, cette infiltration est bien plus marquée dans ces lipomatoses périviscérales (périnéphrite, péricystites) que dans les lipomes vulgaires qui, quels que soient leur forme et leur volume, s'énucléent et s'enlèvent généralement d'un tour de doigt.

M. Lejars estime qu'il y a une différence très grande entre le lipome classique et la lipomatose diffuse. Il a vu quelques cas de lipomatose généralisée s'accompagnant d'une véritable cachexie et se rappelle une malade, arrivée à la cachexie et qui présentait, outre des masses lipomateuses distinctes, une véritable adipose généralisée.

M. Ricard a observé 3 cas d'adéno-lipomatose symétrique. Deux ont été opérés, et M. Ricard a vu qu'il ne s'agissait pas d'un lipome ordinaire, mais d'une infiltration graisseuse au centre de laquelle il n'y avait pas de ganglion.

M. Delbet. — La plupart des lipomes sont des tumeurs circonscrites, mais pas toujours, et ce n'est pas dans ce caractère de la circonscription des lésions qu'il faut chercher un signe différentiel des diverses variétés de lipome. La structure de toutes ces tumeurs graisseuses n'est pas très différente. M. Hartmann insiste sur l'élément fibreux des lipomatoses périviscérales, mais il ne faut pas oublier qu'à côté des lipomes purs, il y a les fibrolipomes et même des tumeurs où l'élément fibreux l'emporte sur l'adipeux.

Quant à la lipomatose maligne, c'est une autre chose. La production de graisse n'est rien dans l'affection, c'est l'adénite qui est tout.

De l'actinomycose.

M. Poncet, en revenant sur le malade de M. Robert au sujet duquel M. Berger faisait remarquer que l'examen histologique n'avait pas été pratiqué, estime également qu'il faut ce contrôle, mais, pour les chirurgiens qui ont l'habitude de voir des cas d'actinomycose, pense que le diagnostic peut être porté sans avoir vu l'actinomycès. Il y a des cas d'actinomycose tellement typiques qu'on peut d'emblée faire le diagnostic, de

même d'ailleurs qu'à la simple vue d'un spina ventosa, on affirme une lésion tuberculeuse.

En outre, le parasite n'est pas toujours facile à trouver dans les lésions anciennes : il ne faut pas se contenter de l'examen de la sérosité ou du pus, mais le pratiquer encore dans l'épaisseur même de la peau. En recherchant l'actinomycose, on verra que cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

Sur les abcès cérébelleux.

M. Guinard rapporte les deux observations suivantes :

« La première a trait à un jeune homme de 18 ans chez lequel je fis le diagnostic de suppuration intra-crânienne consécutive à une otite suppurée, survenue elle-même au cours d'une fièvre typhoïde. J'ouvris la mastoïde, je pénétrai dans l'antre et il s'écoula un peu de pus. J'enlevai la mastoïde en totalité, l'os étant très friable, puis j'agrandis en haut et en arrière vers le sinus latéral que je vis bientôt paraître. Au-dessous du sinus et en arrière, l'os était rugueux et modifié. Une ponction démontra l'existence du pus dans la profondeur. J'incisai alors au bistouri la dure-mère, au-dessous du sinus et j'arrivai sur le cervelet que j'incisai : il s'écoula un grand verre de pus. Le malade mourut dans la journée et l'autopsie montra qu'il n'y avait pas d'autre lésion, que l'orifice crânien occupait juste la concavité du genou du sinus et que ce dernier était oblitéré par un caillot solide et refoulé un peu en avant. L'abcès, très volumineux, occupait tout le lobe droit du cervelet.

« Le second cas se rapporte à une otite moyenne droite consécutive à l'influenza, survenue chez un homme de 73 ans et compliquée d'accidents cérébraux qui firent penser à une méningite probable. Néanmoins, le diagnostic n'étant pas très ferme, la mastoïde fut ouverte : elle était très dure, éburnée superficiellement, infiltrée de fongosités profondément. La mort survint le lendemain et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une méningite suppurée de la base causée, fait exceptionnel, par une labyrinthite suppurée. »

Dans son premier cas, M. Guinard a abordé, par la concavité du genou du sinus, un énorme abcès intra-cérébelleux. La voie postérieure, préconisée par M. Picqué, est incomparablement supérieure mais, pour en user, il faut un diagnostic très ferme, et c'est là la difficulté.

En résumé, si le diagnostic d'abcès intra-cérébelleux est bien établi, le volet postérieur de MM. Picqué et Mauclaire est l'idéal. Mais, dans la majorité des cas, ce diagnostic précis est impossible et alors la voie transmastoïdienne totale qu'il a suivie qui paraît répondre au plus grand nombre des suppurations d'origine otique, même quand ces suppurations siègent dans le cervelet, puisque les abcès cérébelleux sont le plus souvent en avant et en dehors.

M. Broca. — MM. Picqué et Mauclaire soutiennent un ensemble d'idées qu'on peut résumer ainsi : quand on soupçonne une suppuration intra-crânienne de la loge cérébelleuse, comme le diagnostic exact du siège de la collection est impossible, il convient d'explorer largement toute la loge après avoir rabattu en dedans, dans un lambeau ostéoplastique, la moitié inférieure de l'écaille occipitale.

Tel n'est pas mon avis. Etant donnée une otite moyenne chronique avec accidents cérébraux, il faut d'abord ouvrir complètement l'apophyse, l'*aditus ad antrum* et la caisse du tympan, et après on explorera l'intérieur du crâne, soit de suite, soit plus tard.

J'ai toujours conseillé l'évidement préalable et total de l'apophyse et de la caisse, et c'est parce que je mets ce conseil en pratique que, familier avec tous les recoins de cette vaste cavité osseuse, je reste un défenseur acharné de la voie mastoïdienne, même pour les abcès de la fosse cérébelleuse. Mon procédé ne diffère en rien de celui de Mignon et je demande s'il est juste de le qualifier de partiel, celui de Mignon étant le total.

L'anatomie pathologique des collections intra-crâniennes de la fosse cérébelleuse nous montre d'abord que, la plupart du temps, les poches extra-durales sont au contact direct d'un foyer d'ostéite; que souvent elles sont associées à la phlébite du sinus; que la plupart du temps l'une de ces lésions ou les deux à la fois accompagnent les abcès cérébelleux proprement dits, ou intra-duraux. Certes, il est intéressant de préciser, comme l'ont fait MM. Picqué et Mauclaire, le siège de ces abcès profonds dans le lobe cérébelleux; mais pour le praticien, il est encore bien plus important de retenir la fréquence avec laquelle les abcès intra-duraux sont en continuité avec une lésion extra-durale, abcès ou phlébite.

De là résulte d'abord que, dans la majorité des cas, le chirurgien sera conduit par l'évidement osseux bien complet jusqu'à la poche purulente intra-crânienne, révélée ou non par des symptômes spéciaux préalablement connus; et, après avoir drainé la face externe de la dure-mère, il n'incisera de parti pris cette membrane, séance tenante, que s'il a un diagnostic établi sur des symptômes cérébelleux probants.

Dans un second ordre de cas, les symptômes sont révélateurs d'une lésion cérébelleuse intra-crânienne, mais, après évidement pétro-mastoïdien, en aucun point la curette ne mord dans l'os friable jusqu'à pénétrer, d'elle-même pour ainsi dire, dans l'intérieur du crâne. Alors on peut très facilement, par l'effondrement de la paroi du sinus latéral, entrer dans la fosse cérébelleuse, tout comme par l'effondrement de la paroi supérieure de l'attique et de la caisse on explore la fosse cérébrale. Cela fait, on agrandit à volonté, à la pince-gouge, vers l'écaille de l'occipital, en arrière, aussi bien que plus haut, vers l'écaille du temporal.

Il faut effondrer la paroi du sinus latéral, c'est-à-dire la paroi postérieure de l'antre, pour deux motifs : 1° dans la moitié des cas, avec la lésion de la fosse cérébelleuse existe celle du sinus; 2° quand le sinus n'est pas thrombosé, c'est lui qu'il faut ménager, soit qu'on veuille aborder une collection antéro-interne ou antéro-externe, et, pour le ménager, la seule manière est de l'avoir bien à nu. Resteront, il est vrai, les collections postéro-internes intra-cérébelleuses : elles sont d'une rareté extrême, et, avant de me prononcer sur la valeur, à leur égard, de la craniectomie exploratrice et cadavérique de MM. Picqué et Mauclaire, j'attends le fait clinique probant, sinon avec la guérison du malade, au moins avec ouverture d'une collection qui, sans cette craniectomie, eût été méconnue. En attendant, j'en reste à l'attaque de la paroi postérieure de l'antre et de la loge du sinus, c'est-à-dire à la voie mastoïdienne.

De plus, les guérisons obtenues par Macewen, par Gaudier, nous prouvent que, par l'apophyse, on peut ouvrir d'une façon suffisante la face postérieure du rocher, la loge du sinus; et moi-même j'ai évacué ainsi avec succès, en avant du sinus, un gros abcès de la fosse cérébelleuse sur le vivant: je n'ai pu savoir où en était la dure-mère, mais j'ai enfoncé un drain droit vers le cervelet à 5 ou 6 centimètres de profondeur et j'ai conclu, comme probabilité, à une poche où, la dure-mère étant rongée, le cervelet lui-même était partie prenante; mais ce n'était qu'une hypothèse, puisque l'enfant a guéri.

Tout ce que j'affirme, c'est que j'ai ouvert la loge cérébelleuse, c'est-à-dire la face postérieure du rocher. M. Picqué déclare que ce « procédé antérieur (voie mastoïdienne) » ne convient qu'aux abcès « des faces supérieures du rocher ». Je n'ai nullement envie de discuter sur des mots, et j'admets un instant que la loge du sinus est sur une des « faces supérieures » du rocher — je sais que c'est la description de certains auteurs en anatomie descriptive; — mais je maintiens, avec M. Picqué, que ces abcès sont le type de ceux de la fosse cérébelleuse et je maintiens, contre M. Picqué, que le plus court pour les trouver est d'aller au sinus; que, d'autre part, pour trouver le sinus, l'antre mastoïdien est le plus sûr des repères.

Je crains que dans tout cela il n'y ait avant tout une confusion anatomique. M. Picqué nous dit : « Dès 1887, Wheeler avait proposé la voie mastoïdienne partielle (voie en Y, voie sus-attico-antrale). C'est une voie étroite, mais qui donne accès sur un certain nombre de collections. M. Gaudier y a eu recours dans son cas. Quoi qu'il en soit, le procédé est simple. Dès que l'attico-antrotomie a été pratiquée, il suffit de faire sauter d'un coup de ciseau le toit de la caisse et de l'antre ».

Parfaitement, pour les abcès extra- ou intra-duraux de la fosse cérébrale, c'est-à-dire de « celle des faces supérieure du rocher » que chirurgicalement nous appelons supérieure. Mais jamais personne n'a parlé d'effondrer le plafond pour aller au cervelet : et la voie « sus-attico-centrale » n'a en effet rien à voir avec le cervelet. La voie utilisable, c'est la « voie sigmoïdienne », si on désire un néologisme pour préciser.

Voilà ce que je pense pour les cas relativement rares, où l'on a, comme M. Gaudier, la chance d'avoir une symptomatologie cérébelleuse assez nette. Que sera-ce donc pour ceux, les plus fréquents, où l'on ne peut diagnostiquer ni le siège, ni même la nature exacte de la complication intra-crânienne? Il faut aller aux lésions connues, celles de l'oreille, et cela fait, je crois avoir démontré que vous êtes à portée de toutes les explorations utiles, sauf pour les très exceptionnels abcès cérébelleux postéro-internes indépendants de toute continuité avec la lésion osseuse et pour les non moins exceptionnels abcès cérébraux du lobe frontal, par exemple.

M. Billot présente un malade qui a guéri après avoir subi un violent traumatisme de la colonne cervicale : fracture de l'atlas et luxation de l'axis.

M. Souligoux présente un malade chez lequel, après gastro-entérostomie, il a dû faire une entéro-anastomose complémentaire le deuxième jour, pour parer à des accidents graves d'occlusion. La gastro-entérostomie avait été pratiquée par son procédé et à l'aide de la pince à écrasement qu'il rappelle avoir présentée en 1895.

M. Lejars montre la radiographie du genou du malade qu'il a présenté à la dernière séance et chez lequel le cerclage de la rotule, pratiqué pour fracture, avait été suivi d'un résultat parfait. La radiographie montre que le cerclage n'est continu que d'un côté; de l'autre, le fil a cassé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 Décembre 1898.

Méralgie paresthésique. Névrite du fémoro-cutané.

M. Paul Claisse. — On a décrit sous le nom de méralgie paresthésique, dans ces dernières années, des troubles de la sensibilité superficielle de la cuisse dus à une névrite du nerf fémoro-cutané. Je viens d'en observer plusieurs exemples. Chez tous mes malades, on constate sur la partie inféro-externe de la cuisse une zone d'anesthésie ayant la forme d'une raquette à manche dirigée vers le trochanter. A ce niveau apparaissent, de temps à autre, des fourmillements, des pincements brusques, parfois assez douloureux pour obliger le sujet à s'arrêter quelques instants. Il n'existe ni troubles trophiques ni modification des réflexes.

Cette affection, habituellement bénigne, peut rester indéfiniment stationnaire. Il importe donc de bien connaître la méralgie pour éviter certaines erreurs de diagnostic, pour ne pas confondre, par exemple, les crises méralgiques avec les douleurs fulgurantes tabétiques.

La méralgie ne peut être considérée comme une affection spéciale. C'est une névrite périphérique qui peut résulter de causes multiples. La situation superficielle des gros filets nerveux tégumentaires de la cuisse les rend particulièrement vulnérables, d'où l'existence assez fréquente de méralgie traumatique et *a frigore*. Les propriétés purement sensitives de ces rameaux expliquent les caractères cliniques un peu spéciaux de cette névrite.

M. Florand a observé très attentivement un cas de méralgie paresthésique bilatérale. Les troubles douloureux ne survenaient qu'après une station debout longtemps prolongée, et après une marche; ces troubles étaient vraisemblablement liés à un arthritisme héréditaire et à une tendance à l'obésité. Une cure d'amaigrissement amenda les symptômes douloureux, mais le malade n'eut pas le courage de persévérer dans sa cure.

M. Dalché estime qu'une simple compression de longue durée ou sujette à se répéter fréquemment peut jouer le même rôle que le traumatisme dans la pathogénie de la méralgie paresthésique. Il vient d'en observer un exemple probant; il s'agissait d'une femme enceinte dont la méralgie paresthésique fut sous la dépendance d'une compression exercée par l'utérus gravide.

Sur l'origine réelle du nerf phrénique.

M. G. Marinesco — J'ai étudié antérieurement l'origine réelle des nerfs radial, médian et cubital, et j'ai montré qu'il existe dans la moelle épinière un noyau principal pour le radial, et un noyau commun pour le médian et le cubital. Cette constatation m'avait permis de poser en principe que chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois, et même davantage.

J'ai pensé à appliquer la méthode qui m'avait guidé jusqu'ici à la détermination de l'origine du nerf phrénique chez le chien et chez le lapin.

Après avoir réséqué le tronc de ce nerf, j'ai constaté que son noyau apparaît au niveau de la partie inférieure du quatrième segment cervical et se continue jusqu'à la moitié inférieure du sixième segment cervical. Au niveau du quatrième segment cervical, le noyau du phrénique est représenté chez le chien par un groupe de cellules bien défini, qui occupe une position à peu près centrale et intermédiaire entre les groupes antéro-interne et antéro-externe de la corne antérieure. Chez le lapin, le noyau du phrénique, à son apparition, est situé à peu près dans le centre de la corne antérieure et se rapproche davantage de la ligne antérieure qui limite cette corne au niveau du cinquième segment cervical. Les cellules qui le constituent, au nombre de quatre jusqu'à dix, sur chaque coupe, ne paraissent pas différer beaucoup, par leur morphologie, du reste des cellules radiculaires; par contre, chez le chien, ces cellules sont plus petites, ont des prolongements moins visibles, caractères qui leur donnent un aspect assez spécial. Chez ce dernier animal, le noyau du phrénique, situé au voisinage du centre de la corne antérieure, se rapproche des groupes antéro-interne et antéro-externe, à mesure qu'on examine des coupes provenant du cinquième segment cervical, de sorte qu'au niveau de la sixième racine cervicale ce noyau est devenu plus superficiel et s'est rapproché de l'angle interne. Le nombre de cellules qui composent le noyau du phrénique du chien varie aussi suivant les segments; moins nombreux à l'origine du noyau, elles augmentent en nombre à mesure que l'on descend vers le cinquième segment et diminuent au niveau du sixième.

Amyotrophies à distance et rétraction de l'aponévrose palmaire consécutives à une brûlure du bras datant de l'enfance.

MM. L. Jacquet et **Sambon** montrent un malade qui présente une mutilation grave du membre supérieur gauche; elle est due à une brûlure survenue à l'âge de 18 mois.

Depuis, à une époque inconnue du malade, se sont développées des atrophies musculaires de la face, du cou et de l'épaule à gauche, et une rétraction de l'aponévrose palmaire droite.

Ce cas est cliniquement comparable aux expériences de Von Gudden, Mayser, Erlitzky, Homen, etc., montrant que les lésions médullaires consécutives aux sections nerveuses sont d'autant plus marquées que l'on expérimente sur des animaux en bas âge.

M. Hayem a fait en 1874 plusieurs expériences qui peuvent expliquer la genèse des symptômes observés chez la malade de M. Jacquet : après des sections nerveuses diverses chez des animaux, il obtenait des atrophies musculaires multiples par névrites ascendantes et propagation centrale. Il est vrai que ses expériences n'étaient pas faites d'une manière aseptique et qu'elles sont par conséquent, aujourd'hui, passibles de plusieurs objections.

Lutte contre l'alcoolisme dans les hôpitaux.

M. Le Gendre a inauguré dans son service la tentative suivante. Il a condensé, sous la forme à la fois la plus claire et la plus concise qu'il a pu trouver, les dangers incontestables de l'abus des boissons alcooliques et l'a fait imprimer en caractères assez variés pour fixer l'attention. Cet avis important est distribué à chaque malade à son entrée et à sa sortie; il y en a de collés dans les salles. Il a pour but, en un mot, de créer une véritable obsession pour les malades à l'aide de ce petit papier. Ne pourrait-on pas faire plus encore? N'y aurait-il pas lieu

d'organiser dans les hôpitaux des conférences ou causeries périodiques faites aux convalescents sur les dangers de l'alcool? Ces conférences seraient faites soit par les chefs de service, soit par les internes; il faudrait faire, à ces conférences, des projections ou des expériences qui frapperaient l'imagination des auditeurs.

M. Jacquet est complètement de l'avis de M. Le Gendre, et demande que la Société médicale des hôpitaux exprime les vœux suivants :

1° Des conférences seront faites dans nos hôpitaux;

2° L'avis de M. Le Gendre sera imprimé et distribué par l'Assistance publique.

M. Barbier souscrit d'autant plus volontiers à ces projets que, depuis 3 ans, il fait tous ses efforts à la consultation de l'hôpital Bichat pour arriver au but qu'il poursuit.

M. Florand demande au nom de **M. Debove** et au sien à ce que la Société mette à son prochain ordre du jour la question de l'alcoolisme dans l'hôpital.

Sur un cas de rage survenu après treize mois d'incubation.

M. Florand. — L'observation dont il s'agit est intéressante à plusieurs points de vue; en premier lieu il faut signaler la longueur de la période d'incubation : 13 mois. En second lieu, il faut signaler le peu de netteté ou plutôt l'inconstance de certains symptômes qui ont pu tromper M. Roux en simulant l'hystérie.

Sur un cas de fièvre herpétique.

M. L. Rénon rapporte l'histoire d'une enfant de 8 ans, atteinte d'une infection caractérisée par un début brusque, avec troubles intenses, mais très fugaces, du côté de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire (vomissements, congestion pulmonaire), et qui s'est jugée le troisième jour par une poussée d'herpès presque généralisée. Le seul intérêt du fait clinique réside dans la localisation et la fixation, pendant 21 jours, de quelques vésicules herpétiques sur l'index gauche, ce qui est exceptionnel.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance de décembre 1898.

De la mort subite dans l'état puerpéral.

MM. Porak et **Durante** communiquent plusieurs cas de mort subite pendant les suites de couches.

Dans une observation, il s'agissait d'une affection cardiaque invétérée; dans un autre cas, c'était une femme fortement anémiée par une hémorrhagie grave et chez laquelle on avait fait la transfusion du sang; enfin, dans le 3e, la mort subite a été occasionnée par une embolie gazeuse consécutive à une injection intra-utérine.

Dans un cas récent, il s'agit d'une femme récemment accouchée à la Maternité. Cette femme avait présenté un accouchement à peu près normal, à part une légère hémorrhagie de la délivrance. 5 jours après, la température s'éleva à 38°, sans que l'état général s'en ressentît; les autres jours, la température retomba à la normale, et rien dans son état de santé ne pouvait faire craindre une complication quelconque. Le 9e jour de ses suites de couches, pendant son déjeuner, elle tomba brusquement de son lit, et, quand on voulut la relever, on s'aperçut qu'elle était morte. A l'autopsie, on constata que la femme avait un utérus double, ce qui avait été reconnu de son vivant. Il n'existait qu'un seul rein. En cherchant la cause de la mort, on trouva qu'elle était due à une embolie des grosses divisions des artères pulmonaires. Les caillots trouvés dans ces vaisseaux étaient cruoriques, non adhérents. Le point de départ de cette migration a été trouvé à l'extrémité de la veine hypogastrique droite atteinte d'endophlébite avec petit caillot adhérent.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une endophlébite infectieuse due probablement au coli-bacille. On trouve, en effet, de nombreuses colonies de ce microbe dans le caillot commençant à s'organiser. On sait que la présence de cet agent pathogène est la règle dans les organes après la mort, mais, dans ce cas particulier, les microbes sont contenus dans les cellules migratrices du tissu en voie d'organisation. A ce propos, il y aurait peut-être lieu de faire remarquer que les infections ont une allure différente, suivant le microbe pathogène. Le streptocoque paraît amener une température élevée, tandis que le coli-bacille donne plutôt des infections plus latentes avec température se rapprochant de la normale.

Structure d'un bourgeon encéphalique d'un pseudo-encéphale.

MM. Durante et **Georghiu.** — Il ne s'agissait pas, dans ce cas, malgré son apparence, d'un simple bourgeon charnu. Histologiquement, le cerveau est encore reconnaissable, mais considérablement modifié par des hémorrhagies et par des vaisseaux dilatés qui le transforment en véritable angiome. L'absence de développement des revêtements cutanés et osseux, facilitant les traumatismes intra-utérins, peut avoir aidé au développement de ces lésions, mais il faut également tenir compte d'une cause infectieuse (peut-être syphilis), car les vaisseaux sont entourés d'un épais manchon inflammatoire.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 7 Décembre 1898.

Fœtus papyraceus expulsé trois jours après un accouchement à terme.

MM. Brindeau et **Bouchacourt.** — Il s'agit d'une primipare qui, au moment d'une injection vaginale, expulsa, trois jours après son accouchement, un petit lambeau grisâtre ressemblant à un caillot fibrineux. En voulant examiner ce lambeau, on s'aperçut qu'il contenait, dans son intérieur, des petits os pointus piquant les doigts.

La radiographie permit de démontrer que ce pseudo-caillot était constitué par un fœtus momifié dont le squelette était presque complet. Il s'agit probablement, dans ce cas, d'une superfœtation, car la mère accoucha 10 mois 1/2 après l'époque de ses dernières règles. Le premier enfant a dû mourir à 3 mois de vie intra-utérine et l'autre a pu, malgré cela, continuer à se développer jusqu'à terme. L'examen du placenta n'avait rien montré d'anormal.

Sur un cas de charbon interne chez une femme en couches.

MM. Demelin et **Leroy.** — Il s'agit d'une femme, primipare, âgée de 22 ans, arrivée à la maternité de l'hôpital Saint-Louis le 20 novembre à 10 heures du soir et accouchée aussitôt, avant même d'avoir reçu les soins usuels. Le lendemain, à 6 heures du soir, elle est prise de vomissements sans autres symptômes, soit locaux, soit généraux; dans la nuit son état s'aggrave, les vomissements, plus fréquents, deviennent porracés, le ventre est gros mais souple et peu douloureux, sauf au niveau de l'épigastre; la dyspnée survient.

A 8 heures du matin l'état de la malade est désespéré : dyspnée intense, agitation incessante, extrémités froides, pouls radial insaisissable, arrêt complet des matières et des gaz. L'utérus est un peu mou mais l'exploration manuelle de sa cavité reste négative. Du côté des poumons, matité et affaiblissement du murmure vésiculaire aux deux bases. Température 36°. Injections d'éther et de caféine. Un litre de sérum artificiel.

Les symptômes vont en s'aggravant, la malade tombe dans le collapsus et expire à midi, exactement 18 heures après l'apparition des premiers symptômes. L'autopsie pratiquée 24 heures après, montre un œdème gélatiniforme présentant l'aspect d'une gelée de groseille blanche infiltrant les ligaments larges, remontant le long de la paroi abdominale postérieure dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans la séreuse elle-même. Cet œdème est surtout épais au niveau de la partie supérieure du ligament large où trompe et ovaire disparaissent dans une véri-

table gelée ambrée et tremblottante. On retrouve cet œdème au niveau du médiastin antérieur où il cache complètement le péricarde; il tapisse également le feuillet pariétal de la plèvre droite sur lequel il s'étale en une couche uniforme de 1 cent. 1/2 d'épaisseur. Le poumon droit est congestionné, le cœur gros, le foie rouge et gorgé de sang, la rate volumineuse, mais peu friable, les reins paraissent sains.

M. Dominici a bien voulu se charger de l'examen bactériologique de cet œdème. L'on peut conclure à la nature charbonneuse de l'infection d'après :

1° L'examen direct du tissu cellulaire qui montre des bactéries prenant le Gram.

2° L'ensemencement direct pratiqué dans le bouillon peptoné, glycériné ou non.

3° L'inoculation au cobaye qui reproduit une septicémie rapide, analogue à celle de la femme.

4° L'examen du sang et des sérosités des cobayes inoculés.

5° Par les inoculations et ensemencements secondaires.

Quant à l'origine de l'infection, l'on peut la rattacher à la profession de la malade qui travaillait dans le cuir. Sans rejeter absolument la possibilité de l'infection par les voies aériennes ou digestives (l'examen minutieux des organes correspondant n'ayant pas été fait), il semble que l'on puisse soulever l'hypothèse de l'infection par la voie utérine : la rapide évolution de la maladie après l'accouchement, la répartition des lésions, dont le maximum était nettement au niveau des ligaments larges, semblent justifier cette manière de voir.

SOCIÉTE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 Décembre 1898.

Traitement des métrites cervicales.

M. Blondel. — Dans les cas de leucorrhées d'origine cervicale, la nature de l'antiseptique employé est assez indifférente : ce qui importe, c'est d'assurer l'évacuation microbienne. Le meilleur moyen d'y arriver consiste dans des lavages de la cavité cervicale avec de l'eau bicarbonatée sodique, lavages au cours desquels on pratique une véritable expression mécanique du col à l'aide du bec du spéculum : on vide aussi les culs-de-sac glandulaires de leur contenu, ce qui a une influence très favorable sur la maladie. La méthode est en tout comparable à celle qui est d'usage actuellement dans les uréthrites chroniques, à savoir l'expression prostatique.

Cela ne veut pas dire qu'on ne doive pas, dans certains cas, recourir aux antiseptiques. L'acide lactique, vanté par Ilkevitch et sur lequel M. Dalché a fait une communication dans la séance précédente, pourra être essayé alors.

M. Dalché, laissant de côté la question de la métrite cervicale, pense que l'acide lactique donne de bons résultats dans les leucorrhées vaginales.

Injections salines massives dans les infections.

M. Manquat envoie, sur cette question, un mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° La notion de la solubilité des toxines *in vitro* ne saurait avoir une valeur absolue dans l'interprétation des effets de ces substances sur l'organisme; toutes les toxines produites dans l'économie et capables d'impressionner des tissus ou des organes à distance sont solubles.

2° Diffusées dans l'organisme, les toxines impressionnent les tissus en provoquant divers symptômes : les unes très diffusibles ne se fixent pas sur les tissus impressionnés et l'économie s'en débarrasse aisément; les autres y adhèrent plus ou moins en provoquant des symptômes en quelque sorte spécifiques et souvent des altérations organiques plus ou moins graves.

3° Les injections salines massives ont deux effets primitifs : *a*) le relèvement de la pression sanguine; *b*) la dilution des toxines non adhérentes aux tissus. De cette dilution, qui constitue un état de désintoxication véritable résulte une stimulation fonctionnelle des éléments anatomique qui exalte les moyens de défense de l'organisme, élimination, oxydation, etc., et une sorte de mobilisation des toxines qui pourront ainsi être entraînées vers les organes éliminateurs et destructeurs.

4° La dilution des toxines n'est donc pas la cause univoque des effets heureux des injections salines massives; elle n'en est qu'un des effets primitifs. Secondairement il est fort admissible qu'elle ait pour conséquence, comme on l'a prétendu, l'exaltation de la phagocytose ou même un véritable pouvoir antitoxique ; il est fort vraisemblable, en effet, que des éléments aussi sensibles que le sont les leucocytes aux circonstances chimiotaxiques, soient impressionnés favorablement dans leur vitalité; il est fort possible même que la réaction antitoxique qu'on suppose s'établir après chaque intoxication microbienne soit réveillée par la stimulation générale de l'économie.

5° La résistance des intoxications microbiennes aux injections salines massives paraît tenir (en dehors de toute participation fonctionnelle d'organes plus ou moins altérés) au plus ou moins d'adhérence des toxines incriminables avec les tissus impressionnés par elles.

M. Bovet communique l'observation d'une malade qui a été tirée d'une situation désespérée par des injections et des lavements de sérum artificiel employés à doses massives (un et deux litres). Il émet l'hypothèse que le chlorure de sodium aurait une action dissolvante et non éliminatrice sur les produits sulfoconjugués et sur l'urobiline.

M. Crinon montre que cette interprétation est inadmissible et qu'on ne peut accepter d'autre opinion que celle d'une action éliminatrice indirecte par augmentation de la diurèse.

M. Maurange. — Voir *Gazette hebd.*, p. 1209.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 12 Décembre 1898.

Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés.

M. Lépine rapporte l'histoire clinique d'un malade de son service qui présente en même temps un rétrécissement mitral et une insuffisance aortique. Il rappelle à ce sujet les discussions auxquelles a donné lieu la coexistence des signes des deux affections. Un auteur américain, Flint, a soutenu que si l'on entendait parfois un roulement présystolique au cours de l'insuffisance aortique, il ne s'agissait là que d'un rétrécissement mitral fonctionnel.

D'après lui, en effet, le sang refluant pendant la diastole à travers l'orifice aortique empêcherait dans une certaine mesure l'ouverture de la grande valve de la mitrale.

M. Lépine montre qu'en réalité les deux lésions existent anatomiquement plus souvent qu'on ne le pense : un certain nombre d'autopsies en font foi. Sur 120 autopsies de cardiaques pratiquées dans son service depuis une vingtaine d'années, il a rencontré cette association 12 fois. C'est, d'après lui, la plus fréquente de celles qui existent entre les affections organiques du cœur. Le plus souvent, c'est l'insuffisance aortique qui prédomine.

Mouvements de l'estomac.

M. Destot, poursuivant ses recherches radiographiques et radioscopiques sur les mouvements de l'estomac, insiste sur le déplacement du foie que l'on observe, surtout chez le jeune enfant, à mesure que l'estomac se remplit. On voit en effet, en tel cas, le bord inférieur du foie s'incliner progressivement, l'extrémité droite devenant de plus en plus inférieure, l'organe entier basculant autour d'un point fixe, pour l'estomac comme pour lui, qui est le pylore.

Cardiopathies de la grossesse.

M. Lépine pense que le pronostic général des cardiopathies de la grossesse, très sombre pour tous les auteurs, est moins défavorable qu'il ne semble au premier abord. En effet, les statistiques ne tiennent compte que du nombre des malades, d'une

part, et de celui des morts, de l'autre. Il conviendrait d'y faire entrer un troisième élément : le nombre des accouchements. L'analyse des cas montre que la mort n'est parfois survenue qu'à la 5e, 6e ou 7e grossesse. Il est évident que de telles malades ont présenté une résistance singulièrement supérieure à celles qui ont succombé au cours de leur première grossesse.

Opothérapie rénale par injections sous-cutanées de sérum de veine rénale.

MM. Guinard et **de Lignerolles** ont traité un certain nombre d'urémiques par des injections sous-cutanées de 20 cm. cubes de sérum de chèvre, provenant du sang de la veine rénale. Ils ont remarqué une notable amélioration des accidents nerveux, une diminution de la dyspnée et du taux de l'albumine.

Ils attribuent ces résultats au fait d'avoir fourni à l'organisme la sécrétion interne qui lui faisait défaut, en permettant au rein de reprendre sa fonction normale d'excrétion et son rôle antitoxique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 Décembre 1898.

Malformation utérine.

M. A. Pollosson présente un utérus enlevé par lui pour un volumineux cancer du col. C'est un utérus bifide, à portion cervicale commune. La femme, aujourd'hui âgée de 50 ans, avait eu 9 grossesses (3 à terme, 2 à 8 mois et 4 fausses couches).

Coloration du bacille de Koch par le procédé de Hauser.

M. Lesieur a étudié par un assez grand nombre d'examens la valeur du procédé de coloration du bacille de Koch préconisé par M. Hauser à la *Société de biologie*, le 29 octobre dernier. Ce procédé consiste en la substitution de l'acide lactique en solution alcoolique à 2 p. 100 à l'acide sulfurique, pour la décoloration, dans la méthode de Ziehl.

Les résultats sont certainement supérieurs à ceux des méthodes anciennes.

Jean Lépine.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 Décembre 1898.

Traitement des pyonéphroses.

M. Kutner intervient à son tour dans la question soulevée par M. Casper pour soutenir que le cathétérisme des uretères paraît incompatible avec les exigences de l'asepsie moderne. Il est impossible, en raison de l'étroitesse de leur calibre, d'assurer la parfaite désinfection des sondes uretérales; le même reproche peut être adressé au cystoscope et à l'uréthroscope.

En outre, lorsque la vessie est infectée, il est très difficile de ne pas infecter secondairement le rein en pratiquant le cathétérisme de l'uretère. Pour ces différentes raisons, M. Kutner estime que ce mode d'exploration doit être réservé aux cas tout à fait exceptionnels.

M. Th. Landau fait observer que le cathétérisme des uretères lui a rendu service chez une femme atteinte d'une hydronéphrose consécutive à un rétrécissement de l'uretère. Ce procédé de traitement peut aussi être utile lorsqu'il s'agit d'une fistule uretéro-vaginale : à la réunion des deux extrémités de l'uretère au moyen d'une sonde est alors nécessaire pour assurer la guérison de la fistule. Enfin, chez des femmes atteintes de carcinome ou de myome utérins, le cathétérisme donne la possibilité de savoir si l'uretère affecte ou non des relations avec la tumeur, et nous renseigne par conséquent sur la méthode opératoire que nous devons préférer. Le cathétérisme des uretères permet, en outre, d'éviter la ligature de ces canaux au cours d'une opération abdominale.

M. Posner croit qu'il est impossible de nier l'importance du cathétérisme des uretères dans la cure des affections qui réclament un lavage des bassinets. Que ces affections soient justiciables d'une intervention sanglante, cela n'est pas douteux, mais il y a beaucoup de malades qui n'acceptent pas l'opération et auxquels, par conséquent, on pourra être très utile par le cathétérisme. Il estime, d'autre part, qu'au point de vue du diagnostic le cathétérisme des uretères n'est nécessaire que dans un nombre très restreint d'affections, qu'il n'est pas complètement inoffensif et que l'on doit savoir s'en abstenir, notamment dans les cas où la vessie est infectée. L'examen chimique et microscopique de l'urine suffira habituellement en pareille occurence pour faire le diagnostic.

Quant à s'appuyer sur la quantité d'urée excrétée par les urines pour juger de l'état d'intégrité des reins, c'est là une utopie, car rien n'est plus variable que le taux de cette excrétion; il faudrait doser non seulement l'urée de l'urine, mais encore celle qui est excrétée par l'intestin pour pouvoir conclure avec certitude à une insuffisance des reins.

M. Richter maintient qu'en dosant la quantité d'urée contenue dans l'urine de chaque rein, recueillie séparément, on peut apprécier avec une approximation très grande l'état fonctionnel de chacun de ces organes. Le cathétérisme des uretères est donc susceptible de fournir des renseignements précieux, dont il serait imprudent de ne pas tenir compte lorsqu'il s'agit de faire une néphrectomie.

M. Wossidlo démontre, en s'appuyant sur des résultats statistiques, que le cathétérisme des uretères ne donne pas de résultats supérieurs à ceux que l'on obtient au moyen du cystoscope pour le diagnostic des affections rénales.

En second lieu, il déclare qu'il n'est pas du tout prouvé que le cathétérisme uretéral permette d'affirmer l'intégrité de l'un ou de l'autre rein; il estime, en outre, que cette intervention n'est pas toujours sans dangers. Tout en reconnaissant que le cathétérisme donne la possibilité, par des lavages du bassinet, de guérir les pyélites, M. Wossidlo croit que le même résultat peut être obtenu sans avoir recours à cette intervention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE HAMBOURG

Séance du 15 Novembre 1898.

Arthrite déformante de la colonne vertébrale.

M. Sänger. — Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, six ans auparavant, a été pris de douleurs dans la nuque, le dos et le thorax, lesquelles douleurs amenèrent, au bout de quelque temps, une raideur de la colonne vertébrale. Cette raideur, après une amélioration passagère, s'aggrava dans la suite, si bien que le malade, ne pouvant plus plier son dos, a été obligé de renoncer à tout travail.

Les antécédents de ce malade n'expliquent pas l'étiologie de cette arthrite; il n'est ni tuberculeux, ni syphilitique, ni alcoolique. A noter seulement qu'étant déchargeur, il portait souvent sur son dos des poids considérables.

Actuellement, la colonne vertébrale de ce malade est complètement ankylosée et raide comme une tige métallique. La tête fléchie en avant, peut à peine remuer. Lorsque le malade veut se tourner de côté, le mouvement est exécuté par tout le tronc; la flexion en arrière est impossible, la flexion en avant du tronc est possible et s'effectue au moyen d'un mouvement dans les hanches.

Comme phénomènes secondaires, on note chez ce malade un aplatissement du diamètre antéro-postérieur du thorax. La respiration présente le type nettement abdominal et les côtes n'y

participent pas. Les pectoraux, les intercostaux, les sternaux-mastoïdiens, les rhomboïdes sont atrophiés, mais leur excitabilité électrique n'est pas qualitativement modifiée.

On a voulu faire de cette affection un type morbide autonome. D'après M. Sänger, il s'agit là d'un cas type d'arthrite déformante de la colonne vertébrale. Son pronostic est mauvais en ce sens que la guérison avec retour des fonctions n'est guère possible. Comme traitement on peut employer le massage, les bains chauds, l'électricité, l'iode à l'intérieur.

Résection d'un estomac cancéreux.

M. Urban a communiqué l'observation d'une femme de 35 ans entrée à l'hôpital avec les symptômes classiques du cancer de l'estomac. La laparotomie ayant montré qu'il existait une infiltration cancéreuse diffuse de l'estomac, l'opération a été conduite de la façon suivante.

Le duodénum a été sectionné au ras du pylore, et son bout fermé. Du côté de l'œsophage, l'estomac a été divisé presque au ras du cardia en conservant toutefois une languette encore saine de la grande courbure. Avec cette languette on forma un petit canal qui continuait pour ainsi dire l'œsophage, et qu'on aboucha avec une anse de l'intestin grêle. L'estomac, une fois libéré, fut extrait de l'abdomen, le bout fermé du duodénum replacé dans la vité abdominale, et la plaie fermée.

Les suites opératoires furent simples et au bout de quelque temps la malade quitta l'hôpital dans un état satisfaisant.

ANGLETERRE

CLINICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 9 Décembre 1898.

Calculs du pancréas.

M. Pearce Gould a communiqué l'observation d'un homme de 46 ans, ordinairement bien portant qui, en novembre 1895, fut pris de douleurs abdominales localisées autour de l'ombilic; quelques mois plus tard se déclara un ictère pour lequel le malade vint à l'hôpital. L'examen montra l'existence d'une hypertrophie du foie et d'une distension de la vésicule biliaire qui formait une véritable tumeur dans l'hypochondre droit; les matières fécales étaient décolorées.

La laparotomie a permis d'évacuer par la ponction aspiratrice une demi-pinte de liquide de la vésicule biliaire et d'extraire plusieurs calculs qui se trouvaient dans le canal de Wirsung dilaté.

Malgré cette opération, l'écoulement de la bile ne s'était pas rétabli, si bien que lorsqu'un mois plus tard le malade fut pris d'un accès de douleurs violentes dans l'hypochondre, on se décida à faire une nouvelle laparotomie. L'opération montra l'existence d'un volumineux calcul dans la tête du pancréas tout près du duodénum. Ce calcul n'a pu être extrait qu'après incision du parenchyme pancréatique.

Cette fois l'opération eut pour résultat de rétablir le cours de la bile. Malheureusement les vomissements biliaires que le malade a eus le jour même de l'opération se reproduisirent les jours suivants, et le malade succomba au 12e jour après l'opération.

A l'autopsie on trouva un peu de pus sous la vésicule biliaire et derrière le côlon ascendant. Le canal pancréatique était dilaté et ulcéré. Un kyste hydatique se trouvait au niveau de la face postérieure du foie.

M. Kellock a observé un homme de 56 ans qui, à la suite d'un accès de douleurs violentes dans l'abdomen présenta de l'ictère. Quinze jours plus tard survint un second accès analogue accompagné de frissons, et lorsque le malade entra à ce moment à l'hôpital, on trouva à côté de l'ictère une augmentation notable du volume du foie. La situation resta la même pendant plusieurs jours, lorsque le malade expulsa avec les selles un petit calcul. Bien que la jaunisse commençât à diminuer, le malade alla en s'affaiblissant et succomba au bout de quelque temps. A l'autopsie on trouva un calcul des dimensions d'un noyau de cerise engagé dans la portion dilatée du canal du pancréas.

Pancréatite hémorrhagique.

MM. Frip et **Bryant** ont observé un cas de pancréatite hémorrhagique chez un homme de 42 ans pris brusquement de douleurs abdominales et amené à l'hôpital dans un état de collapsus.

La laparotomie montra qu'il n'y avait pas d'obstruction intestinale. Dans la cavité abdominale se trouvait une petite quantité de liquide hémorrhagique; le péritoine ne présentait pas de nodules nécrotiques; l'intestin était contracté. Dans ces conditions on se contenta de fermer le ventre, et le malade succomba 48 heures après.

A l'autopsie on trouva une nécrose de l'épiploon et du méso-côlon. Le pancréas augmenté de volume était congestionné et infiltré de sang, et présentait des foyers de nécrose. Une infiltration sanguine existait aussi dans le tissu graisseux péri-pancréatique et dans l'épiploon gastro-splénique. L'estomac et l'intestin étaient normaux.

Les lésions trouvées à l'examen microscopique du pancréas consistaient principalement en une infiltration sanguine interstitielle de la glande; des foyers de nécrose se trouvaient dans le tissu conjonctif inter-lobulaire et péri-glandulaire; à ce niveau les cellules glandulaires étaient tuméfiées et leurs noyaux se coloraient mal. Dans les autres parties de la glande, les phénomènes d'inflammation parenchymateuse étaient minimes. Les canaux étaient libres.

L'examen bactériologique du pancréas a montré, comme dans deux autres cas analogues, la présence des colibacilles dont la distribution dans la glande était telle qu'ils semblaient être apportés par les vaisseaux.

Pancréatite aiguë.

MM. Newton Pitt et **Jacobson** ont observé cinq cas de pancréatite aiguë.

Dans le premier cas, qui se rapporte à un homme de 46 ans, il y a eu, après une période aiguë caractérisée par des vomissements, par des alternatives de diarrhée et de constipation, par une fièvre élevée, formation d'une tumeur rétro-stomacale, qui ne fut abordée qu'après la disparition des symptômes aigus. La laparotomie montra tout d'abord l'existence d'une nécrose graisseuse étendue du péritoine; quant à la tumeur elle était recouverte par le péritoine et l'estomac et les intestins soudés ensemble et baignant dans un liquide putride. Toute intervention radicale ayant été jugée impossible, on se contenta de fermer le ventre: le malade succomba le lendemain. A l'autopsie on trouva un abcès volumineux limité en avant par l'estomac et en arrière par le pancréas gangrené.

Dans le second cas où il s'agit d'une femme de 70 ans, la malade fut prise brusquement de douleurs violentes de l'abdomen avec vomissements et besoins incessants de défécation, et succomba dans l'espace de 48 heures. A l'autopsie on trouva une nécrose graisseuse du péritoine et une pancréatite hémorrhagique.

Dans trois autres cas à évolution moins rapide il y a eu formation d'une tumeur, laquelle tumeur, comme on l'a constaté à l'autopsie, était formée par une suppuration du pancréas.

M. J. Langton a observé un cas analogue chez un homme de 50 ans. Au milieu des phénomènes abdominaux, il s'était formé une tumeur. Avant d'intervenir M. Langton fit une ponction exploratrice et retira 11 pintres de liquide ascitique teinté de sang. L'ascite ne s'est pas reproduite, mais la tumeur étant devenue plus accessible, on fit la laparotomie qui permit de constater l'existence d'une tumeur rétro-côlique dont la ponction amena l'issue de sept pintes de liquide hémorrhagique. Le malade guérit pour succomber deux ans plus tard à une hémorrhagie intestinale et l'autopsie permit de constater que le pancréas était presque complètement détruit.

Le Gérant : Pierre Masson.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

La paralysie bulbo-spinale asthénique
(Syndrome bulbaire d'Erb),
D'après M. le Dr V. Ballet (1).

La paralysie asthénique bulbaire, dont la première description, due à Erb, remonte à quelques années, si elle n'est pas une entité morbide nettement différenciée, présente du moins un tableau symptomatique assez complet et assez précis pour être isolée et constituée en un syndrome spécial, dont le substratum anatomique reste seul à déterminer.

Les dénominations sous lesquelles on l'a désignée sont multiples (2) ; celle de paralysie bulbo-spinale asthénique a l'avantage de rappeler à la fois les symptômes spinaux et bulbaires qui se présentent avec une fréquence égale. Un peu plus de 30 observations en ont été publiées, desquelles se dégagent les traits d'un tableau clinique complet et homogène, qui, s'il se rapproche par maintes analogies du tableau des polio-encéphalo-myélites, présente certains traits particuliers qui autorisent à l'en séparer ; malheureusement les données anatomiques manquent, les autopsies sont pour la plupart muettes, et l'embarras devant lequel on se trouve de rattacher tel ou tel symptôme à une lésion nettement caractérisée, empêche que cette affection soit constituée en entité morbide nettement distincte.

1. Les observations se trouvent dans la thèse de M. V. Ballet (thèse de Paris, n° 565, Carré et Naud, 1898).
2. Paralysie bulbaire sans lésions anatomiques (Oppenheim) ; — Syndrome paralytique bulbaire vraisemblablement curable avec participation des extrémités (Goldflam) ; — Ophthalmoplégie externe progressive avec paralysie bulbaire terminale (Eisenlohr) ; — Myasthénie grave pseudo-paralytique (Jolly) ; — Paralysie bulbaire asthénique (Strümpell) ; — Paralysie bulbaire supérieure subaiguë à type descendant (J.-B. Charcot et Marinesco) ; — Maladie d'Erb (Murri).

Historique. — C'est à Wilks (1) que l'on doit d'avoir signalé le premier cas de paralysie bulbaire *sine materia*, mais son observation passa inaperçue et ce ne fut que plus tard que ce cas fut identifié à ceux qui firent en 1878 l'objet de la communication d'Erb au congrès de Wiesbaden, bientôt suivie d'un autre travail (2) ; il relatait l'histoire de trois malades qui, sans passé pathologique personnel ou héréditaire, présentèrent en peu de temps et sans causes des phénomènes de parésie dans le domaine des nerfs crâniens et des nerfs cervicaux supérieurs ; de ces phénomènes parétiques trois surtout étaient accusés : une blépharoptose double, une faiblesse des muscles de la mastication, une parésie des muscles de la nuque ; ces observations, sans contrôle anatomique, permirent à Erb d'établir l'existence d'un nouveau syndrome d'origine probablement bulbaire, mais demeurèrent à l'état isolé jusqu'en 1887, date à laquelle où Oppenheim (3) apporte un fait suivi d'autopsie révélant l'absence complète de lésions bulbaires.

Depuis, de nouvelles observations sont publiées en Allemagne par Pineles, Hoppe, Eisenlohr, Bernhardt, Remak, Fajerstain, des monographies sont écrites par Goldflam, Strümpell.

En France la première observation est due à J.-B. Charcot et Marinesco (4), puis viennent celles de MM. Devic et Roux (5), Dumarest (6), les travaux de W. de Hostein (7), Brissaud et Lantzenberg (8), les cas tout récents de Widal et Marinesco (9), P. Marie et L. Roques (10), qui, avec une observation inédite de M. Ballet, portent à 36 le nombre des cas connus jusqu'ici.

Nosographie du syndrome. — Le début de la paralysie bulbo-spinale asthénique est variable. Il peut être brusque, soudain, sans phénomènes prémonitoires, ou insidieux, le mal s'installant par quelques prodromes mal caractérisés, tels qu'une *céphalalgie* parfois violente et localisée à la région occipitale, parfois légère, diffuse, sans siège précis, se montrant par intermittence, revenant par accès sans causes. Elle peut précéder de peu l'éclosion des symptômes confirmés ou se montre longtemps avant eux. Dans certains cas cette céphalalgie s'accompagne de poussées congestives vers la face, de bouffissure de la face d'étourdissements ou de quelques vagues sensations subjectives dans le domaine des nerfs crâniens (nerf moteur oculaire commun, facial, branche motrice du trijumeau, hypoglosse, glosso-pharyngien).

Le plus communément la progression des phénomènes parétiques suit une marche descendante. Le premier symptôme en date est une *blépharoptose* double, qu'accompagnent bientôt des troubles de la musculature externe de l'œil (strabisme, diplopie) des troubles de la phonation, de la déglutition, une gêne dans l'articulation des mots et dans la mastication. Puis le processus porte ses atteintes dans le domaine des nerfs spinaux. Les muscles de la nuque se prennent, puis ceux du tronc, enfin ceux des membres supérieurs et inférieurs. Pourtant

1. Wilks *Guy's Hospital Reports*, 1877, XXII, p. 54.
2. Erb, *Arch. f. Psych.*, IX, p. 336.
3. Oppenheim, *Arch. f. patholog. Anat. u. Physiol.*, CVIII, 3, p. 522.
4. J.-B. Charcot et Marinesco, *Société de biologie*, 1er mars 1895.
5. Devic et Roux, *Revue de médecine*, mai 1896.
6. Dumarest, *Echo médical de Lyon*, octobre 1896.
7. W. de Hostein, *Semaine médicale*, 20 janvier 1896.
8. Brissaud et Lantzenberg, *Archives générales de médecine*, mars 1897.
9. Widal et Marinesco, *Presse médicale*, 14 avril 1897.
10. P. Marie et L. Roques, *Société médicale des hôpitaux*, 20 mai 1898

cette marche régulièrement descendante n'existe pas toujours; la dysphagie, les troubles de la déglutition ou de la phonation peuvent tour à tour ouvrir la scène pour s'associer secondairement aux troubles oculaires ou spinaux. L'affection peut également envahir en premier lieu les membres inférieurs ou le tronc; sans causes apparentes survient un amaigrissement accompagné de douleurs dans les extrémités, un affaiblissement graduel, une perte de forces localisée dans un plus ou moins grand nombre de territoires musculaires des bras et des jambes. Les malades s'aperçoivent que leurs forces diminuent, ils sont incapables de fournir un travail soutenu; fréquemment cette débilité initiale est très accentuée.

La maladie, une fois installée, évolue de façon progressive, lentement dans certains cas, rapidement dans d'autres; mais dès le début les paralysies se présentent avec tous leurs caractères et notamment ceux de mobilité et de fugacité qui ont frappé tous les observateurs, et il est très difficile d'assigner une limite même fictive entre la période de début et la période d'état.

Avant d'étudier les diverses manifestations de cette période il faut établir une distinction entre les caractères que revêtent ces manifestations; il y a lieu en effet de décrire d'abord des caractères spéciaux à chaque paralysie tirés de sa localisation, de son siège, caractères banaux en quelque sorte, et des caractères communs à toutes ces paralysies, mais particuliers au syndrome.

La *blépharoptose,* le plus souvent double, peut être unique; il n'est pas rare de la voir, unique au début, devenir double ensuite, elle est presque toujours plus marquée d'un côté que de l'autre. Ses caractères n'ont rien de bien particulier : la paupière est tombante, les yeux se ferment sans effort, mais, fermées, les paupières n'offrent que peu de résistance au doigt qui les soulève, le malade ne peut que péniblement les relever; dans certains cas il aide avec les sourciliers et les frontaux le releveur qui ne suffit plus à sa tâche; cette blépharoptose peut s'accompagner d'ophthalmoplégie externe, généralement incomplète, sauf dans certains cas, comme celui de Dumarest, où la paralysie de la musculature externe de l'œil est presque complète, cas moins rares toutefois que ceux où la musculature interne de l'œil est atteinte; presque toujours les pupilles sont mobiles à la lumière et à l'accommodation, l'examen du fond de l'œil négatif.

Du fait de ces divers troubles le malade présente une sorte de faciès de Hutchinson, avec son air somnolent, la tête rejetée légèrement en arrière pour permettre aux yeux de percevoir les objets dont la paupière, dans sa chute, intercepte les images.

Lorsque survient la paralysie du facial, le visage, fixe et immobile perd toute expression, le front et les tempes sont lisses et polis, sans plis et sans rides; la face prend l'aspect d'un masque stupide et pleurard.

La portion inférieure du facial, moins sérieusement atteinte, n'est pas pour cela toujours indemne, et assez fréquents sont les cas où les lèvres, faibles, tombantes, laissent aliments et salive s'échapper de la bouche et où elles ne peuvent même plus être pincées entre les dents.

La *mastication* devient difficile, les masséters sont devenus si faibles qu'un doigt introduit entre les arcades dentaires ne peut être serré ni même recevoir l'empreinte des incisions. Si le maladie essaie de mâcher de la viande ou tout autre aliment résistant, il s'arrête épuisé dès les premières bouchées, et les substances molles, la mie de pain, peuvent être seules triturées et ingérées. Puis l'ingestion de ces dernières elles-mêmes est impossible, lorsqu'aux troubles de la mastication se sont joints des troubles de la *déglutition,* qui peuvent être légers ou insignifiants, mais ordinairement sont assez marqués, les malades, pour une simple bouchée, devant s'y reprendre à plusieurs fois, faire des efforts répétés pour avaler ces aliments « qui ne veulent pas passer ».

Les liquides eux-mêmes ne sont ingérés que péniblement, une simple gorgée d'eau nécessitant plusieurs mouvements. Encore peut-il arriver que le voile du palais soit pris. Solides et liquides sont alors rendus par le nez, l'œsophage ne reçoit plus qu'une quantité d'aliments minime. Il s'en faut cependant de beaucoup que les phénomènes atteignent cette intensité chez tous les malades, néanmoins la musculature du pharynx est presque toujours sérieusement touchée. De même celle de la langue, les mouvements d'élévation deviennent souvent impossibles, le malade ne peut la mettre en gouttière, elle ne peut être projetée hors de la bouche.

La *phonation* n'est pas épargnée et, du fait de la coïncidence des phénomènes parétiques sur le voile du palais, les lèvres et sur la langue, il y a double catégorie de troubles dans la voix : troubles de l'articulation, troubles dans l'émission des sons. La voix est nasonnée et même nasillarde, traînante; lorsqu'on fait causer le malade, les premières paroles sont généralement intelligibles, les suivantes sont bredouillées et confuses; par suite de la propagation du processus aux muscles laryngés, la voix est faible, enrouée, gutturale, on peut noter de l'aphonie complète, la parole peut être entrecoupée de fréquentes aspirations traduisant l'insuffisance d'occlusion de la glotte; à l'examen laryngoscopique, Hoppe a vu que les cordes vocales étaient légèrement entravées dans leur jeu physiologique.

Le processus envahit successivement les muscles du cou, du tronc et des membres : les muscles de la nuque d'abord, et c'est là un des symptômes les plus frappants de la maladie (Brissaud et Lantzenberg). La tête ne peut plus être maintenue dans sa situation normale, elle roule sur les épaules, tombant le plus souvent en avant, parfois en arrière. Le malade ne la relève que péniblement, parfois en s'aidant des mains; redressée, elle ne se tient que difficilement en équilibre sur la colonne, il suffit d'une légère poussée pour la faire retomber sur la poitrine; pour peu que les symptômes bulbaires soient accusés, le malade, avec ses yeux mi-clos, ses paupières tombantes, son faciès hébété et pleurard, sa tête oscillant sur la poitrine, revêt l'aspect d'un dormeur. A la paralysie des muscles de la nuque vient s'ajouter celle des rotateurs et des muscles de la région antérieure du cou, plus particulièrement du sterno-cléido-mastoïdien dont le relief disparaît, laissant se dessiner plus nettement les lobes du corps thyroïde.

Puis survient la paralysie des muscles du tronc, de l'abdomen, des membres : le malheureux patient couché ne peut plus se mettre sur son séant; les objets, même d'un poids minime, sont trop lourds pour ses mains débiles, la marche lui est impossible, bras et jambes se refusant à tout service ou se dérobant sous lui. Si la paralysie revêt une certaine uniformité dans sa marche et son évolution, elle présente une grand diversité dans ses localisations, tous les territoires peuvent être atteints, il n'est pas bien sûr que le muscle cardiaque lui-même reste indemne.

Mais comment sont-ils frappés? Quels sont les caractères spécifiques des paralysies du syndrome d'Erb? Si l'on examine un malade atteint de syndrome d'Erb, on est surpris de trouver d'un moment à l'autre des changements considérables dans l'état des muscles. Cette fuga-

cité, cette mobilité des paralysies est mentionnée dans chaque observation; en fait, ce n'est pas à une paralysie véritable qu'on a affaire, mais à une sorte de faiblesse des muscles qui les fait se fatiguer rapidement à la suite du moindre effort et arriver à un épuisement précoce. Cette amyosthénie est même sujette à des oscillations d'une autre sorte et d'un nouveau genre. Ce sont des périodes de rémission ou d'exacerbation des phénomènes paralytiques nullement subordonnés, cette fois, au travail musculaire ou aux efforts du malade et dont l'apparition ne semble soumise à aucune cause apparente; les malades ont leurs bons et leurs mauvais jours; améliorations et rechutes surviennent sans cause appréciable, rien ne fait prévoir ni n'explique ces modifications spontanées dans l'état du malade.

Devant la constatation de tels phénomènes, on devrait s'attendre à voir survenir l'atrophie musculaire, pourtant très rare; quand elle existe, il s'agit d'atrophies légères, localisées, nullement en rapport avec l'intensité des troubles; les tremblements fibrillaires sont très peu fréquents, et l'examen électrique ne donne aucune trace de réaction de dégénérescence. Cet examen électrique peut pourtant fournir des résultats dont la connaissance est due aux recherches de Jolly et de Murri.

La *réaction myasthénique* de Jolly (1) consiste essentiellement en ceci : lorsqu'on fait agir pendant quelques secondes un courant d'introduction tétanisant vivement le muscle, puis qu'après quelques secondes d'interruption, on excite à nouveau le muscle avec la même intensité, le tétanos musculaire devient de moins en moins complet, et diminue de plus en plus à chaque excitation, jusqu'à ce qu'il n'y ait qu'une contraction de faible durée à l'ouverture, le muscle restant, pendant le passage du courant, en état de contraction légère; cette contraction à la fin disparaît elle-même; en augmentant le courant, en le laissant passer plus longtemps, on observe de même une diminution progressive de la contraction. Cette réaction de Jolly opposée à la réaction myotonique de la maladie de Thomsen est d'ailleurs inconstante.

Les troubles de la motilité constituent presque à eux seuls la paralysie bulbo-spinale asthénique, la *sensibilité* est rarement intéressée, son examen donne presque toujours des résultats négatifs; parfois pourtant des plaques d'anesthésie ont été constatées, quant aux troubles subjectifs, ils consistent en céphalalgie, celle du début pouvant persister ou reparaître au cours de la maladie, et en paresthésies diverses (sensations de brûlures, névralgies à localisations variables).

Les *réflexes tendineux* sont habituellement conservés, légèrement diminués quelquefois plus particulièrement aux membres inférieurs.

Jamais on ne signale de troubles du côté des sphincters, jamais de troubles psychiques.

Il peut y avoir, au cours de la maladie, une élévation thermique pouvant survenir à un moment quelconque de l'évolution, plus particulièrement vers la période terminale, le thermomètre monte peu au-dessus de 38° s'y maintient plus ou moins longtemps, puis redescend à la normale, sans modifications notables au tableau symptomatique.

Marche. Durée. Terminaison. — Si la progression descendante du processus est la règle, les cas atypiques sont encore assez fréquents; l'affection peut présenter un début spinal ou s'attaquer dès ses premières phases à un des étages inférieurs du bulbe, quitte à intéresser ensuite les parties négligées au début. Une fois installée, l'affection progresse lentement, ayant une allure généralement chronique (seul le cas de Widal et Marinesco eut une marche véritablement aiguë).

Il existe de longues rémissions pendant lesquelles les troubles morbides peuvent disparaître et équivalent pour ainsi dire à de véritables guérisons. Mais ces rémissions ne portent pas toujours sur toutes les manifestations du syndrome; de plus, presque toujours, réapparaissent tôt ou tard tous les symptômes avec une intensité plus grande qu'auparavant, et l'affection reprend sa marche progressive pour aboutir après une durée variable, quelquefois à la guérison, souvent à la mort.

La durée la plus courte, à part les cas aigus très rares, serait de 6 mois; des symptômes peuvent encore persister après 2, 3, 4 ans et plus.

La guérison, maintes fois signalée, est difficile à affirmer et peut-être ne s'agit-il souvent que de longues rémissions auxquelles pourront faire suite de dangereuses rechutes susceptibles d'une issue fatale.

La mort est en effet assez fréquemment observée. Ce sont généralement des troubles respiratoires qui l'occasionnent, probablement une paralysie des muscles respirateurs analogues aux autres troubles musculaires. D'autres cas peuvent être observés, tel celui de Jolly, qui signale chez un malade, par suite de paralysie de la musculature du pharynx et du larynx, un accès de suffocation par déglutition qui comporta une terminaison fatale.

Le pronostic doit donc être réservé, vu l'altération fréquente de l'état général, la perpétuelle possibilité de récidives, la crainte d'une terminaison fatale inopinée.

Etiologie. — L'étiologie est obscure. Ce syndrome est peut-être un peu plus fréquent chez la femme, ne se remarque qu'à l'âge adulte, pourtant à un âge plus jeune chez la femme que chez l'homme; le passé pathologique des malades n'offre aucun intérêt, les antécédents héréditaires ou personnels, à part peut-être quelques tares nerveuses, quelques traces plus ou moins avérées de spécificité, sont nuls. Les infections jouent peut-être un certain rôle dans la production de ce syndrome, l'influenza a été particulièrement incriminée; il n'est d'autre part pas rare de relever des traces de tuberculose chez les malades atteints du syndrome d'Erb.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Dès la première observation suivie d'autopsie, celle d'Oppenheim, il est noté que la protubérance et la région pédonculaire ne présentaient aucune lésion, les préparations ne différaient sous aucun rapport de celles qu'on aurait pu faire chez un individu normal. Les résultats des observations ultérieures sont les mêmes; pourtant il faut noter la fréquence assez grande de petites hémorrhagies anciennes ou récentes siégeant aux différentes régions du bulbe et de la moelle. Peut-être cette absence de lésions tient-elle simplement à l'insuffisance des procédés techniques employés? Widal et Marinesco en effet dans leur cas ont, grâce à la méhode de Nissl, décrit des lésions dans les centres nerveux suivants : noyaux du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe, du facial, de l'hypoglosse, du spinal, de la substance grise antérieure cervicale, ainsi que dans les nerfs émanant de ces noyaux. Les lésions des cellules étaient caractérisées par la désintégration plus ou moins accusée des éléments chromatophiles, la substance achromatique était respectée; ces auteurs concluent à une lésion primitive de l'élément nerveux; mais la nature primitive de ces lésions n'implique pas formellement une relation de cause à effet

1. Jolly, *Berlin. klin. Wochensch.*, 7 janvier 1895.

entre ces lésions et la paralysie bulbo-spinale asthénique. Ces lésions sont légères et superficielles, et un seul cas ne suffit pas pour être pleinement affirmatif. Il est néanmoins certain, étant donné la variabilité des symptômes et les rémissions possibles, que les lésions cellulaires doivent être légères et susceptibles de réparations au moins temporaires.

Mais la présence de ces lésions, si légères soient-elles, amène à se demander, si la paralysie bulbo-spinale asthénique constitue bien réellement une entité nosologique à part, ou si elle ne serait pas le dernier terme, le plus léger d'une série de types relevant tous de la polio-encéphalomyélite; Widal et Marinesco inclinent à penser que c'est un type nosologique à part, Brissaud et Lantzenberg admettent au contraire qu'elle n'est que le degré le plus léger des polio-encéphalomyélites et invoquent à l'appui de cette manière de voir une série de cas de transition pris dans le mémoire de Guinon et Parmentier. Ces cas sont encore trop peu nombreux et trop peu décisifs pour entraîner la certitude, et l'hypothèse de M. Brissaud, si plausible qu'elle soit, nécessite, pour être admise, la connaissance d'un plus grand nombre de cas intermédiaires. D'autre part, malgré les analogies très réelles entre les deux affections, il existe des différences très réelles entre le syndrome d'Erb et les autres manifestations bulbo-spinales.

C'est ainsi que la paralysie bulbo-spinale asthénique se distingue de la paralysie bulbaire chronique progressive par le manque d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence, par la lésion du facial supérieur et de l'oculomoteur commun, par le degré léger des troubles de l'hypoglosse, par des rémissions manifestes et les changements transitoires de l'intensité des symptômes.

Son évolution et sa marche la distinguent dans la plupart des cas d'avec la paralysie bulbaire aiguë et la pseudo-paralysie bulbaire.

De même il est inutile d'insister longuement pour montrer que le syndrome bulbaire d'Erb diffère nettement de la polio-encéphalite supérieure de Wernicke ou ophthalmoplégie nucléaire.

Enfin, entre la paralysie bulbo-spinale asthénique et les polio-encéphalomyélite « la distinction principale réside non dans le siège mais dans la nature des manifestations d'ordre musculaire; l'atrophie musculaire est absente ou rare dans la paralysie bulbaire asthénique; elle est constante dans les polio-encéphalomyélites, dans un cas l'élément musculaire traduit d'abord sa souffrance par un trouble spécial de son fonctionnement, dans l'autre la première révélation de l'atteinte morbide du muscle c'est son atrophie » (Brissaud et Lantzenberg).

Nous nous trouvons donc en présence d'un complexus symptomatique homogène, qui, par allure clinique, mérite d'être individualisé en un syndrome bien défini, sinon en entité morbide nettement différenciée; si l'on ne peut encore se prononcer sur sa nature intime, du moins le problème est-il nettement posé : s'agit-il d'une affection d'une nature particulière, ou bien doit-on identifier aux polio-encéphalomyélites le syndrome désigné sous le nom de paralysie bulbo-spinale asthénique? C'est aux observateurs à venir qu'il appartient de nous l'apprendre.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Année 1898-1899.

M. Schultz (G.). *Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire.* N° 1. (G. Steinheil.)

M. Saint-Hilaire (A.). *Fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis.* N° 4. (Carré et Naud.)

M. Thivrier (L.). *Contribution à l'étude des complications para-uréthrales de la blennorrhagie, folliculite simple, folliculite enkystée, abcès péri-uréthraux, cowpérite et péri-cowpérite.* N° 10. (P. Delmar.)

M. Couvreur (Ed.). *De la pathogénie du rachitisme.* N° 11. (P. Delmar.).

M. Delort (P.). *Quelques considérations sur le mécanisme, la symptomatologie et le traitement des fractures du bassin en général.* N° 15. (H. Jouve.).

M. de Pindray (A.). *Contribution à l'étude des difficultés du diagnostic de l'appendicite dans les cas de hernie droite concomitante.* N° 16. (P. Delmar.)

M. P. Rogier. *Etude sur les hernies ombilicales qu'on rencontre chez le nouveau-né.* N° 17. (G. Carré et C. Naud.)

M. Lévêque. *Ostéite condensante et douloureuse de la mastoïde.* N° 19. (G. Steinheil.)

M. Guillois. *Des plaies par usure occasionnées par les meules (coups de meules).* N° 28. (Reims, Bugg et Gobert.)

M. Prat-Dumas. *Contribution à l'étude de la tuberculose des vésicules séminales, essai de traitement opératoire (spermatocystectomie.* N° 29. (P. Delmar.)

M. G. Dubosc. *Contribution à l'étude des productions dermoïdes du voile du palais.* N° 30. (G. Steinheil.)

M. G. Vinot. *De la douleur dans les rétrodéviations utérines.* N° 33. (H. Jouve).

M. Damien-Masson. *Etude des complications vésicales dans l'appendicite.* N° 35. (Reims, Bugg, et Gobert.)

M. Douvrin (C.). *Sur le traitement des fractures par le massage et la mobilisation.* N° 38. (E. Douvrin, Menille, Nord.)

M. Bled (H.). *Les opérations sur le sympathique dans la maladie de Basedow.* N° 41. (P. Delmar.)

M. Lucas (R.). *Des végétations adénoïdes de leurs rapports avec les affections de l'oreille.* N° 45. (Jouve et Boyer.)

M. Hanotte. *Anatomie pathologique de l'oxycéphalie.* N° 46. (Masson et Cie.)

M. Maréchal (G.). *Du traitement chirurgical de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent.* N° 48. (Carré et Naud.)

M. Rivalta (M.). *Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin.* N° 49. (Société d'éditions scientifiques.)

M. Delvincourt (V.). *Contribution à l'étude du traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales d'antitoxine (Méthode de Roux et Barrel).* N° 55. (G. Carré et Naud.)

M. Gilbert. *De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne).* N° 57. (Jouve et Boyer.)

M. Bouché. *Contribution à l'étude du traitement des fractures non consolidées.* N° 59. (Reims, Bugg et Gobert.)

M. P. Chanteux. *De l'éventration sus-ombilicale.* N° 68. (H. Jouve et Boyer.)

M. J. Proutière. *Contribution à l'étude de l'hystéroscopie.* N° 69. (H. Jouve et Boyer.)

M. A. Termet. *Considérations sur la hernie crurale, sa cure radicale par le procédé de J. L.-Championnière.* N° 70. (G. Steinheil.)

D'après M. Schultz, les hernies de la trompe sans hernie de l'ovaire sont des hernies inguinales les plus fréquentes, puis des hernies crurales, et un cas de hernie obturatrice.

La trompe peut être seule dans le sac, c'est le cas le moins rare : elle peut y être accompagnée par d'autres viscères (intestin, vessie); elle est saine ou présente, en dehors même des accidents d'étranglement, des lésions pathologiques.

Elle peut enfin s'étrangler, et l'étranglement aller jusqu'au sphacèle.

Les hernies inguinales sont toujours congénitales chez l'enfant. Chez l'adulte, elles peuvent l'être dans les cas de hernie de force à début brusque.

Les hernies crurales n'ont été rencontrées que chez l'adulte : ce sont presque des hernies de faiblesse.

Il n'existe, cliniquement, aucun signe pathognomonique des hernies de la trompe.

Le diagnostic n'a jamais été fait.

Le traitement n'a rien de spécial aux hernies de la trompe : bandage ou cure radicale, si l'on fait la cure radicale l'organe doit être sain, rentré dans le ventre; malade, complètement excisé.

Les fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre mou et à la syphilis sont fréquentes, le plus souvent de dehors en dedans, accompagnées de mutilations et de difformités du pénis.

M. Saint-Hilaire les ramène à 4 variétés :

a) Fistules de la rainure;
b) Fistules de la fosse naviculaire;
c) Fistules du corps du pénis;
d) Hypospadias complet.

Le traitement comprend :

a) Un traitement pré-opératoire dont l'importance est très grande, au point de vue de son influence, sur le résultat du traitement chirurgical de la fistule;

b) Un traitement chirurgical qui comprend non seulement l'occlusion de la fistule, mais autant qu'il est possible la correction des difformités péniennes, et pour lequel on a recours :

1° A la cautérisation pour les très petites fistules.

2° A l'uréthrorrhaphie, tantôt seule, tantôt associée à l'uréthroplastie, dans les fistules de dimensions plus considérables.

3° A l'uréthroplastie quand la perte de substance est telle que l'uréthrorrhapie est impuissante à fermer la plaie, le rapprochement des lèvres étant devenu impossible.

M. L. Thivrier étudie les complications para-uréthrales de la blennorrhagie que l'on peut ramener à trois :

1° La folliculite simple et enkystée;
2° La péri-folliculite suppurée ou abcès péri-uréthral;
3° La cowpérite et la péri-cowpérite.

Ces complications sont généralement tardives dans leur apparition qui survient presque toujours d'une façon spontanée et vers la 3e ou 4e semaine de l'infection gonococcique.

Toutes ces complications n'acquièrent de l'importance que par des lésions qu'elles peuvent entraîner à leur suite : en premier lieu les fusées purulentes et les perforations de l'urèthre avec la possibilité d'une infiltration d'urine et ses conséquences fâcheuses : fistules uréthrales, septicémie, etc.

La pathogénie du rachitisme est entourée de difficultés. Pour M. Couvreur parmi les théories diverses émises, il en est d'incomplètes.

D'autres enfin ont essayé de mettre en lumière l'influence de facteurs multiples. Elles se sont entourées de documents précis. Elles ont montré qu'on pouvait produire un rachitisme expérimental, histologiquement constatable. Elles ont fait voir qu'il y avait alimentation défectueuse et production insuffisante de calcification, mais il y a autre chose dans le rachitisme : il y a un accroissement exagéré des tissus en ossification dû à un processus inflammatoire réel. Cet accroissement trop considérable est-il le premier stade des altérations rachitiques et est-il la cause de l'insuffisante calcification? Est-il, au contraire, la conséquence de la calcification insuffisante qui permet aux éléments de se reproduire, de poursuivre leur développement, puisqu'ils n'ont plus pour les emprisonner une gangue calcaire? Cette question est tout entière à résoudre. La lésion élémentaire et primordiale du rachitisme nous est inconnue dans son essence comme dans sa cause.

D'après M. Delort, le pubis, la partie postérieure de la fosse iliaque, le sacrum sont les points faibles de la ceinture pelvienne et c'est là que les lésions portent d'ordinaire.

La ceinture pelvienne ne peut être forcée que par un traumatisme puissant (passage d'une roue de voiture, tamponnement, chute d'un lieu élevé sur les pieds ou sur les ischions, etc.)

La pression s'exerce dans le sens de l'axe antéro-postérieur du bassin ou dans le sens de l'axe transversal. Pression directe et indirecte.

Les symptômes des fractures du bassin sont de prime abord difficiles à discerner. L'ecchymose est presque toujours tardive; on a une altération secondaire des muscles qui s'insèrent sur les portions fracturées du bassin. Le chevauchement, la mobilité et la crépitation des fragments sont rarement observés.

Lorsque l'appendicite survient chez des malades atteints de hernie inguinale droite, ce diagnostic peut offrir des difficultés.

D'après M. de Pindray, on aura toujours tendance à rattacher à une hernie douloureuse simple une appendicite légère, subaiguë ou chronique.

De même les accidents de pseudo-étranglement que l'on peut observer au cours de l'appendicite pourront chez un malade atteint de hernie ancienne irréductible, faire penser à une hernie étranglée.

Toutes les fois que les accidents douloureux ou d'étranglement surviendront chez des malades atteints de hernie inguinale droite, il faudra penser à la possibilité d'une appendicite.

La connaissance exacte des commémoratifs, l'examen clinique approfondi, la recherche minutieuse du point maximum de douleur, l'étude thermométrique, permettront de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Des épiplocèles enflammées pourront revêtir le tableau clinique de l'appendicite à tel point qu'un diagnostic différentiel soit impossible. Mais dans ce cas il faudra savoir que l'appendice peut être en cause et toujours l'explorer.

Lorsque on aura porté un diagnostic de hernie simple ou étranglée, si par hasard au cours de l'intervention on constate quelque chose d'anormal, telle, par exemple, la présence d'un peu de sérosité, ou un épiploon légèrement enflammé, il faudra prolonger son incision et aller explorer l'appendice afin de voir s'il n'est pas la cause de l'incident opératoire.

D'après M. Rogier, chez l'enfant nouveau-né, la hernie ombilicale est une affection qu'on rencontre assez souvent (2,7 p. 100 enfants).

Les garçons y semblent plus prédisposés que les filles.

Ces hernies guérissent presque toujours bien et d'une façon définitive chez le petit garçon par les moyens simples; mais chez la petite fille elles peuvent plus tard se reproduire sous l'influence de la grossesse.

Si la hernie infantile petite n'a pas guéri par le bandage après 2-3 ans, si la hernie est volumineuse ou si elle est irréductible dès le début (hernies embryonnaire ou fœtale), la cure radicale doit être pratiquée sans hésitation.

Il existe une variété de mastoïdite chronique, que l'on peut appeler mastoïdite éburnante, douloureuse.

Pour M. Lévêque, cette lésion est caractérisée par l'apparition, le plus souvent sans causes, quelquefois à la suite d'un choc, de douleurs spontanées ou réveillées par la pression, au niveau de l'apophyse.

La cause de ces douleurs est l'éburnation de l'apophyse, lésion constatée au cours des évidements chirurgicaux; sans que l'on puisse indiquer une pathogénie bien nette de la lésion.

Cette mastoïdite est justiciable de la trépanation; après avoir épuisé les moyens thérapeutiques ordinaires, l'évidement est l'*ultima ratio* et donne le plus souvent d'excellents résultats.

M. Guillois attire l'attention sur une variété de plaies fréquentes dans la pratique chirurgicale industrielle. Ce sont les plaies par usure ou coups de meules occasionnées par les meules.

La plaie par usure a des caractères particuliers : les bords en sont nets, la tuméfaction considérable, l'écoulement de lymphe abondant, la douleur intense.

On peut en faire des variétés qui présentent toutes un

ensemble de symptômes qui les différencie des autres plaies.

Le pronostic est d'ordinaire bénin et le traitement ne diffère guère de celui des autres plaies.

Les mesures prophylactiques prises jusqu'à ce jour dans les ateliers paraissent insuffisantes.

M. Prat-Dumas étudie la tuberculose des vésicules séminales qui est extrêmement fréquente au cours de la tuberculose du testicule.

Elle joue, avec celle de la prostate et du canal déférent, un certain rôle dans la pathogénie de la tuberculose testiculaire. L'une des théories pathogéniques est même exclusivement basée là-dessus.

Tantôt la tuberculose des vésicules séminales coïncide avec des lésions de même nature du testicule, tantôt elle en est indépendante et ce dernier cas est plus fréquent qu'on ne le croit généralement.

Dans l'orchite tuberculeuse, ou tuberculose aiguë du testicule, les lésions vésiculo-prostato-déférentielles sont moins fréquentes que dans la forme chronique. Elles apportent un gros appoint au diagnostic qui, presque toujours, n'est établi que par l'évolution de la maladie.

Dans la forme chronique, commune au contraire, les lésions vésiculo-prostatiques sont extrêmement fréquentes.

L'extirpation des vésicules séminales est le traitement de choix.

Les kystes dermoïdes du voile du palais, que M. Dubosc étudie dans sa thèse, sont des curiosités pathologiques.

Ils peuvent rentrer dans la catégorie des kystes dermoïdes des autres parties de l'organisme puisqu'ils présentent à peu près les mêmes symptômes et ont la même structure.

Leur pronostic est en général bénin, quoiqu'ils puissent être le point de départ d'un épithélioma et de troubles fonctionnels graves surtout chez les enfants.

Leur pathogénie peut s'expliquer par la théorie de l'enclavement de Verneuil.

Leur traitement consiste dans une ablation totale avec restauration immédiate du voile du palais.

D'après M. Vinot, les phénomènes douloureux dans les rétrodéviations utérines peuvent tenir à des causes multiples qui sont : les lésions des annexes, la pelvi-péritonite, la métrite de l'utérus rétrodévié, la sténose du col, la compression des organes voisins.

Dans d'autres cas tous les phénomènes douloureux peuvent être causés par la déviation elle-même. La douleur arrive surtout lorsque l'utérus a basculé au-dessous des ligaments utéro-sacrés.

Au point de vue thérapeutique, il faut se rappeler que, dans la majorité des cas, la réduction de l'utérus fait cesser la douleur. Comme cette douleur apparaît surtout avant les règles, il devient indiqué de s'assurer de la réduction surtout au moment de la période prémenstruelle.

On ne devra recourir au traitement chirurgical qu'après s'être assuré que tous les moyens simples et en particulier l'emploi du pessaire sont restés sans résultat.

Pour M. Damien-Masson parmi les complications de l'appendicite, celles qui se rattachent à la vessie ne sont pas les moins importantes : elles sont variables dans leur nature et dans leur gravité.

L'appendice vermiforme et le réservoir urinaire sont anatomiquement indépendants, mais ils peuvent arriver au contact par suite de certaines conditions de développement et de pathologie.

De la péricystite, de la cystite, une communication fistuleuse, une production de calculs, tel est l'ensemble des lésions qu'un abcès appendiculaire au voisinage de la vessie peut engendrer dans cet organe.

Les symptômes vésicaux dans l'appendicite sont de deux sortes : les uns sont purement nerveux, les autres indi;uent une lésion organique.

Il n'est pas toujours facile de rapporter les phénomènes vésicaux à leur véritable cause. La palpation abdominale, jointe au toucher rectal ou vaginal, facilitera le diagnostic étiologique. On devra aussi tenir un compte rigoureux des antécédents pathologiques.

Le pronostic et le traitement varieront avec la nature de la lésion.

D'après M. Douvrin le massage et la mobilisation précoce appliqués au traitement des fractures facilitent la réparation osseuse et préviennent les dystrophies des agents actifs du mouvement.

La compression élastique, par l'application peu prolongée d'une bande de caoutchouc, pourra, dans certains cas, être utile comme succédané du massage, en particulier contre les œdèmes durs, persistants, considérables, observés après certaines fractures.

Dans les fractures avec tendance au déplacement, il convient de combiner dans une sage mesure, les séances de massothérapie d'une part, et les périodes d'immobilisation réelle, d'autre part.

Les appareils immobilisateurs n'excluent pas le massage et la mobilisation précoce dans le traitement des fractures compliquées de plaie. Les uns et les autres sont d'ailleurs compatibles avec les exigences de la méthode antiseptique.

La section ou la résection du sympathique a pour but de remédier selon les uns à la maladie de Basedow, selon les autres aux symptômes de cette maladie qui sont sous la dépendance du sympathique.

Pour M. Bled on ne saurait encore apporter de conclusion ferme en ce qui regarde les guérisons et les améliorations.

Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'un certain nombre de symptômes se sont amendés à la suite de l'intervention et ont pu demeurer tels depuis deux années.

Les cas où la section, où la résection du sympathique, ont été suivis de mort ou n'ont donné aucun résultat doivent rendre très circonspect; ils sont bien faits pour mettre en garde contre les conclusions prématurées, et peut-être optimistes, de l'Ecole de Lyon.

D'après M. Lucas, les végétations du naso-pharynx entretiennent un état inflammatoire qui se propage aux organes voisins et la muqueuse de l'oreille se trouve ainsi fatalement atteinte.

Les végétations ne sont pas seulement cause d'inflammation. Elles sont également cause d'obstruction au niveau des trompes, et rompent ainsi l'équilibre de pression qui existe normalement dans la caisse.

Nous avons donc deux genres d'otite :

a) Par propagation d'inflammation.

b) Par obstruction mécanique.

Les otites sont surtout graves pour les tout jeunes enfants, chez qui elles peuvent entraîner la surdi-mutité.

Il y aura donc un grand intérêt pratique à faire l'examen complet des cavités nasale et pharyngée, des malades qui se présenteront avec de l'otite qu'il existe ou non des symptômes qui attirent l'attention de ce côté.

Pour combattre les végétations adénoïdes, il n'est qu'un traitement : l'ablation, qu'on devra pratiquer chaque fois qu'on les aura diagnostiquées, si petites soient-elles.

D'après M. Hanotte la déformation oxycéphalique ne constitue pas un caractère ethnique, car les crânes examinés appartiennent à des races différentes. Cette déformation est due à des synostoses pathologiques et prématurées sur certains points, précoces sur d'autres, des sutures métopique, coronale et sagittale, amenant des arrêts de développement et des dilatations compensatrices. Mais il y a des types incomplets. La synostose pathologique est la conséquence de lésions inflammatoires de nature variée survenant pendant la vie intra-utérine. Le cerveau peut acquérir un volume nécessaire au bon accomplissement de ses fonctions. Il faut distinguer l'oxycéphalie due à des synostoses pathologiques sans lésions cérébrales, de l'hydrocéphalie antérieure ou frontale due à une lésion cérébrale entraînant avec elle des synostoses pathologiques. Ayant trouvé à tous les crânes oxycéphales examinés une capacité crânienne normale, l'auteur se croit autorisé à conclure que jamais synostose crânienne n'a entraîné avec elle un arrêt de développement du cerveau et par conséquent de l'intelligence. Il se

peut que des synostoses crâniennes se rencontrant sur des crânes d'idiots ou d'imbéciles; mais dans ce cas elles relèvent d'une lésion de l'encéphale qui en empêche l'accroissement et sur laquelle la craniectomie n'aura que peu d'effet.

La suppression du cristallin transparent est une opération qui s'impose dans le cas de myopie extrême chez les sujets dont le degré d'amétropie ne peut être corrigé par aucun verre, qui sont mis dans l'impossibilité de travailler.

D'après M. Maréchal, pour les myopes qui jouissent encore d'un certain degré d'acuité visuelle, l'opérateur devra se laisser guider par des considérations cliniques encore mal définies : l'âge, la profession, la présence de lésions choroïdiennes, l'intégrité de la papille.

La discision suivie de l'extraction paraît être le procédé de choix; l'iridectomie ne semble être indiquée que lorsqu'on redoute le glaucome, l'extraction simple, préconisée par Vacher, n'a guère de partisans. Pourtant c'est l'opération que M. Abadie préconise chez les sujets âgés de plus de 35 ans.

Cette intervention opératoire a donné d'excellents résultats, incontestables dans la plupart des cas : diminution notable de la convergence, augmentation de l'acuité visuelle, peut-être arrêt dans la marche de la myopie progressive avec les complications qui en sont le cortège : staphylomes postérieurs, choroïdites, lésions choroïdiennes maculaires, décollement de la rétine. Mais comme on a vu survenir quelquefois ces mêmes complications après l'opération, on les a attribuées, à tort ou à raison, à l'intervention chirurgicale. De Wecker ne les a-t-il pas observées maintes fois après l'extraction de la cataracte? Ces complications seraient-elles survenues spontanément, ont-elles été déterminées par l'opération, ou bien au contraire la suppression du cristallin transparent les prévient-elles dans la plupart des cas? Il est impossible d'être fixé sur ce point que seules pourront établir définitivement les statistiques ultérieures portant sur un nombre de cas suffisant.

Si l'accord paraît fait sur la pathogénie des malformations du vagin et sur l'évolution des canaux de Muller, il ne semble pas qu'il en soit de même pour l'origine de l'hymen, et aucune des théories actuelles ne peut prétendre exclure complètement les autres.

M. Rivalta adopte la théorie de M. Budin qui a montré que l'hymen n'est qu'une dépendance du vagin, sans existence propre en tant que membrane spéciale puisqu'il n'est que l'extrémité inférieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les lèvres.

La sérothérapie préventive demeure la méthode idéale de traitement du tétanos :

Il n'y a pas de traitement vraiment « curatif » du tétanos.

D'après M. Delvincourt, la méthode des injections intracérébrales constitue donc un moyen de sérothérapie préventive *in extremis* : elle ne défait pas les lésions acquises à la toxine tétanique : elle ne guérit pas le tétanos, mais l'arrête dans son évolution.

Le point capital qui domine la thérapeutique est la nécessité d'intervenir de bonne heure; les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'intervention a été plus précoce.

La méthode de Roux et Borrel n'exclut pas les autres moyens thérapeutiques : il faut lui adjoindre les injections sous-cutanées de sérum, « l'éradication » du foyer, et parfois même l'amputation. L'important des sacrifices à faire variera avec la gravité du cas, et la précocité du traitement.

Malgré les conditions bien souvent défectueuses dans lesquelles cette méthode a été employée jusqu'ici, elle a donné les résultats les plus encourageants. Grâce à elle la mortalité dans le tétanos a notablement diminué. Impuissante contre le tétanos d'origine viscérale, elle doit réussir sûrement à guérir le tétanos d'origine externe, pris au début.

D'après M. Gilbert la syphilis tertiaire des sinus est presque toujours consécutive à des lésions d'ostéite gommeuse des fosses nasales; elles engendrent souvent, en raison des rapports anatomiques très intimes des sinus avec les cavités orbitaires et cérébrales, de graves complications de ce côté.

L'envahissement des sinus par la syphilis tertiaire se fait de proche en proche et suivant un processus de nécrose; les complications orbitaires et cérébrales qui surviennent sont dues soit à des compressions, soit à l'extension du processus à ces cavités.

La syphilis des sinus se présente sous deux formes cliniques différentes suivant qu'elle reste nasale ou qu'elle évolue du côté de l'encéphale ou de l'orbite. Ces deux formes, qu'on peut appeler forme nasale et forme orbito-cérébrale, ont une symptomatologie propre et qui permet de les distinguer l'une de l'autre.

Le diagnostic de l'infection syphilitique des sinus se fera avec l'empyème de ces cavités et leurs tumeurs; il est presque toujours possible avant l'apparition de la complication orbitaire ou cérébrale. Après l'explosion de cette dernière, le diagnostic de son origine, fait le plus souvent à l'aide de la rhinoscopie, aura une haute importance.

Le pronostic, plus grave pour la forme orbito-cérébrale que pour la forme nasale doit être réservé. Il est souvent gros de conséquences et même fatal dans la forme orbito-cérébrale.

Pour M. Bouché, dans le traitement des fractures non consolidées, on peut retirer un grand bénéfice du fonctionnement du membre, qui, dans un grand nombre de cas, procure la guérison en produisant une irritation bienfaisante des fragments osseux par le frottement automatique.

Pour permettre au malade l'usage du membre blessé, on peut recourir avec avantage à l'emploi d'un appareil prothétique composé de deux attelles chantournées en bois léger qui s'appliquent exactement sur le segment du membre blessé, avec interposition d'une bande de flanelle, en laissant libres les deux articulations voisines.

Les avantages de cet appareil sont : la rigidité, la légèreté et la facilité d'application et de déplacement, trois qualités qui ne se trouvent pas réunies dans les autres appareils.

L'emploi de cette méthode est indiqué : *a*) dans les simples retards de consolidation; *b*) dans les pseudarthroses fibreuses dont les fragments sont suffisamment rapprochés; *c*) dans les pseudarthroses fibro-synoviales. Elle peut quelquefois réussir dans les pseudarthroses flottantes.

Par éventration sus-ombilicale, il faut entendre, pour M. Chanteux, « un orifice anormal ou accidentel, existant dans la paroi abdominale antéro-latérale en d'autres points que la ligne blanche, région des hypochondres et de l'épigastre. Cet orifice, dû à l'écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de cette paroi, constitue une porte toujours ouverte pour la sortie des viscères, qui se fait soit d'une façon intermittente, c'est-à-dire seulement sous l'influence des efforts, soit d'une façon constante et forme une hernie ventrale. »

La pathogénie des éventrations peut se résumer dans cette phrase : « Toute cause capable de modifier la résistance, l'épaisseur et l'intégrité des tissus constituant la paroi abdominale, peut produire une éventration ».

Le traitement préventif des éventrations consiste : *a*) dans le port d'un bandage approprié pour soutenir les points faibles de la paroi; *b*) dans l'indication des moyens à employer pour obtenir des cicatrices opératoires résistantes et solides.

Le traitement chirurgical consiste à refaire plan par plan la paroi abdominale, de manière à fermer l'orifice existant et à refaire une paroi résistante et solide. Les procédés opératoires devront varier selon la nature et le siège de l'éventration; autant de cas, autant de procédés différents à employer.

M. Proutière étudie l'hystéroscopie d'après la méthode de M. Clado. C'est là un nouveau moyen d'exploration intra-utérine des plus précieux pour l'étude clinique des affections utérines, aussi cette méthode est-elle appelée à rendre en gynécologie les mêmes services que la cystoscopie dans les affections des voies urinaires.

La technique en est si simple, si aisée, si rapide que l'on ne doit pas hésiter à y recourir surtout lorsqu'il s'agit de porter un diagnostic précis qui doit servir de base au pronostic et au traitement.

D'après M. Termet, la cure radicale de la hernie crurale est une opération qui s'impose, à moins de contre-indications formelles (résultant de la santé ou de l'âge du malade), à cause de la difficulté de la contention de cette hernie par les bandages et des dangers qu'elle fait courir aux malades par la facilité avec laquelle elle s'étrangle.

Le procédé de Championnière constitue une opération satisfaisante, car il réalise les trois conditions essentielles que doit remplir une cure radicale de hernie :

Dissection complète de la séreuse et fixation du pédicule du sac.

Oblitération solide de l'anneau crural et suppression du canal herniaire.

Résection épiploïque.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de paralysie générale juvénile avec lésions tabétiformes des cordons postérieurs, par A. Joffroy et Et. Rabaud (*Archives de neurologie*, juillet 1898, p. 1). — L'ensemble symptomatique ne rappelait pas celui du tabès; il y eut de la paraplégie, mais pas d'incoordination motrice, pas de douleurs fulgurantes, pas d'abolition des réflexes rotuliens. Une sclérose intense du cordon postérieur a été relevée à l'autopsie, mais, l'examen histologique l'a montré, elle est toute différente de la lésion du tabès; elle se résume : dégénérescence diffuse des cordons postérieurs atteignant à la fois les zones exogènes et endogènes (les zones endogènes sont beaucoup plus atteintes) avec intégrité presque complète des zones de Lissauer et cornu-radiculaire moyenne, lésions peu accusées des racines postérieures et des faisceaux de Goll, lésions marquées des éléments cellulaires. Donc, surtout altération des systèmes de fibres endogènes avec participation de leur cellule au processus.

Sur les lésions spinales de la paralysie générale, par D. Anglade (*Arch. de neurologie*, août 1898, p. 81). — 20 paralytiques nécropsiés ont tous été reconnus porteurs de lésions médullaires, respectant, dans la substance blanche, les fibres endogènes, atteignant les fibres exogènes; par ordre de fréquence et d'intensité, la dégénérescence frappe les fibres radiculaires moyennes, les fibres longues, les fibres courtes dans le cordon postérieur, le faisceau pyramidal croisé, le faisceau cérébelleux direct, rarement le pyramidal direct et le faisceau de Gowers. — La substance grise est altérée : les fibres y sont rares; les cellules des cornes antérieures et postérieures, les cellules des cordons sont frappées de chromatylose. — La pie-mère est souvent atteinte de leptoméningite; la névroglie a proliféré; les artères présentent de l'endopériartérite; les veines, de la phlébite embryonnaire.

Les lésions, prises dans leur ensemble, ressemblent à celles que produisent les intoxications; les altérations vasculaires sont celles de la syphilis.

Les troubles trophiques de la paralysie générale, par P. Cololian (*Arch. de neurologie*, vol. V, nos 25 et 27, janvier et mars 1898). — Cette étude a porté sur 57 cas; les troubles trophiques ont été rencontrés suivant le pourcentage suivant : alopécie, 45 p. 100; troubles des dents, 33; troubles des ongles, 30; ichthyose, 20; eschare, 14; bulles, 9; œdème, 7; zona, 5; amaigrissement, 5; purpura, 3,51; pigment, hématurie, mal perforant, érythème, amyotrophie, 1,75 p. 100.

MÉDECINE

Dilatation mortelle de l'estomac (Tod unter schweren Hirnerscheinungen bei hochgradiger Erweiterung des Magens), par Jurgensen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1898, vol. LX, p. 327). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 47 ans, souffrant depuis de longues années de troubles dyspeptiques et chez lequel l'examen fit faire le diagnostic de dilatation de l'estomac. Dix jours après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris d'une soif extrêmement vive avec oligurie et vomissements, et tomba dans un état comateux interrompu de temps en temps par des convulsions. Il succomba au bout de 48 heures après avoir présenté la respiration de Cheyne-Stokes.

A l'autopsie, on trouva pour toute lésion une dilatation énorme de l'estomac consécutivement à un rétrécissement cicatriciel qui siégeait à un centimètre environ au-dessous du pylore.

En prenant en considération l'oligurie, le coma, les convulsions de la respiration de Cheyne-Stokes qui ont existé chez ce malade, l'auteur se demande si dans ce cas le malade n'a pas succombé à des accidents urémiques, malgré l'intégrité des reins constatée à l'autopsie.

Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Ein Beitrag zur Kenntniss der Dermatitis exfoliativa Neonatorum), par R. Winternitz (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1898, vol. XLIV, p. 397). — L'auteur communique dans son travail trois cas de dermatite exfoliatrice chez des nourrissons dont un a succombé; les deux autres ont guéri.

L'examen bactériologique du sang pris par piqûre au doigt, chez le second malade, a montré la présence des staphylocoques blancs et dorés. Le même examen fait chez le petit malade pendant la convalescence a donné des résultats négatifs.

L'examen histologique de la peau malade a montré l'existence, dans le chorion, d'une dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques et de l'œdème. Les fibres élastiques se coloraient mal, l'épiderme était détaché des couches sous-jacentes.

Maladie de Little (Die Little'sche Krankheit und die hereditäre Syphilis), par De Amicis (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1898, vol. XLIII, p. 1). — L'intérêt de cette observation qui se rapporte à un garçon de 3 ans réside dans ce fait que dans l'étiologie de son affection on ne pouvait incriminer que la syphilis de ses parents. L'enfant présentait du reste les stigmates de la syphilis héréditaire.

La résorption et l'élimination de fer dans l'organisme animal (Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im menschlichen und thierischen Organismus), par A. Hoffmann (*Virchow's Arch.*, 1898, vol. CLI, p. 488). — Ce travail comprend une double série de recherches. D'un côté, l'auteur a examiné, au point de vue de la présence du fer, les organes des tuberculeux auxquels on avait donné des préparations ferrugineuses pendant quelque temps avant la mort; les mêmes recherches ont été faites comparativement avec les organes des individus ayant succombé à des affections diverses et qui n'avaient pas pris de fer. La seconde série de recherches a consisté à examiner les organes des cobayes auxquels on avait donné pendant quelque temps du fer.

Ces recherches ont permis à l'auteur d'établir que non seulement le fer des aliments mais aussi le fer des médicaments est résorbé dans l'intestin grêle. Pris par l'épithélium de la muqueuse il est transporté par les lymphatiques pour être déposé en grande partie dans les éléments cellulaires de la rate, en petite quantité dans ceux du foie. Il est éliminé ensuite à la surface du gros intestin et en petite quantité, chez l'homme, par les reins.

Pneumonie endémique (Ueber endemische Pneumonie), par M. Haedke (*Deut. med. Wochenschr.*, 1894, n° 14, p. 220). — L'épidémie de broncho-pneumonie dont l'auteur rapporte la relation s'est déclarée dans la maison d'un rentier et a successivement frappé le maître de la maison et sa femme, qui ont succombé, leur fille qui a guéri, et, enfin, la domestique, une fille de 18 ans, qui les soignait. Celle-ci, après plusieurs jours de malaise avec frissons, entre à l'hôpital avec une broncho-pneumonie diffuse de la base gauche, accompagnée de fièvre et de phénomènes généraux graves. Elle succomba le 15e jour dans le coma, et son autopsie a permis de confirmer le diagnostic de broncho-pneumonie.

L'examen bactériologique des poumons montra la présence de streptocoques et de proteus virulents.

Cette endémie a coïncidé avec l'arrivée, dans la maison, d'un perroquet, qui tomba malade peu de temps après et finit par succomber. L'examen bactériologique qui pendant la vie, a porté sur les plumes et les selles diarrhéiques de l'oiseau, et, après la mort, sur tous ses viscères, n'a pas permis de constater la présence des streptocoques et des proteus. La recherche spéciale du bacille de la psittacose (Nocard) a également échoué.

CHIRURGIE

Tuberculose du testicule (Beitrag zum Studium der Hodentuberculose), par R. Kœnig (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1898, vol. XLVII, p. 502). — Ce travail est basé sur l'étude de 45 cas de tuberculose du testicule, traités à la clinique de Kocher (de Berne), de 1887 à 1896.

En analysant ses observations personnelles et les cas publiés dans la littérature, l'auteur montre que la prostate joue un rôle important dans l'étiologie de la tuberculose testiculaire. Souvent elle héberge les bacilles tuberculeux dont la présence ne se révèle par aucun symptôme ou par des symptômes insignifiants, et qui, à un moment donné, sous l'influence d'une cause occasionnelle, la quittent pour envahir l'épididyme en suivant les canaux déférents. L'infection tuberculeuse des testicules peut encore avoir pour point de départ un ancien foyer tuberculeux (poumons, os, etc.) et se faire par voie métastatique, et, dans ces cas encore, la prostate peut servir d'intermédiaire à l'infection du testicule. Dans quelques cas isolés, la tuberculose du testicule résulte de la propagation à cette glande d'une tuberculose de la vessie ou des reins. Quant à la tuberculose primitive du testicule, l'auteur la considère comme exceptionnelle et pense que, dans les cas où elle a été notée, la lésion primitive siégeait dans la prostate et avait probablement échappé à l'observateur.

Pour ce qui est du traitement de la tuberculose de testicule, l'auteur se prononce pour l'intervention chirurgicale dans tous les cas où les voies urinaires sont encore intactes et l'état général assez bon pour permettre au malade de supporter l'opération. Bien que la résection de l'épididyme ait, dans certains cas, donné de bons résultats, l'auteur pense pourtant que la castration seule peut assurer une guérison durable : car, au moment de l'opération, il est impossible de se prononcer par la palpation et la simple inspection du testicule, si cette glande est encore saine ou déjà malade. La castration n'est pas contre-indiquée par l'existence d'une lésion tuberculeuse de la prostate ou des voies urinaires : car, dans ces cas, l'opération tout en restant palliative, semble exercer une influence favorable sur les lésions de la prostate et des voies urinaires.

Pneumonie par éthérisation (Etherpneumonia), par J.-M. Auders (*University medical Magazine*, août 1898, p. 641). — En 10 ans, sur 6 807 éthérisations pratiquées à l'hôpital de Pensylvanie, il y a eu 23 cas de pneumonie. L'éthérisation semble agir comme cause déterminante par irritation de la muqueuse. La durée plus ou moins longue de l'opératiou est une condition favorable.

Cliniquement la pneumonie par éthérisation revêt soit le type de la pneumonie lobulaire soit celui de la broncho-pneumonie. L'auteur rapporte 30 cas.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Décembre 1898.

Élection d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de deux membres du conseil.

Election du vice-président. — Le candidat proposé était M. Marey.

Au premier tour de scrutin, M. Marey est élu par 73 voix sur 75 votants.

Election du secrétaire annuel. — Le candidat proposé était M. Vallin.

Au premier tour de scrutin, M. Vallin est élu à l'unanimité.

Election de deux membres du conseil. — Les candidats étaient MM. Potain et Polaillon.

Au premier tour de scrutin, M. Potain est élu par 56 voix sur 66 votants, M. Polaillon par 53 voix.

Le président annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Laboulbène, membre de l'Académie.

M. Hallopeau lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Laboulbène.

La séance est levée en signe de deuil.

MÉDECINE PRATIQUE

De la valeur de l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison,

Par M. le Dr Gabriel Maurange.

Le but de l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison est de suppléer à l'insuffisance de la fonction capsulaire. On cherche à remplir cette indication en administrant aux malades des extraits surrénaux par la voie sous-cutanée (greffe ou injection), la voie gastrique ou la voie rectale. Quelle est d'une façon générale la valeur de ce traitement? Quel est le meilleur mode de l'administrer? C'est ce que nous examinerons brièvement.

Ce sont les succès obtenus par l'opothérapie thyroïdienne qui ont conduit à tenter l'opothérapie surrénale. En fait, l'expérimentation, si démonstrative pour le corps thyroïde, l'est infiniment moins pour les capsules surrénales. Abelous et Langlois ont à peine obtenu une légère survie chez les animaux acapsulés par l'injection intraveineuse d'extraits surrénaux. De plus nous ignorons encore par quel mécanisme s'opère la neutralisation des toxines, en particulier des musculotoxines : P. Langlois suppose que c'est par un processus d'oxydation. La médication organique manque donc d'une base physiologique certaine. C'est ce qui explique son insuccès relatif en clinique.

Depuis le premier essai fait dans le service de M. Bouchard par Abelous, Charrin et Langlois en 1892 jusqu'à nos jours, les observations se sont multipliées et elles sont en assez grand nombre aujourd'hui pour qu'on puisse porter un jugement sur la valeur de l'opothérapie surrénale.

Or, en relevant minutieusement les cas publiés on ne trouve guère que le cas de Béclère dont la guérison semble confirmée. Il y aurait un autre cas attribué à Kinnicut par M. de Céranville au Congrès de médecine de 1898 dont nous n'avons pu retrouver la trace. Les autres faits peuvent être divisés en deux catégories : ceux où la médication a été favorable au début ou indifférente, et ceux où elle a été nuisible. Dans la première catégorie se placent les observations de P. Langlois (1), de Maragliano, de Barth, d'Oliver et Shaffer, de Rolleston, de Dieulafoy. Les résultats acquis par l'opothérapie surrénale peuvent se résumer ainsi : amélioration de l'asthénie, augmentation de poids, atténuation de l'anorexie. Les symptômes reparaissent dès que cesse le traitement et *le repos*. La mort semble peu retardée. Dans la deuxième catégorie, beaucoup moins nombreuse, on trouve plusieurs observations de Foa, Pellacani, Marino Zucco, P. Cour-

1. Pour le détail des observations, voir la thèse de Dupaigne, Opothérapie surrénale chez les addisoniens, Paris, 1896.

mont, Jaboulay, etc, dans lesquels le dénouement semble avoir été hâté par la médication. Les recherches sur la toxicité des extraits surrénaux, (Oliver et Shaffer, Cibulsky, Gluzenski, Gourfein, P. Courmont) permettent l'interprétation de ces faits. D'autre part dans un travail récent (1) M. Pickardt a montré par l'exemple d'un addisonien soumis à l'ingestion capsulaire que la désassimilation de l'albumine pouvait augmenter sous l'influence de ce traitement dans une proportion considérable. Et l'on s'explique encore ainsi l'influence funeste que l'opothérapie peut avoir chez certains de ces malades.

En examinant les observations au point de vue du mode d'emploi des extraits surrénaux on peut relever quelques notions intéressantes. C'est l'injection sous-cutanée d'extrait glycériné qui paraît avoir donné les résultats les plus favorables et les plus constants. La valeur de l'ingestion, soutenue par Shaffer qui démontra que la digestion gastrique n'altérait pas les propriétés physiologiques, a été confirmée par les faits d'Oliver et Shafer, de Dieulafoy, de Rolleston, de Schilling, de Barth.

Elle ne semble guère avoir été contestée que par Sw. Vincent (2). En fait, l'anorexie en limite fréquemment les indications On peut alors s'adresser à la voie rectale suivant la méthode de Lisser pour le traitement du diabète par la voie pancréatique, mais nous ne sommes pas édifiés sur les résultats. L'injection intra-veineuse est unanimement repoussée en raison de la toxicité et surtout de l'action éphémère des extraits surrénaux. Sw. Vincent dit qu'à la période ultime on est autorisé à emprunter cette voie à condition de ne pas dépasser 1 milligramme par kilogramme.

Quant à la greffe sous-cutanée de glandes surrénales de chien, elle a abouti entre les mains de Jaboulay d'Augagneur, de P. Courmont, à une mort rapide avec hyperthermie et collapsus. Ces faits démontrent l'extrême toxicité des capsules.

Quelle conclusion se dégage de ces faits relativement à la valeur de l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison? Les améliorations obtenues sont assez nombreuses pour légitimer son emploi. Mais la toxicité de l'extrait capillaire doit faire proscrire les doses élevées, réserver la voie intra-veineuse. Quant à la greffe, elle doit être absolument rejetée. L'ingestion et l'injection sous-cutanée d'extrait glycériné ou alcoolique (Abelous) devront être exclusivement employées.

Il resterait à fixer la posologie de l'extrait capsulaire. Si l'on consulte les auteurs on note les divergences les plus grandes à ce sujet. Il semble cependant qu'on ne doive pas dépasser 3 grammes par jour en ingestion (P. Langlois), 1 gr. 50 en injection (D'Arsonval). Il y a tout intérêt à se tenir très en-deçà de ces doses.

Pour l'injection on se sert de l'une des formules suivantes (3).

Capsules surrénales de cobaye. . .		0 gr. 80
Eau bouillie		10 gr.
Chlorure de sodium.	àâ	0 gr. 07
Sulfate de soude.		

Triturez et laissez macérer 24 heures puis filtrez sur papier stérilisé; 2 à 5 cm. cubes.

(P. Langlois.)

Capsules surrénales fragmentées . . .	10 gr.
à macérer 24 heures dans	
Glycérine à 30°	10 gr.
Eau bouillie contenant 25 grammes de sel marin par litre	5 gr.

Laissez macérer une 1/2 heure, filtrez sur papier et stérilisez au moyen de l'acide carbonique sous pression.

Diluez d'une quantité égale d'eau bouillie pour l'usage hypodermique.

Ces injections sont douloureuses : elles doivent naturellement être faites avec les plus minutieuses précautions aseptiques.

La provenance des capsules n'est pas indifférente car la toxicité varie avec l'espèce et avec l'âge. Il est préférable d'une façon générale de recourir à des capsules de jeunes animaux et de préférence au porc, au cheval, au cobaye et au veau.

Cette observation s'implique à l'ingestion.

Par la voie gastrique on peut donner les capsules en nature sous forme de pulpes réduites en bouillie, dans du pain azyme, des purées, de la confiture. On peut encore utiliser la glande desséchée et enfermée dans des capsules de gélose (Dieulafoy, Huchard). Pour notre part nous avons été depuis longtemps frappés de la difficulté avec laquelle les malades acceptent les glandes en nature et des inconvénients que présentent la préparation de ces tissus par dessiccation. C'est dans ces conditions que, nous basant sur la non-destruction des propriétés physiologiques de la glande par la digestion artificielle, démontrée spécialement pour les capsules par Schaffer, nous avons proposé de peptoniser ces extraits (1). Cette méthode nous semble particulièrement utile en matière d'opothérapie surrénale. Elle permet de donner des doses précises et fractionnées dans un liquide agréable, vin, élixir, sirop, sans dégoût pour des malades qui sont si profondément anorexiques. D'autre part, nous savons de par la physiologie, que l'action de l'extrait capsulaire est très passagère, que cette action ne peut être prolongée et devient dangereuse par l'élévation de la dose. En fractionnant convenablement la dose quotidienne, on évitera donc tout accident toxique et on retirera le maximum possible des bénéfices que peut donner la médication.

Cette peptonisation des tissus glandulaires se fait suivant la formule générale donnée par le Codex pour la préparation des peptones. On formule :

Peptone surrénale. .	q. s. p. 40 cgr. par cuillerée.
Excipient.	

Dans un cas où nous avons incorporé la peptone surrénale à un vin, nous avons obtenu chez un addisonien cancéreux un relèvement passager des forces.

En résumé, nous sommes encore à la période de tâtonnements : l'extrait capsulaire est un mélange complexe de composition variable, avec lequel on ne peut établir de posologie et d'indications thérapeutiques précises. Tel qu'il est, il peut être néanmoins employé dans la maladie d'Addison, sous les réserves que nous avons faites : et nous serons tenus à le manier avec prudence jusqu'au jour où les progrès de l'analyse chimique permettront de reconnaître et d'isoler les substances utiles à l'action antitoxique.

1. M. Pickardt, *Berl. klin. Woch.*, 1898, n° 33, p. 727.
2. Sw. Vincent, Addison's Disease and the functions of the suprarenal capsules (*Birmingham Med. Rev.*, avril 1898).
3. Cf. Maurange, *Formulaire de l'hypodermie*, 2e éd., p. 234.

1. D'une méthode générale de préparation des médicaments opothérapiques (*Soc. de thér.*, 10 novembre 1897; *Gazette hebdomadaire*, 1897, p. 1089).

Traitement de la rhinite hypertrophique polypoïde,

D'après M. le Dr RETTRI (de Vienne) (1).

Sous le nom de rhinite hypertrophique polypeuse, M. le Dr Rethi entend toute inflammation chronique de la muqueuse aboutissant par son hypertrophie croissante à la formation de polypes.

Il s'agit essentiellement en pareil cas d'une prolifération des élements normaux de la muqueuse nasale. Le stroma conjonctif sous-épithélial semble particulièrement atteint, ce qui amène la formation de nombreuses papilles.

Les lésions glandulaires ne manquent pas; la glande et son conduit excréteur sont remplis de cellules épithéliales; parfois tout autour des vaisseaux et des glandes on note la présence d'un amas de cellules rondes qui donne lieu à la production de variétés télangiectasiques et caverneuses.

Au point de vue thérapeutique, il n'y a rien à attendre des insufflations et des attouchements avec l'alun, le nitrate d'argent, la glycérine iodée. A la suite de leur application le malade se sent soulagé, le nez paraît plus libre, mais cet effet n'est que passager.

Il en faut dire autant des cautérisations à l'acide chromique, ou au nitrate d'argent, dont l'action n'est guère profonde et ne s'étend qu'aux couches toute superficielles.

Le galvanocautère a une action plus efficace et l'on peut arriver aussi à détruire une grande partie de la muqueuse hypertrophiée. Le traitement toutefois est long; il est nécessaire de pratiquer plusieurs séances, pas trop rapprochées, car il n'est pas rare de voir survenir une réaction assez vive obligeant à la suppression du traitement. C'est surtout dans les cas d'hypertrophie moyenne que convient le galvanocautère.

L'anse du galvanocautère permet souvent d'enlever avec réaction insignifiante des tumeurs polypeuses limitées, mais l'application de l'anse demande une certaine dextérité. Au cas de grosses hypertrophies rougeâtres, dues à l'épaississement du tissu œdématié, il faut serrer fortement l'anse pendant quelques minutes afin de produire une thrombose des vaisseaux et alors seulement fermer le courant avec des interruptions.

En règle générale il ne faut pas se contenter d'enlever la partie de muqueuse hypertrophiée, mais il faut encore détruire la région avoisinante et une plus ou moins grande partie du cartilage afin d'éviter les récidives. Pour cela, Le Dr Rethi se sert d'un ciseau analogue à celui de Hartmann, bien que les instruments plus minces conviennent parfois mieux. Le nez est d'abord soigneusement désinfecté, puis insensibilisé avec une solution de cocaïne à 20 p. 100 et les branches du ciseau sont placées de telle façon que la ligne d'incision soit dirigée de dehors en dedans et de bas en haut.

A la suite on introduit dans le nez un tampon de gaze au dermatol long de 5 à 6 centimètres qui restera en place deux jours et permet d'éviter les infections secondaires et les hémorrhagies. Parfois on peut enlever le tampon plus tôt, lorsqu'il provoque une gêne par sa compression. A la suite de l'ablation du tampon, on pratique pendant quelques jours des insufflations ou des lavages antiseptiques dans la cavité nasale.

Traitement de la variole par l'ichtyol,

D'après M. le Dr HOERSCHEL-MANN (de Saint-Pétersbourg) (2).

La variole diffère au point de vue thérapeutique des autres exanthèmes aigus, rougeole ou scarlatine, en ce qu'ici la manifestation cutanée nécessite un traitement local spécial. Le stade de la suppuration est un véritable danger pour le malade. En le limitant ou même en le supprimant on lui épargne de sérieux ennuis. Dans ce but ont été essayés toute une série de médicaments externes ou même internes, tous d'ailleurs avec de très médiocres résultats. Dans ces derniers temps, le Dr Hoerschel-Mann de Saint-Pétersbourg a eu l'occasion d'essayer à nouveau ses applications d'ichtyol qu'avait déjà employées Kolbassenko. Cet auteur se servait pour cela d'un savon formé de 10 parties d'ichtyol et de 80 parties de lanoline dont le malade était complètement enduit.

Sous cette influence, les pustules s'affaissaient, la fièvre diminuait et le stade de la suppuration se trouvait sensiblement réduit. Au lieu de pâte ou de savon, M. le Dr Hoerschell-Mann a eu recours au collodion ichtyolé. Le résultat a été manifeste : 24 heures après les pustules étaient affaissées, la suppuration enrayée et la guérison survint rapidement.

S'appuyant sur cet essai, M. le Dr Hoerschell-Mann croit que l'on peut avec avantage recommander l'emploi du collodion ichtyolé dans le traitement local des pustules varioliques.

Pyrosal et phénosol, deux nouveaux antipyrétiques,

D'après M. le Dr BURGHART (1).

Pendant cette année, à la clinique du professeur Leyden, on a essayé deux nouveaux antipyrétiques, le *pyrosal* et le *phénosol*.

Le *pyrosal* est un sel acide de salicylacétate d'antipyrine et le *phénosol* de l'acide salicylacétique combiné avec la p-phénétidine.

Le *pyrosal* se dissout difficilement dans l'eau, l'éther ou l'alcool et se dédouble en présence d'acides et de bases, en ses composants.

Le *phénosol* est également de solution difficile dans l'eau ou l'éther, mais il se dissout assez bien dans l'alcool chaud.

Ces deux sels ont un goût amer, facilement masqué par le lait, etc.

Leur absorption est très rapide.

On les donne à la dose de 0 gr. 50 de 2 à 6 fois par jour.

Leur absorption n'est suivie d'aucun trouble et dans tous les cas de névralgies, de douleurs rhumatismales ou autres, ils ont agi d'une façon très efficace.

Le Dr Burghart croit en conséquence que ces deux substances peuvent être appelées à rendre service, dans les cas où l'on a besoin de suspendre l'emploi de l'antipyrine et du salicylate.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les tuberculeux dans les hôpitaux.

III

ACCROISSEMENT DE LA TUBERCULOSE EN FRANCE. RIEN N'EST FAIT POUR COMBATTRE EFFICACEMENT LA MALADIE

Si, d'une part, l'hôpital urbain n'offre aucun moyen de traitement pour le tuberculeux lui-même, s'il est un foyer de contagion pour l'entourage de ce malade, il ne faut pas s'étonner qu'avec les progrès de l'alcoolisme d'autre part et l'émigration de la population des campagnes vers les villes, la morbidité et la léthalité tuberculeuses croissent en France dans d'épouvantables proportions et menacent à brève échéance la vitalité et l'avenir de notre race.

Voici quelques chiffres :

Nombre des phthisiques admis dans les hôpitaux de Paris (2) :

1889	10.534
1890	11.718
1891	12.046
1892	13.147
1893	13.995

Augmentation moyenne par an : 865.

1. *Wiener klin. Woch.*, 1898, p. 441.
2. *Klin. therap. Woch.*, 1898, p. 1295.

1. *Deut. med. Woch.*, 1898.
2. LÉON PETIT, *Le phthisique et son traitement hygiénique*, Alcan. 1895.

Mortalité par tuberculose dans le département de la Seine (1) (population 3 113 000 habitants.)

1892	14.627
1893	14.957
1894	15.337
1895	16.127
1896	16.458

Mortalité par tuberculose dans les villes de France dont la population dépasse 5 000 habitants (2) :

Années.	Morts par phtisie pulmonaires.	Morts par autres tuberculoses.	Total.
1889	29.516	6.352	35.867
1892	31.080	8.124	39.204
1893	33.076	10.101	43.177

Il faut à tout prix endiguer le fléau qui nous tue plus de 150 000 personnes chaque année.

Dans cette idée, les uns opinent pour que la prophylaxie et la défense des individus sains prenne le pas sur le traitement des individus malades; les autres, au contraire, considèrent la réforme de l'hospitalisation comme la mesure la plus urgente.

Les uns et les autres, qu'ils soient partisans de la « campagne du crachoir » ou de la « cure hygiénique-diététique appliquée aux pauvres » affirment qu'il est temps d'agir d'une manière quelconque et d'agir énergiquement.

Jusqu'ici les démarches et les actes officiels n'ont pas eu de succès; sans doute parce qu'ils sont marqués au coin du caractère administratif : lenteur et irresponsabilité.

Les soins des tuberculeux à domicile ne peuvent être qu'illusoires. Remettre à chaque malade deux crachoirs et faire désinfecter des logements où il n'y a même pas de feu pour faire bouillir les susdits crachoirs ou de linge pour les essuyer ensuite semble une douce plaisanterie.

Les services d'isolement, à part celui de Boucicaut où la mortalité est encore très élevée, donnent avec l'essai qui en a été tenté à Lariboisière une triste idée de ce que serait cette réforme si elle était généralisée.

Voici l'appréciation de M. Duguet lui-même à qui sont échues deux salles d'isolement.

« Les résultats de la nouvelle organisation sont tout simplement déplorables, déplorables à tous les points de vue : au point de vue médical connu au point de vue humanitaire.

« D'abord la sélection des malades dans les salles générales et leur parquement dans le service d'isolement a été opéré avec une brutalité révoltante. Se trouvant ainsi parqués et isolés, les tuberculeux ont été pris d'un véritable effroi, tous ceux qui pouvaient partir sont partis, il n'est resté que ceux qui n'avaient pas de domicile ou qui étaient trop malades pour pouvoir fuir. Aussi avons-nous eu une mortalité effrayante : en trois mois, 145 décès. Il est vrai que tous ceux qui auraient pu guérir sont partis, ne fût-ce que pour échapper aux horribles boxes : ces antichambres de la mort (3) ! »

Voilà pourquoi on ne se hâte pas de poursuivre l'expérience et l'on se hâte d'autant moins que les crédits prévus sont épuisés. C'est fort heureux.

Le service d'isolement n'est admissible que dans l'hypothèse de l'existence d'un sanatorium dont il serait la vestibule : on pourrait y tromper charitablement les incurables en leur faisant sans cesse espérer le sort des curables qu'ils verraient chaque jour partir joyeux vers l'air pur de la campagne et la guérison. Créer ces services d'isolement avant d'avoir des sanatoria, c'est vouloir atteler la charrue avant les bœufs, c'est répandre à la légère parmi le peuple la terreur de l'hôpital.

Les quartiers spéciaux qui devaient être construits dans les hôpitaux généraux, comme à Saint-Antoine, par exemple, où une léproserie à 3 étages devait s'élever sur l'emplacement du service du Dr Brissaud, ne se feront pas de si tôt : les fonds sont en baisse. Cela évitera une sottise.

Quant à la désinfection des bureaux de bienfaisance, c'est une excellente mesure d'hygiène générale qui ne peut pas avoir un grand retentissement sur la diminution de la contagion tuberculeuse.

Il est une mesure qui pourrait avoir une influence marquée sur la diminution de la contagion hospitalière, si cette mesure était moins bêtement appliquée : c'est la suppression des balais et des plumeaux qui soulèvent les poussières au moment du nettoyage des salles, et la suppression des rideaux de lits qui retiennent cette poussière. Or, pour permettre de laver les vieux parquets de chêne de nos immeubles municipaux, l'administration les a fait passer à la paraffine (ce qui représente en moyenne une dépense de 700 à 900 francs par salle). Jusqu'ici tout est bien bien ; mais où la chose tournerait au grotesque, si elle n'était lamentable, c'est que les infirmiers, dans un excès de zèle intempestif, frottent à la paille de fer, pour qu'elles brillent, les planches ainsi enduites et qui doivent normalement rester ternes.

A la fin de l'année toute la paraffine aura disparu, 50 000 francs et peut-être plus auront été gaspillés, on aura semé la tuberculose tout comme au temps des balais ; mais toute l'année les parquets auront été d'un luisant irréprochable.

Que devient pendant ce temps le sanatorium d'Angicourt avec 200 lits dont on a fait grand bruit en 1894 ? Depuis 1894 le sanatorium poursuit sa construction ; mais à une allure beaucoup trop rapide, d'après les propres paroles de l'agent chargé d'y surveiller les ouvriers, lequel agent bien logé, bien nourri, bien payé depuis cinq ans aux frais de la princesse, trouve naturellement que tout est pour le mieux, pourvu que cela dure. Et cela durera, car le sanatorium serait-il construit qu'il n'ouvrirait pas : les fonds nécessaires à son budget ne sont pas prévus au budget de l'Assistance. Brévannes complètement terminé est resté un an en panne pour la même raison.

Nous sommes loin des mesures radicales qu'unanimement réclament les médecins des hôpitaux. Le temps est venu d'y faire droit. La création de nombreux sanatoriums autour des grandes villes et surtout de Paris s'impose : soit qu'on détruise pour pour en payer les frais un ou deux hôpitaux urbains dont on aliénerait les terrains représentant actuellement une plus-value de plusieurs millions; soit qu'on fasse un emprunt d'hospitalisation de 50 millions comme le demande M. le Dr Grancher ; soit qu'on s'adresse à la fois à la charité privée et à l'État. Il en faut venir là : le sanatorium seul répond aux besoins de la prophylaxie et aux exigences du traitement.

A. BROCA.

1. Tableaux de statistique municipale de la Ville de Paris.
2. Statistique sanitaire des villes de France de l'année 1895.
3. DUGUET, Commission de la tuberculose, séance du 31 mars 1898, *in* SERSIRON, Les phthisiques adultes et pauvres, etc. (th. Paris 1898).

Le Gérant : PIERRE MASSON.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 Décembre 1898.

Étude physique de l'élasticité acquise par le tissu musculaire en état de travail physiologique.

M. A. Chauveau s'est attaché à l'étude expérimentale de l'élasticité du muscle en contraction statique pour le soutien d'une charge, sans tenir compte de l'élasticité naturelle que le muscle, vivant ou mort, possède à l'état de repos. Il s'agit là de propriétés distinctes. L'élasticité acquise par le muscle en travail n'est pas seulement incomparablement plus parfaite que l'autre, elle possède de plus ses lois spéciales.

Dans un muscle mis en état de grande et parfaite élasticité par une contraction statique, raccourcissant le muscle toujours de la même manière, mais avec variations de la valeur de la charge soutenue, une même surcharge produit des allongements dont la valeur est inversement proportionnelle à celle de la charge.

Dans un muscle inégalement raccourci et soutenant ainsi sa charge à des hauteurs différentes, si cette charge reste toujours la même, l'allongement produit par une même surcharge est toujours le même.

L'unique élément capable d'influer sur la valeur de la résistance à l'allongement d'un muscle donné en état de contraction statique, c'est son coefficient d'élasticité déterminé par la charge que soutient le muscle.

La valeur de l'allongement provoqué par une surcharge dans un muscle en contraction statique, pour le soutien d'une première charge, est proportionnelle à la valeur du rapport de la surcharge à la charge.

Dans un muscle pris en un certain état de raccourcissement et soutenant une charge donnée, si le raccourcissement s'accroît d'une manière régulière, la surcharge nécessaire pour faire disparaître le surcroît de raccourcissement s'accroît d'une manière exactement symétrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 Décembre 1898.

Sur les abcès cérébelleux.

M. Picqué répond à M. Broca en disant que lorsqu'il aura démontré, en s'appuyant sur les faits de sa pratique, qu'après l'opération de Wheeler faite dans le but d'ouvrir une collection cérébelleuse, on n'est exposé à ne voir succomber que les malades qui rentrent dans le cas de M. Guinard, c'est-à-dire ceux qui échappent par la diffusion extrême du pus à toute tentative opératoire, et dont il faut naturellement former un groupe à part; lorsqu'il aura encore démontré que, dans sa statistique, aucune mort par l'opération n'est due, autopsie à l'appui, à une collection méconnue de la loge cérébelleuse; quand il aura enfin montré que, par la voie étroite de Wheeler, il n'a jamais ouvert le sinus latéral, M. Broca aura fourni, en faveur de sa thèse, l'argument le meilleur et bien préférable à toute dissertation théorique. Pour sa part, M. Picqué se déclarera alors convaincu de la supériorité de l'opération que M. Broca a préconisée après Wheeler et considérera, en conséquence, la discussion comme close. Jusque-là, il maintiendra ses réserves et continuera à penser que la meilleure voie n'est pas trouvée et que la question est justiciable de nouvelles recherches.

En terminant, M. Picqué répond en quelques mots à M. Guinard au sujet de l'observation très judicieuse qu'il a faite relativement aux indications de la craniectomie postérieure. Il déclare que pour user du procédé préconisé par M. Picqué, il convient d'avoir un diagnostic ferme, mais que c'est là la difficulté. Le plus souvent en effet les abcès cérébelleux présentent les symptômes communs à toutes les collections intra-crâniennes. Dans ces conditions, c'est à la voie mastoïdienne, qu'il faut recourir. Si cette voie n'a rien donné ou si, après avoir donné issue à une collection purulente, les accidents persistent à menacer le malade, il faut en venir à la craniectomie postérieure. Ce n'est que dans les cas où exceptionnellement la collection cérébelleuse présente les symptômes spéciaux, qu'il conviendrait d'y recourir d'emblée.

M. Paul Reynier partage entièrement la manière de voir de M. Picqué. Comme lui, il considère que l'opération de Wheeler donne un accès insuffisant pour l'ouverture des abcès cérébelleux. Il présente, à cette occasion, un crâne sur lequel il a ouvert l'antre, le canal de l'aditus et et fait sauter le mur de la logette pour pénétrer dans la caisse. Or, s'il agrandit par en haut sa trépanation, il n'arrive pas dans la fosse cérébrale postérieure, mais dans la fosse cérébrale moyenne.

Si M. Broca chez les enfants est satisfait de cette trépanation pour aborder les abcès cérébelleux, c'est que, comme vient de le dire M. Picqué, par le fait du développement plus grand des cavités et des saillies osseuses chez l'adulte, on ne se trouve pas dans les mêmes conditions. Tout se trouve chez l'enfant plus rapproché, et par le fait plus accessible, tandis que chez l'adulte, tout s'éloigne. Une incision qui, chez l'enfant, servira, peut, chez l'adulte, ne plus rendre les mêmes services.

Toujours est-il que par l'opération de Wheeler on arrive chez l'adulte sur la partie antérieure du lobe temporal et on est obligé de prolonger en arrière la trépanation pour le découvrir en entier. On risque fort par cette voie de méconnaître des abcès cérébelleux, ce qui est arrivé une fois à M. Reynier, où, après avoir ouvert un abcès du lobe temporal, il a trouvé à l'autopsie un foyer cérébelleux qui communiquait avec l'abcès temporal, mais qui, par sa trépanatian, se vidait très mal.

Si on veut arriver directement sur le cervelet, c'est en arrière de la mastoïde, et au-dessous du sinus, sur l'occipital, qu'il faut trépaner, comme le conseille M. Picqué. Le tiers postérieur correspond au cervelet : ce n'est donc pas dans son tiers moyen qui correspond au sinus, ou dans son tiers antérieur, qui correspond à l'antre et plus haut au lobe temporal, qu'il faut agir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 Décembre 1898.

Hémispasme facial total chez une hystérique.

MM. L. Rénon et **R. Follet**. — Nous avons observé, chez une malade de 54 ans, alcoolique et hystérique, un hémispasme facial droit, dans la zone du facial supérieur et du facial inférieur, sans déviation de la langue, et avec contracture du sterno-mastoïdien droit.

Cet hémispasme facial est intermittent; les crises de spasme surviennent sans raison, et elles sont si fréquentes qu'elles se renouvellent 70 à 80 fois par jour; elles se produisent également la nuit. Cette intermittence n'a commencé qu'après les

2 ou 3 premiers mois de la contracture, qui date aujourd'hui de 8 ans, et qui était permanente à son début.

Le spasme a beaucoup diminué sous l'influence des antinervins, notamment du bromure de potassium et de la valériane.

C'est là un fait rare dans la pathologie nerveuse, car il n'existe que peu d'hémispasme sans participation de la langue, encore moins d'hémispasme totaux et d'hémispasme intermittents. M. Gilles de la Tourette en a signalé, dès 1887, un cas curieux où la compression du globe de l'œil faisait cesser le spasme.

Deux cas d'arthropathies tabétiques des pieds.

M. Danlos présente un malade attteint de tabès fruste, et chez lequel on constate une arthropathie type Charcot-Féré. A cette présentation, M. Danlos joint l'observation d'un autre tabétique chez lequel existent également des arthropathies des pieds. Des photographies radiographiques sont jointes à ces communications.

M. Jeoffroy fait remarquer que le malade présenté par M. Danlos a conservé le réflexe irien à l'accommodation. C'est là un fait en contradiction avec le diagnostic de tabès classique. Ce n'est pas le seul; il y a de plus un affaiblissement très accusé de la mémoire et des troubles de la parole bien nets. Ce sont là des signes qui font actuellement penser à la paralysie générale tabétiforme.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 Décembre 1898.

Deux cas d'appendicectomie.

M. Le Filliâtre a pratiqué la résection de l'appendice, dans un cas de grossesse au 5e mois, pour des phénomènes douloureux presque périodiques, à maximum dans la fosse iliaque droite, ayant amené une véritable cachexie. L'intervention a montré des adhérences partielles au niveau de la face antérieure du cæcum, et un appendice en érection qu'on a enlevé; puis on a fermé l'abdomen.

L'examen histologique, pratiqué par M. Toupet, a montré l'absence de solution de continuité de la muqueuse, mais une hypertrophie des follicules clos.

La même lésion microscopique se retrouve dans un cas, examiné par M. Klippel, d'appendice enlevé à froid par M. Le Filliâtre chez un enfant.

Cancer d'un lobe mammaire aberrant.

M. Schwartz montre une tumeur développée au-dessus de la mamelle, à une certaine distance, reliée à elle par un tractus qui aurait facilement passé inaperçu. Il s'agit d'un cancer développé au niveau d'un lobe aberrant de la glande mammaire.

Péricardite hémorrhagique dans un cas d'intoxication aiguë par le sublimé.

M. Griffon présente les pièces de l'autopsie d'une malade qui a succombé dans le service de M. Chauffard, 21 jours après l'absorption volontaire d'une forte dose de sublimé.

On constate les lésions habituellement causées par ce poison, et, en plus, une péricardite hémorrhagique,

Un épanchement séro-hémorrhagique, d'environ 300 gr., distendait le péricarde, infiltrant les mailles d'un réseau d'adhérences fibrineuses qui unissaient le cœur au feuillet pariétal de la séreuse. Ces adhérences sont molles, spongieuses, pulpeuses, très vasculaires. La surface du cœur est villeuse, réticulée, hérissée de pointes fibrineuses.

Le feuillet pariétal du péricarde est tacheté de plaques ecchymotiques de dimensions variables, à bords irréguliers, de niveau avec la séreuse ambiante, à fond hémorrhagique noirâtre.

L'ensemencement du liquide péricardique a donné un résultat négatif.

L'endocarde est sain. Les reins sont gros (340 et 310 grammes), mous, blancs; ils apparaissent atteints, au microscope, de néphrite globale en voie de réparation.

Le foie est gras, nullement muscade; la stéatose a son siège dans les cellules qui avoisinent l'espace porto-biliaire, et est moindre autour de la veine centro-lobulaire; les cellules sont intactes dans l'intervalle.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent que des zones de congestion allant jusqu'à l'hémorrhagie capillaire; mais le cæcum offre trois escarres bourbillonneuses, dont deux volumineuses, et une troisième, lenticualire, qu'on a prélevée pour l'examen histologique. Au microscope, on voit une une ulcération excavée, remplie par une masse amorphe formée par la muqueuse nécrosée, avec, au-dessous, une infiltration embryonnaire de la couche sous-muqueuse, infiltration qui gagne et dissocie la couche musculaire.

La malade était restée 5 jours dans l'anurie complète; puis, à force de sérum, on avait obtenu une diurèse qui ne dépassa jamais 500 grammes, avec une quantité moyenne d'albumine. Elle est morte du fait de sa péricardite.

Son observation a été le sujet d'une des dernières cliniques de M. Chauffard, qui fait de l'accident mortel une péricardite toxique, relevant directement de l'intoxication mercurielle.

M. Letulle ne croit pas que l'on soit autorisé ici à mettre la péricardite sur le compte de l'intoxication seule. Il doit s'agir d'un processus secondaire, peut-être favorisé par l'apparition préalable des ecchymoses constatées sur le feuillet pariétal du péricarde.

M. Griffon répond que la lésion a évolué sans fièvre, et rappelle qu'il y avait dans le péricarde un épanchement hémorrhagique franc, demeuré stérile aux ensemencements.

Phlébite de l'hypogastrique.

M. Durante a trouvé, à l'autopsie d'une femme morte subitement 12 jours après avoir accouché normalement, des embolies pulmonaires multiples et volumineuses, dont la cause a pu être retrouvée au niveau de l'extrémité inférieure de la veine hypogastrique. Un caillot oblitérait le vaisseau à ce niveau, et cet accident avait évolué sourdement jusqu'alors.

M. Legry a observé un cas semblable. Une accouchée, morte subitement comme elle sortait de l'hôpital le 11e jour, présentait un gros caillot dans l'artère pulmonaire, à cheval sur les deux branches principales de division, et d'autre part une veine thrombosé au voisinage du psoas.

Hématémèse foudroyante dans un cas de cirrhose hépatique latente.

M. Deguy apporte un foie manifestement cirrhotique trouvé à l'autopsie d'un alcoolique qui n'avait jamais présenté aucun signe de cirrhose, et qui mourut à la suite d'une hématémèse foudroyante. On ne trouve pas immédiatement la source de cette hémorrhagie.

M. Letulle fait remarquer les varices que l'on peut constater au niveau de l'œsophage; de petites ulcérations œsophagiennes ou gastriques peuvent passer inaperçues en ce moment; le séjour dans le liquide de Müller les mettra en évidence au bout de 24 heures.

Volumineux cancer du foie et tumeur œsophagienne.

M. Bacaloglu apporte les pièces d'un homme de 59 ans, tuberculeux et cancéreux. Le foie, énorme, pèse 6300 grammes; il est farci de nodosités cancéreuses. On ne trouve rien au niveau de l'estomac et de l'intestin, mais l'œsophage offre à son extrémité inférieure, à quelques centimètres au-dessus du cardia, une petite tumeur végétante, sessile. On peut se demander si le cancer du foie n'est pas secondaire à cette néoplasie œsophagienne, ou s'il s'agit là d'une simple coïncidence. L'autopsie vient d'être faite; l'examen histologique sera pratiqué.

M. Cornil croit plutôt à un cancer primitif du foie; si les noyaux cancéreux sont distincts dans le lobe droit, ils ne sont pas ombiliqués et, d'autre part, le lobe gauche est infiltré par une masse presque unique; de sorte qu'il pourrait bien s'agir d'un cancer nodulaire primitif.

Le Gérant : PIERRE MASSON.

TABLE DES MATIÈRES

Année 1898. DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* **Année 1898.**

Errata. — Une erreur de pagination a été faite dans le numéro 70. Prière de la réparer en remplaçant : pages 833 et suivantes par pages 829 et suivantes.

B

C

D

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

PARIS. — TYP. CHAMEROT ET RENOUARD, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 37308.